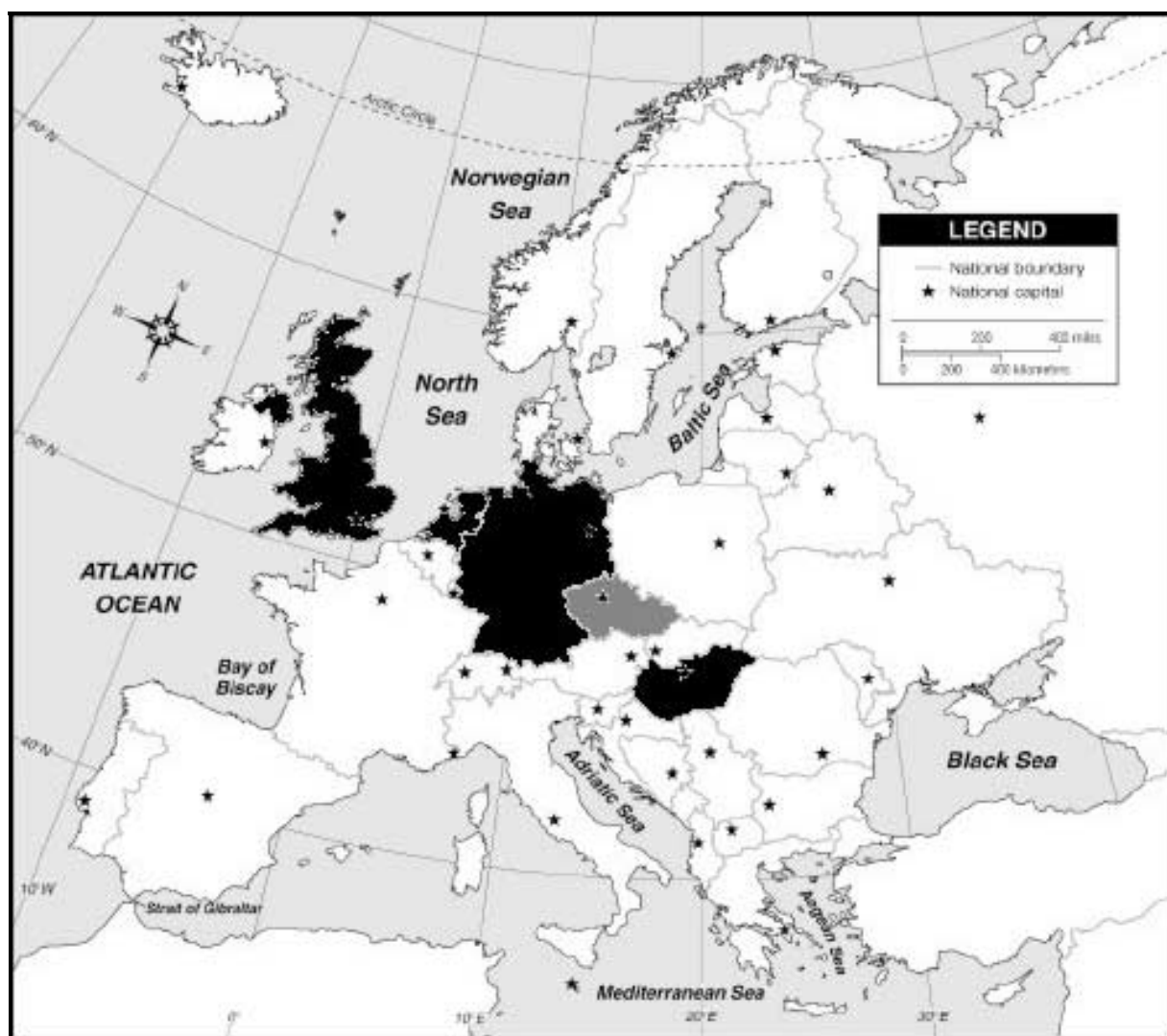


**I. fáze projektu:  
Srovnávací analýza poskytování zdravotní péče cizincům  
ve vybraných zemích**

Tato publikace vznikla ve spolupráci Institutu zdravotní politiky a ekonomiky, Ministerstva zdravotnictví ČR a Komise ministra vnitra ČR pro integraci cizinců, která projekt financovala.



**Institut zdravotní politiky a ekonomiky  
Kostelec nad Černými lesy  
Červen 2003**

**Tato publikace vznikla ve spolupráci Institutu zdravotní politiky a ekonomiky, Ministerstva zdravotnictví ČR a Komise ministra vnitra ČR pro integraci cizinců, která projekt financovala.**

**Autoři projektu:** Mgr. Naděžda Křečková Tůmová, PhD.  
Mgr. Karolína Dobiášová  
Ing. Bohumila Čabanová  
Ing. Mgr. Olga Vyskočilová  
Mgr. Selma Muhič-Dizdarevič  
Mgr. Katka Kodadová

Technická redakce: Luděk Šišák  
Kamila Tomášková

## Obsah:

<b>Seznam grafů a obrázků.....</b>	<b>5</b>
<b>Seznam tabulek: .....</b>	<b>5</b>
<b>I. Úvod - Migrace jako politická otázka.....</b>	<b>6</b>
1.1 <i>Minulost migrací od dekolonizace po současnost.....</i>	6
1.2 <i>Teoretické modely integrace imigrantů.....</i>	9
1.3 <i>Diskuse k dalšímu vývoji .....</i>	12
1.4 <i>Migrace, zdraví a zdravotní péče.....</i>	13
1.5 <i>Literatura .....</i>	14
<b>II. Případové studie .....</b>	<b>15</b>
<b>1. Spolková republika Německo .....</b>	<b>15</b>
1.1 <i>Obecná charakteristika .....</i>	15
1.2 <i>Zdravotní systém .....</i>	16
1.2.1 <i>Historie zdravotního systému.....</i>	16
1.2.2 <i>Charakteristika současného systému.....</i>	18
1.2.3 <i>Právní úprava (nejdůležitější právní normy).....</i>	18
1.2.4 <i>Současná organizace systému zdravotní péče SRN .....</i>	19
1.2.5 <i>Struktura systému poskytování zdravotní péče .....</i>	20
1.2.6 <i>Financování systému zdravotní péče .....</i>	21
1.3 <i>Migrace.....</i>	23
1.3.1 <i>Národnostní složení cizinců v SRN .....</i>	24
1.3.2 <i>Demografické ukazatele populace cizinců v SRN .....</i>	24
1.3.3 <i>Právní úprava pobytu cizinců v Německu .....</i>	25
1.3.4 <i>Institucionální zajištění .....</i>	26
1.4 <i>Postavení cizinců v systému zdravotní péče.....</i>	26
1.4.1 <i>Zdravotní stav cizinců.....</i>	26
1.4.2 <i>Závěry .....</i>	28
1.5 <i>Literatura .....</i>	28
<b>2. Nizozemí .....</b>	<b>29</b>
2.1 <i>Obecná charakteristika .....</i>	29
2.2 <i>Zdravotní systém .....</i>	29
2.2.1 <i>Historie.....</i>	29
2.2.2 <i>Charakteristika současného systému.....</i>	30
2.2.3 <i>Právní úprava (nejdůležitější právní normy).....</i>	31
2.2.4 <i>Struktura systému poskytování zdravotní péče .....</i>	31
2.2.5 <i>Financování systému zdravotní péče .....</i>	32
2.3 <i>Migrace.....</i>	34
2.3.1 <i>Historie.....</i>	34
2.3.2 <i>Současná migrační politika .....</i>	35
2.3.3 <i>Právní zázemí imigrační politiky .....</i>	35
2.3.4 <i>Instituce zodpovědné za politiku zaměřenou na cizince .....</i>	36
2.3.5 <i>Typy pobytu, statistiky.....</i>	36
2.4 <i>Postavení cizinců v systému zdravotní péče.....</i>	38
2.5 <i>Literatura .....</i>	39
<b>3. Velká Británie .....</b>	<b>40</b>
3.1 <i>Obecná charakteristika .....</i>	40
3.2 <i>Zdravotní systém .....</i>	40
3.2.1 <i>Historie.....</i>	40
3.2.2 <i>Charakteristika současného systému (NHS v Anglii) .....</i>	41
3.2.3 <i>Právní úprava (nejdůležitější právní normy).....</i>	44
3.2.4 <i>Struktura systému poskytování zdravotní péče .....</i>	44
3.2.5 <i>Financování systému zdravotní péče .....</i>	45
3.2.6 <i>Zajímavosti – poslední trendy v NHS .....</i>	47
3.3 <i>Migrace.....</i>	47
3.3.1 <i>Historie.....</i>	47
3.3.2 <i>Současná situace .....</i>	49
3.3.3 <i>Zajímavosti .....</i>	52
3.4 <i>Postavení cizinců v systému zdravotní péče.....</i>	52
3.4.1 <i>Zajímavosti - Přístupy a veřejná diskuse v otázce imigrantů.....</i>	53
3.5 <i>Literatura .....</i>	54

<b>4. Maďarská republika.....</b>	<b>55</b>
4.1 <i>Obecná charakteristika.....</i>	55
4.2 <i>Zdravotní systém.....</i>	55
4.2.1 <i>Historie zdravotnického systému.....</i>	55
4.2.2 <i>Organizační struktura systému.....</i>	56
4.2.3 <i>Právní úprava (nejdůležitější právní normy).....</i>	58
4.2.4 <i>Struktura systému poskytování zdravotní péče.....</i>	58
4.2.5 <i>Financování systému zdravotní péče.....</i>	60
4.3 <i>Migrace.....</i>	61
4.3.1 <i>Historie.....</i>	61
4.3.2 <i>Právní úpravy pobytu cizinců.....</i>	62
4.4 <i>Postavení cizinců v systému zdravotní péče.....</i>	64
4.5 <i>Literatura.....</i>	65
<b>III. Shrnutí a komparace jednotlivých zemí.....</b>	<b>66</b>
<b>1. Zdravotní systém vybraných zemí.....</b>	<b>66</b>
1.1 <i>Historie.....</i>	66
1.2 <i>Charakteristika současného systému.....</i>	67
1.3 <i>Právní úprava.....</i>	68
1.4 <i>Funkční struktura zdravotní péče.....</i>	68
1.5 <i>Financování.....</i>	70
1.6 <i>Srovnání.....</i>	70
<b>2. Migrace.....</b>	<b>71</b>
2.1 <i>Srovnání.....</i>	73
<b>3. Poskytování zdravotní péče cizincům.....</b>	<b>74</b>
3.1 <i>Srovnání.....</i>	75
<b>IV. Závěry a doporučení.....</b>	<b>76</b>

## Seznam grafů a obrázků

Obr. č. 1: Organizační vztahy hlavních aktérů německého systému zdravotnictví.....	19
Graf č. 1: Hrazení výdajů na zdravotní péči v Holandsku 2001.....	34
Obr. č. 2: Poskytování zdravotní péče ve Velké Británii.....	41
Obr. č. 3: Organizační struktura maďarského systému zdravotnických služeb v roce 1999.....	60

## Seznam tabulek:

Tabulka č. 1: Počet migrantů jako následek dekolonizace v západní Evropě .....	6
Tabulka č. 2: Uzavřené smlouvy o nábore pracovní síly mezi Holandskem a ostatními zeměmi .....	7
Tabulka č. 3: Podíl jednotlivých typů pokladen na celkovém objemu pojištěnců a nákladů .....	22
Tabulka č. 4: Vývoj počtu pokladen v 90. letech .....	22
Tabulka č. 5: Rozdělení podle národnosti .....	24
Tabulka č. 6: Tabulka 6 Počty sňatků s „účastí cizinců“ v letech 1960-1999 .....	25
Tabulka č. 7: Systém zdravotního pojištění v Nizozemí.....	33
Tabulka č. 8: Výdaje na zdravotní péči v Nizozemí, 1980 - 1999 (v milionech Euro) .....	34
Tabulka č. 9: Žadatelé o azyl v Nizozemí .....	37
Tabulka č. 10: Imigrace a čistá imigrace v Nizozemí v letech 1999-2002.....	37
Tabulka č. 11: Typ pojištění podle statutu cizince v Nizozemí.....	39
Tabulka č. 12: Hlavní zdroje financí (jako % celkových výdajů na zdravotní péči).....	46
Tabulka č. 13: Osvobozování anglických kolonií .....	48
Tabulka č. 14: Populace UK .....	50
Tabulka č. 15: Struktura cizinců v UK (podle země původu).....	50
Tabulka č. 16: Struktura států, ze kterých migrují potenciální azylanti .....	50
Tabulka č. 17: Nárok na péči podle typu pobytu ve Velké Británii .....	53
Tabulka č. 18: Role institucionálních aktérů v systému zdravotní péče.....	57
Tabulka č. 19: Struktura poskytování zdravotnické péče.....	59
Tabulka č. 20: Mezinárodní migrace zahraničních občanů do Maďarska v období 1980 až 2000 .....	61
Tabulka č. 21: Počet a typ prodloužených povolení ke krátkodobému pobytu v roce 1993 .....	62
Tabulka č. 22: Základní rysy zdravotnických systémů .....	71
Tabulka č. 23: Typy pobytu v jednotlivých zemích .....	73
Tabulka č. 24: Instituce zodpovědné v jednotlivých zemích za shromažďování informací o cizincích.....	74

# I. Úvod - Migrace jako politická otázka

Po rozkladu bipolárního rozdělení světa se rozpadl také obraz rozdělení na „svobodný svět“ a „svět za železnou oponou“. Přirozeně, toto rozdělení vyjadřovalo eurocentrický pohled na hodnoty společenského uspořádání uvnitř Evropy. Byl to ideologický konflikt mezi hodnotami kapitalismu a „komunismu“. Imigranti, kteří dorazili ze socialistických zemí, byli považováni za důkaz toho, že západní svět je svobodný a že jsou národy za železnou oponou pouze pod despotickou vládou socialistických diktatur, ale že by i tyto země vystavěly západní společnost, kdyby měly svobodu a možnost o tom samy rozhodnout. Je však třeba pochopit, že moment tohoto ideologického konfliktu v Evropě je pouze jedním bodem v diskursu o migraci. V době, kdy jsme svědky pádu železné opony, už je Evropa plná imigrantů. A tak je třeba věnovat pozornost otázkám, „kdo“ jsou imigranti v Evropě, jak, v jakém počtu, kdy a za jakých podmínek přišli a jaký byl přístup zainteresovaných států vůči nim. Na základě těchto znalostí lze analyzovat současnou situaci imigrace v členských státech EU a analogicky usuzovat na vývoj problému u nás a v dalších „nových demokraciích“ ve střední a východní Evropě. Z analýzy politických dokumentů (volebních programů stran, vládních prohlášení) je zřejmé, že politický konsensus v otázce omezení přílivu cizinců na území dotčených států je velmi obtížný. Nejožehavějším problémem je přitom ilegální imigrace. Dochází i ke změnám chápání práva na azyl, zejména pod vlivem válečných konfliktů v oblasti bývalé Jugoslávie.

**Problém migrace je třeba interpretovat v rámci politické, kulturní a sociální různorodosti a koexistence těchto rozdílů, ve smyslu multikulturních teorií. Z tohoto hlediska bychom měli prozkoumat minulost migračních pohybů v Evropě od dekolonizace po současnost, zkráceně uvést některé teoretické interpretace problematiky, které se týkají různorodosti menšin a integrace, a představit a porovnat některé modely integrace v západoevropských státech.**

## I.1 Minulost migrací od dekolonizace po současnost

Lze říci, že na moderní fenomén imigrace v západní Evropě měly vliv především dva faktory: dekolonizace v období od roku 1922 do roku 1975 a ekonomický růst ovlivněný rozvojem tržních vztahů. Trh se stává dominantní formou ekonomické organizace od konce 19. století. Důležitý je také příliv uprchlíků a azylantů jako další zdroj migrace. Tento problém však ponechme stranou, neboť by vyžadoval zvláštní pojednání. Je třeba zmínit jen základní rozdíl mezi institutem uprchlictví, který předpokládá nedobrovolné vystěhovávání z důvodu ohrožení života a imigrací v důsledku dekolonizace a imigrací pracovní, které jsou charakterizovány svobodnou vůlí a dobrovolností.

Paralelně s dekolonizací, zejména od padesátých let dále, dochází také k opouštění bývalých kolonií. Téměř všechny země, které kdysi vlastnily kolonie, na své bývalé „poddané“ nahlížely odlišně od jiných skupin imigrantů a vytvářely jim rozdílné podmínky. Výsledek je znázorněn následujícími čísly.

**Tabulka č. 1: Počet migrantů jako následek dekolonizace v západní Evropě**

Stát	Období	Počet přistěhovalců z kolonií
Anglie	1945–1968	1 113 000
Francie	1945–1962	1 400 000
Holandsko	1945–1962	300 000
Belgie		100 000
Portugalsko	1945–1962	800 000, někteří dále emigrují do Brazílie a Jižní Ameriky
Itálie	1945–1962	200 000

Většina těchto osob emigrovala z ekonomických důvodů a zaplňovala v západních zemích nedostatek pracovníků v sektorech nekvalifikované a špatně placené práce. Nejméně u třech čtvrtin populace dekolonizovaných emigrantů

se vyskytovaly potíže s ubytováním, nezaměstnaností a životem na hranici chudoby. Díky tak velkému množství cizinců neevropského původu byly cílové země postaveny před výzvou multikulturalismu, ale i před potíže spojené s otázkou rasové nesnášenlivosti a diskriminace. Je třeba připomenout:

- a) Jak se měnila společnost, měnily se i imigrační skupiny. To, co platilo pro první generaci, se značně změnilo v případě generace druhé a třetí. Ty se adaptovaly lépe, měly možnost získat jistou kvalifikaci a zajistit si lepší životní podmínky.
- b) Migranti, kteří přicházeli z kolonií, byli obecně přijímáni lépe než přistěhovalci nebo uprchlíci z jiných zemí.

Je třeba se podívat na motivy západních zemí pro přijímání emigrantů z bývalých kolonií: hlavní byly ekonomické, ale i jistý druh „morálního závazku“ vůči zemím, které měly v minulosti status poddaných. Tyto motivy později sehrály značnou roli v politikách západních zemí. V závislosti na tom, kdo a za jakých podmínek přišel a jak byl přijat, se vytvořila práva odpovídajících menšin, jak bude uvedeno později. Nyní zde připomeňme, že imigranti u většiny populace vyvolávali obavy například tím, že drželi pospolu (cluster), jako u klanů, ( i když to částečně byl následek ekonomické segregace). Přistěhovali se společně, mohli si dovolit užívat a kupovat majetek jen tam, kde byl nejlevnější a často se stávalo, že většinová populace z míst, kde bydleli emigranti, odešla. Tak vznikla moderní urbanistická ghetta, uzavřené sociální konstrukce, ve kterých bídné vzdělávání připravuje jednotlivce pro bídný život na hranici zákona a velmi často i za touto hranicí. Lze říci, že to, že emigranti zaujímají nejnižší místo na stupnici vzdělání, je stejně významné jako skutečnost, že jsou na nejnižší pozici také na stupnici kvality bydlení, sociální a zdravotní péče.

Zatímco měli emigranti z dekolonizovaných států takřka dvojitou legitimitu svého statutu, ekonomičtí emigranti nebo cizí příležitostní dělníci (*gastarbeitři*) měli pouze jedinou: ekonomický růst v západní Evropě si žádal pozvání mnohých dělníků proto, aby se snížil ohromný nedostatek pracovní síly. Koncem 19. století se demografické proporce změnily: zatímco do konce druhé poloviny 18. století rostla bílá populace Evropy rychleji než kterákoliv jiná, v pozdější době se situace obrátila. V současnosti mají země třetího světa rychle rostoucí populaci, která je často v těchto zemích ohrožena masovou chudobou. První pokusy regulace migrace na ekonomickém základě nacházíme i v období před ekonomickou krizí v roce 1930. Dělníci dostávali povolení k dočasné práci. Bohatší země západní Evropy tak vytvořily profil dočasných přistěhovalců a některé z nich vůči nim takovýto vztah zachovaly dodnes (Německo). Výsledkem bylo, že dělníci z Německa, Itálie, Polska a Slovinska se mezi oběma válkami stěhovali za prací do Holandska, Italové se stěhovali do Anglie, stejně jako např. Irové. Největší přísun pracovníků naopak zažilo Německo mezi lety 1955 a 1975, a to z Turecka. Jednalo se o cca 900 000 pracovníků i s rodinnými příslušníky, celkem téměř 1 500 000 Turků (v roce 1991). Většina dočasných pracovníků společně se svými rodinami se stala trvalou etnickou menšinou a vytvořila úplně novou společenskou složku, kterou žádná politika nemohla ignorovat. Francie v roce 1967 podepsala smlouvu s Tureckem o nábore dělníků ale již v roce 1973 nabízela prémie těm, kteří se vrátí domů. V případě Holandska byla potřeba regulace pracovní síly ještě zřejmější.

**Tabulka č. 2: Uzavřené smlouvy o nábore pracovní síly mezi Holandskem a ostatními zeměmi**

<b>Stát uzavírající smlouvu</b>	<b>Rok uzavření smlouvy</b>
Itálií	1960
Španělskem	1961
Portugalskem	1963
Tureckem	1964
Řeckem	1966
Marokem	1969
Jugoslávií	1970
Tuniskem	1970

Podobné smlouvy měly i ostatní státy uvnitř dnešní EU.

V roce 1973 přišla velká ropná krize a nábor pracovníků náhle ustal. Navíc se různé státy pokoušely bez většího úspěchu vytvořit různé programy stimulace návratu. V roce 1973 všechny západoevropské státy zavedly vízovou povinnost pro občany Turecka. Ostřejší podmínky pro získání pracovního povolení, které často nebylo možné splnit, vedly k nárůstu počtu žádostí o azyl, a to až do roku 1980, kdy se začaly podmínky pro získání azylu zpříšňovat také. Lze říci, že nejméně do let osmdesátých nebo zcela určitě do pozdních sedmdesátých byl problém cizinců pojmán výlučně jako EKONOMICKÝ PROBLÉM, který reguluje všemocná ruka trhu. Počítalo se s tím, že se dělníci poté, co ztratí ekonomickou motivaci, vrátí do zemí, odkud pocházejí. Systematicky se zanedbával SOCIÁLNÍ A POLITICKÝ aspekt fenoménu migrace. Především podmínky v zemích původu byly ještě stále nesrovnatelně horší než v západních společnostech. Cílové země migrace často zanedbávaly specifické potřeby a podmínky, které vznikly během několika desetiletí trvajícího soužití imigrantů a domácích obyvatel. Nedivme se tedy, že v letech sedmdesátých už jsou na scéně silné xenofobní politické tendence.

Dříve, než přihlédneme k modelům integrace v různých západoevropských státech, věnujme pozornost další skupině cizinců - uprchlíkům a azylantům. Vzhledem k rozdělení Evropy na dva bloky, růstu chudoby ve třetím světě a množství lokálních konfliktů, kterých se účastnily i světové mocnosti, existoval trvalý přísun uprchlíků do států západní Evropy. Jak jsme již popisovali výše, ekonomická krize zapříčinila rušení kvót pro dělníky, a co víc, zatímco je politickým uprchlíkům povoleno, aby zůstali, jsou mnozí ekonomičtí uprchlíci nuceni k tomu, aby se do země svého původu vrátili. Na začátku sedmdesátých let bylo ve světě kolem 5 milionů uprchlíků, dnes se jedná o 20 milionů. Samozřejmě většina z nich zůstává v sousedních státech konfliktu. V mnohých případech je obtížné dělit imigranty na politické a ekonomické, přestože celá azylová politika Západu spočívá právě na tomto principu. Mezi státy, které přijímaly nejvíce uprchlíků, patřilo Německo, Švýcarsko a Švédsko.

Podívejme se pro ilustraci na strukturu uprchlíků v Holandsku v letech 1965 až 1994 podle země původu: jedná se o osoby z Maďarska, Polska, Československa, Vietnamu, Srí Lanky, Somálska, Jugoslávie, Ugandy, Chile a Portugalska.

Vzhledem k tomu, že došlo ke zpřísnění nebo k úplnému zrušení možnosti emigrovat z ekonomických důvodů, rostl počet osob, které hledaly politický azyl. Prakticky do poloviny osmdesátých let byla politika západních zemí relativně liberální v otázce splňování podmínek pro získání politického azylu. V polovině osmdesátých let se politika mění na poměrně restriktivní. Evropa se uzavírá, stále častěji je slyšet termín „tvrz Evropa“. V roce 1988 se ad hoc vytvořila tzv. Immigration group, ze zástupců 12 států dnešní EU, aby byla vypracována konvence, která definitivně vyřeší dnešní stav: Bude brán zřetel jen na ty, kteří splňují nejužší interpretaci Ženevské konvence: kteří mají prokazatelně strach z perzekuce z rasových a náboženských motivů, z důvodu politického přesvědčení nebo příslušnosti k jisté sociální skupině. Existují státy, ze kterých uprchlíci přicházejí již omezení vízovou povinností, pokutami od přepravních společností a od pádu berlínské zdi také institucí třetí bezpečné země. Pro uprchlíky tedy mnohdy není ani možné do Evropy vstoupit, a pokud se jim to přece jen podaří, existuje zde jen malá pravděpodobnost pro získání azylu.

Můžeme konstatovat, že západoevropské státy zanedbaly sociální, politickou a kulturní integraci a viděly v přistěhovalcích pouze ekonomický fenomén. V současnosti lze jako další problém identifikovat zvyšující se počet ilegálních imigrantů. Mnohé západoevropské vlády ilegální imigranty tolerují, zejména z důvodu ekonomické potřeby (na Západě neexistuje pro jisté druhy práce dostatečně levná pracovní síla) ale ve své politice nepředpokládají žádný strategický rámec pro řešení tohoto problému. Do jisté míry se dá tvrdit, že xenofobní nálada obyvatel je částečně následkem dlouhodobé politiky směřované na ekonomické využití pracovní síly cizinců bez jasné vize jejich integrace do společnosti.

## I.2 Teoretické modely integrace imigrantů

Téměř všechny státy, ve kterých proběhly tyto dramatické proměny v podobě vzrůstajícího počtu cizinců, mají monokulturní charakter. Jsou to „nation-building states” ve fázi, kdy je národ konsolidován. Menšiny v západní Evropě jsou buď asimilovány, nebo integrovány do prostoru takzvané societární kultury. Societární kultura je termín, který používá Kymlicka, aby označil kulturu, která zahrnuje společný jazyk a sociální instituce, přičemž nepředurčuje všeobecné religiózní zaměření, rodinné zvyky nebo osobní životní styl. V tomto prostoru tedy existuje lingvistická a institucionální koheze, která je produktem fokusované státní politiky, avšak ve všem ostatním představuje nevyhnutelný výsledek práva a svobod, které představuje liberální stát.<sup>1</sup> Tak rozsáhlou interpretací národa a toho, co se na základě takové interpretace může očekávat od cizinců jako druh minimálního konsenzu, vznikají podmínky, ve kterých lze budovat multietnickou společnost i tehdy (bude ještě zřejmé z předložených modelů), kdy politika příslušného státu by se dříve mohla označit jako asimilační.

Barša, jenž uvádí Martinielloa, hovoří o jistém kontinuu, na jehož jednom konci je důsledný asimilacionismus a na jehož konci druhém jsou: hierarchický kulturní pluralismus společně s permanentní diferencovanou korporací.<sup>2</sup> Samozřejmě je důležité říci, že se nejedná o empirické modely, a přestože se první model asociuje s Francií, druhý s Velkou Británií a třetí s Německem, neznamená to, že jsou vlastnosti těchto modelů přítomny v těchto státech v čisté formě. A ještě důležitější je to, že ostatní státy mají zvláštní přístup, který se dá do jisté míry popsat jako kombinace prvků, které jsou uvedeny níže.

O příslušných modelech se hovoří v kontextu liberální ideologie. Liberální stát připisuje jistá práva jednotlivci a veškerá práva, která on/a má, vycházejí ze skutečnosti, že on/a má individuální hodnotu. O „obsahu“ tohoto individua liberální stát nepřemýšlí, protože nejvyšší formou liberalismu je skutečnost, že takové právo má každý, kdo je státním příslušníkem jistého státu nehledě např. na původ. S problémem etnických menšin, jakož i s problémem imigrantů se objevil také problém „obsahu” individua. Je tak narušený mýtus o neutralitě státu. Je třeba se ptát, pro koho je stát klíčový vzhledem k vytváření jistých práv. Proto někteří autoři, jako např. Kymlicka, navrhuji doplnění liberálního modelu pojmem etnokulturní spravedlnosti. Jiní autoři, jako např. Habermas, se ptají po minimálním konsenzu, který by mohl spojit vše, a navrhuji pojem „ústavního patriotismu”. Vše kromě toho by mělo být kontextuálně doplněno a regulováno. Pokud to tedy přeneseme do sféry jazykových práv, nestačí, aby stát byl neutrální ve smyslu použití menšinových jazyků a aby je toleroval, pokud zůstávají ve sféře soukromého využití, protože v tom případě znamená neutralita nejčastěji vytracení dotyčného jazyka, který se poté přestane používat. Je třeba, aby aktivně převzal roli ochrany té hodnoty ve smyslu hodnoty samotné. Imigranti samozřejmě nemají stejná práva a požadavky jako etnické menšiny, ale poměr majority k nim je stejný.

- Obrátme se tedy nejdříve k modelu, který provází mýtus o neutralitě státu. Jakobínská republikánská tradice vyžaduje, aby se všechny rozdíly rozložily do jednoho homogenního tělesa svobodných a rovnocenných občanů. Všechny etnické a partikulární loajality je třeba depolitizovat, to znamená, že nebudou zaujímat veřejný prostor, musí probíhat volně, ale v soukromé sféře. V praxi to znamená, že se od imigrantů ve veřejném prostoru očekává důsledná asimilace. Ve školství to např. znamená jeden jazyk, jedna historie, jedna kultura, ve které participují všichni tím, že jsou občané daného státu.
- V případě britského modelu máme naproti tomu brát zřetel na etnické a ostatní relevantní rozdíly ve veřejné sféře. Toto berou v úvahu školní knihy a odpovídající programy, kulturní a jiné veřejné instituce. Taktéž se formulují i sociální politiky, které vznikají na základě specifických potřeb jistých etnických skupin. Na druhé straně se monokultura ukazuje především v tom, že předpokládá nadřazenost britské kultury ostatním. Existuje skrytá nebo otevřená hierarchie uvnitř společnosti, která předpokládá tento zvláštní status britské kultury. Je zajímavé a pro teoretika je to také výzvou, že se oba modely odvolávají na boj proti etnické a rasové diskriminaci. Zatímco britský model předpokládá, že výsledkem tohoto boje bude fakt, že každý bude moci prezentovat ve veřejných institucích v proveditelné míře tuto svou specifičnost, francouzský model předpokládá, že jakákoliv diferenciace narušuje právo občana jako takového, a tím vytváří podmínky pro rasovou a etnickou diskriminaci.

<sup>1</sup> Will Kymlicka, *Politics in the Vernacular*, str. 25, Oxford University Press, 2001

<sup>2</sup> Pavel Barša, *Politická teorie multikulturalismu*, Centrum pro studium demokracie a kultury, 1999

- Výše uvedené modely by se daly nazvat asimilačním a pluralistickým typem integrace, ale třetí model, který se ideálně připisuje Německu, je ve svém jádru segregáční. Zakládá se na jus sanguinis, ne na jus solis. V praxi to znamená, že je i druhé generaci Turků, jejichž rodiče se přistěhovali z ekonomických důvodů, znemožněna integrace za rovnocenných podmínek, zejména na základě občanství. Kulturně-etnický rozdíl je chápán jako nepřekonatelná překážka integrace. Německý případ je natolik zajímavý proto, neboť umožňuje sledovat vývoj i následky politiky, která dominovala v prvním desetiletí masové ekonomické imigrace. Tehdy zejména západoevropské státy měly zájem pouze o ekonomické integrování imigrantů ve většinové společnosti, zatímco se o jejich občansko-politické integraci strategicky vůbec nepřemýšlelo. Taktéž je zajímavá skutečnost, že kulturní politika německého státu umožňovala kulturní představení specifčnosti imigračních skupin, ale VE JMÉNU toho, aby byli vráceni do státu, odkud pocházejí. Počítalo se zejména s tím, že pokud imigranti zůstanou ve styku se svou kulturou, vyvolá to v nich přání vrátit se. Jak Barša přesně podotýká, je to jasný důkaz toho, že přihlídnutí k etnokulturním rozdílům může mít v jistém kontextu více segregáční než integrační smysl.<sup>3</sup> V tomto případě rozdílnost kultur dobrým argumentem asimilační politiky: poukazuje na multikulturalismus jako na návrat ke kmenovému myšlení, kde práva vyplývají z příslušnosti ke skupině nebo klanu, a ne z individuální hodnoty občana.

Na příkladu těchto tří modelů vidíme, na jaké úrovni se vede diskuse: první otázka je empiricko-praktického charakteru, druhá převážně normativní.

- Tedy do jaké míry a jakým způsobem institucionální zapojení imigrantů zajišťuje mír a stabilitu v demokratické společnosti.
- Je-li skupinová diferenciací politické společnosti spojitelná s hodnotami individuální svobody, rovnocennosti a solidarity, nebo představuje-li jejich deviaci.

Je známo, že liberalismus ve své originální a „čistě“ podobě považuje za svůj největší přínos právě skutečnost, že všichni občané mají stejná práva bez ohledu na rozdíly mezi nimi. Ale národní menšiny a imigranti rozpoutali diskuse, které poukázaly na praxi, v níž neutralita státu právě znamená stavění se na stranu většiny a utiskování různorodosti minoritních skupin. Jak Kymlicka podotýká, je nemožné po vzoru rozdělení církve a státu rozdělit kulturu a stát. Takovou vizi státu podporuje i Gellnerovo tvrzení, podle kterého se moderní stát, daleko více než monopolem na užití síly (Weber), vyznačuje monopolem na vzdělávání. Jazyk a státní instituce, jakož i vysoké školy jsou prvky, které stanovují způsob přežití jisté kultury, nebo její zánik.

Skutečná situace v moderní EU je taková, že počet cizinců neustále roste. Statistiky o počtu ilegálních imigrantů však nejsou relevantní.

Politika zemí EU vůči pracovnímu uplatnění cizinců je v současné době krajně restriktivní jak z důvodu recese v určitých odvětvích průmyslu (tzv. těžkého průmyslu) tak z důvodu rostoucí xenofobie ze strany majoritní společnosti. Jak již bylo řečeno, stejně se vyvíjí i politika vůči azylantům. Na druhé straně existuje v EU a i v širší Evropě konstantní demografický deficit a opět nedostatek pracovní síly, nyní už pouze ve velmi vyvinutých odvětvích. Odtud politika, která se snaží selektivně importovat odborníky v souladu s momentálními potřebami ekonomiky.

Na rozdíl od národnostních menšin, které představují autochtonní jednotky, které ztratily bitvu o formování státu na jistém území nebo na základě historických okolností, zůstaly mimo matriční stát, jsou imigranti a azylanté jednotkami, které se někde dobrovolně přistěhovaly nebo někde našly útočiště. Nejsou teritoriálně koncentrované, nemají jazykovou ani kulturní autonomii a jejich požadavky jsou odlišné. Někteří autoři uvádějí, že zatímco národní menšiny mohou volně navrhnout změny, pokud se považují za znevýhodněnou skupinu ve státě, imigranti mají volbu mezi integrací (v extrémním pohledu asimilací) nebo izolací. Samozřejmě při tom netvrdíme, že je vůle imigrantů (a je problematické, kdo ji představuje) jediným faktorem, který v tomto ohledu rozhoduje. Naopak, na základě výše uvedených různých strategických přístupů státních politik vidíme, že otázka volby je vlastně otázkou akceptace jisté politiky. Aspekty, prostřednictvím nichž má veřejná politika vliv na tuto otázku, jsou patrné v různých politikách spojených s naturalizací (podmínky získávání občanství), vzděláváním, a přípravou na povolání. Dále jsou zde zákony, které regulují lidská práva, antidiskriminační zákony, zaměstnávání ve státních službách, zdraví, jistota a nakonec i národní obrana. Všechny tyto

<sup>3</sup> Ibid., str. 12

politiky a zákony mohou mít v sobě integrační, asimilační nebo segregaci prvky. A koneckonců i zákony o antidiskriminaci mohou často vyvolat opačný efekt. Zejména ve formě pozitivní diskriminace, která za různých okolností dává ambivalentní výsledky.

Dříve, než společně s Kymlickou uvedeme přehled reforem, které jsou v USA, Kanadě a Austrálii instrumenty, na jejichž základě se multikulturalismus stal i státní politikou, a dříve, než se zeptáme, zda podobné instrumenty existují v Evropě a proč je taková politika v mnohých evropských zemích omezena, vraťme se ještě jednou k debatě o neutralitě státu při ochraně lidských práv občanů.

V dané souvislosti vyvstává otázka, jsou-li lidská práva, která se na západě považují za základní práva občanů v demokratickém státě, kulturně podmíněná. Některé vlády (např. v Indonésii nebo Číně), avšak i četné imigrační skupiny, jakož i autoři, kteří se hlásí k extrémní formě kulturního pluralismu, považují lidská práva pouze za specifický produkt západní kultury a historie, který nemá univerzální hodnotu a je násilím vnucován skupinám s odlišnou kulturou. Příkladem může být problém, má-li žákyně islámského původu ve Francii nosit tradiční oděv, nebo zdali by, ve smyslu úcty k rozdílnosti, bylo zapotřebí, abychom akceptovali ženskou obřízku. Záměrně uvádíme tyto extrémní příklady, protože v prvním případě známe prvotní reakci francouzské vlády, která to naprosto bezdůvodně zakázala (ve smyslu dominantní francouzské kultury, která skrze výchovu představuje hodnoty francouzského občanského státu, v níž jsou etnické rozdíly vyhnány do soukromí) a později od tohoto zákazu ustoupila. Ve druhém případě předpokládám, že je absurdní bránit právu žen na obřízku ve smyslu kulturní odlišnosti, alespoň na evropském prostoru. A to dokazuje, jak široký je tento problém. Kymlicka jej omezuje tím, že tvrdí, že je vždy otázka, kdo hovoří jménem těch kulturních specifičností, v tomto případě, kdyby ženy promluvíly, jestli by také souhlasily s možností obřízky atd. Taylor zase považuje za důležité přijít ke společným hodnotám, což je možné v každé kultuře, a to na základě kulturního dialogu, a že je méně podstatné, zda to nazýváme lidskými právy nebo např. adekvátními pojmy buddhismu, hinduismu, islámu atd.<sup>4</sup> To jsou důležité otázky, které v praxi soužití s imigranty nabývají složitějších forem. Podívejme se nyní s Kymlickou na seznam multikulturálních reforem, které by mohly být přínosem pro to, aby imigranti přestali být pouze izolovanými skupinami, které většina interpretuje jako něco nebezpečného, a aby se stali součástí společnosti, od které lze očekávat loajalitu vůči státu a jeho hodnotám jako od ostatních občanů:

1. prosazování programu afirmativní akce, která se snaží zvýšit reprezentativnost imigračních skupin (podobně jako v případě žen nebo postižených), a to v nejdůležitějších vzdělávacích a ekonomických institucích;
2. rezervování určitého počtu míst v legislativě nebo v poradenských státních orgánech;
3. přizpůsobování pracovní doby s přihlédnutím na všechny náboženské svátky (včetně např. neděle jako dne výjimky z pracovního volna v případě židů a muslimů);
4. přizpůsobování curricula z historie a písemnictví tak, že je brán zřetel na přínos imigrantských skupin
5. přizpůsobování požadavku na styl oblékání;
6. přijímání antirasistického, antixenofobního vzdělávacího systému;
7. vydávání kodexů, které definují rasové a xenofobní týrání („harassment“);
8. realizace programu vzdělávání policie, pracovníků ve zdravotnictví a sociálních službách tak, aby se stali citlivějšími k individuálním potřebám imigrantů a konfliktům uvnitř např. imigračních rodin;
9. vydávání státních směrnic o etických stereotypch v médiích;
10. přidělování prostředků pro etnické kulturní festivaly a studijní programy<sup>5</sup>.

Některé z těchto programů užívá řada západních států, především ve Skandinávii a v Beneluxu. Multikulturalismus přijala v roce 1971 kanadská vláda jako oficiální politiku. Situace je rozdílná i v tradičních imigračních státech mimo Evropu. V těchto státech proces integrace probíhá mnohem jednodušeji, úspěšněji a rychleji. V Evropě, která není schopna absorbovat imigranty, se zdá, že být cizincem představuje stigma, v některých případech i v pozdějších generacích přistěhovalců. Proces budování států v Evropě, částečně i kvůli historickým okolnostem, je daleko tvrdší, význam národa a kulturně-etnického zakotvení většiny je mnohem vymezenější a exkluzivnější než v imigračních státech. Málo autorů

<sup>4</sup> Taylor: Vyzývání občanské společnosti, Beograd, 2000

<sup>5</sup> Kymlicka, Politics in the Vernacular, str. 163

popírá význam a právo na budování národa, naopak Taylor, opět bránící liberalismus, tvrdí, že imigranti musí být schopni formulovat své požadavky zákonným způsobem, aby k nim bylo přihlíženo. Současně se také ptá, jak překročit formální povahu zákona, který zastírá veškeré rozdíly. A právě v této náklonnosti k hodnotám zákona jisté společnosti a jejich národní barevnosti vidí odpověď. Na druhé straně bychom se mohli ptát, proč právě imigranti by měli pociťovat loajalitu vůči platným zákonům jistého státu? V případě většiny se od osoby, která neimigrovala, neočekává automatická loajalita. Většina je loajální vůči státu a ctí jeho demokratické hodnoty, protože cítí, že jsou v tomto státě ty hodnoty realizovány a že jsou práva v jeho rámci chráněna. To podle mého mínění znamená, že by se od imigrantů mohl očekávat jistý druh loajality až tehdy, kdy by oni sami měli pocit, že jsou chráněni, v bezpečí a že mají stejná práva v konkrétní společenské skupině. O tomtéž problému polemizuje také Habermas, když uvažuje o pojmu individuální autonomie a ústavního patriotismu (Verfassungspatriotismus). V této podobě by každý jednatel, a tak i imigrant měl vystupovat z hlediska svých potřeb ve veřejném prostoru, kde se odehrává dialog o relevantním problému, zatímco by minimální konsenzus nutný k tomu, aby se společnost zachovala, pojednávala ústava, která by měla být taková, aby ji mohli respektovat všichni.

Zajímavé je řešení, které navrhuje Amy Bartlow<sup>6</sup>. Hovoří o zřetelné „politické chudobě“ imigračních skupin. Tvrdí, že přílišná všeobecnost zákona může být přizpůsobena imigrantům tak, že v případě, že se jich jistý zákon týká, by měli být imigranti zapojeni do polemiky o něm, a to přímým zásahem příslušných institucí. Je-li demokracie vyjádřením vůle většiny prostřednictvím zákonů a hodnot, jaké místo mají menšiny a ti, kteří jsou v jakémkoliv smyslu rozdílní. Tato otázka byla vyslovena v západních společnostech v případě žen, homosexuálů, mentálně a fyzicky handicapovaných a celé řady dalších zranitelných skupin. Podle vzoru imigrantů bychom se mohli zeptat, proč potřebujeme zákony, které explicitně regulují sexuální vztahy mezi osobami stejného pohlaví, nebo proč potřebujeme zákony, které regulují pozici žen na trhu práce, proč většina států uznává daňové úlevy v případě zaměstnávání fyzicky nebo mentálně handicapovaných, když je diskriminace každého na jakémkoliv základě v demokratické společnosti zakázána? Přirozeně předpoklad demokratické společnosti spočívá v existenci korpusu lidských práv, která platí pro všechny stejně (tato skutečnost získává význam, když se podíváme na východ nebo jih Evropy, kde ještě pořád neexistuje fungování právního státu; v některých případech se jedná o otevřené porušování lidských práv), avšak prakticky tato lidská práva působí jako základní a směrodatné návody pro formulaci zákonů, ve kterých se jednotlivci neprojevují jako abstraktní, ale jako jednotlivci s jistým „obsahem“ a vlastnostmi, kteří vyžadují také zvláštní zákonné a sociální zacházení. Není důvod, aby v případě imigrantů byla situace odlišná. V tomto smyslu by se dalo říci, že demokracie představuje nejen zákonem vyjádřenou vůli většiny, ale i míru tolerance vůči menšinám, které neohrožují společnost.

### I.3 Diskuse k dalšímu vývoji

Z předchozího pojednání je zřejmé, jak se vytvářela současná situace ve státech Evropské unie. Někteří autoři, jako např. Habermas, uvádějí, že ve vztahu k imigrantům z bývalých kolonií a cizím příležitostným dělníkům (*gastarbeitern*) existuje „morální dluh“ společností, vytvořený dlouholetým vztahem k těmto skupinám. Kromě toho imigranti představují značně zranitelné sociální uskupení, které může významně ovlivňovat sociální smír v závislosti na tom, jak je na něj pohlíženo. Západní státy mají programy orientované na integraci cizinců a také na dlouhodobé soužití s cizinci, což umožnilo vznik sociální skupiny, která se nachází „na obou stranách“, integrována do nové společnosti, avšak i dostatečně různorodá, aby mohla rozumět specifickým problémům svých příslušníků. Na mnoha místech v EU soužití imigrantů s majoritou vedlo k nezanedbatelným kulturním obohacením.

---

<sup>6</sup> Constitutional Patriotism: Justice for Immigrants?, nezveřejněný text najdete na [abarthol@ccs.carleton.ca](mailto:abarthol@ccs.carleton.ca)

Současně však xenofobie, která stále existuje ve všech státech, dostává i své politické rozměry. Strach z demografického boomu, který některé imigrační skupiny vzbuzují, je jedním z prvků, kolem nichž se mobilizuje xenofobie.<sup>7</sup> Současně existuje věčný mýtus o cizincích, kteří způsobují nezaměstnanost ve společnosti (přestože zpravidla vykonávají práce, které by většina buď nepřijala vůbec, nebo ne za daných podmínek). Jedním z důvodů xenofobie se nyní stal i strach z terorismu, zejména po zjištění, že teroristé, kteří byli odhaleni, byli navenek úspěšně integrováni do západních společností (alespoň pokud jde o vzdělávání). Otázkou však zůstává, jaká byla jejich sociální integrace. S plným vědomím toho, že terorismus představuje základní nebezpečí pro demokratické společnosti Evropy a v tomto smyslu mezi fenomény, které je třeba kontrolovat a potírat, si klademe otázku, proč některé skupiny mladých lidí pocítují větší loajalitu vůči systému hodnot, jenž způsobuje destrukci, nežli k takovému systému, který umožňuje svobodný život v relativně bohaté západní společnosti. Není to způsobeno nerovnými podmínkami v přístupu k vymoženostem demokratických států?

Zdá se, že by se xenofobie mohla zmírnit řešením základních problémů, které ji ve značné míře produkují. Tyto problémy, (jako v případě Dánska, které už není schopno financovat velmi rozšířený sociálně štědrý stát) dávají vzniknout pocitu, že jsou imigranti přijatelní pouze v případě, že se majoritní společnosti daří dobře. Jakmile začne všeobecná úroveň blahobytu klesat, většina se obrátí proti těm nejzranitelnějším, což jsou dnes ve většině případů imigranti. Tato závislost mezi ekonomickým úspěchem státu a tolerancí vůči imigrantům je bezpochyby jedním z hlavních důvodů nejistoty, která panuje mezi různými imigračními skupinami. Je třeba dodat, že mnohé imigrační skupiny nectí to, co Kymlicka stanovil jako jedno ze zásadních kritérií platných pro postup v případě menšin: zákaz represe dovnitř proti vlastní skupině. Legitimně lze očekávat, že se imigranti zřeknou tohoto druhu sociálně kulturních matric, které zmenšují právo ve vztahu ke stejné skupině na Západě (např. ženy v muslimských nebo hinduistických skupinách). Připomeňme zde, že na Západě hraje v tomto smyslu značnou roli třetí sektor, občanská společnost, tj. nevládní organizace, že tento sektor často zaplňuje prázdnotu mezi neexistující nebo neefektivní politikou a neuspokojenými potřebami.

A konečně se ptáme, jestli mělo formování EU nějakým způsobem vliv na otázku imigrantů. V zásadě platí, že občané některé ze zemí EU mají svobodu pohybu uvnitř EU a právo na práci v každé zemi EU. Ale lze si zde povšimnout jisté dvojakosti: z jedné strany, EU postupuje celkem jednotně v perspektivě politiky zamezování imigrace na jakémkoliv základě, kromě přísně kontrolované imigrace ekonomické. Na druhé straně zacházení s těmi, kteří jsou uvnitř, je ještě stále považováno za exkluzivní právo každé z členských zemí, které toto regulují v souladu se svými pravidly. Rozhovory o sjednocené proceduře pro vstup imigrantů do EU a pro poskytování azylu jsou teprve v začátcích a jsou záležitostí budoucnosti. Taktéž se očekává, že otázka regulace nelegální pracovní síly se v brzké době stane v EU žhavou otázkou. Již nyní je praxe taková, že státy, opět v otázce ekonomických zájmů, tolerují tuto nebezpečnou a nelegální praxi. A to nás opět odkazuje na začátek našich úvah, kde jsme konstatovali, že jednou z největších chyb západní politiky vůči imigrantům bylo jejich ekonomické využití bez jasné sociální vize a relativně pozdní zahájení programů orientovaných na ostatní druhy integrace. V případě ilegálních imigrantů existuje nebezpečí, že se tato chyba zopakuje.

## **I.4 Migrace, zdraví a zdravotní péče**

V souvislosti s růstem mezinárodní mobility a se zvyšující se politickou i mediální pozorností zaměřenou na problematiku migrace, se zdravotní stav migrantů stává, zejména ve vyspělých zemích, jednou z uznávaných otázek tvorby a implementace zdravotních politik.

Z hlediska zdravotních problémů, ale i přístupu ke zdravotní péči, jsou nejproblematičtější skupinou bezesporu ilegální imigranti. Vážná zdravotní rizika jsou však diskutována i ve vztahu k imigrantům legálním. Jedná se zejména

---

<sup>7</sup> Jednoznačně je vidět v reklamním inzerátu dánské extrémně pravicové strany, na kterém je blondáta holčička, která říká: až já vyrostu, většina lidí v této zemi budou muslimové.

o rizika související s veřejným zdravotnictvím (v souvislosti s nakažlivými chorobami), dále dlouhodobě neléčenými zdravotními problémy včetně zranění a duševními zdravotními problémy. Samostatnou kapitolou v oblasti zdravotního stavu a zdravotní péče imigrantů je problematika bezpečnosti a zdraví při práci. Na základě řady výzkumů je prokázáno, že u zahraničních pracovních migrantů se v souvislosti s nepřiměřeným pracovním nasazením nebo nevyhovujícími pracovními podmínkami objevují ve vyšší míře deprese, chronické bolesti hlavy, u žen těhotenské poruchy včetně samovolných potratů. Prokazatelný je rovněž fakt, že u zahraničních pracovních migrantů se vyskytují ve vyšší míře pracovní úrazy, například v Evropě je výskyt úrazů u imigrantů dvakrát vyšší než u většinové populace.<sup>8</sup>

V současnosti se ve vztahu ke zdravotnímu stavu imigrantů často hovoří o všeobecném právu na zdraví, které je jedním ze základních lidských práv. Na základě tohoto práva bylo vytvořeno ve vztahu k imigrantům několik základních principů nejen pro tvorbu právního rámce zdravotních systémů, ale i pro tvorbu a realizaci celé zdravotní politiky.

**Ekonomická dostupnost** – pro realizaci práva na zdraví je nezbytné, aby byl na principu spravedlnosti a solidarity umožněn migrantům přístup ke zdravotnickým službám, zboží i zařízením.

**Fyzická přístupnost** – zařízení, zboží a služby by vždy měly být v dosahu pro všechny vrstvy obyvatelstva.

**Přístup k informacím** – informace o zdraví a zdravotních službách by měly být dostupné všem, nezávisle na sociokulturním prostředí z něhož pocházejí a s ohledem na možné lingvistické bariéry a omezené vzdělání.

**Kulturně přiměřené služby** – nezbytnou součástí práva na zdraví je, aby zdravotnická zařízení, zboží a služby byly kulturně přiměřené, což v praxi znamená podporovat osvětu a prevenci ve vztahu k imigrantům. Součástí této osvěty a prevence by měly být informace o bezpečnosti a zdraví při práci, praktická opatření k minimalizaci a odbourávání jazykových bariér, atd.

**Boj proti diskriminaci a xenofobii** – by měl být nezbytnou součástí jakékoliv veřejné, tedy i zdravotní politiky. Při vytváření a realizaci zdravotní politiky by tak ve vztahu k imigrantům měla být právně zajištěna ochrana jejich důstojnosti a lidských práv.

Nakolik se zdravotním politikám jednotlivých sledovaných států daří naplňovat tyto obecné principy poskytování zdravotní péče imigrantům je předmětem následujících kapitol.

## I.5 Literatura

BARŠA, P. *Politická teorie multikulturalismu*. 1999. Centrum pro studium demokracie a kultury

*Constitutional Patriotism: Justice for Immigrants?* nezveřejněný text na [www.ccs.carleton.ca](http://www.ccs.carleton.ca)

KYMLICKA, W. *Politics in the Vernacular*. 2001. Oxford University Press.

Migration, health and human rights. *Migration and Health Newsletter*. 2002. No 2, Geneva

TAYLOR: *Vyzývání občanské společnosti*. 2000. Beograd.

---

<sup>8</sup> Migration, health and human rights, Migration and Health Newsletter No 2, Geneva 2002

## II. Případové studie

Případové studie o poskytování zdravotní péče cizincům byly zpracovány za čtyři vybrané země – Maďarsko, Německo, Nizozemí a Velkou Británií. Studie byly vypracovány jednotlivými autory na základě společné závazné osnovy. Zprávy tak umožňují srovnání základních stanovených oblastí :

- systému zdravotní péče v zemi
- problematiky imigrace
- poskytování zdravotní péče cizincům.

V jednotlivostech se pak studie liší akcentováním některých dílčích problémů imigrační politiky a zdravotní politiky a obsahují i řadu zajímavých přístupů a řešení.

Srovnávané státy mají odlišnou historickou zkušenost jak v oblasti organizace zdravotní péče, tak i v přístupu k imigrantům.

Zatímco Maďarsko se (podobně jako Česká republika ) teprve v posledním období stává cílovou zemí pro imigranty, Velká Británie a Nizozemí mají vzhledem ke koloniální minulosti s tímto fenoménem bohaté zkušenosti. V Německu se problém přistěhovalců stal naléhavým po druhé světové válce v souvislosti s pozváním cizinců do země z důvodu nedostatku vlastních pracovních sil.

Všechny tyto země řeší otázku vztahu imigrantů a majoritní společnosti. Přístup k problému může být spíše integrační – vytváření podmínek pro začleňování cizinců do společnosti na základě přizpůsobování se majoritě – nebo spíše multikulturní – využívání jejich jinakosti k obohacení celé společnosti. Srovnání přístupů uvedených států k problematice migrace s akcentem na poskytování zdravotní péče naznačuje, že mezi nimi jsou (či v dílčích historických etapách byli) zástupci obou variant.

### 1. Spolková republika Německo

#### 1.1 Obecná charakteristika

Spolková republika Německo má rozlohu 356.978 km<sup>2</sup> a 82 mil. obyvatel. Údaj zahrnuje i přes 7 milionů cizinců (podrobněji viz další text).

Německo je federativní republikou se 16 spolkovými zeměmi. Každá země má svou ústavu, která musí být v souladu se spolkovou ústavou. Zákonodárným orgánem je dvoukomorový parlament - Spolkový sněm (Bundestag) a Spolková rada (Bundesrat).

Spolkový sněm má 672 členů se čtyřletým mandátem. Jeho zásadní úlohou je volit kancléře, projednávat a přijímat zákony a kontrolovat vládu.

Spolková rada reprezentuje 16 spolkových zemí a členové nejsou voleni přímo, ale zasedá v ní tři až šest zástupců zemských vlád podle velikosti spolkové země. Hlavním úkolem je projednávat zákony, které předtím schválil spolkový sněm. Asi u poloviny zákonů je nezbytný souhlas spolkové rady. U druhé skupiny zákonů může spolkový sněm přehlasovat nesouhlas spolkové rady. Neshody v rozhodnutích obou komor řeší 32 členný zprostředkovací orgán, který je složen z 16 členů spolkového sněmu a 16 zástupců spolkových zemí.

V čele státu je spolkový prezident, volený spolkovým shromážděním. To je tvořeno členy spolkového sněmu a zástupci spolkových zemí, jejichž počet odpovídá počtu obyvatel jednotlivých zemí. Prezident podepisuje zákony, formálně jmenuje spolkového kancléře a ministry a reprezentuje stát.

Exekutivu představuje spolková vláda v čele s kancléřem.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Podrobněji viz: Gesundheitsysteme im Wandel. Deutschland. Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme, 2000

## **Kompetence**

Tvorba zákonů se odehrává především na úrovni spolkových zemí, existují však oblasti, které jsou explicitně vyhrazeny spolkové úrovni. Sem patří mezinárodní vztahy, obrana, měnová oblast, letectví a některé oblasti daňové politiky.

Další oblastí je tzv. oblast konkurující, kdy spolkové země mohou zákonem upravovat oblasti nepokryté spolkovým zákonodárstvím. I když spolkové země přenechají některou oblast k právní regulaci federaci, mají značnou spolurozhodovací pravomoc. To se týká zejména oblasti vyššího vzdělání, ochrany přírody, regionálního plánování a vodního hospodářství.

Spolkové země jsou odpovědné za výchovu a kulturu jako výraz jejich kulturní svrchovanosti. Jsou také odpovědné za určení kompetencí zemské vlády a policie. Vliv na legislativní proces mají zejména prostřednictvím Spolkové rady.

Vrcholem výkonné moci je spolková vláda a kancléř. Kancléř vybírá ministry a navrhuje je prezidentovi ke jmenování a odvolání. Určuje také počet ministerstev a oblasti jejich odpovědnosti. Pozice kancléře je v německém systému státní moci velmi silná (i v historii tomu tak bylo). Přísluší mu určovat zaměření vládní politiky, jímž se musí řídit resortní ministři.

Soudní moc jako poslední pilíř státu spočívá na různých oblastech soudnictví (správní, ústavní, občanské).

## **1.2 Zdravotní systém**

### **1.2.1 Historie zdravotního systému**

Základy byly položeny reformami kancléře Otto von Bismarcka v poslední třetině 19. století. V roce 1883 bylo zavedeno povinné nemocenské pojištění a Německo se tak stalo první zemí, kde byl tento systém uplatněn. V následujících letech byl tento systém rozšířen na další sociální události – pracovní úrazy (1884), stáří a neschopnost pracovat (1889). Tyto zákony byly v roce 1911 začleněny do Říšského pojišťovacího zákoníku. Následovalo pojištění v nezaměstnanosti (1927) a v relativně nedávné době byl systém doplněn o pojištění péče (Pflegeversicherung) (1994). Vývoj systému sociální ochrany je tak více než sto let v podstatě kontinuální (platí pro staré spolkové země).

Systém zdravotního a nemocenského pojištění byl založen na místních nemocenských pokladnách (Ortskrankenkassen) a nemocenských pokladnách příslušníků některých povolání (Berufsbezogene Krankenkassen). Systém byl povinný pro zaměstnance s hodinovou mzdou, případně do určité výše příjmů. Zaměstnanci platili dvě třetiny příspěvku, zaměstnavatel jednu třetinu. Ve stejném poměru byli zastoupeni i v rozhodovacích orgánech pokladen. Účastníci pojištění měli nárok na 50% průměrného výdělku po dobu 13 týdnů, na výchovné a dávku při úmrtí (Sterbegeld). Současně byla určena minimální míra primární péče a léků, zatímco zajištění stacionárních pobytů klientů bylo ponecháno na rozhodnutí pokladen. Pokladny byly obecně prospěšnými zařízeními. Zpočátku si mohly svobodně vybírat lékaře a další lékařský personál.

Zaměstnavatelé museli pokrývat 100% nákladů vzniklých pracovním úrazem. To je vedlo k opatřením zlepšujícím pracovní podmínky.

V 80. letech 19. století bojkotovala řada zaměstnanců („bílých límečků“) tyto povinné nemocenské pokladny a zakládala tak zvané náhradní pokladny (Ersatzkassen). Z nich se později profilovaly pokladny zaměstnanců nedělnických profesí (Angestelltenkrankenkassen), které fungovaly do roku 1995 (sic!!)

Německo integrovalo do systému pojištění i nezaměstnané, nepracující rodinné příslušníky, důchodce, studenty a zdravotně postižené.

V roce 1911 byla naplněna myšlenka spojení zákonodárství v oblasti důchodového, nemocenského a úrazového pojištění vytvořením Říšského pojišťovacího řádu (Reichsversicherungsordnung). Tento právní akt byl základem nemocenského pojištění v SRN do roku 1989.

Po druhé světové válce se následkem vytvoření dvou německých států z okupačních zón vítězných mocností odlišně vyvíjel hospodářský, politický i sociální systém v Německé spolkové republice (vzniklé z okupačních zón západních spojenců) a Německé demokratické republice (na území sovětské okupační zóny). Od roku 1949 do roku 1990 tak existovaly dva německé státy se zcela odlišným státoprávním uspořádáním. To se odrazilo i v rozdílných systémech zdravotní péče uplatňovaných v obou zemích.

V Německé demokratické republice (NDR) byl po jejím vzniku v roce 1949 rychle zaveden centralizovaný zdravotní systém. Princip zdravotního pojištění byl de jure zachován, zaměstnanci a zaměstnavatelé platili pojištění. Správa systému byla svěřena dvěma velkým nemocenským pokladnám, jedna byla určena pro zaměstnance (89% všech pojištěných) a jedna pro ostatní občany - zemědělce, drobné živnostníky, umělce (11% pojištěných). De facto byli ale všichni pracující ve zdravotnictví státními zaměstnanci, vztah k pojišťovnám byl zprostředkovaný. Jednotlivé praxe byly vzácné, lékařská péče se koncentrovala do obecních nebo podnikových zdravotnických zařízení. Do resortu zdravotnictví spadala i předškolní zařízení pro děti (jesle), která posouvala kolektivní výchovu jedince do ranného věku a usnadňovala zapojení žen do pracovního procesu. Systém se zejména koncem sedmdesátých let dostal do finančních problémů se všemi důsledky známými i ze situace zdravotnictví v tomto období u nás. Dříve než se uskutečnila plánovaná reforma zdravotního systému, došlo v roce 1990 ke znovusjednocení obou německých států.

Spolková republika Německo (SRN) navázala v poválečném období v podstatě na systém sociálního pojištění funkčního za Výmarské republiky. Příspěvky nemocenským pokladnám platili zaměstnanci a zaměstnavatelé rovným dílem, stejně byli zastoupeni i v samosprávních orgánech. Pojištění pracovních úrazů a invalidity platili nadále plně zaměstnavatelé. Zpočátku byl stanoven poměr privátních lékařů a pojištěnců (1 lékař na 500 pojištěnců), v roce 1960 však bylo toto opatření zrušeno s poukazem na svobodu volby povolání, zaručenou ústavou.

Důležitým zásahem do systému byl zákon o placení mzdy v době nemoci (Lohnfortzahlungsgesetz, 1969), který v určité míře přenesl vyplácení dávek v nemoci z nemocenských pokladen na zaměstnavatele. Tím se do značné míry posunul smysl existence nemocenských pokladen: zajištění náhradního příjmu v době nemoci ustoupilo financování preventivní a kurativní medicíny (F.Beske, J. Hallauer, 2001, str. 79).

Neustále rostoucí náklady na zdravotní péči vyústily v tzv. duální systém financování. Nemocenské pokladny financovaly výkony a personál, jednotlivé spolkové země financovaly investice do zdravotnictví. V roce 1977 byl vydán zákon o snižování nákladů hrazených nemocenským pojištěním (Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz), který měl zlepšit hospodaření s finančními prostředky zejména v nemocnicích. Stabilitu příspěvků do systému mělo zaručit jejich navázání na vývoj příjmů pojištěnců. Důležitými opatřeními přitom byly:<sup>10</sup>

Rozpočty pro sektory nebo jednotlivé poskytovatele péče

- Pevné částky na léky
- Omezení nákladných přístrojů a počtu privátních lékařů v regionu (plánovací jednotce)
- Zvýšení spoluúčasti
- Vyloučení mladších lidí z (bezplatného) poskytnutí některých zubařských zákroků

Po sjednocení Německa byl stejně jako v jiných oblastech i ve zdravotnictví přenesen západoněmecký systém do zemí bývalé NDR, nyní nových spolkových zemí. Podepsání smlouvy o znovusjednocení znamenalo v podstatě rychlé začlenění

---

<sup>10</sup> Podrobněji viz :Gesundheitsysteme im Wandel, Deutschland 2000, Europäisches Observatorium für Gesundheitsysteme, 2000, str. 18 a další

občanů bývalé NDR do existujících struktur západoněmeckého systému zdravotnictví. Idea dlouhého přechodného období, či „třetí cesty“ nebyla nastoupena ani v této oblasti. Nemocenské pokladny expandovaly do nových zemí a získaly zde své pojištěnce. Více pojištěnců nežli ve starých spolkových zemích získaly obecní nemocenské pokladny (AOK) (61% versus 41%), nižší je v pěti nových zemích, oproti tomu dosud počet soukromě pojištěných (2% versus 10%). Tento počet se bude zřejmě i v nových spolkových zemích zvyšovat s rostoucí příjmovou diferenciací a vytvářením bohatších vrstev společnosti.

V roce 1992 mělo již 91% lékařů v nových spolkových zemích, kteří dříve pracovali ve státních poliklinikách, svou praxi<sup>11</sup>. Spolková vláda podpořila výstavbu infrastruktury nových spolkových zemí programem, jehož finanční náklady představovaly několik set miliard DM. Značná část prostředků sloužila rozvoji nemocnic a domů sociální péče.

### 1.2.2 Charakteristika současného systému

Základem systému sociální ochrany je sociální pojištění s pěti základními oblastmi:

- důchodové pojištění
- nemocenské pojištění
- pojištění péče
- úrazové pojištění
- pojištění v nezaměstnanosti.

Základním úkolem nemocenského pojištění je podle § 1 páté knihy Sociálního zákoníku „zachovat, zlepšit či znovu nastolit zdraví pojištěnců. Pojištěnci jsou za své zdraví spoluodpovědní, mají svým způsobem života, podílením se na preventivních zdravotnických opatřeních a aktivním ovlivňováním léčby přispět k zabránění vzniku onemocnění nebo překonat jeho následky. Nemocenské pokladny by v tom pojištěncům měly být nápomocny prostřednictvím informací, poradenství a svých výkonů a dále působit na jejich zdravé životní podmínky“ (SGB V.)<sup>12</sup>.

Základním principem německého nemocenského pojištění (i dalších částí sociální ochrany) je princip solidarity a to jak vertikální (osob s vyššími příjmy s osobami s nižšími příjmy) tak horizontální (mladých se staršími, svobodných s rodinami s dětmi). Je vyjádřen především tím, že pojistné je procentem z příjmů každého pojištěnce jakožto jediného kritéria, zatímco věk, pohlaví, rodinný stav a zdravotní stav nejsou zohledňovány. Rodinní příslušníci jsou spolupojištěni v případě, že nemají vlastní příjmy či tyto příjmy nepřesahují určitou hranici. Každému se hradí stejná nezbytná zdravotní pomoc bez ohledu na výši příspěvků.

### 1.2.3 Právní úprava (nejdůležitější právní normy)

Klíčovým právním předpisem je Sociální zákoník (Sozialgesetzbuch) který v jedenácti svazcích řeší základní oblasti sociální ochrany občanů SRN. Zdravotní péče se týká především V. část Zákoníku. XI. Část upravuje nejnovější oblast pojištění – pojištění péče (Pflegeversicherung).

První část páté knihy Sociálního zákoníku definuje základy zákonného nemocenského pojištění. Následující části se postupně zabývají následujícími oblastmi:

- okruh pojištěných (kapitola 2)
- výkony nemocenského pojištění (kapitola 3)
- vztahy nemocenských pokladen k poskytovatelům péče, zvláště lékařům a zubním lékařům (kapitola 4 a 5)
- organizace nemocenských pokladen a jejich sdružení (kapitola 6 a 7)
- způsoby financování včetně vyrovnání strukturálních rizik mezi pokladnami (kapitola 8)
- úkoly a organizace zdravotní služby v nemocenském pojištění (kapitola 9)
- sběr, ukládání, využívání a ochrana dat (kapitola 10)
- zvláštní ujednání pro nové spolkové země (dodatek po smlouvě o sjednocení (Německa) jako kapitola 12)

<sup>11</sup> Gesundheitsysteme im Wandel: Deutschland 2000.....str. 20

<sup>12</sup> Blíže viz Sozialgesetzbuch V- Gesetzliche Krankenversicherung z 20.12.1988, BGBl S 2477)

Dalšími zásadními zákony v oblasti zdravotní péče jsou:

Zákon o struktuře zdravotnictví (Gesundheitsstrukturgesetz) – 1.1.1993. Vedl zejména k zavedení pevných rozpočtů nebo horní hranice výdajů ve zdravotnictví, snížení nákladů provozu nemocnic, zavedení srovnání rizik jednotlivých nemocenských pokladen, vyplývajících ze struktury pojištěnců atd.

Zákon k snížení povinných plnění z nemocenského pojištění (Beitragsentlastungsgesetz) – 1.1.1997

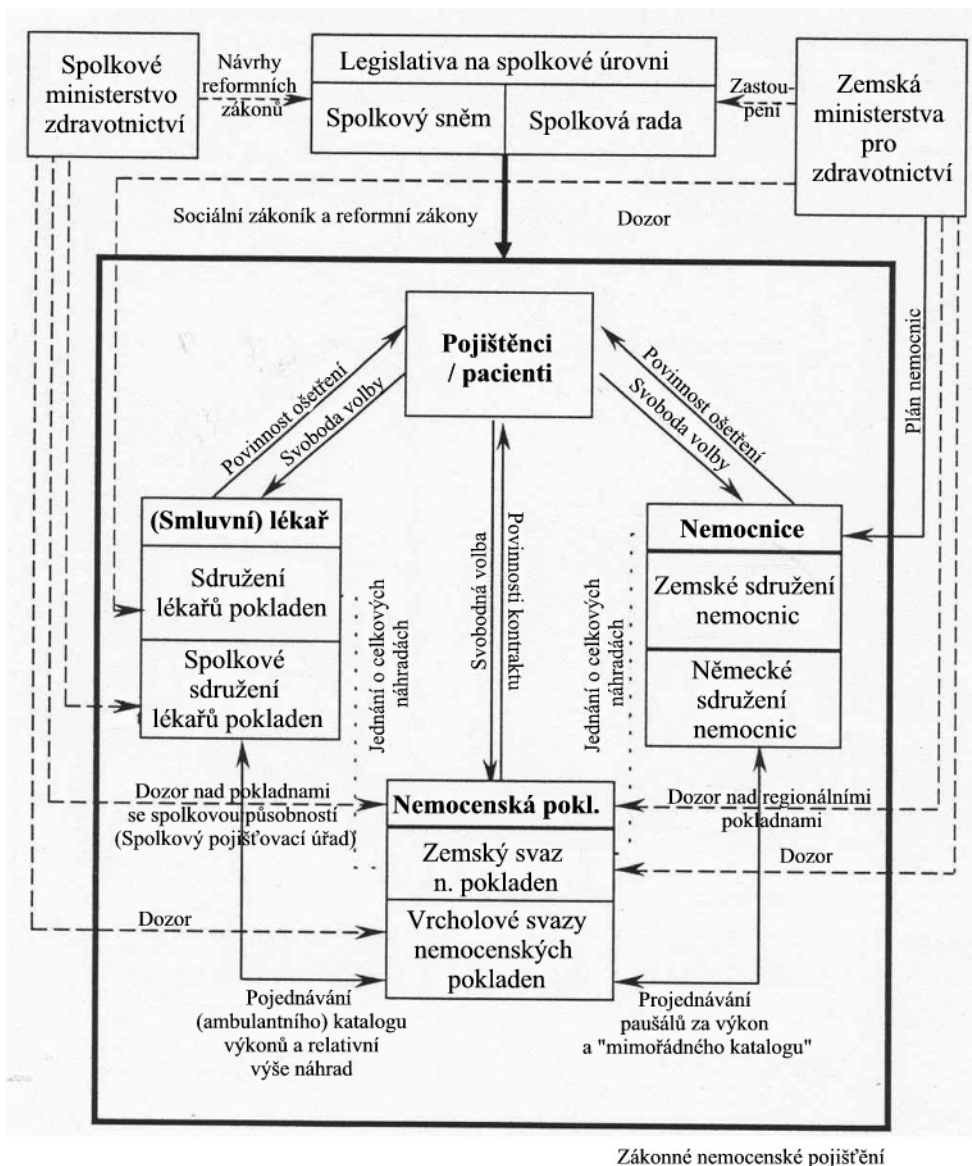
První a druhá novela zákona o povinném nemocenském pojištění (1.u 2. GKV-Neuordnungsgesetz) – 1997. Všechny tři zákony znamenaly odklon od prostého snižování nákladů na zdravotnictví a dávaly možnost rozšíření přímých plateb a příplatků, zejména v oblasti lékové politiky a lázní. Vyloučily mladší ročníky (od ročníku narození 1979) z příplatků na zubní náhrady a umožnily se pro tento případ připojistit. Zavedly povinný roční paušál pro pojištěnce ve výši 20 DM na provoz nemocnic.

Zákon o posílení solidarity v nemocenském pojištění (Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der GKV) – 1998. Většinu zásad předchozího zákona opět odstranil jako kontroverzní k principu povinného nemocenského pojištění.

### 1.2.4 Současná organizace systému zdravotní péče SRN

Systém zdravotní péče má tři organizační úrovně, spolkovou, zemskou a korporativní. (viz obr.č.1).

Obr. č. 1: Organizační vztahy hlavních aktérů německého systému zdravotnictví



Zákonné nemocenské pojištění

Zdroj: Gesundheitssysteme im Wandel, Deutschland, EOHIC 2000

Na spolkové úrovni je za oblast zdravotnictví odpovědné Spolkové ministerstvo zdravotnictví a Parlament. Spolkové ministerstvo zdravotnictví je členěno do pěti částí, které odpovídají jeho kompetencím:

- Správa a mezinárodní vztahy.
- Léky, lékárenství, zdravotnický materiál a zajištění péče.
- Zajištění zdraví a zákonné nemocenské pojištění.
- Zdravotní prevence a boj proti nemocem.
- Ochrana spotřebitele (zejména v oblasti potravin a spotřebního zboží) a veterinární medicína.

Ministerstvo pro své rozhodování o odborných otázkách využívá řadu odborných institucí a výzkumných ústavů.

Zvláštní institucí je tzv. „Koncentrovaná akce ve zdravotnictví“, která vznikla v roce 1977 jako poradní orgán ministerstva zdravotnictví. Jejím úkolem je na základě výsledků analýz a výzkumů navrhnout opatření ke zvýšení efektivity a kvality zdravotnictví. Skupina se skládá ze 75 poradců ze všech relevantních organizací oblasti zdravotnictví s hlasovacím právem a nehlasujících zástupců spolkové vlády. Od roku 1985 je tato skupina odborníků podpořena ještě sedmičlennou radou znalců (Sachverständigenrat) z oblasti medicíny, hospodářství a péče, kteří zpracovávají znalecké posudky k problémům řešeným na ministerstvu zdravotnictví.

Od roku 1999 má spolkové ministerstvo zdravotnictví etickou radu, ve které působí 13 osobností z oblasti biologie, medicíny, péče o nemocné, filosofie, psychologie, sociologie a teologie.

Na úrovni spolkových zemí je zdravotnictví v kompetenci zemských vlád a v jisté míře i zemských parlamentů. Žádná ze 16 spolkových zemí nemá vlastní ministerstvo zdravotnictví, většinou je tato problematika včleněna do ministerstva práce a sociálních věcí, případně ministerstva pro mládež a rodinu.

Dělení kompetencí mezi spolek a země je doplněno veřejnoprávními korporacemi, na které jsou delegovány některé pravomoci v oblasti sociálního pojištění. Tento statut mají nemocenské pokladny. Korporace mají právo na samosprávu, na základě povinného členství mají právo obstarávat si finanční prostředky (za státního dozoru). Mají právo i povinnost uzavírat smlouvy s jinými korporacemi a zajišťovat tak pro své členy některé služby. (Gesundheitsysteme...str.23 - 27).

### 1.2.5 Struktura systému poskytování zdravotní péče

Charakteristickým znakem německého systému zdravotní péče je jasné institucionální oddělení služeb veřejného zdravotnictví, primární a sekundární ambulantní péče, poskytované soukromými lékaři a nemocniční péče. Oddělení ambulantní a nemocniční péče je důslednější než v ostatních zemích a bylo zmírněno až v poslední době povolením ambulantních operací v nemocnicích či omezené ambulantní péče před a po pobytu v nemocnici. (Gesundheitsysteme im Wandel, s.63)

Veřejné zdravotnictví, přestože je v pravomoci zemských vlád, má základní shodné parametry, vyplývající ze spolkového právního rámce:

- dohled nad zaměstnanci zdravotnických zařízení
- prevence a monitorování přenosných onemocnění
- dohled nad potravinami, léky a přípravky
- oblast hygieny životního prostředí
- zdravotní a sociální poradenství
- sociální a psychiatrická péče v obcích
- výchova ke zdraví a podpora zdraví
- zdravotní prohlídky školních dětí a jiných vybraných skupin.

Zatímco dříve byla tato oblast svěřena lékařům zaměstnaným v oblasti veřejného zdravotnictví, v současné době je svěřena ambulantním lékařům, kteří působí na základě smluv s pojišťovnami.

**Ambulantní péče praktických a odborných lékařů** je vykonávána téměř výlučně obvodními lékaři (niedergelassene Ärzte). Většina lékařů má samostatnou praxi, někteří (cca 25%) se o praxi dělí, aby snížili náklady. Nájem, vybavení a personál financují sami lékaři.

Asi 5% obvodních lékařů má oprávnění ošetřovat pacienty v nemocnicích (drobné operační zákroky). Na druhé straně má cca 11.000 lékařů zplnomocnění k ambulantní péči.

Pojištěnci si mohou svobodně volit (rodinného) lékaře, který má smlouvu s pojišťovnou. Lékaře nesmí měnit v průběhu zúčtovacího období (čtvrtletí). V Německu neexistuje tzv. Gatekeeping System, tzn. že pacient se může obrátit přímo na odborného lékaře bez doporučení praktického (rodinného) lékaře. Rodinnými lékaři se stávají většinou všeobecní lékaři bez specializace, pediatri a internisté si tuto dráhu mohou zvolit. Podíl rodinných lékařů klesá, v současnosti činí cca 40% privátních lékařů. (Gesundheitssysteme im Wandel, 67).

### **Nemocniční péče**

V Německu je cca 2260 nemocnic s více než 572 lůžky (6,97 lůžka na 1000 obyvatel). Průměrné využití lůžek je cca 80%. Z 2030 všeobecných nemocnic je 790 veřejných, 820 má statut obecně prospěšných zařízení a 420 je soukromých. (Gesundheitssysteme im Wandel, 67). Přes 95% všech nemocničních lůžek je, pokud se týká investičních nákladů, financováno z veřejných zdrojů. Kromě toho je v Německu 1400 zařízení (se 190 000 lůžky), sloužících preventivní a rehabilitační péči. Vlastnické poměry jsou diametrálně odlišné od nemocnic: jen 15% lůžek je ve veřejných, 16% v obecně prospěšných a 69% v soukromých zařízeních.

### **Péče a dlouhodobé ošetřování**

Je poskytována na základě subsidiárního principu, rodinnými příslušníky, laickými ošetřovateli a většinou privátními poskytovateli. Přesto je tato oblast z velké části financována spolkovou vládou, zeměmi a obcemi, neboť značná část takové péče není součástí běžného sociálního pojištění. Spolkové země jsou odpovědné za plánování a dostupnost služeb, ústavní péči a zvláštní školy. Poskytovatelé ústavní péče jsou organizováni ve Spolkovém svazu sociální péče. Pečovatelé organizace založily 60 000 samostatných zařízení s cca 1,2 miliony zaměstnanců. Provozují 50% domů pro seniory, 80% ústavů pro zdravotně postižené a 70% zařízení pro mládež.

V roce 1994 (jak již bylo zmíněno) bylo uzákoněno povinné pojištění péče, které má usnadnit přístup k dlouhodobé péči. Účastníky pojištění se povinně stali všichni klienti nemocenských pokladen, včetně penzistů a nezaměstnaných a pojištěnci soukromých systémů. Pojištění je spravováno v rámci nemocenského pojištění pokladnami.

#### **1.2.6 Financování systému zdravotní péče**

Nemocenské pojištění pokrývá přibližně 88% obyvatel. Je povinné pro osoby, jejichž příjem nepřekračuje měsíčně 3.375 Eur (74% pojištěných), ostatní (14%) jsou pojištěni dobrovolně. Ti mohou povinný systém opustit a pojistit se u privátních pojišťoven, případně zůstat nepojištěni.

Dávky nemocenského pojištění jako náhrada ušlého výdělku v případě nemoci (Krankengeld) se vyplácejí po 7. týdnu absence v zaměstnání (náklady prvních sedmi týdnů pokrývá zaměstnavatel) a činí 70% předchozích dosažených příjmů, ne však více než 90% čistých příjmů pojištěnce.

Privátní pojištění pokrývá cca 9% populace (státní úředníci, podnikatelé, dobrovolně pojištění zaměstnanci). Nemocenské pojištění organizují nemocenské pokladny (Krankenkassen). Tyto subjekty nejsou oprávněny nabízet privátní pojištění.<sup>13</sup> Typy pokladen se vyvinuly historicky (viz výše).

<sup>13</sup> Gesundheitssysteme im Wandel – Deutschland. Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme, 2000

**Nemocenské pokladny** jsou diferencovány do sedmi rozdílných skupin:

- 17 regionálních pokladen (Allgemeine Ortskrankenkassen - AOK)
- 13 náhradních pokladen (Ersatzkassen)
- 359 pokladen založených na podnikovém principu (Betriebskrankenkassen – BKK)
- 42 cechovních pokladen (Innungskrankenkassen – IKK)
- 20 zemědělských pokladen (Landwirtschaftliche Krankenkassen)
- 1 hornická pokladna (Bundesknappschaft)
- 1 pokladna pro námořníky (See-Krankenkasse)

Následující tabulka dokumentuje podíl jednotlivých typů pokladen na celkovém objemu pojištěnců a nákladů<sup>14</sup>:

**Tabulka č. 3: Podíl jednotlivých typů pokladen na celkovém objemu pojištěnců a nákladů**

Nemocenské pokladny	Náklady v mil. Eur - 1999	Podíl nákladů 1999	Podíl pojištěnců 1999	Podíl pojištěnců 1.7. 2001
Celkem	123.208	100%	100%	100%
AOK	52.527	42,6%	39,1%	38,1%
BKK	14.931	12,1%	12,9%	17,0%
IKK	6.515	5,3%	6,5%	6,2%
Ersatzkassen	43.363	35,2%	37,9%	35,3%
Ostatní	5.872	4,8%	3,6%	3,4%

Zdroj: Spolkové ministerstvo zdravotnictví 1999. In: Gesundheitsysteme im Wandel 2000

Pokladny jsou nevládní korporace. Mají status neziskových organizací se samosprávou, která je volena členy - pojištěnci (Ersatzkassen) , nebo z 50% členy a z 50% zaměstnavateli (ostatní typy pokladen). Většina pokladen má výkonnou radu – management a radu delegátů, která rozhoduje o řízení pokladny, schvaluje rozpočet, stanovuje výši příspěvků a volí výkonnou radu.

Soukromé pojišťovací fondy jsou organizace tvořící zisk. Počet subjektů, nabízejících soukromé zdravotní pojištění se pohybuje kolem 60.

**Počet nemocenských pokladen v Německu trvale klesá. Malé pokladny se slučují s většími, dochází k otevírání pokladen (umožnění členství nejen na základě příslušnosti k povolání).**

Vývoj počtu pokladen v 90. letech je uveden v následující tabulce:

**Tabulka č. 4: Vývoj počtu pokladen v 90. letech**

Pokladna	1.1.1993	1.1.1994	1.1.1995	1.1.1996	1.1.1997	1.1.1998	1.1.1999
AOK	269	235	92	20	18	18	17
BKK	744	719	690	532	457	386	359
IKK	169	160	140	53	43	43	42
Ostatní	39	39	38	37	36	35	35
Celkem	1221	1152	960	642	554	482	453

Zdroj: Spolkové ministerstvo zdravotnictví 1999. In: Gesundheitsysteme im Wandel 2000

Nemocenské pojištění financuje své výdaje z příspěvků pojištěnců a v malé míře i ze státních dotací. Pojištěnci a jejich zaměstnavatelé platí každý 50% celkového příspěvku. Podíl pojištěnce je zaměstnavatelem vypočítán a odečten od hrubé mzdy (příjmu) zaměstnance. Za nezaměstnané platí pojistné pracovní úřad.

Mezi jednotlivými nemocenskými pokladnami dochází k tzv. strukturálnímu vyrovnání, které má eliminovat vliv „nevýhodných“ skupin pojištěnců (velikost skupiny „spolupojištěných“, starých, difference podle pohlaví). Pojištěnci tak zůstane zachována svobodná volba pojišťovny a solidarita systému je zachována.

Z příspěvků pojištěnců je placeno 95% výdajů pojišťoven. Objem vyplacených prostředků vzrostl mezi roky 1960 a 1988 čtrnáctkrát, z 9,5 miliard DM na 134,4 miliardy DM (Beske, Hallauer, str.96). V roce 1996 činil tento objem 250,05

<sup>14</sup> Draft Case Study Germany, Sabine Richards (?)

miliard DM. Největší objem prostředků je vynakládán na nemocniční péči (31,3% výdajů), dále na lékařskou péči (15,7%) a léčiva a ostatní lékárenské zboží (13,4%)<sup>15</sup>

### 1.3 Migrace

Spolková republika Německo byla a je cílem přistěhovalců. Po druhé světové válce a zejména od poloviny 50. let bylo přistěhovalectví plánované, „na pozvání“, které mělo za úkol zlepšit obtížnou situaci německého hospodářství, způsobenou nedostatkem pracovních sil. Do země tak přišli postupně Italové (1955), Španělé (1960), Řekové (1960), Portugalci (1961), Turci (1961) a Jugoslávci (1968). U těchto cizinců se předpokládá krátkodobý pobyt za účelem výdělků a opětovný návrat do mateřských zemí. Teprve později se zjišťovalo, že „byla povolána pracovní síla, ale přišli lidé“.

Pozdější příliv cizinců do země byl dán jednak tzv. spojováním rodin, jednak příchodem osob s německými předky zejména z oblastí bývalého Sovětského svazu. Ti ovšem nejsou cizinci z našeho pohledu, neboť automaticky získávají německé občanství. Spolkový statistický úřad uvádí pro rok 2001 následující data<sup>16</sup>:

Počet navracejících se vysídlenců (Spätaussiedler) postupně klesá. Za prvních 6 měsíců roku 2002 to bylo 38.000 osob z východní Evropy. V porovnání se stejným obdobím minulého roku (2001), kdy se přistěhovalo 50.000 osob (za celý rok 2001 pak 98 000 ). To je pokles o cca 25%. Jen čtvrtina těchto osob jsou vlastní vysídlenci, 75% jsou rodinní příslušníci, kteří přicházejí v rámci politiky spojování rodin. Důvodem poklesu počtu těchto osob je jednak zpřísnění požadavků prokázání znalosti německého jazyka, zpřísnění pravidel pro následování rodinných příslušníků, mnohdy obtížná sociální situace navrátilců v Německu i zlepšené ekonomické podmínky německých menšin v zemích bývalého Sovětského svazu.

Regionální rozložení cizinců v SRN není rovnoměrné. (Handbuch.str.17). Ve čtyřech spolkových zemích (Bavorsko, Bádensko – Württenbersko, Hessensko a Severní Porýní – Westfálsko) žilo v roce 1997 70% všech cizinců. V nových spolkových zemích je jejich podíl naopak velmi malý. Také podíly jednotlivých národností se regionálně liší (v Bádensku-Württenbersku žije například 183 000 Italů, v Bavorsku jen 87 000). Nepřekvapí naopak vyšší podíl cizinců ve větších městech a aglomeracích.

Z údajů citované studie dále vyplývá, že 30% cizinců žije v Německu déle než 20 let, 50% déle než 10 let. Původní předpoklad, že cizinci se v krátké době opět navrátí do své bývalé vlasti, se nevyplnil. To samozřejmě přináší nároky v oblasti sociální ochrany, v neposlední řadě i zdravotnictví. Téměř 1,5 mil. cizinců žije v Německu dobu kratší než čtyři roky. I k těm je třeba směřovat opatření vedoucí k jejich bezproblémové integraci.

V novějších zprávách a analýzách kompetentních úřadů i občanských iniciativ se častěji hovoří o multikulturalismu společnosti, nežli o integraci do společnosti majoritní. O změně vztahu k cizincům se začalo uvažovat v 90. letech. Posledním impulsem byla reakce sociálně demokratické vlády na nedostatečný počet vzdělaných pracovníků v oboru informačních technologií. Cílem vlády bylo získat v cizině 20 000 těchto vysoce kvalifikovaných pracovníků na základě vydání tzv. „zelených karet“ (pracovních povolení) s pětiletou platností. Odborná veřejnost poukazovala na skutečnost, že uprchlíci a azylanti, kteří již v Německu jsou, nesmějí pracovat, přestože mezi nimi požadovaní odborníci existují.

To vyvolalo obecnou diskusi o přistěhovalectví, snahách o omezení imigrace a limitování tzv. pracovní migrace. Komise „Přistěhovalectví“, ustavená ministerstvem vnitra měla za úkol posoudit zásady imigrace za práci, právo na azyl a integraci cizinců. V komisi byli zástupci jednotlivých zájmových skupin (politické strany, svazy podnikatelů, odbory,

<sup>15</sup> údaje za rok 1996. Das Gesundheitswesen in Deutschland....

<sup>16</sup> [http://141.20.1.96/population/migroinfo/migration\\_und\\_Bevölkerung/artikel/020701.htm](http://141.20.1.96/population/migroinfo/migration_und_Bevölkerung/artikel/020701.htm)

církve, vědeckí pracovníci). Zpráva<sup>17</sup> obsahuje řadu podnětů, mezi nimi i přesvědčení, že nepříznivou demografickou situací je třeba zlepšovat kvalitnější rodinnou politikou, ne imigrací. Závěry zprávy se promítly do Zákona o pobytu, pracovním uplatnění a integraci cizinců na území SRN<sup>18</sup>. Byly stanoveny podmínky, za kterých je povolena pracovní imigrace, ale bez stanovení konkrétního data platnosti tohoto opatření.

Získání německého občanství bylo donedávna velmi obtížnou procedurou. Teprve poslední novela zákona o státní příslušnosti 2000<sup>19</sup> umožňuje dětem narozeným cizincům, z nichž alespoň jeden pobývá v Německu déle než 8 let a má minimálně tři roky neomezené povolení k pobytu, získat automaticky německé občanství. Dále se zvýšil počet německých občanů s „druhým občanstvím“. To je umožněno dětem, starým lidem a v některých dalších případech, například politických uprchlíků. Počet německých občanů s dalším občanstvím je odhadován na cca dva miliony.<sup>20</sup>

V souvislosti s uplatňováním těchto právních předpisů je odbornou i laickou veřejností často kritizováno naplnění podmínky znalosti německého jazyka. Jednotlivé spolkové země nejsou v požadavcích na míru znalostí jazyka jednotné (od písemných testů na úrovni nižších středních škol až po pouhou ústní zkoušku schopnosti komunikovat).

Cizinci pobývají na území SRN na základě několika různých povolení. Držitelé těchto rozdílných statusů mají také odlišná práva a povinnosti. Nejjistějším, avšak také nejméně frekventovaným statutem cizinců v SRN je oprávnění k pobytu. Například z takřka dvou milionů Turků, žijících v SRN, má tento typ povolení jen 480 000.

### 1.3.1 Národnostní složení cizinců v SRN<sup>21</sup>

Na konci roku 2001 žilo v SRN 7,319 miliónů cizinců (8,9% obyvatel SRN). Německo se počtem cizinců na svém území řadí na 3. místo v Evropě (po Belgii a Švýcarsku). Citovaná studie však upozorňuje na skutečnost, že tento vysoký podíl je závislý také na možnosti cizinců získat občanství dané země. Například Francie má pro tuto oblast benevolentnější zákonodárství.

25,6% cizinců jsou občané států Evropské Unie. Rozdělení podle národnosti viz následující tabulka:

**Tabulka č. 5: Rozdělení podle národnosti**

Země	Itálie	Řecko	Rak.	Portug.	Španěl.	V.Brit.	Holand.	Francie	Ost.
Podíl%	33,0	19,4	10,0	7,0	6,9	6,2	6,0	5,6	5,9

Zdroj: Bericht der Beauftragten (Bonn 2001)

Z bývalých zemí „náboru“ pracovníků je nejvíce Turků – téměř 2 miliony (26,6% všech cizinců v SRN)

Mezi cizinci jsou dále ve větší míře zastoupeni občané bývalé Jugoslávie (8,6%), Poláci (4,7%), Rakušané (2,6%), Francouzi (1,5%). (Bericht...2001).

### 1.3.2 Demografické ukazatele populace cizinců v SRN<sup>22</sup>

#### Pohlaví

Z celkového počtu cizinců v SRN je 3,95 mil. mužů (54%) a 3,37 mil. žen (46%).

#### Věková struktura

Mladší 18 let	1,46 mil.	20%
18 – 65 let	5,48 mil.	75%
nad 65 let	369 tisíc	5%

<sup>17</sup> Upravit imigraci, prosazovat integraci. (Zuwanderung gestalten, Integration fordern). Zpráva nezávislé komise Imigrace ze 4.6.2001

<sup>18</sup> Gesetz über den Aufenthalt, Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländer im Bundesgebiet (Aufenthaltsgesetz)

<sup>19</sup> Zákon o státní příslušnosti (Staatsangehörigkeitsrecht (StAARVwV), z 18.10.2000

<sup>20</sup> [http://141.20.1.96/miginfo/migration\\_und\\_bevvoelkerung/artikel/02u07u01.htm](http://141.20.1.96/miginfo/migration_und_bevvoelkerung/artikel/02u07u01.htm)

<sup>21</sup> Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der BRD, Bonn 2001

<sup>22</sup> Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der BRD, Bonn 2001

Ve skupině občanů nad 65 let je nejvíce cizinců ze zemí EU – 12%, 8,7% z bývalé Jugoslávie, 7,2% Turků.

Věková struktura koresponduje s důvody imigrace – totiž pracovní uplatnění, finanční zajištění, po kterém často následuje odchod do vlasti.

### **Porodnost**

Podíl narozených dětí – cizinců – se zvyšuje. Například v roce 1967 se narodil 1 mil.dětí, z toho 47 000 cizinců. V sedmdesátých letech činil tento podíl 10 – 13%, v roce 1999 12,4%. V roce 2000 došlo k již zmiňované změně zákona – dítě rodičů žijících alespoň 8 let v SRN získává po narození německé občanství.

### **Sňatečnost**

Počty sňatků „s účastí cizinců“ vzrostly, jak ukazuje následující tabulka:

**Tabulka č. 6: Tabulka 6 Počty sňatků s „účastí cizinců“ v letech 1960-1999**

<b>Rok</b>	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>1999</b>
Podíl sňatků cizinců (%)	4,0	7,4	9,8	11,2	16,3

Zdroj: Bericht der Beauftragter...Bonn 2001

V roce 1960 se přitom více německých žen vdávalo za cizince, naopak v roce 1999 se s cizinkou ženilo 32 000 Němců a 26 000 německých žen si vzalo cizince.

### **Domácnosti**

Z celkového počtu 37,8 milionů domácností (údaje za rok 1999) je domácností cizinců 2,2 mil., smíšených domácností pak 990 000. Nejčastějším modelem německé i cizinecké domácnosti je jednočlenná domácnost.

### **1.3.3 Právní úprava pobytu cizinců v Německu**

Základní právní normou upravující pobyt cizinců na území SRN je Zákon o příchodu a pobytu cizinců na spolkovém území, tzv. cizinecký zákon (Ausländergesetz - Gesetz über die Einreise und den Aufenthalt von Ausländern im Bundesgebiet).

Povolení pobytu cizinců v SRN má čtyři formy:

- svolení k pobytu (Aufenthaltserlaubnis)
- oprávnění k pobytu (Aufenthatsberechtigung)
- souhlas s pobytem (Aufenthaltsbewilligung)
- zmocnění k pobytu (Aufenthaltsbefugnis)

Držitelé jednotlivých typů povolení mají různá práva a povinnosti. Například povolení ad a) může být časově omezeno, na rozdíl od typu ad b), které následuje po osmi letech trvání povolení ad a) . Za dalších pět let v případě, že uchazeč nebyl v posledních třech letech trestán a 60 měsíců platí sociální pojištění se povolení uděluje na neurčito.

Souhlas s pobytem (povolení typu ad c) se uděluje pouze na dva roky a může se o dva roky prodloužit (týká se zejména studentů a pracovních pobytů).

Zmocnění k pobytu (ad d) je určeno pro politické uprchlíky v případě, že nemohou dostat svolení k pobytu typu ad a).

Zákon dále ukládá vést databázi o cizincích ve dvou formách - forma A obsahuje personální data, data o žádostech o prodloužení povolení, udělení souhlasu k pobytu atd. Forma B eviduje data o cizincích, kteří již na území Německa nejsou (zemřeli, odstěhovali se).

Dalšími právními normami, upravujícími jednotlivé oblasti cizinecké problematiky jsou Zákon o pobytu (Aufenthaltsgesetz) Zákon o azylovém řízení (Asylverfahrensgesetz) a nejnovější úprava této problematiky – přistěhovalecký zákon (Zuwanderungsgesetz) z ledna 2002.

### 1.3.4 Institucionální zajištění

Spolková vláda vytvořila Úřad pro migraci a uprchlíky. V jeho čele je Pověřenec spolkové vlády pro cizinecké otázky (Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen). Kromě toho každá zemská vláda má svého odpovědného úředníka.

V jednotlivých zemích je problematika cizinců rozličně začleněna, ale všude je institucionálně zajištěna (člen ministerstva pro sociální záležitosti, člen úřadu vlády, apod.). V rámci spolkových zemí, ale i obecních komunit, existují společnosti a spolky pro sociální práci s cizinci.

## 1.4 Postavení cizinců v systému zdravotní péče

Cizinci s legalizovaným pobytem v Německu (přidělením některého z typů dlouhodobého pobytu) se obecně stávají pojištěnci systému povinného zdravotního pojištění, splňují-li stejné podmínky jako němečtí občané. (Sociální zákoník, část IV., § 2 – okruh pojištěných)<sup>23</sup>. Zdravotní pojištění v Německu je povinné pro osoby, jejichž příjem nepřekračuje měsíčně 3.375 Eur (74% pojištěných), ostatní (14%) jsou pojištěni dobrovolně. Ti mohou povinný systém opustit a pojistit se u privátních pojišťoven, případně zůstat nepojištěni.

Po nástupu do zaměstnání jsou cizinci s legalizovaným pobytem v Německu kromě zdravotního pojištění rovněž účastníky povinného sociálního pojištění (nemocenského, důchodového a pojištění v nezaměstnanosti).

Osoby samostatně výdělečně činné se musí pojistit samy (stejně jako němečtí občané) v rámci předpisů o sociálním pojištění (do určité hranice příjmů).

Mezi zeměmi Evropské unie platí reciproční dohoda o poskytování zdravotní péče na území dalšího členského státu. (Nařízení 1408/71 EHS a 547/72 EHS o koordinaci soustav sociálního zabezpečení pro pojištěnce národních zdravotních pojišťoven.). Cizinci, na něž se vztahují předpisy o zdravotním pojištění států Evropské unie, se mohou pojistit dobrovolně.

Bilaterální smlouvy o rozsahu zdravotní péče poskytované příslušníkům druhého státu jsou uzavřeny s řadou zemí – nečlenů EU. To se však týká jen cizinců s délkou pobytu kratší než 90 dnů.

Zvláštní postavení v přístupu ke zdravotní péči mají v Německu žadatelé o azyl, kteří jsou zde ošetřováni v naléhavých případech bez omezení. Jsou pojištěni prostřednictvím místně příslušného sociálního úřadu. V případě potřeby ošetření dostávají od úřadu potvrzení o oprávnění navštívit lékaře. Lékař pak vystaví účet sociálnímu úřadu. Nárok na nezbytnou péči je i v případě těhotenství a porodu. Omezeny jsou návštěvy zubních lékařů pouze na akutní případy. Po 36 měsících může žadatel o azyl v případě potřeby (v duchu §2 odst. 1 Zákona o službách pro žadatele o azyl)<sup>24</sup> uplatnit právo na pravidelnou lékařskou pomoc odpovídající ustanovením Spolkovému zákonu o sociální pomoci.

### 1.4.1 Zdravotní stav cizinců

V současné době je informace o zdravotním stavu cizinců nedostatečná a snaha o analýzu tohoto problému je v začátcích. To je dáno zejména tím, že definice imigranta je nejednotná a informační zdroje nejsou kompatibilní. Některá data jsou tříděna podle státní příslušnosti, některá podle země narození. V současné době se pracuje na materiálu Migrace a zdraví v rámci roční zprávy o zdravotní situaci. Data však ještě (prosinec 2002) nejsou k dispozici.

<sup>23</sup> Sozialgesetzbuch IV, BGBL S 2477 z 20.12.1988. Všichni, kteří pracují za mzdu (plat), ti, co se připravují na povolání. Zdravotně postižení, kteří pracují v chráněných dílnách. V případě, že nepracují a nevykonávají samostatnou činnost jsou to osoby, které mají bydliště nebo se obvykle zdržují na území, kde platí tento zákon

<sup>24</sup> Asylbewerberleistungsgesetz (BGBl.I.S.2022 z 28.8.1998)

Ve zprávě ministerstva pro ženy, rodinu, mládež a zdraví v Severním Porýní – Westfálsku „Zdraví přistěhovalců v Severním Porýní – Westfálsku“, kterou pro ministerstvo zpracoval vědecký institut lékařů Německa (WIAD)<sup>25</sup> byl poprvé učiněn pokus o sběr a analýzu sociálně zdravotních dat a epidemiologických dat o zdravotní situaci migrantů. Ze zprávy vyplývají zřetelné rozdíly mezi zdravotním stavem imigrantů a německou populací.

### **Indikátory:**

#### Těhotenství (věk těhotných matek)

Celostátní statistika opět není k dispozici, neboť statistický úřad má data jen o průměrném věku matek – cizinek, které porodily dítě v manželství. Podle citované zprávy byl věk těhotných německých žen vyšší nežli u cizinek. Zatímco 35,1% německých těhotných bylo ve věku 31 – 35 let, je v této věkové skupině jen 18,3% těhotných ze zemí východní Evropy, 18,2% ze středomoří a u žen ze středního východu (včetně Turecka) je to jen 15,4%.

Ve věku 15 – 20 let je německých těhotných jen 3,3%, u žen ze středního východu je tento podíl 11%, u žen z oblasti středomoří a východní Evropy shodně 8,9%. Je třeba dodat, že data jsou jen ilustrační, protože nevypovídají o předešlých těhotenstvích (tzn. nemuselo se jednat o prvorodičky).

#### Kojenecká úmrtnost

Počet zemřelých na 1000 porodů v prvním roce života klesá výrazně i u cizinců, je ale vyšší než u německých kojenců. Zatímco v roce 1992 činil tento počet 5,9 u Němců a 8,0 u cizinců, snížil se v roce 1999 na 4,4 u první skupiny a na 5,4 u druhé skupiny. Je zřejmé, že pokles kojenecké úmrtnosti byl u cizinců výrazný a hodnoty u obou skupin jsou v posledním období vyrovnanější (726). Podle citované zprávy hrají při vyšší kojenecké úmrtnosti u cizinců roli jak zdravotní, tak sociální indikátory: nízká porodní váha, stáří matky, sociální situace matky, rodinné poměry, výše rodinných příjmů, vzdělání matky, zdravotní návyky, přístup k preventivní péči a dostupnost zdravotnických zařízení.

#### Výskyt tuberkulózy

Výskyt tuberkulózy u cizinců v Německu činil 41,5 případů na 100 000 obyvatel a byl tak pětikrát vyšší než u Němců (8,0 případů na 100 000 obyvatel). Na celkovém počtu hlášených případů TBC se cizinci podílí 33,6%. Rozdíly jsou významnou měrou způsobeny sociálními aspekty, větším rozšířením tuberkulózy v zemích původu cizinců a neutěšenými životními podmínkami.

#### AIDS

K 30.6.2001 bylo v Německu evidováno 20 460 případů, z toho u 3 215 cizinců (15,7%). Počet cizinců s touto diagnózou absolutně rostl do roku 1996, od roku 1997 se snižuje, stejně jako počet neohlášených případů.

#### Závislost

Zajímavé informace vyplývají ze zprávy pověřence spolkové vlády pro drogové a jiné závislosti pro rok 2002. Spolkové ministerstvo zdravotnictví zadalo studii, která by měla navrhnout zlepšení sběru statistických údajů. Data byla diferencována podle skupin migrantů, pohlaví, věku, druhu návykové látky, způsobu užívání atd.

Expertizy o migrantech a závislostech:

Látky vzbuzující závislost byly členěny na

- Alkohol
- Tabák
- Léky
- Nelegální drogy.

---

<sup>25</sup> <http://www.WIAD.de/>

Srovnání se skupinou německých občanů:

- Mladí cizinci konzumují méně alkoholu než jejich němečtí vrstevníci. Jednou z příčin je nepochybně vliv islámu. S rostoucí délkou pobytu v Německu se ale konzumace alkoholu zvyšuje a to více u mužů nežli u žen. Vliv rodinného prostředí je prokázán jak u Němců, tak u cizinců.
- Podíl kuřáků je mezi mladými cizinci a Němci téměř stejný. Ve skupině cizinců kouří téměř stejný podíl mužů i žen. V této skupině kouří nejvíce maturantů, u mladých Němců tomu tak není.
- Při užívání léků vykazují mladí Němci větší riziko závislosti než cizinci.
- Zkušenosti s drogami zkoumané u sociálně narušené mládeže je zřetelně vyšší u Němců nežli u cizinců.

#### Subjektivní hodnocení zdraví u cizinců

Podle výše citované studie ze Severního Porýní – Westfálska považuje 2/3 imigrantů svůj zdravotní stav za dobrý až velmi dobrý, jen 1/5 naproti tomu za méně dobrý či špatný.

Zdraví jako hodnota je vysoko ceněno a převládá optimistický obraz současného zdravotního stavu. Celostátní vyhodnocení průzkumu probíhá v současné době (prosinec 2002).

#### **1.4.2 Závěry**

Hodnocení zdravotního stavu bude nadále věnována zvýšená pozornost, jak to doporučuje i pracovní skupina „Chudoba a zdraví“ Spolkového ministerstva zdravotnictví.

Je třeba přenést zjišťování zdravotního stavu a spokojenosti se zdravotnictvím na obce a komunity. Dobré příklady řešení problémů pak užívat jako metodické návody například v rámci iniciativy „Zdravé město“.

Je nezbytný intenzivní výzkum a stanovení jednotných kritérií pro zpracování údajů o zdravotním stavu cizinců.

Budoucí výzkumy na spolkové úrovni se mají zabývat situací cizinců, mají se objevovat i jako otázky v mikrocenzu a vylepšit databázi pro posuzování zdravotního stavu cizinců a rizik.

Je nezbytná spolupráce jednotlivých projektů, zabývajících se zdravotní situací cizinců v SRN s využitím moderních metod (internet).

### **1.5 Literatura**

Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der BRD. 2001. Bonn.

BESKE, F., HALLAUER, J.F. Das Gesundheitswesen in Deutschland. 2001. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

Migration und öffentliche Gesundheit. Zpráva pověření pro migraci spolkové vlády, 2002

RICHARDS, S. Case Study Germany. (draft) Dezember 2001

ROMMEL, A., COSTLER, D., u.a. Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen. 2002. Köln: WIAD, gem.e.V.

Sozialgesetzbuch, Teil V.- Gesetzliche Krankenversicherung z 20.12. 1988, (BGBL S 2477)

Sozialgesetzbuch, Teil XI. – Pflegeversicherung (1994)

Zuwanderung gestalten, Integration fördern. Zpráva nezávislé komise Imigrace, 2001

#### **Internetové stránky**

[www.bmj.bund.de](http://www.bmj.bund.de)

[www.isoplan.de](http://www.isoplan.de)

[www.ehma.org](http://www.ehma.org)

[www.infodienst.bzga.de](http://www.infodienst.bzga.de)

[www.pfizerforum.com](http://www.pfizerforum.com)

[www.iom.int](http://www.iom.int)

## 2. Nizozemí

### 2.1 Obecná charakteristika

Nizozemí zabírá území o rozloze 41 526 km<sup>2</sup>. Nizozemí je tvořeno 12 provinciemi a náleží k němu dvě zámořská území : Holandské Antily a Aruba. K červnu 2002 mělo Nizozemí více než 16 miliónů obyvatel. Z toho 18,3 % ve věku 0 - 14 let, 67,9% ve věku 15 - 64 let a 13,8% obyvatel nad 65 let věku. Počet narození v roce 2002 dosahoval 11,58 na 1000 obyvatel a počet úmrtí 8,67 na 1000 obyvatel. Migrace odpovídala 2,35 migrantů na 1000 obyvatel. Etnické rozložení v Nizozemí je následující: 83 % Holanďanů, 17 % ostatní národnosti ( z tohoto počtu je 9% těch, kteří nepocházejí ze západních zemí - převážně Turci, Marokánci a obyvatelé Antil, Surinamu a Indonézie). Úředním jazykem v Nizozemí je holandština.

Nizozemí je od roku 1848 konstituční monarchií, což v praxi znamená, že za vládní politiku je spíše zodpovědná vláda složená z ministrů, než monarcha.

Nizozemí je zároveň parlamentní demokracií. Stát je řízen vládou, která je kontrolována parlamentem. Vláda sestává z ministrů pod vedením premiéra. V Nizozemí je v současné době 13 ministerstev. Parlament se skládá z horní a dolní sněmovny. Dolní sněmovna má 150 členů, kteří jsou každé 4 roky voleni občany Nizozemí přímo. Hlavním úkolem dolní sněmovny je kontrola činnosti vlády, k čemuž disponuje řadou nástrojů. Jedním z nich je právo pozměňovat návrhy zákonů podané Kabinetem ministrů. Dolní sněmovna má rovněž právo navrhnout zákony, právo interpelací, etc. Horní sněmovna je tvořena 75 členy , kteří jsou voleni nepřímou. Hlavním úkolem horní sněmovny je účast v legislativním procesu. Každý zákon musí projít jak dolní tak i horní sněmovnou. Horní sněmovna může na rozdíl od dolní sněmovny zákon pouze zamítnout, nikoli zákony navrhnout či pozměňovat. Horní sněmovna rovněž zodpovídá za sledování (monitování) vládní politiky.

Z administrativně - správního hlediska je Nizozemí členěno do třech úrovní: stát, provincie, obce (municipalities). Do Sněmů provincií a obcí se konají volby rovněž každé 4 roky. Delegáti ze Sněmů provincií tvoří členy Horní sněmovny.

### 2.2 Zdravotní systém

#### 2.2.1 Historie

Holandský zdravotní systém je podobně jako u ostatních zemí sousedících s Německem (Rakousko, Belgie, Francie, Luxemburg a Švýcarsko) založen na principu zdravotního pojištění. Přestože holandský zdravotní systém je možno podřadit do kategorie Bismarkův model zdravotního pojištění, který vznikl v Německu v roce 1881, je holandský zdravotní systém založený na kombinaci veřejného a soukromého pojištění do jisté míry jedinečný.

Kořeny holandského veřejného zdravotního systému spadají již do 17. a 18. století a jsou spjaty s cechy (guilds). Základním heslem tohoto prvního veřejného zdravotního pojištění bylo "všichni si navzájem pomáháme". Veřejné zdravotní pojištění ve formě "sbírkových pokladen na zdravotní péči" (health care collection boxes) chránilo členy cechů proti rizikům, kdy by v důsledku nemoci nebo nezaměstnanosti přišli o pojištění a zároveň měli výdaje na zdravotní péči. Tyto takzvané "pokladny shromažďující prostředky na zdravotní péči" byly v době Bataviánské republiky a v období napoleónském (1795 - 1813) zakázány.

Až v době nového Království Nizozemí bylo veřejné zdravotní pojištění obnoveno a to v různých formách: komerční fondy (pojišťovny), lékařské fondy, firemní fondy, obchodní fondy, etc. Z těchto se nejvíce podepsaly na současné podobě zdravotního systému Holandska zejména lékařské fondy, které byly založeny praktickými lékaři zejména pro chudší část populace. Veřejné zdravotní pojištění bylo dosažitelné jen pro ty, kteří měli příjem pod stanovenou hranicí ( úrovní).

Díky rychlému rozvoji lékařské (medicínské) péče po roce 1900, který umožnil prodloužení života a vyšší stupeň zdraví populace, narůstala i potřeba **povinného** zdravotního pojištění. Vzhledem k limitům dosavadní výše zmíněného veřejného pojištění, vyskytovala se určitá část osob, které byly vystaveni riziku, že nebudou do systému zdravotního pojištění zahrnuti. Byli to ti, kteří vydělávali příliš mnoho, aby se kvalifikovali pro veřejné zdravotní pojištění, ale zase příliš málo, aby si mohli dovolit soukromou lékařskou péči. Pojišťovny si brzy uvědomily toto slepé místo na trhu se zdravotním pojištěním a tak v roce 1906 vznikla v Holandsku první soukromá pojišťovna zaměřená na úhradu zdravotních výdajů.

Přestože holandská vláda měla vypracovány plány, jak zavést státní kontrolu nad zdravotním pojištěním, podobně jako tomu v té době bylo v Německu, Belgii a Velké Británii, k jejich realizaci nedošlo. Byla to paradoxně až vláda německých okupantů v době druhé světové války, která dala systému zdravotního pojištění v Nizozemí v roce 1941 zákonný rámec. Na základě Dekretu o veřejném zdravotním pojištění z roku 1941 (holandská zkratka ZWF) se stala velká část holandské populace povinně pojištěna proti následkům nemoci. Limitující úroveň výše výdělku byla stanovena zákonem a příspěvky na pojištění byly odváděny zaměstnavatelem a shromažďovány přímo státem. Systém veřejného zdravotního pojištění byl zakotven v zákoně. Na ty, jejichž příjem převyšoval zákonem stanovenou hranici, bylo zaměřeno soukromé zdravotní pojištění. Po druhé světové válce byl tento duální neboli smíšený systém upraven ve znění Zákona o zdravotním pojištění (Health Insurance Act) z roku 1964, který nabyl účinnosti v roce 1966.

V roce 1968 byl následně schválen zákon o tzv. všeobecných mimořádných výdajích na zdravotní péči (The General Exceptional Medical Expenses Act AWBZ). Tento zákon upravuje povinné (obligatorní) pojištění proti tzv. "vážným medicínským rizikům". Na základě tohoto zákona je zabezpečena dlouhodobá nebo ošetrovatelská péče o staré lidi, péče o duševně nemocné, péče o psychicky či fyzicky hendikepované a domácí péče.

## **2.2.2 Charakteristika současného systému**

Holandský zdravotnický systém má tři základní charakteristiky:

### **1. Kombinace veřejného a soukromého financování (public and privat mix).**

V Holandsku je zajištěna soukromým zdravotním pojištěním větší část populace než je tomu u ostatních zemí Evropské Unie (o pojištění více následující kapitola).

### **2. Převaha soukromého charakteru poskytovatelů.**

Stejně jako ostatní západoevropské země, má i Nizozemí dlouholetou tradici provozování zdravotní péče dobrovolnými organizacemi na místní a regionální úrovni. Kořeny těchto organizací spadají až do středověku, kdy kláštery, kostely, místní komunity, etc. poskytovaly přístřeší starým, bezdomovcům, nemocným a všem ostatním, kteří se o sebe nedokázali sami postarat. Byly to právě tyto instituce, které byly dávnými předchůdci moderních nemocnic. Ve většině případů se v Holandsku nemocnice a ostatní instituce tohoto typu přeměnily v průběhu času na neziskové organizace. Tradice soukromých vlastníků ve zdravotnictví nebyla v Holandsku porušena ani se zvyšující se účastí státu v otázkách zdravotní péče. (na rozdíl od VB).

### **3. Pro Holandsko typický poradní přístup k tvorbě politiky.**

Třetím významným rysem holandského zdravotního systému je neokorporatismus. V období po druhé světové válce byl rozmach sektoru zdravotní péče doprovázen rychlým růstem počtu poradních orgánů v tomto odvětví. V počátcích to byly zejména organizace poskytovatelů, zaměstnanců a zaměstnavatelů, které měly dominantní postavení v těchto poradních orgánech. Během sedmdesátých a osmdesátých let získávaly v těchto formalizovaných konzultativních strukturách hlasy i jiné skupiny. Na jedné straně účast jednotlivých zájmových skupin při tvorbě zdravotní politiky vede ke stabilitě při implementaci této politiky. Druhou stranou mince však zůstává fakt, že zainteresované skupiny v případě, že by se implementace nějaké politiky negativně dotkla jejich postavení, budou tuto politiku vetovat. Tento způsob práce

poradních struktur byl v průběhu osmdesátých let stále silněji kritizován zejména v souvislosti s růstem nákladů ve zdravotnictví a pomalou tvorbou rozhodnutí. Výsledkem této kritiky byla v druhé polovině devadesátých let silná redukce poradních orgánů v otázkách zdravotnictví.

Ministerstvo zdravotnictví, sociálních věcí a sportu je zodpovědné především za tvorbu zdravotní politiky.

Místní samospráva má odpovědnost například za kontrolu infekčních onemocnění, obecnou hygienu, zdraví ve školách, veřejné vzdělávání v otázkách zdraví, etc. Všechny tyto úkoly a služby plní místní samospráva prostřednictvím tzv. Služeb zdravotní péče.

### 2.2.3 Právní úprava (nejdůležitější právní normy)

1. zákon č.392/1992 Sb. o všeobecných mimořádných výdajích na zdravotní péči (The General Exceptional Medical Expenses Act AWBZ)
2. zákon o poskytování zdravotní péče (Medical Treatment Act WGBO)
3. zákon č. 386/2001 Sb. o zdravotním pojištění (Health Insurance Act ZFW)
4. zákona č. 438/1998 Sb. o přístupu ke zdravotnímu pojištění (the Access to Health Insurance Act WTZ )
5. zákon o vyrovnávacím příspěvku na zdravotní pojištění starých osob (Elderly Health Insurance Act Benefitiaries MOOZ)

### 2.2.4 Struktura systému poskytování zdravotní péče

#### Primární péče

Pro primární péči v Nizozemí jsou specifické tři základní systémové charakteristiky: 1. registrace pacientů u vlastního rodinného lékaře, 2. gatekeeping a 3. orientace na rodinu.

1. Každý obyvatel Nizozemí se zaregistruje u svého vlastního rodinného lékaře. To zaručuje pacientům kontinuitu péče, neboť rodinný lékař u sebe shromažďuje veškerou zdravotní dokumentaci pacienta v průběhu jeho života, která zahrnuje například informace o zdravotních rizicích, chronických onemocněních, medikamentózní léčbě, návštěvách lékařů a různých vyšetření, etc. Tyto informace jsou důležitým předpokladem pro osobní přístup k pacientům.
2. Gatekeeping je princip, který neumožňuje pacientům volný přístup ke specialistům a do nemocnic. Pacienti, kteří jsou účastníky veřejného zdravotního pojištění, potřebují pro konziliární vyšetření specialisty nebo při návštěvě nemocnice tzv. kartu s žádostí od rodinného lékaře. Ti pacienti, kteří jsou účastníky soukromého pojištění musí mít rovněž doporučení od rodinného lékaře (tzv. doporučující dopis). Pro holandský zdravotní systém je proto příznačné, že 90 % všech obtíží je léčeno rodinnými lékaři.
3. Orientace na rodinu v praxi znamená, že stejný rodinný lékař poskytuje zdravotní péči často celým rodinám nebo domácnostem, dětmi počínaje a starými lidmi konče. Navíc rodinní lékaři v Nizozemí vykonávají velkou část návštěv doma (zhruba 17 % ze všech kontaktů mezi pacientem a lékařem se odehrává u pacienta doma).

Do vysoce rozvinutého systému primární péče v Nizozemí jsou zahrnováni: rodinní lékaři, komunitní sestry, pomoc v domácnosti, porodní asistentky (sestry), fyzioterapeuti, sociální pracovníci, zubaři a lékárníci. Pro primární péči v Nizozemí je příznačné zejména silné postavení rodinných lékařů z nichž téměř 95 % je členy Holandské asociace rodinných lékařů.

Zdravotní pojišťovny požadují po rodinných lékařích, aby byli k dispozici dvacet čtyři hodin denně, sedm dnů v týdnu. Ve večerních hodinách, o víkendy a o svátcích je péče zajištěna většinou jedním ze skupiny předem dohodnutých rodinných lékařů.

Péče rodinných lékařů je v Nizozemí hrazena za pacienty pojištěné v rámci veřejného zdravotního pojištění formou kapitačních plateb (což znamená paušální platbu na jednoho zaregistrovaného pacienta) a za pacienty pojištěné v soukromém pojištění formou fee - for - service, neboli platbami za jednotlivé provedené výkony a ošetření.

#### Sekundární a terciální péče

Do sekundární a terciální péče zařazujeme péči ambulantních specialistů a péči nemocniční. Pro holandský zdravotnický systém je příznačný, jak již bylo zmíněno výše, omezený přístup k ambulantním specialistům a do nemocnic (s výjimkou pohotovosti). To znamená, že pacient může využít péči ambulantních specialistů nebo nemocnic pouze v

případě, má - li písemné doporučení rodinného (praktického) lékaře. Specialisté se mohou rozhodnout zda budou pacienta léčit ambulantně, formou denní péče nebo v nemocnici.

Nemocniční systém v Nizozemí je vysoce rozvinutý a sestává ze třech typů nemocnic: fakultní, všeobecné a specializační. Univerzitní (fakultní) nemocnice náleží univerzitám, které mají lékařskou fakultu. Tyto fakultní nemocnice se specializují nejen na péči o pacienty, ale i na výuku, praxi a výzkum. V systému zdravotní péče tyto nemocnice zaujímají nejvyšší příčku. Všeobecné nemocnice poskytují různé typy specializované péče a specializační nemocnice poskytují péči jen jedné specializace, např. nemocnice zaměřená jen na oční lékařství nebo na rehabilitaci či pouze dětská nemocnice.

Ambulantní specialisté jsou financováni na základě výkonového systému (fee - fo - service). Nemocnice získávají prostředky formou tzv. "nemocničního rozpočtu", který sestává ze 4 částí - věcné náklady (souvisejí s vybavením a týkají se převážně investic), fixní náklady (na základě počtu obyvatel v místě, kde se nemocnice nachází), semi fixní náklady (dle počtu lůžek a specializací) a různé ostatní náklady (ovlivněno produktivitou nemocnice, např. počtem přijetí, počtem návštěv v ambulancích nemocnice, počtem ošetrovacích dnů, etc.).

### 2.2.5 Financování systému zdravotní péče

V současné době má Nizozemí tzv. duální systém zdravotního pojištění, který je založen na kombinaci pojištění veřejného a soukromého.

Celý systém financování je rozdělen do tří stupňů:

1. zákon o všeobecných mimořádných výdajích na zdravotní péči (The General Exceptional Medical Expenses Act AWBZ)
2. povinné veřejné zdravotní pojištění týkající se a/ osob taxativně vymezených v zákoně o zdravotním pojištění (Health Insurance Act ZFW) a b/ státních úředníků a příslušníků policie, dále pojištění na základě zákona o přístupu ke zdravotnímu pojištění (the Access to Health Insurance Act WTZ), který se rovněž týká jen taxativně vymezených osob a soukromé zdravotní pojištění
3. soukromé zdravotní připojištění

Detailnější popis výše uvedených jednotlivých druhů pojištění:

1. Systém AWBZ byl vytvořen za účelem pojištění všech obyvatel Holandska proti závažným zdravotním rizikům. Jedná se zejména o rizika, která nemohou být zajištěna samotným jednotlivcem neboť ve většině případů se jedná o onemocnění chronické povahy. Na základě AWBZ je hrazena například ošetrovatelská a dlouhodobá péče, péče o fyzicky či psychicky hendikepované, domácí péče, péče o duševně nemocné, etc. AWBZ je národní pojištění, což znamená, že všichni obyvatelé Nizozemí na něm musí povinně participovat.
2. Dle zákona o zdravotním pojištění (Health Insurance Act ZFW) musí být **povinně** pojištěny tyto osoby (v roce 2002): zaměstnanci s příjmem do 30,700 Euro, jejich nevýdělečně činní partneři nebo děti, lidé nad 65 let věku (s příjmem do 19,550 Euro), ti, co pobírají dávky sociálního pojištění a samostatně výdělečné osoby (dále OSVČ), jejichž příjem dosáhl maximálně 19,650 Euro, jejich nevýdělečně činní partneři a děti.

Do druhého stupně pojištění kromě povinného veřejného zdravotního pojištění spadá i povinné pojištění o státní zaměstnance, které upravuje zákon o státní službě a zákon o policii. Pojištění státních úředníků zaměstnaných místními úřady spadá pod IZA - Institut zdravotního pojištění o státní úředníky, úředníci z krajských úřadů spadají do IZR - Meziprovinčního schématu hrazení medicínských výdajů a policisté jsou pojištěni u na základě DGVP - zdravotního pojištění pro policisty.

Na základě povinného veřejného zdravotního pojištění a povinného zdravotního pojištění státních zaměstnanců a policistů je pokryto zhruba 64 % holandské populace. Z tohoto pojištění je hrazena péče praktických lékařů, ambulantních specialistů, nemocniční péče, léky, fyzioterapie, péče stomatologa pro děti do 18 let věku. Příspěvky pojištěnců (pojistné) jsou vypočítávány zejména procentem z příjmu - část platí zaměstnanci a část

zaměstnavatelé. Jen malá část příspěvku je stanovována přímo pojišťovnou (nominální příspěvky), které mají jednotnou sazbu.

Ti, kteří nejsou kvalifikováni pro ZFW, ani nespádají do pojišťovacího modelu státních zaměstnanců a policistů, jsou pojištěni soukromě. Přestože soukromé pojištění není povinné, je i většina zbývajících obyvatel (ti kteří nejsou kvalifikováni pro veřejné pojištění a pojištění státních úředníků) zdravotně pojištěna. Z kategorie soukromých pojištěnců jsou některé zákonem stanovené rizikové skupiny (staří lidé, občané kteří získali povolení k pobytu - viz. následující kapitola, dále lidé, kteří ještě nebyli zdravotně pojištěni či ti, kteří ztratili oprávnění participovat na veřejném zdravotním pojištění či pojištění státních úředníků a policistů) pojištěny na základě Zákona o přístupu ke zdravotnímu pojištění (The Access to Health Insurance Act - WTZ). Zdravotní pojištění na základě WTZ se podobá spíše veřejnému zdravotnímu pojištění, kdy pojištěnci platí státem kontrolované pojistné. Pojištění na základě WTZ není povinné, ale existuje zákonem daná povinnost soukromých pojišťoven všem těm, kteří splňují zákonné podmínky, tento typ pojištění nabídnout. Účastníci soukromého zdravotního pojištění platí kromě základního pojistného ještě tzv. povinný solidární příspěvek, který je upraven tzv. MOOZ zákonem, ve smyslu spolufinancování vyšších nákladů na zdravotní péči o staré lidi v systému veřejného zdravotního pojištění. Jedná se o určitou kompenzaci nepochybně v počtu starých lidí v soukromém a veřejném zdravotním pojištění (ve veřejném zdravotním pojištění je starých lidí více).

Všechny tři výše zmíněné typy zdravotního pojištění, které spadají do druhého stupně zdravotního pojištění, jsou spojeny v tzv. Kontaktním orgánu pro veřejné zdravotní pojištění (Contact Body for Public Care Insurers).

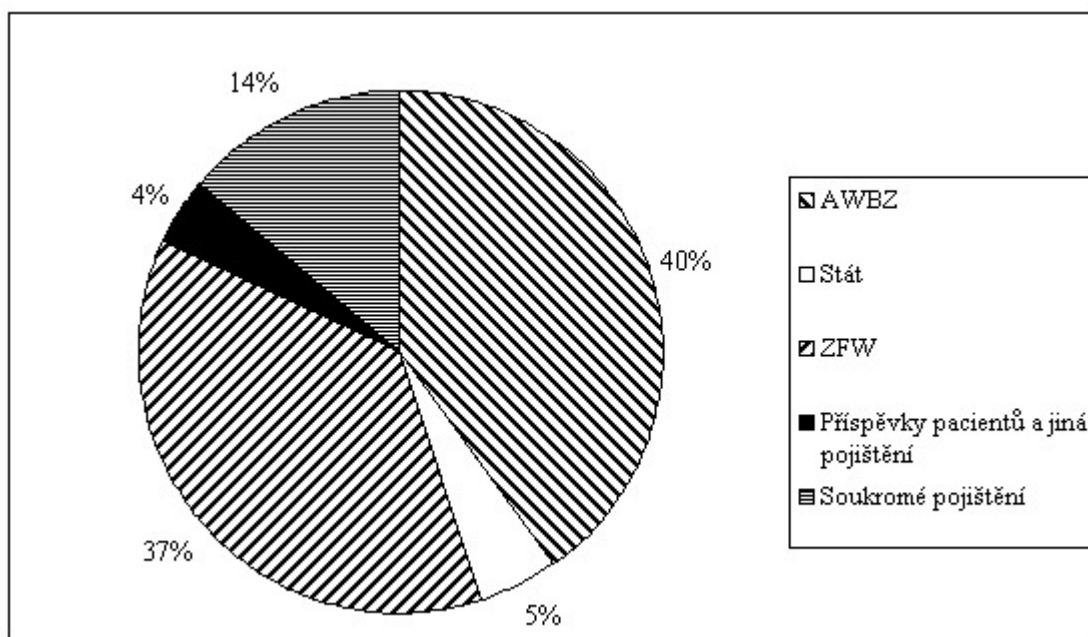
3. Posledním článkem systému zdravotního pojištění v Holandsku je **zdravotní připojištění**, které je provozováno na bázi dobrovolnosti a pokrývá některé typy péče, které nejsou hrazeny na základě standardního povinného zdravotního pojištění.

**Tabulka č. 7: Systém zdravotního pojištění v Nizozemí**

VEŘEJNÉ	<b>Pojištění dlouhodobé a nepředvídatelné nákladné péče (AWBZ)</b>	POVINNÉ	NEPOVINNÉ Pro občany Nizozemí, kteří pobývají v jiné zemi (např. holandská důchodci)
	<b>Veřejné zdravotní pojištění</b>	POVINNÉ	
	<b>Pojištění státních zaměstnanců a příslušníků policie</b>	POVINNÉ	
SOUKROMÉ	<b>Soukromé pojištění</b>		NEPOVINNÉ
	<b>Soukromé pojištění na základě WTZ</b>		NEPOVINNÉ
	<b>Soukromé připojištění</b>		NEPOVINNÉ

Zdravotní péče v Nizozemí je financována z různých zdrojů. (viz. následující graf) Část prostřednictvím pojištění (40% AWBZ - pojištění mimořádné péče, 37% ZFW veřejné zdravotní pojištění, 14% soukromé zdravotní pojištění a připojištění), 5% hradí stát z prostředků získaných prostřednictvím daní, část nákladů - 4% platí pacienti přímo (out - of - pocket).

**Graf č. 1: Hrazení výdajů na zdravotní péči v Holandsku 2001**



Zdroj: Health Insurance in the Netherlands. Booklet of Ministry of Health, Welfare and Sport no. 1E. January 2002. The Hague.

**Tabulka č. 8: Výdaje na zdravotní péči v Nizozemí, 1980 - 1999 (v milionech Euro)**

	1980	1990	1995	1999	2000	2001
Pojištění dlouhodobé péče (AWBZ)	6,406	7,108	11,553	12,071	12,980	14,285
Veřejné zdravotní pojištění (ZFW)	3,904	6,824	4,741	11,753	13,065	13,403
Soukromé zdravotní pojištění	4,209	3,480	3,307	4,765	4,919	5,399
Stát	1,572	2,298	2,700	1,543	1,799	1,800
Přímé platby	1,178	2,134	2,142	2,178	2,194	2,244
<b>Celkem</b>	<b>17,269</b>	<b>21,844</b>	<b>27,174</b>	<b>32,264</b>	<b>35,097</b>	<b>37,243</b>

Zdroj: Health Care, Health Policies and Health Care Reforms In The Netherlands. No 7

## 2.3 Migrace

### 2.3.1 Historie

V průběhu staletí přicházely do Nizozemí vlny imigrantů, často oběti politických represí, z různých částí světa. Byli to Hugenoti z Francie, Židé z Východní Evropy, ale i Španělé a Portugalci hledající v Nizozemí nový domov.

Krátce po druhé světové válce, začínali do Nizozemí přicházet obyvatelé Holandské Východní Indie. Jako první přišla z této oblasti vlna zhruba 100 tisíc utečenců z holandské Východní Indie. V souvislosti s vyhlášením nezávislosti kolonií ji následovala po roce 1949 rovněž zhruba stotisícová vlna "navrátilců" z holandské části východní Indie. Třetí skupina asi 40 tisíc osob z této oblasti přišla později, v období 1952 - 1955 a čtvrtá obdobně velká skupina z této části světa přišla do Holandska na konci padesátých let v souvislosti s chystaným napadnutím Nové Guineje Indonésií. Všechny výše zmíněné skupiny vystěhovalců z bývalých kolonií byli převážně dostatečně vzdělaní lidé, kteří se poměrně snadno asimilovali do holandské společnosti. Poněkud odlišnou byla poslední vlna uprchlíků z oblasti holandské východní Indie, skupina 12, 5 tisíců Molukánců. Jednalo se zejména o původní vojáky Holandské koloniální armády. Tito byli již méně vzdělaní než dřívější imigranti pocházející z této oblasti a díky slibům holandské vlády, že se budou moci vrátit na Molukánské ostrovy, jim byl udělen jen dočasný pobyt.

V šedesátých letech nastal rychlý ekonomický růst, který s sebou přinesl strukturální nedostatky na trhu práce. Tyto nedostatky pracovních sil nebyly způsobeny rozvojem průmyslového sektoru, ale přelivem významné části zaměstnanců

ze sektoru průmyslové výroby do sektoru služeb. Z důvodu tohoto nedostatku pracovních sil, zejména v průmyslové výrobě, přicházeli do Nizozemí za možností výdělků v letech 1960 - 1970 zejména pracovníci s nízkým vzděláním ze středomořské oblasti - Portugalska, Španělska, Itálie, bývalé Jugoslávie, Řecka, ale také z Maroka a Turecka. V roce 1973 počet těchto tak zvaných "gastarbeiders" (gastarbaitrů) dosáhl přibližně sta tisíc. Ve stejném období (počátek sedmdesátých let) začali zároveň přicházet migranti z Holandských Antil a Surinamu. Hlavním motivem jejich migrace bylo převážně vzdělávání a politické důvody. Příliv pracovníků ze středomořské oblasti naopak po roce 1973 poklesl, neboť ropná krize zapříčinila výrazný ekonomický pokles až do roku 1984. I přes snižující se počet nově přichozích pracovníků ze Středomoří, jejich počet se díky procesu slučování rodin neustále zvyšoval. Po roce 1975 rovněž vzrostl počet imigrantů ze Surinamu v souvislosti s vyhlášením jeho nezávislosti.

### 2.3.2 Současná migrační politika

Současná holandská migrační politika je ve vztahu k nově přichozím imigrantům velmi restriktivní. Pracovní migrace je fakticky možná jen pro obyvatele Evropské Unie. Druhou možností jak imigrovat do Nizozemí je přijetí na základě humanitárních otázek a imigrace za účelem sloučení a vytvoření rodiny.

Na druhé straně je však migrační politika vůči těm cizincům, kteří již na území Nizozemí legálně pobývají, velmi aktivní a vstřícná. Ministerstvo pro vnitřní a královské záležitosti (Ministry of Interior and Kingdom Relations) deklaruje jako jeden z hlavních cílů migrační politiky vytváření aktivního občanství mezi etnickými minoritami, což v praxi znamená zejména aktivní účast cizinců, kteří si přejí usadit se v Nizozemí, na vzdělání a na trhu práce. Za účelem pomoci příslušníkům etnických minorit stát se plnohodnotnými občany holandské společnosti vyvíjejí úřady na národní i místní úrovni ve vztahu k imigrantům především sociálně zaměřené politiky. Z tohoto důvodu ne všichni migranti jsou cílovou skupinou politik zaměřených na problematiku etnických minorit. Jedná se například o Euroasiaty, kteří již dosáhli socioekonomického postavení srovnatelného s většinovou holandskou společností. Cílovou skupinou různě zaměřených sociálních politik jsou v první řadě migranti a etnika s nízkým socioekonomickým postavením. Do roku 1994 to byly následující etnické skupiny: obyvatelé Surinamu, Turci, Marokánci, Antilané, Portugalci, Španělé, Italové, Jugoslávci, Řekové, Tunisané, obyvatelé Cape Verde, Molukánci, Romové. Po roce 1994 vypadli z této skupiny migranti z jižní Evropy, kromě uprchlíků z bývalé Jugoslávie, a přibyli do ní Somálci, Etiopané a obyvatelé Iránu a Iráku. V roce 1996 do této skupiny byli zahrnuti rovněž národnosti ze střední a jižní Ameriky, Afriky a Asie.

Největšími skupinami migrantů jsou v současné době v Nizozemí původní obyvatelé Surinamu, Turci, Marokánci a Antilané, kteří tvoří více než tři čtvrtiny legálně pobývajících migrantů v Nizozemí. Pro tyto skupiny migrantů je příznačné, že se koncentrují převážně v pěti největších městech Nizozemí.

Jedním z důvodů nízkého socioekonomického statusu výše zmíněných minorit v Nizozemí je zejména špatné postavení migrantů na trhu práce. Například v roce 1995 byla nezaměstnanost mezi etnickými minoritami třikrát vyšší než mezi majoritní populací. Z tohoto důvodu se holandská vláda různými způsoby snaží zvýšit možnosti příslušníků etnických minorit na trhu práce. Nizozemská vláda například vytváří různé programy a kurzy zaměřené na nové imigranty, které jsou pak implementovány místními samosprávami. Jedná se zejména o výukové programy, kde se imigranti učí holandštinu a základní poznatky o holandské společnosti.

### 2.3.3 Právní zázemí migrační politiky

- Zákon o cizincích 2000, platný od 1.4. 2001, kterým byl novelizován původní Zákon o cizincích z roku 1965
- Ústava Nizozemského království
- Evropská úmluva o lidských právech
- Ženevská konvence o uprchlících z roku 1951

### 2.3.4 Instituce zodpovědné za politiku zaměřenou na cizince

- *Ministerstvo spravedlnosti*
- *Úřad pro imigraci a udělování občanství* (Immigration and Naturalization Service IND) - je oddělením Ministerstva spravedlnosti. IND zodpovídá za implementaci politiky zaměřené na cizince (rozhoduje o přijímání cizinců na dlouhodobý pobyt do Nizozemí, zabývá se vyřizováním holandského občanství, je odpovědné za monitorování legálně pobývajících cizinců na území Nizozemí a za návrat nelegálních cizinců).
- *Agentura pro přijímání žadatelů o azyl*
- *Cizinecká policie*
- *Královská holandská vojenská a celní policie*
- *Ministerstvo zahraničních věcí*
- *Holandská rada pro uprchlíky*

### 2.3.5 Typy pobytu, statistiky

#### *Azyl*

Nový zákon o cizincích, platný od 1. dubna roku 2001 značně zjednodušil a zrychlil proces vyřizování žádostí o azyl a snížil počet jednotlivých kategorií žadatelů o azyl. Původní zákon o cizincích z roku 1965 rozlišoval tři kategorie azylantů: A - status - azyl přiznaný osobám na základě Ženevské dohody a Zákona o cizincích z roku 1965, dále provizorní povolení k pobytu - na tři roky (z důvodu, kdy návrat by byl pro žadatele o azyl nebezpečný) a povolení pobytu - na pět let (z humanitárních důvodů, které nespádají pod Ženevskou konvenci). Na základě Zákona o cizincích 2000, platného od 1. dubna 2001 může žadatel o azyl získat dočasné povolení žadatele o azyl k pobytu (uděluje se na tři roky) a trvalé (časově neomezené) povolení azylanta k pobytu (je vydáno po třech letech legálního pobytu v Nizozemí na základě dočasného povolení pobytu azylanta a v případě, že dotyčná osoba i nadále splňuje podmínky žadatele o azyl).

O azyl není možno žádat z ekonomických důvodů. Povolení k pobytu (provizorní i časově neomezené) je možno žadateli o azyl přiznat na základě zákonem taxativně vymezených důvodů (sekce 27 Zákona o cizincích 2000), například uprchlíkům na základě Ženevské konvence o uprchlících, z humanitárních důvodů, etc.

Ti, kteří chtějí požádat o azyl, si musí podat žádost u Úřadu pro imigraci a udělování občanství (Immigration and Naturalization Service). Žadatelé, kteří nežijí v Nizozemí, podávají žádost na zastupitelský úřad Nizozemí v zemi, kde pobývají. Do doby, než bude tato žádost vyřízena, pobývají žadatelé o azyl (ti, kteří jsou již v Nizozemí) v přijímacím a výzkumném centru nebo v centru pro žadatele o azyl, která náleží k Centrální radě pro přijímání žadatelů o azyl (Central Council for the Reception of Asylumseekers CAO). V těchto centrech se žadatelé o azyl účastní různých výukových programů a kurzů holandstiny. Každý žadatel o azyl má právo na právní pomoc a překladatele.

Je-li žádost o azyl zamítnuta, musí cizinec opustit Nizozemí. Pokud tak učiní dobrovolně a jsou splněny předem dané podmínky, obdrží dobrovolně se vracějící osoba finanční podporu. Při dobrovolném návratu do země původu pomáhají cizincům nejen pracovníci Ministerstva spravedlnosti a Ministerstva zahraničních věcí, ale i nevládní organizace (například k tomuto účelu zřízené oddělení Mezinárodní organizace pro migraci IOM). V případě, že se cizinec po zamítnutí žádosti o azyl nevrátí do své země dobrovolně, je deportován.

Počet žadatelů o azyl v roce 2002 klesl z téměř 33 000 v roce 2001 na 20 000. V posledních letech v Nizozemí nejvíce poklesl počet žadatelů o azyl z Afghánistánu, Iráku, Iránu a Somálska a na druhé straně vzrostl počet žadatelů o azyl z Angoly a Sierra Leone.

**Tabulka č. 9: Žadatelé o azyl v Nizozemí**

Rok	Podané žádosti o azyl v Holandsku			Schválené žádosti o azyl v Holandsku		
	Celkem podaných žádostí	Žadatelé ve věku 0 - 14 let	Žadatelé ve věku 15 a více let	Celkem schválené žádosti	A - status	Povolení k pobytu
1975	390					
1980	1 330					
1985	5 640			750		
1990	21 210			1 540		
1995	29 260	9 510	19 750	18 500	7 980	6 200
1996	22 860	7 800	15 060	23 590	8 810	7 380
1997	34 440	11 770	22 680	17 000	6 630	5 180
1998	45 220	11 490	33 730	15 100	2 360	3 590
1999	39 300	10 360	28 940	13 490	1 510	3 470
2000	43 560	11 100	32 460	9 730	1 810	4 790
2001	32 580	7 030	25 550	8 230	440	1 570
2002		cca 20 000				

Zdroj: Statistics Netherlands

Dočasné povolení k pobytu (standardní) se uděluje maximálně na pět let, ale u většiny případů musí být každý rok obnovováno.

Dočasné povolení k pobytu je vydáváno na základě následujících důvodů: sloučení nebo vytvoření rodiny, studium, zaměstnání, podnikání, au - pair, praktický výcvik a práce, výměnné programy. Pro jednotlivé důvody dočasného pobytu v Nizozemí jsou předem určené podmínky (jak pro vstup do Nizozemí, tak pro udělení dočasného pobytu). Občané EU a EEA mají pro vstup a pobyt v Nizozemí zvláštní podmínky (viz. níže).

Obecně platí, že ten, kdo chce v Nizozemí požádat o udělení dočasného dlouhodobého pobytu, musí mít speciální vízum, které se nazývá zplnomocnění pro dočasný pobyt (MVV). Pro pobyt v Nizozemí kratší než tři měsíce stačí tzv. krátkodobé vízum. Zplnomocnění (vízum) pro dočasný dlouhodobý pobyt po příjezdu do Nizozemí Cizinecká policie vymění za povolení k dočasnému dlouhodobému pobytu. Pro udělení zplnomocnění k dočasnému dlouhodobému pobytu musí žadatel, jak již bylo řečeno výše, splňovat předem stanovené podmínky. Z hlediska zdravotní péče je podstatné, že jednou z obligatorních podmínek je uzavřené zdravotní pojištění, které pokrývá všechna zdravotní rizika v Holandsku (viz. následující kapitola). Každý, kdo přijíždí do Nizozemí musí podstoupit vyšetření na tuberkulózu (výjimkou jsou občané EU/EEA a Austrálie, Kanady, Izraele, Japonska, Monaka, Nového Zélandu, Surinamu, Švýcarska a USA).

Občané EU/EEA se nemusí (ale mohou) přihlašovat k dočasnému pobytu v Nizozemí.

Trvalé povolení k pobytu je časově neomezené. Uděluje se po pěti letech legálního pobytu v Nizozemí.

V lednu 2001 bylo v Nizozemí zaregistrováno 1,5 miliónu obyvatel cizího původu z jiných než západních zemí. V období 1996 - 2001 vrostl počet těchto cizinců v Nizozemí o 300 000. Vzhledem k tomu, že celkový nárůst populace byl 500 000, tak imigranti z "ne-západních" zemí se podíleli na dvou třetinách nárůstu holandské populace. Zhruba polovina tohoto nárůstu byla způsobena novou imigrací a druhá polovina nově narozenými dětmi imigrantů.

Největší skupiny imigrantů v Nizozemí jsou: Turci, obyvatelé ze Surinamu, Marokánci, obyvatelé z Holandské Aruby a Antil.

Více než 30 % imigrantů v Nizozemí žije ve velkých městech (Amsterdam, Rotterdam, Hague). Přesto se v rozložení imigrantů v Nizozemí vyskytují s národností související rozdíly. Zatímco koncentrace ve velkých městech je příznačná pro bývalé obyvatele Surinamu, Turci nebo Antilané se usazují po celém Nizozemí.

**Tabulka č. 10: Imigrace a čistá imigrace v Nizozemí v letech 1999-2002**

Rok	Imigrace do Nizozemí v (údaje v absolutních číslech)	Čistá migrace (imigrace minus emigrace) (údaje v absolutních číslech)
1999	119 151	60 128
2000	132 850	71 649
2001	133 404	70 086
2002		cca 59 000

Zdroj: Statistics Netherlands

V roce 2002 se oproti roku 2001 výrazně snížila čistá migrace jak ve skupině západních tak i ne - západních zemí. Ve skupině západních zemí je to způsobeno větší emigrací ze strany holandských občanů a ve skupině ne - západních zemí zejména odchodem původních obyvatel Somálska (zajímavé je, že tito cizinci se nevrátili do země původu, ale odešli do Velké Británie).

Statistické údaje o populaci v Nizozemí, tedy i o cizincích, jsou shromažďovány v počítačově zpracovávaném municipálním registru populace. Tento decentralizovaný registrační systém (Gemeentelijke Basisadministratie GBA) byl založen v roce 1994. Data z tohoto municipálního registru jsou pak předávána Nizozemskému statistickému úřadu (Statistics Netherlands).

Kritériem pro registraci imigrantů v Nizozemí je nezbytná čtyřměsíční lhůta. To znamená, že každá osoba která hodlá v Nizozemí pobývat čtyři měsíce je povinna tuto skutečnost okamžitě po příjezdu do země ohlásit na místním registru populace.

Registr populace rozlišuje cizince podle národností, země narození a země narození rodičů, ale nečiní rozdíly na základě důvodů příjezdu, tedy mezi azylanty a mezi těmi, kteří přijeli za účelem práce či za účelem sloučení rodiny. Data tohoto typu jsou však k dispozici v Centrálním registru jiných národností, který spadá pod Ministerstvo spravedlnosti Nizozemí.

## **2.4 Postavení cizinců v systému zdravotní péče**

### **Cizinci EU a EEA**

Všichni cizinci ze zemí EU/EEA, kteří chtějí v Nizozemí pobývat déle než 6 měsíců, musí být zdravotně pojištěni. Mezi všemi zeměmi EU, tedy i Nizozemím, platí reciproční dohoda o poskytování zdravotní péče, proto se občané zemí EU a EEA mohou pojistit ve své zemi (zemi původu).

V případě, že cizinec ze zemí EU/EEA požádá v Nizozemí o povolení k pobytu (není to však jeho povinnost), stává se účastníkem systému financování zdravotní péče Nizozemí a má stejná práva a povinnosti jako holandský občan.

### **Reciproční smlouvy o poskytování zdravotní péče**

Občané států, s nimiž má Nizozemí uzavřenu reciproční smlouvu o poskytování zdravotní péče, mohou být pojištěni ve své zemi a čerpat péči v rámci holandského systému poskytování zdravotní péče.

Nizozemí má uzavřeno smlouvy o vzájemném poskytování zdravotní péče s (údaj z roku 2002):

Členskými zeměmi EU a EEA, s Austrálií (jen osoby s trvalým pobytem), s Tureckem, Marokem, Tuniskem, Cap Verde Islands a Chorvatsko. Dále jsou to země bývalé Jugoslávie: Makedonie a Slovinsko.

### **Všeobecné právo na zdravotní péči**

Každý, tedy i nepojištěný, obdrží v Nizozemí první pomoc, která obnáší neodkladnou péči v souvislosti s bezprostředním ohrožením života nebo zdraví jedince.

### **Ostatní cizinci**

Cizinci, kteří přijíždějí do Nizozemí za účelem získání povolení k pobytu (které je nutné u pobytu delšího než 3 měsíce) jsou povinni již při žádosti o vízum předložit potvrzení o zdravotním pojištění, které pokrývá náklady na zdravotní péči.

Potvrzení o zdravotním pojištění nemusí mít osoby, které přijíždějí do Nizozemí na tzv. krátkodobé vízum (do třech měsíců). V případě, že se osoba, která pobývá v Nizozemí na krátkodobé vízum rozhodne, že si zažádá o dlouhodobé vízum (zplnomocnění pro dočasný dlouhodobý pobyt tzv. MVV- viz. výše), musí se vrátit do své země a tam teprve o toto zplnomocnění požádat.

Při podávání žádosti na udělení víza k dlouhodobému pobytu (více než na tři měsíce) je každý žadatel rovněž povinen předložit výsledky vyšetření na TBC.

Vzhledem k tomu, že participace na systému zdravotní péče Nizozemí není odvozená od občanství, ale od legálního pobytu na území Nizozemí, tak jakmile je cizinci uděleno povolení k legálnímu pobytu, může se pojistit v rámci holandského systému financování zdravotnictví (viz. výše).

To znamená, že typ zdravotního pojištění je u legálně pobývajících cizinců na území Nizozemí odvozen od sociálně ekonomického postavení, tak jako je tomu u holandských občanů.

**Tabulka č. 11: Typ pojištění podle statutu cizince v Nizozemí**

Typ pojištění	Cizinec s povolením k pobytu
Pojištění dlouhodobé a nepředvídatelné nákladné péče (AWBZ)	Pojistit se musí každý, kdo legálně pobývá na území Nizozemí.
Veřejné zdravotní pojištění	Všichni zaměstnanci s příjmem nižším než 30 700EUR/rok, včetně těch, kteří pobírají dávky (například v nezaměstnanosti, z důvodu invalidity, etc.), OSVČ se zdanitelným příjmem nižším než 19 650 EUR, penzisté, staří lidé, kteří dosáhli věku 65 let, ti kteří pobírají výživné.
Pojištění státních zaměstnanců a příslušníků policie	Všichni státní zaměstnanci a policisté (nemusí mít rovněž holandské občanství).
Soukromé pojištění na základě WTZ	Ti, co dříve spadali do veřejného pojištění nebo do pojištění státních úředníků a policistů, lidé, kteří dosáhli 65 let věku a starší, lidé, kteří nikdy nebyli pojištěni, cizinci, kteří získali povolení k pobytu, studenti. <i>U cizinců, kteří získali povolení k pobytu je podmínkou, že než vstoupí do WTZ pojištění, museli mít po dobu šesti měsíců alespoň pojištění na nemocniční péči. Toto pravidlo zabráňuje nově přichozím cizincům využívat WTZ pojištění. Důvodem je obrana proti zneužívání standardního WTZ pojištění těmi, kteří by přijeli do Nizozemí jen z důvodu využití lékařské péče.</i>
Soukromé pojištění	Ostatní.

### Zajímavosti

Mezi imigranty z "nezápadních" zemí je o 30 % vyšší dětská úmrtnost než mezi ostatní populací. Mezi ne-západními imigranty připadá na každých 1000 dětí 6,4 těch, kteří se nedožijí 1 roku věku, u zbývajících populace je to 4,9/1000 obyvatel. Tento vyšší podíl dětské úmrtnosti je zapříčiněn nižším socioekonomickým postavením některých skupin imigrantů.

## 2.5 Literatura

- Alders M. Classification of the population with a foreign background in the Netherlands. 2001. Statistics Netherlands. Chapter IV: Asylum and refugee admission in industrialised countries. In. *Unhcr statistical yearbook 2001*. 2002.
- European social statistics - Migration*. 2000. Luxemburg : Office for Official Publications of the European Communities.
- Health Care, Health Policies and Health Care Reforms In The Netherlands*. Booklet of Ministry of Health, Welfare and Sport No 7
- Health Insurance in the Netherlands*. Booklet of Ministry of Health, Welfare and Sport no. 1E. January 2002. The Hague.
- International Organization for Migration. *International Comparative Study of Migration, Legislation and Practice*. April 2002. Ireland: IOM.
- Key data on health 2000 – Data 1985-1995. *European Commission*. EUROSTAT, ISBN 92-894-0510-4
- McKinley, B. Migration and health. *World Migration Report 2000*. 2001. International Organization for Migration and United Nations
- Nicolaas, H. *Family-network migration after asylum migration in the Netherlands*. Statistics Netherlands.
- Schrijvers, A.J.P. *Health and Health Care in the Netherlands*. 1998.
- Stronks, K., Ravelli, C., Reijneveld, A.: Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs? *Journal, J Epidemiol Community Health 2001*, pp:701-707
- Taran, P.A. Senior Migration Specialist International Labour Organization (ILO) drawing on a working paper on migration, health and human rights being prepared jointly by WHO, ILO, IOM, ICMH, OHCHR and Institute Mario Negri (Italy)

### Internetové stránky

- [www.overheid.nl](http://www.overheid.nl) (vyhledávací server Ministerstva vnitřních a královských záležitostí zaměřený na vládní záležitosti)
- [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl) ( <http://statline.cbs.nl> ) (stránky Holandského statistického úřadu)
- <http://immigratiedienst.nl> (Úřad pro imigraci a občanství)
- <http://www.min.bzk.nl> (Ministerstvo vnitřních a královských záležitostí)
- <http://www.ministerievanjustitie.nl> (Ministerstvo spravedlnosti)
- [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl) (Ministerstvo zdravotnictví)
- <http://www.workpermit.com/>
- <http://www.vluchtelingenwerk.nl> (Holandská rada pro uprchlíky)

## 3. Velká Británie

### 3.1 Obecná charakteristika

Spojené království Velké Británie a Severního Irsku (UK) je konstituční monarchií, tvořenou čtyřmi částmi (Anglie, Skotsko, Wales a Severní Irsko). V Anglii existuje systém místních samospráv (37 hrabství-county a 7 městských samospráv), Severní Irsko se člení na 26 okresů-districts, Skotsko na 9 regionů-regions a 3 ostrovní oblasti-areas. Wales je tvořen 8 hrabstvími-counties. Velké Británii dále patří další území jako Falklandské ostrovy, Gibraltar a další. Do roku 1999 byly Skotsko a Wales spravovány centrálně z Londýna, v současnosti mají vlastní parlamenty a vlády.

Zákonodárná moc je rozdělena mezi dvě komory parlamentu: House of Commons (členové jsou zvoleni v demokratických volbách na pětileté období) a House of Lords (členy jsou doživotně jmenovaní příslušníci šlechty). Ministerským předsedou je leader vítězné strany parlamentních voleb, který také sestavuje vládu. Od roku 1997 je premiérem předseda Labour Party Tony Blair.

#### Demografické údaje

Populace: 58,6 milionů obyvatel (29,9 žen a 28,7 mužů), z toho 2,1 milionu nemá britské občanství, 3,4 milionu z celkového počtu obyvatel připadá na příslušníky etnických menšin. Pětina populace je mladších 16 let, 61% mezi 16 lety a důchodovým věkem (59-64 let), 18% v důchodovém věku 60-65 a více let, 7% nad 75 let. Průměrná střední doba dožití je 73,9 let u mužů a 79,2 u žen. (Becker, 2002)

### 3.2 Zdravotní systém

#### 3.2.1 Historie

Organizační struktura poskytování ZP ve Velké Británii vychází z historického kontextu, zejména ze změn, které se odehrály po druhé světové válce.

Zákon o Národní zdravotní službě byl schválen v r. 1946 (National Health Service Act), National Health Service (NHS) je funkční od 1948. Od svých počátků se vyznačuje základními rysy jako jsou odpovědnost státu, poskytování ZP zdarma a důraz na rovnost v přístupu k ZP jako součást celkového přístupu ve veřejné politice, tedy přístupu sociálního státu (stejně tak v politice vzdělávací, bydlení a soc. zabezpečení). V otázce takto nastaveného systému však nepanoval všeobecný konsensus – zejména zástupci praktických lékařů a specialistů se bránili ztrátě profesionální autonomie. Spíše než centrální systém požadovali řízení ze strany samosprávy. Přesto se podařilo tehdejšímu ministru zdravotnictví centrální systém NHS prosadit, jeho součástí však byla řada výsad, která praktickým lékařům i specialistům zajišťovala určitou míru nezávislosti, včetně možnosti provozovat současně se zaměstnáním v rámci NHS soukromou praxi. Ačkoli byl celý systém koncipován jako víceméně dočasný, tento základní charakter si zachoval dodnes. Do současné podoby poskytování ZP ve Velké Británii se promítl další moment ve vývoji systému, a to potřeba (opakující se v podstatě v celé historii NHS) změnit charakter financování systému. V roce 1962 na to reagoval nový Hospital Plan, jehož podstatou bylo rozčlenění poskytování nemocniční péče systémem oblastních všeobecných nemocnic (district general hospital – DGH).

NHS Act z roku 1973 stanovil následující hierarchii v organizační struktuře: Ministerstvu zdravotnictví v čele s ministrem podléhaly regionální (regional) zdravotní úřady (regional health authorities – RHA) s širokou odpovědností za koncepční složku zdravotní politiky. Na dalším stupni se nacházelo 90 místních (area) zdravotních úřadů, spadajících pod managementy oblastních (district) správ, zodpovědných za řízení oblastních všeobecných nemocnic.

Neudržitelnost systému se projevila vzápětí při hospodářské krizi 70. let. S potřebou snižovat veřejné výdaje bylo třeba změnit systém zdravotnictví. V roce 1976 byla stanovena Merrison Royal Commission, která měla navrhnout efektivní systém řízení a využití zdrojů v NHS. Doporučení komise vyústila v roce 1982 ve vytvoření 192 zdravotních

úřadů (district health authorities – DHAs), nahrazujících dosavadní úřady místní a oblastní (area, district). Dodnes tvoří významnou správní jednotku v systému NHS. Další změnou, kterou přinesla 70. léta do systému, byla snaha o rovnoměrnou alokaci zdrojů v různých oblastech země. Pracovní skupina RAWP (Resource Allocation Working Party) definovala v roce 1975 princip rozdělování zdrojů ve zdravotnictví podle zdravotních potřeb jednotlivých regionů, určených na základě demografických údajů o regionu (např. počet obyvatel regionu, věková skladba, index morbidit atd.).

V roce 1979 nastoupila vláda Margaret Thatcher s příslibem radikálních ekonomických a sociálních reforem. Podle této vlády byly veřejné výdaje příčinou ekonomických potíží Velké Británie, a proto vystoupila s programem privatizace zdravotnictví. Ten začal nejprve vyčleněním doplňkových služeb z NHS (prádelny, stravování apod.), aby posléze zasáhl i vrcholový management ve zdravotnictví. Do systému budoucího managementu, založeném na lokální rozhodovací pravomoci a jasném vymezení kompetencí v hierarchii, se promítaly principy soukromého ziskového sektoru. Navzdory jasné orientaci vlády Margaret Thatcher však nastaly výrazné změny teprve v 90. letech. *NHS and Community Care Act 1990* přinesl radikální změnu v organizaci, řízení a financování zdravotního systému zavedením tzv. interního „quasi“ trhu do NHS.

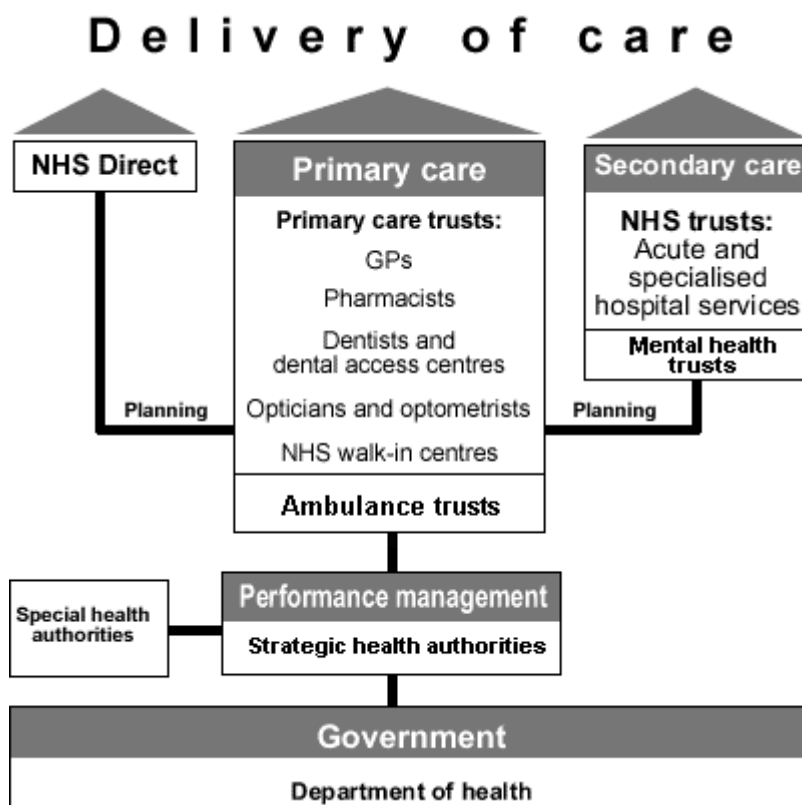
Především byla oddělena odpovědnost za nákup služeb od odpovědnosti za jejich poskytování. Zdravotní úřady (v rostoucí míře doplňovány praktickými lékaři hospodařícími s vlastním rozpočtem) nakupují služby u trustů NHS, které mezi sebou mají soutěžit o udělení zakázky.

V roce 1997 se však nástupem labouristické vlády změnila priority a v prosinci téhož roku byla publikována tzv. Bílá kniha (White Paper) s názvem *Nový NHS: moderní, spolehlivý*. Cílem labouristů bylo vnést do quasi-tržního systému NHS větší díl plánování a korporativních prvků.

### 3.2.2 Charakteristika současného systému (NHS v Anglii)

(Skotsko, Wales a Severní Irsko pracují na obdobném principu s několika specifiky)

Obr. č. 2: Poskytování zdravotní péče ve Velké Británii



Zdroj: [www.nhs.uk/thenhsexplained/how\\_the\\_nhs\\_works.asp](http://www.nhs.uk/thenhsexplained/how_the_nhs_works.asp)

Další institucí je Centrální registr zdravotních služeb (National Health Services Central Register – NHSCR), který eviduje veškeré záznamy o všech pacientech registrovaných v rámci NHS.

### **Ministerstvo zdravotnictví (Department of Health)**

Ministerstvo odpovídá za poskytování rychlé, adekvátní a vysoce kvalitní zdravotní a sociální péče pro občany Anglie. Úřady ministerstva jsou umístěny v Leedsu a Londýně. Do kompetence ministerstva spadá:

- řízení celého zdravotního a sociálního systému
- rozvíjení zdravotně-sociálních politik a řízení významných změn v NHS
- regulace a dozor nad NHS
- intervence v případě problémů na různých úrovních NHS

V rámci ministerstva pracují čtyři ředitelé pro zdraví a sociální péči (Directors of Health and Social Care), kteří pracují přímo s NHS a výkonně řídí strategické úřady zdraví.

Na zdravotní politice se podílí i další ministerstva (v souladu s politikou meziresortní koordinace). Ministerstvo sociálního zabezpečení je zodpovědné za poskytování dávek souvisejících s nemocí, invaliditou atd., Ministerstvo pro životní prostředí, dopravu a regiony má v kompetenci poskytování sociálních služeb v rámci místních samospráv, Ministerstvo zemědělství, výživy a rybolovu zodpovídá za standardy potravin a konečně Ministerstvo pro vzdělání a zaměstnanost financuje vzdělávání zdravotního personálu.

### **Strategické zdravotní úřady (Strategic health authorities)**

Jsou odpovědné za strategický rozvoj v lokálních zdravotních službách a záruku vysoce kvalitního výkonu. Jsou klíčovými spojeními mezi ministerstvem a NHS. Zároveň odpovídají za to, že národní priority (například program proti rakovině) jsou implementovány do lokálních zdravotních programů.

V průběhu devadesátých let doznala tato oblast britského zdravotního systému značných změn. Zdravotní úřady pracovaly původně na dvou úrovních – Regionální zdravotní úřady a jim podřízené „Okresní“ (district) zdravotní úřady. Ty se každoročně smluvně zavazovaly příslušnému regionálnímu úřadu k poskytování určitého druhu péče. V roce 1994 se v rámci snižování nákladů počet regionálních úřadů snížil ze 14 na 8 a ty současně ztratily část své autonomie, neboť byla posílena centrální linie řízení. „Okresní“ zdravotní úřady naplňovaly politiku „quasi“ trhu v rámci NHS (oddělení nákupu a poskytování služeb). Jejich úkolem bylo v oblasti své působnosti zjišťovat zdravotní potřeby obyvatelstva a na základě přiděleného a podle počtu obyvatel stanoveného rozpočtu nakupovat služby k uspokojení těchto zdravotních potřeb. V rámci výše uvedených změn a redukcí splynuly tyto dvě úrovně do jedné a hovoří se výhradně o „zdravotních úřadech“. Stejným způsobem zanikla instituce Zdravotních úřadů pro rodinu (Family health service authorities), zvláštních úřadů, které se zaměřovaly na primární péči, zatímco „okresní“ úřady zajišťovaly především nemocniční péči. V rámci programu bližší koordinace primární a sekundární péče došlo i zde v roce 1996 ke sloučení.

### **Přímá linka NHS (NHS Direct 0845 4647)**

Byla zprovozněna v roce 1998 a poskytuje zdarma nepřetržité a okamžité poradenství, v současné době je provozována rovněž prostřednictvím internetu.

### **Trusty v NHS (NHS Trusts)**

Nemocniční trusty se nacházejí ve většině měst a poskytují všeobecné služby pokrývající co nejširší potřeby obyvatel. Některé trusty působí také jako specializovaná pracoviště s regionální působností. Zároveň mohou poskytovat komunitní péči (prostřednictvím zdravotních středisek, klinik nebo domácí péči). Vyjma pohotovosti je nemocniční léčba poskytnuta na základě doporučení (referral) praktického lékaře (GP). Prohlídky a léčba jsou zdarma. NHS trusty zaměstnávají většinu veškerého personálu NHS: zdravotní sestry, lékaře, zubaře, lékárníky, porodní asistentky, pediatry, logopedy, poradce, psychology a pomocný personál.

### **Ambulantní „otevřená“ střediska (NHS Walk-in-centres)**

Ambulantní střediska umožňují rychlý přístup ke zdravotní pomoci a léčbě. Jsou otevřena všem bez omezení a poskytují:

- celodenní služby
- posouzení případu zkušeným zdravotním personálem
- léčbu méně závažných zranění a onemocnění
- zdravotní poradenství
- informace o ordinačních hodinách praktických lékařů a dentistů
- informace o lékárnách

První středisko bylo otevřeno v roce 2000, jejich počet je v současnosti 42.

### **Optici a optometrické služby (Optometrists/Opticians)**

Služby zahrnující měření zraku, doporučení a prodej brýlí a čoček.

### **Lékárny**

Vyrábějí a prodávají léčiva předepsaná lékaři i léčiva volně prodejná. Poskytují rovněž poradenství.

### **Primární péče (Primary care)**

Zpravidla prvním kontaktem v případě zdravotních problémů je praktický lékař (GP). Kromě praktických lékařů tvoří soustavu primární péče specialisté (dentisté, optici, terapeuti...), lékárny, ambulantní „otevřená“ střediska a přímá linka NHS. Každý občan, trvale žijící v UK má právo být registrován u místního praktického lékaře.

### **Trusty primární péče (Primary care trusts)**

Tvoří základní jednotky NHS, odpovědné za zdravotní péči na místních úrovních, např. musí zajistit dostatečný počet praktických lékařů v dané lokalitě. Zabezpečují také ostatní služby – nemocnice, služby dentistů, optiků, lékárenské služby a služby duševního zdraví, ambulantní střediska, přímou linku, převozy pacientů, screening. Navíc koordinují služby sociální a zdravotní tak, aby tvořily integrální systém.

303 trustů v Anglii má obhospodařovat vlastní lokality a efektivně tak alokovat zdroje NHS.

### **Sekundární péče (Secondary care)**

Představuje specializovanou léčbu obvykle poskytovanou v nemocnicích.

### **Specializované zdravotní úřady**

Poskytují celostátní zdravotní služby, jedním z nich je např. „Národní krevní úřad“ (National Blood Authority).

### **Neziskové organizace**

Ve Velké Británii existuje velké množství neziskových organizací, které hájí zájmy pacientů. Zaměřují se na jednotlivé choroby (AIDS, osteoporosa, diabetes, rakovina, mentální poruchy apod.), existuje také Asociace pacientů (Patients Association), která se zabývá ochranou práv a zájmů pacientů obecně.

### **Rady pro komunitní zdraví (Community health councils)**

Jsou formálnější typem organizace, hájící zájmy pacientů. Tvoří spojovací článek mezi NHS a komunitou, financovány jsou stejně jako NHS z veřejného rozpočtu, avšak na řídicí struktuře NHS jsou nezávislé. Zdravotní úřady jsou povinny konzultovat s radami stěžejní otázky poskytování zdravotní péče v regionu.

### **Profesní komory a odbory**

Profesní komory sdružují pracovníky NHS a hájí jejich profesní zájmy. Britská lékařská asociace (British Medical Association) sdružuje 80% lékařů. Podobné sdružení mají zubaři a ostatní pracovníci ve zdravotnictví (nejvýznamnějšími odborovými organizacemi jsou UNISON – pro pracovníky ve veřejných službách a MSF – sdružující 60 000 pracovníků NHS).

## Soukromé zdravotnictví

Ve Velké Británii existuje 25 soukromých zdravotních pojišťoven (z toho 7 je neziskových, ostatní jsou komerční, popř. vzájemné pojišťovny). Vzhledem k tomuto vysokému počtu se očekává snížení jejich počtu (uvedené údaje jsou k roku 1996). 230 nemocnic ve Velké Británii je soukromých (jsou ovládnuty pěti nejvýznamnějšími společnostmi). Podle Independent Healthcare Association poskytuje soukromé zdravotnictví 80% domácí komunitní péče, 20% pohotovostních služeb a více než 1/3 péče v oblasti duševního zdraví. Veřejné zdravotnictví disponuje 356 000 lůžek, soukromé 443 000. Soukromé zdravotnictví zaměstnává 550 000 lidí.

### 3.2.3 Právní úprava (nejdůležitější právní normy)

- *Zákon o NHS a komunitní péči* (The NHS and Community Care Act) 1990, novelizován 1999
- *The National Health Service (Charges to Overseas Visitors) Regulations* 1992,
- *Statutory Instrument No. 635*
- *Zákon o zdravotních úřadech* (The Health Authorities Act) 1995
- *Zákon o primární péči* (Primary Care Act) 1997
- *Nářízení týkající se nároků na léčbu v rámci NHS:*
- *The National Health Service (Charges to Overseas Visitors) Regulations,*
- *Statutory Instrument 1989 No. 306,* v novelizovaném znění SI 1991/438, SI 1994/1535, SI 2000/602 a SI 2000/909
- *Oběžník ministerstva zdravotnictví HSC 1999/018* (The Department of Health Circular), paragraf 27, týkající se nároku cizinců na bezplatnou primární péči
- *Oběžník zdravotních služeb* (The Health Services Circular) 1999, No. 107

### Reciproční smlouvy

Nářízení 1408/71 EHS a 574/72 EHS o koordinaci soustav sociálního zabezpečení

### Významné reformní dokumenty:

1989 – Bílá kniha Pracovat pro pacienta (návrh reformy konzervativců směrem k vnitřnímu trhu)

1991 – Zelená kniha Zdraví národa (strategie a cíle veřejného zdravotnictví)

Charta pacientů (stanovení práv pacientů a vymezení standardů zdravotní péče)

1996 – Bílá kniha Volba a příležitost: primární péče, budoucnost (nový model primární péče)

1997 – Bílá kniha Nový NHS: moderní, spolehlivý (program labouristické vlády, model vnitřního trhu nahrazuje model kooperace a partnerství aktérů NHS)

1998 – Náš zdravější národ (program odstranění nerovností ve zdravotním systému)

1999 – Bílá kniha Ochrana života: náš zdravější národ, představující strategii zdravotní politiky

2000 – akční *Plán NHS* s desetiletým programem zefektivnění systému.

### 3.2.4 Struktura systému poskytování zdravotní péče

#### Primární péče

Důraz na primární péči v britském systému zdravotnictví je trendem zhruba od 80. let. Do poloviny 80. let byla tomuto sektoru, ač dobře rozvinutému, věnována malá pozornost. Síť praktických lékařů se vyvíjela již od roku 1948, a to vcelku nezávisle na systému nemocniční péče. Změny na počátku 90. let přinesly větší míru odpovědnosti praktických lékařů vůči úřadům zdravotní péče o rodinu (family health service authorities – RHSA), jež doplňují primární péči na úrovni oblastních zdravotních úřadů (district health authorities – DHA). Oba typy úřadů vznikaly v roce 1996. Mimo jiné vznikla praktickým lékařům povinnost zpracovávat výroční zprávy, nepřekračovat stanovený rozpočet na lékařských předpisech a plnit požadavky z oblasti screeningu a prevence. Ve stejném období došlo ke změně systému plateb s cílem zvýšit výkonnost systému a orientovat se více na potřeby pacientů.

Orientace na primární péči a rostoucí význam praktických lékařů přinesla v 90. letech několik variant systému. Jednou z nejmambicióznějších byla ta, podle níž měli vybraní praktičtí lékaři hospodařit s přiděleným rozpočtem a nakupovat za

prostředky z něj veškerou potenciální sekundární a komunitní péči, požadovanou jejich pacienty. Přestože nová labouristická vláda zrušila hospodaření praktických lékařů s vlastním rozpočtem, primární péče je v NHS nadále rozhodující.

### **Veřejné zdravotnictví (Public health services)**

Kořeny britského systému veřejného zdravotnictví spadají do poloviny 19. stol., kdy byly vydány zásadní zákony. Nejvýznamnějším byl Public Health Act z roku 1875, který konsolidoval dosavadní systém pravomocí a zodpovědností a položil tak základ moderního veřejného zdravotnictví (60 let přetrval beze změn).

Mnoha úspěchů bylo dosaženo na přelomu 19. a 20. století, kdy nastaly změny zejména v hygienických podmínkách: zlepšení zásobování vodou, rozvoj kanalizace, pracovního a životního prostředí a osobní hygieny. Silná legislativa byla podpořena rostoucím vlivem a efektivitou místních úřadů (Medical Officers of Health).

Ačkoli význam těchto místních lékařských autorit zesílil ještě během 2. světové války, pozdější vliv politické opozice prostřednictvím Britské lékařské asociace (British Medical Association), Královské univerzity a charitativních nemocnic způsobil, že se stala jejich úloha v dalším vývoji NHS minoritní. V roce 1974 došlo k ustanovení regionálních, místních a oblastních zdravotních úřadů a pozice původních Medical Officers byla zrušena. Pravděpodobně nejvlivnějším dokumentem pro další vývoj veřejného zdravotnictví byla Achesonova zpráva (Acheson Report), v níž v roce 1988 Sir Donald Acheson definoval pět nejzávažnějších problémů veřejného zdravotnictví: nedostatek informací o zdravotním stavu obyvatelstva, nedostatečná prevence a osvěta, nevyjasněné role a odpovědnosti lékařů ve veřejném zdravotnictví, neurčitost v odpovědnostech za kontrolu nakažlivých chorob a nedostatek informací důležitých k rozhodování. Další rozvoj všeobecného zdravotnictví určil již zmíněný NHS and Community Care Act 1999 a dále zpráva Health of the Nation, publikovaná v roce 1992, což vedlo k posunu z orientace na poskytování klinické péče na všeobecné zdraví. Tím byla posílena strategická úloha lokálních zdravotních úřadů, jež měly podporovat a zlepšovat zdraví místní populace.

Dalším významným dokumentem se stala v roce 1999 vládní Bílá kniha Saving Lives:our Healthier Nation, představující strategii zdravotní politiky. Vzhledem k nedostatkům ve financování a ve vztahu k pacientům (například dlouhé čekací doby na hospitalizaci nebo i návštěvu lékaře) byl v červenci 2000 zformulován akční The NHS Plan s desetiletým programem zefektivnění systému.

### **3.2.5 Financování systému zdravotní péče**

#### **Veřejné financování**

NHS je financován převážně prostřednictvím všeobecných daní vybíraných vládou, společně s příspěvkem národního pojištění. Všeobecné daně zahrnují jak daně z příjmu, tak daně z investic a nákladů. Míru progresivity systému plateb nelze zcela přesně vyjádřit, neboť jednotlivé části finančních prostředků plynoucích do NHS nejsou identifikovány, nicméně analogicky k celkovému systému daňového zatížení obyvatelstva, které je evidentně progresivní, lze totéž soudit i o systému financování NHS. Vzhledem k nízké transparentnosti systému daňového financování NHS byla v roce 1998 ustanovena instituce pro výzkum veřejných výdajů Public Expenditures Survey (PES), jejímž cílem je tříleté plánování veřejných výdajů a jejich efektivní kontrola.

#### **Soukromé financování**

Z celkových prostředků vynaložených na zdravotní péči (vedle financování prostřednictvím daní) tvořily v roce 1996 14,6% soukromé výdaje. Okolo 11% populace využívá některé z forem soukromého pojištění. Obecně lze říci, že podíl přímých plateb za služby ve zdravotnictví v průběhu posledních třiceti let narůstá, ačkoli v průběhu 90. let byl zaznamenán mírný pokles. Poplatky se týkají soukromé lékařské péče, dlouhodobé zdravotní péče, doplatky za léky, stomatologické a optometrické služby.

Tab. č. 12 ukazuje strukturu hlavních zdrojů, plynoucích do zdravotnictví. Příjmy z přímých plateb tvoří především poplatky za nadstandardní lůžkovou péči a služby poskytované v rámci péče o rodiny (léčiva, zubaři, optici).

**Tabulka č. 12: Hlavní zdroje financí (jako % celkových výdajů na zdravotní péči)**

Zdroj financí	1975	1980	1985	1990	1994	1995
Veřejné						
Daně	89,0	89,0	86,0	79,0	82,0	84,0
Ostatní	7,9	7,3	8,2	14,3	11,6	9,8
Soukromé						
Přímé platby	2,2	2,5	3,3	3,4	2,9	2,7
Soukr. pojištění	0,9	1,2	2,5	3,3	3,5	3,5

Zdroj: The Government Expenditure Plans 1998-1999. Podle Health Care Systems in Transition. (1999), str. 40

Poplatky za léčiva jsou ve Velké Británii uplatňovány od 60. let a mezi lety 1971-1993 jejich hodnota vzrostla o 300%. Existuje široce pojaté pásmo lidí, kteří mají nárok na osvobození od těchto poplatků. Jsou to děti do 16 let, senioři, lidé s nízkými příjmy, lidé s chronickými obtížemi a zvlášť je z poplatků vyloučena antikoncepce. Příjem do zdravotnictví z poplatků za léčiva činil v období 1998/1999 341 milionů liber.

Hrazení stomatologické péče se uskutečňuje formou významné (80%) spoluúčasti pacienta, maximálně však do výše 348 liber (v roce 2000). Od spoluúčasti jsou osvobozeni: děti, lidé s nízkými příjmy, těhotné a kojící matky.

V oblasti služeb očních lékařů a optometrie jsou od plateb osvobozeny následující skupiny: děti, studenti do 19 let, lidé s nízkými příjmy a lidé, kteří trpí určitou oční vadou anebo k ní mají dispozice. V roce 1999 bylo obnoveno osvobození od poplatků pro osoby starší 60 let. Dále se uplatňuje systém poukázek pro nízkopříjmové skupiny obyvatel.

Do roku 1993 se v otázce sociální péče vyskytovala disproporce mezi systémem bezplatné zdravotní péče na základě potřeby a systémem sociálních služeb, poskytovaných samosprávami na základě prověřování potřebnosti. Situaci vyřešil NHS Community Care Act, který stanovil kritéria potřebnosti, na základě kterých jsou žadatelé posuzováni ze strany zdravotních úřadů. Vedle příjmu jsou posuzovány náklady na potřeby žadatele (jedná se zejména o pečovatelské služby a dlouhodobou péči). Do spoluúčasti na hrazení takové péče jsou často zahrnuti rodiny žadatelů, což vyvolalo velkou řadu stížností. V roce 1999 byl systém revidován a nově se oddělují náklady na obživu, bydlení a osobní péči.

#### Dobrovolné (soukromé) zdravotní pojištění

Soukromé zdravotní pojištění nabývá ve Velké Británii dvou forem: pojistné na zaměstnanecké bázi (59%) a individuální pojištění (31%). Zbýlých 10% tvoří pojistné skupiny dobrovolných pracovníků, kde profesní organizace a odbory tvoří zastřešující instituci, avšak zúčastnění si pojistné hradí sami. V roce 1996 tvořili účastníci soukromého pojištění 10,8% populace (jsou to lidé s vyšším socioekonomickým statusem, ve věku od 45 do 60 let).

#### **Výdaje na zdravotnictví**

V porovnání s ostatními vyspělými státy vynakládá Velká Británie poměrně málo prostředků na zdravotnictví. V roce 1997 tvořily tyto výdaje 6,7% HDP, zatímco průměr západoevropských zemí činil 8,5%. (Výdaje České republiky tvořily v tomto roce 7% HDP).

Roční náklady na NHS tvoří 34,7 miliard liber, z toho 23,6 miliardy tvoří výdaje na nemocniční a komunitní zdravotní péči. Na péči o rodinu připadá 8,2 miliardy. 0,6 miliardy představují centrálně rozdělované prostředky (například na podporu neziskového sektoru) a administrativní náklady ministerstva zdravotnictví činí 0,3 miliardy.

Systém se potýká s problémem nízkých platů pracovníků (zejména sester) ve zdravotnictví, poklesu zájmu o studium na zdravotních školách a nedostatku kvalifikovaných sester. Dále se nedostává určitých služeb, čekací doby na operativní

zákroky jsou obvykle několikaměsíční, je nedostatek lůžek intenzivní péče. Přetrvávají rozdíly v poskytování služeb mezi jednotlivými oblastmi.

### **Podmínky nároku na účast v NHS**

*National Health Service Act* z roku 1977 stanovuje, že nárok na péči v rámci NHS má každý, kdo je běžným obyvatelem („all persons normally resident“) Velké Británie. Na základě této premisy jsou všechny nemocnice a specialisté povinni poskytovat bezplatnou péči, pokud zákon nestanoví jinak. Výjimku tvoří například dlouhodobí pacienti, poplatky jsou vyžadovány u léčiv a u očních a zubních specialistů. *Health and Medicines Act* z roku 1988 doplňuje výše uvedený zákon o ustanovení o cizincích, kteří v míře stanovené zdravotními úřady podléhají poplatkům. Akutní lékařská péče je však poskytována bezplatně občanům zemí EU, a to na základě bilaterálních smluv. Zdravotní péče poskytovaná cizincům je uvedena dále v kapitole 3.4.

### **3.2.6 Zajímavosti – poslední trendy v NHS**

Systém zdravotnictví ve Velké Británii byl po druhé světové válce nastaven tak, že zdravotní péče je poskytována podle potřeb spíše než podle schopnosti platit za ni. Ačkoli existují (a rozšiřují se) oblasti zdravotnictví, kde je od pacienta vyžadována přímá platba (jsou to například služby dentistů, optiků, léčiva či dlouhodobá péče o seniory), většina primární a sekundární péče je poskytována stále bez poplatků a financována z daní.

V posledních deseti letech se v britském systému zdravotnictví odrazily dvě odlišné koncepce.

První z nich byla koncepce vnitřního trhu konzervativní vlády Margaret Thatcher, přicházející jako reakce na krizi v systému financování. Jejím cílem bylo vnést podmínky tržního, resp. „quasi“ tržního prostředí do systému veřejného zdravotnictví a změnit tak zcela jeho kulturu a podstatu. Soutěž mezi poskytovateli měla vést k vyšší efektivitě, kvalitě služeb a možnosti volby poskytovatele. Jak uvádí J. Le Grand (1998) ve své studii o dopadech této reformy zdravotnictví, z hlediska efektivity, spravedlnosti (rovnosti přístupu ke službám), možnosti volby a zodpovědnosti nejsou však výsledky nepřesvědčivé. To podle Le Granda nemuselo být způsobeno samotnou koncepcí, ale také podmínkami její implementace - existencí více omezení než pozitivních stimulů. Navíc v průběhu reformy ustaly snahy o radikální změnu systému financování zdravotnictví a soustředily se na systém organizace, řízení a poskytování zdravotní péče. Přesto přinesla tato reforma významné změny kulturní a organizační povahy: zapojení praktických lékařů do procesů rozhodování a oddělení odpovědnosti za poskytování služeb a jejich nákupu. Také důraz na efektivitu a kvalitu péče byl reformou posílen.

Po nástupu labouristické vlády v roce 1997 však nastal výrazný posun v chápání systému zdravotní péče. Uplatňují se zde mechanismy spolupráce a partnerství mezi jednotlivými aktéry, což umožňuje podle tohoto pojetí snadnější dosažení cílů než prostředí soutěže. Přesto labouristé zachovali některé prvky systému, které přinesl právě tržní model: oddělení role poskytovatelů péče a těch, kdo tuto péči zajišťují, důraz na přenesení rozhodovacích procesů na úroveň primární péče a stálý požadavek kvality a efektivity.

## **3.3 Migrace**

### **3.3.1 Historie**

První imigranti se přistěhovali ze států dnešní EU kvůli následkům dekolonizace. Po nich následovali ekonomičtí imigranti z jiných zemí. V UK (Spojeném království) je díky existenci Commonwealthu a příslušných privilegií členských států hlavní zdroj přistěhovalců z původních kolonií (i když ne výlučně). Podívejme se nyní na tabulku, která ukazuje, kdy se jednotlivé kolonie zbavily nadvlády Anglie, což bude mít vliv na strukturu pozdějších přistěhovalců:

**Tabulka č. 13: Osvobozování anglických kolonií**

<b>Stát</b>	<b>Rok</b>
Egypt	1922
Irák	1932
Trans-Jordán	1946
Palestina	1948
Indie	1947
Cejlon	1947
Barma	1948
Malajsie	1957
Singapur	1958
Ghana	1954
Malawi „Nyasalan“	1964
Zambie (Severní Rhodesie)	1964

Od roku 1945 se Indové prakticky neustále stěhují do Anglie. V roce 1950 byla velká většina těchto přistěhovalců sikhského původu a přicházela zejména z východního Pandžábu. Veliká migrační skupina přišla také z Pákistánu, většinou se jednalo o muže vesnického původu, s velmi nízkou úrovní gramotnosti. Ze všeobecného hlediska byli imigranti, kteří přišli do UK před tím než Commonwealth Immigrants Act 1962, který reguluje migraci do UK, vstoupil v platnost, většinou ekonomicky aktivní osoby. Číňané se do UK přistěhovali od roku 1949, zejména z Hongkongu a Malajsie, ale již v roce 1960 tvořili značnou populaci a nejednalo se jen o svobodné mladé muže. Dohromady tedy během 17 let (1945-1962) odešlo 330 000 lidí do britských kolonií a v Anglii se v roce 1968 jednalo o 1 113 000 lidí jiného než „bílého“ původu. Od roku 1962, kdy vstoupil v platnost výše uvedený akt, který předepisoval vauchery pro přistěhovalce, se tento počet snížil na 77 966 a společně s rodinami činil 257 220. To vše byl následek skutečnosti, že občané Commonwealthu měli právo se volně přestěhovávat do UK v letech 1945 až 1960, přičemž mnozí přicházeli také z ekonomických důvodů.

V roce 1961/2 přichází odpověď na tlak společnosti. Konzervativní vláda zavádí Imigrační zákon Commonwealthu (Commonwealth Immigrants Legislation), který vstupuje v platnost dne 1. července 1962. Na základě tohoto zákona musí mít osoby z Commonwealthu, které chtějí pracovat v UK, vystavené vauchery. Avšak ta nejostřejší opatření vznikla v srpnu 1965 v dokumentu nazývaném Bílý papír (White paper), na němž byl počet vaucherů omezen na 8 500 kusů ročně. V roce 1971 anglická vláda schválila zákon o imigraci (Immigration Act), kterým zavedla jasnou a otevřenou rasovou distinkci do jmenovité imigrační politiky. Jak bylo výše zmíněno, imigranti z bývalých kolonií měli pro migraci zcela jistě a výlučně ekonomické motivy, respektive přestože měli ekonomické motivy, nejednalo se o přímý důvod jejich nastěhování. Museli se sami postarat např. o ubytování bez jakékoliv pomoci státu. Výsledkem toho bylo, že se imigranti stěhovali do nejchudších částí měst, většina z nich žila na hranici bída. Kromě těchto sociálních problémů byli imigranti vystaveni i silnému rasovému tlaku, zejména v zaměstnání, avšak profil další generace postimigrační jednoty se značně změnil. Získáváním lepších formálních kvalifikací spolu se silnou tendencí zaměstnávat sebe sama někteří imigranti úspěšně zlepšili svůj sociálně-ekonomický status. Avšak fenomén známý ještě z padesátých let, kdy se hlavně „nebílé“ imigrační skupiny seskupovaly na jednom místě, a vytvářely tak uzavřené celky, charakteristické velmi nízkou úrovní z hlediska bydlení a beznadějně přeplněnými vzdělávacími kapacitami, zůstal i nadále zdrojem obav a antiimigračních tendencí. Proto např. v roce 1972 zahajuje pravicová strana Monday club kampaň po heslem: „Zastavte imigraci ihned“.

Ještě roku 1951 nově zvolená konzervativní vláda podporovala jak emigraci, tak imigraci, přestože demonstrovala obavy způsobené počtem „barevných“ imigrantů v tomto období. Když se 27 000 osob z Ugandy přistěhovalo v roce 1972, v UK tak strach z „nebílé“ imigrace vyvrcholil. Přestože se imigranti mezi sebou velmi lišili, většinová populace na to velmi často nebrala ohled. V celé této periodě lze hovořit o diskriminaci na různých úrovních. Počínaje agenty prodávajícími nemovitostí, kteří posílali emigranty do oblastí, kde většina obyvatel nebydlela, a tím podporovali jejich segregaci, a konče tím, že imigranti se stali obětními beránky všech potíží, které společnost postihly, a paradoxně sami byli

také obětmi těchto potíží. A tak není divu, že v sedmdesátých letech vznikly organizace jako Black Power.<sup>26</sup> Tato radikalizace byla začátkem procesu, který během následujících deseti let naroste.

### 3.3.2 Současná situace

Co se týká uprchlíků a těch, kteří o azyl žádají, lze říci, že je dnešní stav v UK podobný stavu v celé EU, který je ve značné míře restriktivní. Za poslední léta je zřejmá politická priorita, která se zaměřuje na imigraci a potíže azylu uvnitř UK. K nedávným značným změnám došlo po schválení zákona o imigraci a azylu z roku 1999 (Immigration and Asylum Act 1999). Tento zákon je zaměřen zejména na zjednodušování procedury pro získávání azylu, zkracování procedury a pro omezování možnosti odvolání. Je třeba dodat, že vznikne-li nová sjednocená politika EU vůči azylantům, která požaduje, aby o azyl žádali ve státě, do kterého emigrovali (a předpokládá, že azyl najde v nějakém jiném státě EU až v případě, že se požadavek nevyřeší ve státě, do kterého vstoupil, ve lhůtě do jednoho roku), bude pravděpodobně značně ovlivňovat také situaci v UK. Připomeňme také, že se připravují zvláštní zákonná opatření pro boj proti organizovanému zločinu v transportování lidí (human trafficking). V případě imigrantů, kteří se na území UK zdržují nelegálně, ať už do země ilegálně přijeli nebo jim vypršela platnost víza, mohou být vyhoštěni ze státu dvěma způsoby:

1. Deportací, která vyžaduje deportaci jménem ministra, zejména pokud ministr zahraničí usoudí, že je odstranění vhodné pro všeobecné blaho, nebo v případě, že takové rozhodnutí vynese soud. Deportace zahrnuje také zákaz vstupu, nejčastěji na dva nebo tři roky.
2. Administrativním vyhoštěním. Na základě článku 10 zákona o imigraci a azylu z roku 1999 bude každý, kdo byl podle zákona v UK, ale už nemá právo zůstat, administrativním opatřením vyhoštěn, spíše než deportován. V tom případě nemá zákaz dalšího vstupu na území.

Zde jsou taktéž i možnosti programu dobrovolného, stimulačního vrácení, který je v Německu velice vyvinutý, ale v UK představuje relativně malé procento vystěhovaných imigrantů, přestože toto číslo roste. Kromě toho existují sankce pro letecké společnosti, které převážejí osoby bez dokumentů, zákonodárství umožňuje finanční postihy a stimulaci ve smyslu zvýhodnění pro letecké společnosti. Celé toto průmyslové odvětví stát podporuje školením zaměstnanců v přepravních společnostech, aby tyto požadavky naplnily a uspokojily.

Jako mnohé jiné státy i UK má své vlastní schéma „Programu pro vysoce odborné imigranty“<sup>27</sup>, jenž vznikl v lednu 2002. Všeobecně řečeno, schéma není přijato bez kontroverzí a také ještě pořád neexistují zpracované statistické údaje o tom, nakolik je program úspěšný, avšak to lze přičíst do snahy státu, aby pružně reagoval na potřeby trhu. Specifičnost tohoto schématu je v tom, že imigrant dostává pracovní povolení bez konkrétní nabídky zaměstnavatele. Ti imigranti, kteří dostávají dostatek bodů a mají dostatek finančních prostředků, dostávají pracovní povolení do UK nezávisle na konkrétním zaměstnavateli a nemají přístup k veřejným fondům.

Mnohem citlivější, mimo jiné, je otázka imigrantů bez kvalifikace. Tito imigranti vyvolávají ještě větší revoltu, protože stupeň nezaměstnanosti roste zcela jistě ve všech státech EU, z čehož se tradičně, i když bezdůvodně obviňují cizinci. Mimo jiné ministr vnitra UK ve svém projevu dne 3. října 2001 označil řízení tohoto druhu migrace rozumným způsobem za nejefektivnější cestu, jak uštvrdit smrtelnou ránu vedoucím ilegálních skupin a pašerákům lidí, kteří převádějí lidi do zemí ilegálně.<sup>28</sup> Zde existuje určitý protiklad obecně společenského charakteru: všeobecně se má za to, že existuje reálná potřeba nekvalifikované pracovní síly. Na druhé straně existuje nebezpečí, že by se tyto pracovníci mohli potenciálně stát zátěží pro služby, které stát nabízí v rámci veřejné politiky. Návrh státní administrativy je, aby se celá situace vyřešila tím způsobem, že by takoví imigranti dostávali krátkodobá pracovní povolení, po čemž by byli povinni ze země odjet, a neměli by právo na zakládání rodiny a nemohli by rozšířit svůj pobytový nebo pracovní status.

---

<sup>26</sup> Černá síla

<sup>27</sup> Highly Skilled Migrants Programme

<sup>28</sup> UK Migration Policy in Policy Recommendations for EU Migration Policies (Spencer)

Protože tento text popisuje situaci v UK, podotýkám jen, že Evropská komise předložila společný legální rámec pro přijetí ekonomických imigrantů, protože jsou směrnice EK důležité pro formování jednotlivých politik členských států.

Hlavní cíle a principy tohoto návrhu jsou:

1. transparentnost i racionalita. Je třeba zjistit práva a povinnosti pro občany třetích zemí, zajistit jim, aby měli přístup k relevantním informacím a založit mechanismy pro jejich správnou aplikaci;
2. rozřadit práva v souladu s délkou pobytu. Předpokládá se i způsob, že se krátkodobý pobyt změní na trvalý za určitých podmínek;
3. jasná a jednoduchá procedura;
4. vzít ohled na situaci na domácím trhu práce. Pouze pokud pracovní místo nemůže být naplněno občany EU, lze zohlednit občany třetí země.

Z následujících tabulek je zřejmé, jak číselně i procentuálně vypadá složení britské populace a které národnosti tvoří složení cizinců v UK:

**Tabulka č. 14: Populace UK**

Rok	Celkem	Britští občané	Občané jiných zemí EU	Občané zemí mimo EU	% britští občané	% ostatní občané EU	% ostatní občané mimo EU
1985	55 843	53 654	818	1 370	96.2	1.3	2.5
1986	55 914	53 367	813	1 734	95.4	1.5	3.1
1987	56 076	53 619	825	1 631	95.6	1.5	2.9
1988	56 216	53 574	897	1 745	95.3	1.6	3.1
1989	56 381	53 812	959	1 609	95.4	1.7	2.9
1990	56 650	54 144	910	1 506	95.7	1.6	2.7
1991	56 705	54 276	782	1 647	95.7	1.4	2.9
1992	56 960	54 976	818	1 175	96.5	1.4	2.1
1993	57 220	55 212	815	1 193	96.5	1.4	2.1
1994	57 480	55 457	812	1 211	96.5	1.4	2.1
1995	57 680	55 584	905	1 191	96.4	1.6	2.1
1996	57 881	55 889	818	1 174	96.6	1.4	2.0
1997	58 185	56 058	805	1 316	96.3	1.4	2.3

**Tabulka č. 15: Struktura cizinců v UK (podle země původu)**

Země původu	%
Irsko	21
Indie	6
USA	5
Itálie	4
Pákistán	3
Bangladéš	3
Německo	3
Ostatní občané EU	10
Ostatní	45

Kromě toho je zajímavá také tabulka struktury států, odkud přicházejí potenciální azylanti. Údaje platily v roce 1997.<sup>29</sup>

**Tabulka č. 16: Struktura států, ze kterých migrují potenciální azylanti**

Stát	%
Somálsko	8
Bývalá Jugoslávie	7
Bývalý SSSR	6
Čína	6
Srí Lanka	6

<sup>29</sup> Zdroj: Eurostat. Office for Official Publications of the European Communities, 2000 European Social Statistics

Prognózy imigrace v dalších letech : Podle vládních čísel v posledních třech letech (údaje jsou z roku 2002) dosáhla Británie nejvyššího počtu imigrantů ve své historii, a nebyl patrný žádný náznak poklesu. Pokud by tento trend pokračoval, v roce 2030 by vzrostl počet obyvatel Británie z 60 na 68 milionů. 2/3 Britů nechťejí žádné další imigranty. Číslo (pocházející z protiimigračních lobistických kruhů) však byla později revidována a podle následných odhadů by v roce 2026 čítala populace britských ostrovů 63,2 milionů lidí. Není však pochyb o tom, že „čistá“ imigrace, tedy rozdíl mezi odchodícími a příchozími, bude pokračovat v nárůstu. Vládní čísla hovoří o přibližně 100 000. (Podle některých jsou imigranti z ekonomického hlediska - při současném stavu nízké porodnosti v západních zemích a tedy s klesajícím počtem pracovní síly - přínosem. Nigel Harris, Emeritus Professor of Economics of The City at University College, London)

Nyní, když je k dispozici formální, právní a statistický průzkum situace cizinců v UK, by bylo zajímavé poskytnout koncentrovanější přehled toho, jak situace vypadá uvnitř. To znamená, jaká sociální a politická opatření stát a společnost používají při integraci cizinců, kteří jsou ve státě již legálně a u nichž se předpokládá, že to tak zůstane. Někteří autoři (např. Barša) jsou toho názoru, že „liberální reformulace britského modelu stojí u zrodu evropského multikulturalismu“, a že by proto bylo zajímavé prohlédnout si zblízka diskuse, které jsou vedeny u národní identity a neevropské migrace. Na samotném začátku byla tato reakce asimilacionistická. V roce 1964 poradenská komise Commonwealthu v otázce imigrantů<sup>30</sup> prohlašuje, že od národního systému vzdělávání nelze očekávat, aby podporoval různé hodnoty přistěhovaleckých skupin. A tak nárůstem počtu neevropských imigrantů se společnost nějakým způsobem rozdělila podle varianty, kterou navrhol Powell a která byla nacionalistická a požadovala kulturní asimilaci jako podmínku integrace a varianty, kterou v roce 1968 formuloval labouristický ministr vnitra Jenkins. První varianta chápe cizince jako potenciální a reálné nebezpečí národního společenství, a pokud přistěhovanci chtějí žít v britské společnosti, je třeba, aby byla jejich identita rozložena do identity většiny. Naproti tomu Jenkins navrhuje stimulování kulturní různorodosti v atmosféře vzájemné tolerance a podmiňuje to stejnými možnostmi pro všechny. V praxi to znamenalo stimulaci společných modlitebních obřadů různých konfesí (i ve školách, např. tam, kde výuka často začíná modlitbou), rozšiřování látky výukou v mateřském jazyce a vyučováním v lokální kultuře, oslavování i neanglických svátků, uvědomování si rozdílů v oblékání a jídle, trestání rasistických urážek atd. Přesto však ani jeden z výše uvedených modelů nepokryl celé společenské spektrum a lze říci, že britský model vztahů vůči imigrantům v Jenkinsově interpretaci představuje zároveň se švédským a holandským modelem úspěšnou snahu o to, aby se individuální rovnoprávnost doplnila uznáním společné různorodosti.<sup>31</sup> Na těchto dvou příkladech lze vidět také Kymlickovo rozlišování mezi širším (thin) a užším (thick) chápáním kultury. U modelu, který navrhuje Powell, se britství považuje za zcela jasně definovaný korpus, který imigrant musí přijmout bez možnosti jej nějak ovlivňovat. Zejména v tomto ohledu se má za to, že imigrant odešel ze svého původního kulturního okruhu a že musí sám zhodnotit kolik získal tím, že zde musí přijmout hodnoty různých kulturních okruhů. Toto znamená užší chápání kultury, protože předepisuje zcela všechny aspekty života. Naproti tomu u Jenkinse lze pozorovat chápání kultury, které umožňuje svobodu změny a tlumočení v souladu s potřebami a dohodami, jež dosáhnou zainteresované subjekty. A co víc, někteří autoři jsou toho názoru, že asimilacionalismus přímo podporuje eskalaci konfliktů ve společnosti, a tím ohrožuje i národní identitu. Odtud vycházejí i důvody pro to, že stát a společnost podporují a chrání pluralismus různých etnických skupin: tyto rozdíly mohou být samy o sobě hodnotou, která společnost obohacuje, a příslušníci těchto skupin dostávají pocit jistoty a příslušnosti společnosti, a představují tak dobrý prvek společnosti, který se může mobilizovat k boji proti diskriminacím a k boji za rovnoprávnost (Rex).

Celá tato debata patří do kontextu pojednání o tzv. nepsané dohodě mezi imigranty a státem, ve kterém je první strana povinna bojovat proti diskriminaci a druhá má právo vyhledávat to, čemu Kymlicka říká férové podmínky pro integraci. Podíváme-li se na situaci v UK, vzhledem k informacím uvedeným v tomto textu lze říci, že politika UK vůči cizincům

<sup>30</sup> Commonwealth Immigrants Advisory Council

<sup>31</sup> Politická teorie multikulturalismu, Pavel Barša, Centrum pro studium demokracie a kultury, Praha 1999 K, kapitola 10.3. str. 223

je zvenčí velmi restriktivní a přísně právně regulována v souladu se základním návrhem, že je imigraci třeba zastavit a změnit ji v maximálně selektivní. Na druhé straně politika vůči cizincům uvnitř, tedy vůči těm, kteří splňují legální požadavky k pobytu v UK, představuje pozitivní model multikulturního prostředí, který stát toleruje a stimuluje. V tomto smyslu by bylo zajímavé zkusit použít některé prvky tohoto modelu v české realitě, kde státní politika vůči cizincům představuje spíše překážku než kohezní prvek v integraci cizinců. V každém případě britská zkušenost ukazuje, že o co jistěji se menšina nebo migrační skupina cítí ve společnosti, o to je větší pravděpodobnost, že nevznikne „problém“ a že bude převažovat rozumnější část demokratické společnosti, která je založena na pluralitě zájmů.

### 3.3.3 Zajímavosti

Ve stavebnictví chybí 200 000 dělníků, NHS potřebuje 1 000 laboratorních techniků a nákladní dopravě se nedostává 80 000 řidičů. Nezaměstnanost se v Británii pohybuje mezi 1,3 a 2,3 milionu nezaměstnaných. V mnohých částech země jsou cizinci řešením. 70% zásobovacích prací v Londýně obstarávají cizinci, 1 z deseti londýnských zdravotních sester a každý třetí doktor jsou rovněž imigranti. Podobná situace je ve Skotsku. (Flatt, 2002) *„Přestaňme imigranty obviňovat ze svých nemocí. Imigrace je jen důsledkem vývoje pracovního trhu, skutečným problémem je náš vzdělávací systém.“* (Nigel Harris)

## 3.4 Postavení cizinců v systému zdravotní péče

Přístup návštěvníků Velké Británie ke zdravotní péči je rozlišen podle jejich statusu. Status trvalého bydliště je silnějším rozhodovacím kritériem než občanství.

Nemocniční léčba v rámci NHS je podle platného Nařízení vlády přístupná zdarma všem osobám s trvalým bydlištěm v UK. Od osob, které zde nežijí, může být za poskytnutou léčbu vyžadována platba. Důležitým kritériem je to, zda je tato osoba britským občanem, anebo zda již dříve žila či pracovala v UK. Péče praktických lékařů je pro tyto osoby rovněž zdarma.

Ministerstvo vnitra ani jiná obdobná instituce neuvolňuje žádné zvláštní fondy na lékařskou péči o žadatele o azyl a azylantům. Ze zákona o primární péči ale vyplývá možnost trustů podpořit praktické lékaře, ošetřující azylanty finančními prostředky od zdravotních úřadů.

Výjimky, na základě kterých je poskytována ZP praktických lékařů zdarma:

- Žadatelé o azyl a uprchlíci s povolením k pobytu, anebo čekající na povolení k pobytu
- Krátkodobě vyslaní pracovníci nebo studenti
- Občané spadající pod zvláštní ujednání (péče se řídí těmito ujednání)
- Jakákoli léčba a zákrok, který je praktickým lékařem kvalifikován jako akutní a naléhavý

**Tabulka č. 17: Nárok na péči podle typu pobytu ve Velké Británii**

Status pacienta	Druh ZP	
	Primární péče NHS	Sekundární péče NHS
Osoby s trvalým bydlištěm v UK	Zdarma, doporučeno registrovat se u praktických lékařů. Obecně bezplatná s výjimkou některých plateb za léčiva, stomatologická ošetření, brýle a dalších zdravotních pomůcek	Zdarma, resp. dle Nařízení
Cizinci na návštěvě v UK	Zdravotní péče zdarma pouze v případě, že žili dříve alespoň 10 let v UK a potřeba péče vznikla po příjezdu na území UK. Na zvážení lékaře je míra poskytnuté léčby. Pokud přijede osoba do UK již za účelem léčby, není osvobozena od platby.	
Cizinci ze zemí EU	Zdravotní péče zdarma pouze v případě, že potřeba péče vznikla po příjezdu na území UK. Na zvážení lékaře je míra poskytnuté léčby. Pokud přijede osoba do UK již za účelem léčby, není osvobozena od platby. Platí evropská Nařízení 1408/71 EHS a 574/72 EHS o koordinaci soustav sociálního zabezpečení pro pojištěnce národních zdravotních pojišťoven a zdravotní pojišťovny členských států (vztahuje se na osoby zaměstnané nebo samostatně výdělečně činné.	
Žadatelé o azyl ve fázi čekatele a se statutem azylanta, uprchlíka	Primární péče v rámci NHS zdarma. Zaručena možnost registrovat se u praktického lékaře, který nemá právo požadovat od azylanta dokumenty. (Oběžník MZ HCS 1999/018, par. 27)	Zdarma všechny pohotovostní služby, péče související s mateřstvím, ambulantní i hospitalizační péče. Nemocniční personál je oprávněn požadovat dokumenty dokládající nárok. (Statutory Instrument 1989 No. 306, ve znění pozdějších předpisů)
Odmítnutí žadatelé o azyl a status uprchlíka	Primární péče v rámci NHS zdarma.	Rozhodnutí závisí na individuálních okolnostech.
Cizinci ze zemí s bilaterálním smluvním vztahem k UK	Zdravotní péče upravena bilaterálními smlouvami, které definují účely pobytu, zpravidla pracovní a možnosti vzájemného vyrovnání mezi pojišťovnami v obou státech. Na základě takto definovaných podmínek jsou cizinci z těchto zemí ošetřováni stejně jako osoby s trvalým bydlištěm.	
Všechny osoby v UK zaměstnané nebo „OSVČ“	Primární péče v rámci NHS zdarma, vztahuje se zároveň na manžele/ky a nezaopatřené děti. Podmínkou je zaměstnání v době léčby. Akutní ošetření zdarma.	Dle Nařízení mohou být požadovány poplatky a doklady o zaměstnání v UK. Akutní ošetření zdarma.
Cizinci - dobrovolníci	Dobrovolní pracovníci v oblastech vymezených zdravotními a sociálními úřady participují na bezplatné péči NHS. Dobrovolníci z jiných kategorií aktivit musí volit soukromé pojištění.	
Cizinci - studenti	Akutní ošetření praktickým lékařem či pohotovostí je zdarma, nevztahuje se na Hospitalizaci. Doporučuje se registrovat u praktického lékaře.	Pro kategorii student obecně neexistuje specifické osvobození od poplatků. V závislosti na délce pobytu a v souladu s Nařízeními může být student posouzen jako trvale žijící osoba, v konečném důsledku rozhoduje nemocnice.
Cizinci – studenti ze zemí EU	Studenti z členských států EU mohou požádat o poskytování plné zdravotní péče.	

Ostatní osoby, nespádající do výše uvedených kategorií, nemohou participovat na NHS, mohou se však obrátit na soukromé pojišťovny.

### 3.4.1 Zajímavosti - Přístupy a veřejná diskuse v otázce imigrantů

Představitelé UK volají po jednotném evropském systému a přístupu k migrantům (žadatelům o azyl), aby se zamezilo přílivu azylantů do UK. Objevují se snahy vyloučit azylanty z NHS a zahrnout zdravotní a vzdělávací péči o ně do působnosti ubytovacích center (zdroj: Ministerstvo vnitra). Někteří poslanci dolní sněmovny jsou však proti návrhu s odůvodněním, že by vedl pouze k další segregaci azylantů od zbytku britské společnosti.

Podle min.vnitra není ještě plán ZP pro azylanty vypracován, ale předpokládá, že primární péče by měla být zajišťována v centrech (střediscích) pro azylanty (Europe Intelligence Wire, 6/16/02) prostřednictvím soukromé zdravotní péče (EIW, 7/29/02).

Tyto služby azylantům by poskytovaly soukromé společnosti. To vyvolává velký odpor ze strany poslanců a obyvatel. Žadatelům o azyl by se tak dostalo privilegované péče, jakou si samotní Britové mnohdy nemohou dovolit (např. v oblasti poblíž Bicesteru v Oxfordshiru, kde je plánováno jedno z center pro žadatele o azyl, si pouze 10% místních může dovolit soukromou zdravotní péči: „Na návštěvu vlastního praktického lékaře musíme čekat, sama jsem čekala na jeden test osm měsíců“, říká Sue Bexter, vedoucí akční skupiny proti vybudování střediska v Bicesteru). Europe Intelligence Wire, 7/29/2002, Financial Times

Azylantská centra mají být podle vládního plánu vybudována ve venkovských oblastech, což vyvolává vlny nevole organizované z dotčených oblastí podporované opozičními konzervativci. Kromě zmíněné protekční léčby oproti místním obyvatelům a s tím spojeným napětím v oblastech je argumentem odpůrců programu předpokládané obrovské zatížení daňových poplatníků.

Z údajů o počtech uprchlíků v UK z léta 2002 vyplývalo, že pokud by i nadále přijíždělo do Británie 1500 žadatelů o azyl týdně, bylo by třeba vybudovat 20 středisek, s prvními se počítalo v roce 2003 v oblastech Nottinghamshire, Worcestershire a Oxfordshire. Snaha minimalizovat dopady center na lokální systémy zdravotní péče je podle ministra zdravotnictví Lord Hunt hlavním důvodem záměru nabízet tisícům azylantů privátní péči. Ta má být poskytována na základě smluvního vztahu s ministerstvem vnitra, poskytovatelé mohou být alternativně i místní praktičtí lékaři.

Odpůrci (hlavně z dotčených oblastí) namítají, že místní služby nejsou kapacitně schopny pokrýt potřeby stovek azylantů. To připouštějí i úředníci. Nick Hardwick, předseda Rady pro uprchlíky, volal po ubytování uprchlíků v městských oblastech s dosažitelnou širokou základnou zdravotní péče od praktických lékařů po specialisty, kteří jsou schopni poskytnout pomoc například obětem týrání. Na druhou stranu si praktičtí lékaři v místech s početnou imigrantskou populací stěžují na obtížnost péče o tyto pacienty, kteří mají často duševní problémy. Vyskytly se případy odmítnutí psychologické péče (*Europe Intelligence Wire, Guardian, 6/4/02*). Naopak zástupci Independent Healthcare Association se nechali slyšet, že podobné zakázky by mnoho soukromých poskytovatelů zdravotních služeb uvítalo.

Do nového azylového zákona (2002) se Radě pro uprchlíky (Refugee Council) podařilo prosadit další dva modely ubytovacích center (kromě tzv. rurálních ještě menší typ pro svobodné muže a specifický typ komunitních center).

### 3.5 Literatura

BECKER, J. *The National Health Care System*. [www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de), nedatováno

CARNELL, B. *The British National Health System vs. Kaiser Permanente*. [www.leftwatch.com/articles](http://www.leftwatch.com/articles)

*European social statistics - Migration*. 2000. Luxemburg : Office for Official Publications of the European Communities.

FAECHEM, R.G.A., SEKHRI, N.K., WHITE, K. L. *The British National Health System vs. Kaiser Permanente*. *British Medical Journal*. 2002, 324:135-143

FLATT, E. *UK: Immigration – the facts that are lost in this bitter row*. 2002. Europe Intelligence Wire In: World News, 8.12.2002

*Health Care Systems in Transition*. 1999. European Observatory on Health Care Systems, UK.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. *International Comparative Study of Migration Legislation and Practice*. 2002. Dublin: IOM.

LISTER, G.: *European Union Foreign and Health Policy*. nedatováno.

POTŮČEK, M. *Sociální politika*. 1995. Praha: Slon.

SCHOEN, C. a kol. *Comparison of Health Care System Views and Experiences in Five Nations, Findings from The Commonwealth Fund*. 2001. New York: International Health Policy Survey. [www.cmwf.org](http://www.cmwf.org)

VEPŘEK, P. Řízená péče – cesta k dospělosti. In: *Zdravotní pojištění a revizní lékařství*. 1999. č. 3, str. 55-56.

VEPŘEK, P. Řízená péče a její efektivita. In: *Zdravotnictví v ČR*. 1998. č. 3, str. 55-57

#### Internetové stránky:

[www.aim-mutual.org](http://www.aim-mutual.org) (Mezinárodní sdružení sociálních a zdravotních pojišťoven na principu vzájemnosti – AIM)

[www.cmwf.org](http://www.cmwf.org) (The Commonwealth Fund)

[www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk) (the Department of Health)

[www.esf.gov.uk](http://www.esf.gov.uk)

[www.fco.gov.uk](http://www.fco.gov.uk)

[www.guardian.co.uk/refugees](http://www.guardian.co.uk/refugees)

[www.iha.org.uk](http://www.iha.org.uk) (Independent Healthcare Association)

[www.ind.homeoffice.gov.uk](http://www.ind.homeoffice.gov.uk) (Immigration Office)

[www.inlandrevenue.gov.uk](http://www.inlandrevenue.gov.uk)

[www.kingsfund.org.uk](http://www.kingsfund.org.uk)

[www.medrants.com](http://www.medrants.com) (články)

[www.migrantwatch.uk](http://www.migrantwatch.uk)

[www.mvcr.cz](http://www.mvcr.cz)

[www.nhs.uk](http://www.nhs.uk) (Parliament )

[www.refugeecouncil.org.uk](http://www.refugeecouncil.org.uk)

[www.timesonline.co.uk](http://www.timesonline.co.uk)

[www.ukglobalhealth.org](http://www.ukglobalhealth.org)

[www.unhcr.org](http://www.unhcr.org)

## 4. Maďarská republika

### 4.1 Obecná charakteristika

Maďarská republika se rozkládá na území velkým 93 000 km<sup>2</sup> a sousedí se Slovenskem na severu, Ukrajinou a Rumunskem na východě, Federativní republikou Jugoslávie na jihu a Slovinskem a Rakouskem na západě. Má 10,1 mil. obyvatel, přičemž v důsledku historických událostí přibližně dalších 5 mil. Maďarů žije v okolních zemích a za mořem. V roce 2000 žilo na území Maďarska 20 tisíc cizinců. Od roku 1981 se porodnost pohybuje pod reprodukční hladinou a dochází ke snižování populace. Děti do 15 let tvoří 18% populace, zatímco lidé ve věku 65 a více let tvoří 14%. Střední délka života u mužů byla v roce 1998 67 let a u žen 75 let. Nejvyšší etnickou minoritou je Rómská komunita, která čítala 150 tis. v roce 1990, zatímco všechny ostatní národnostní menšiny (Chorvati, Němci, Srbové, Slováci, Slovinci a Rumuni) dohromady tvoří 100 tisíc obyvatel. V roce 1996 byl počet Rómů odhadován přes 450 tisíc.

V čele republiky stojí prezident. Zákonodárným orgánem Maďarska je jednokomorový parlament s 386 poslanci se čtyřletým volebním obdobím (volební systém kombinuje většinový a poměrový systém). Starostové a místní zastupitelstva jsou také voleni na období čtyř let, většinou několik měsíců po hlavních volbách. Systém veřejné správy má tři úrovně: centrální vládu, místní samosprávu regionů, zastupitelstva měst a obcí. Republika je rozdělena do 19 regionů a hlavním městem je Budapešť.

### 4.2 Zdravotní systém

#### 4.2.1 Historie zdravotnického systému

Rozvoj maďarského zdravotnického systému byl v poslední dekádě silně ovlivněn politickými, sociálními a ekonomickými změnami. Jeho historie však sahá až k nemocnicím pod správou klášterů v 11. století. Později, po období soukromého lékařství a církevních charit, začal stát poskytovat zdravotní péči chudým například formou zaměstnávání praktických lékařů v 15. století, které bylo vyžadováno v každém hrabství v roce 1752. První maďarský zákon o veřejném zdraví byl schválen v 1876 (*Zákon 14 z roku 1876*). Nemocnice byly odděleny od chudobinců v 1856 a prokazatelně chudí obdrželi bezplatnou zdravotní péči ve speciálních ordinacích. Národní fond péče o pacienty byl založen v roce 1898 k financování zdravotní péče pro chudé. *Zákon 16 z roku 1840* legitimizoval dobrovolné svépomocné fondy pro dělníky. V roce 1870 byl založen Všeobecný fond pro nemocné a invalidní pracovníky a *Zákon 14 z roku 1891* nařizoval povinné pojištění pracovníků dělnických profesí. Na přelomu století bylo zřízeno pojištění pro pracovníky v zemědělství.

Ústav Národního sociálního pojištění byl vytvořen v roce 1927 a kolem 30tých let zde byla pojištěna přibližně jedna třetina obyvatel. Do 40tých let byla zdravotní péče poskytována především prostřednictvím soukromého sektoru a ve státních nemocnicích. Pojištěnecké fondy zaměstnávaly lékaře a vlastnily zdravotnická zařízení. Venkovské oblasti nebyly tak dobře zajištěny i přes snahu Zeleného kříže, kde byly zaměstnány zejména zdravotnické sestry.

Smíšená ekonomika maďarského zdravotnického systému byla od roku 1948 restrukturalizovaná komunistickou vládou. Rozhodování o zdravotní politice bylo prováděno centrálně. Soukromé zdravotnické organizace jako pojišťovny a soukromí praktičtí lékaři, byly ze systému odstraněny. V Ústavě Maďarska bylo deklarováno zdraví jako základní právo, za které je stát odpovědný. Po celou dobu komunistického období byl výhradně stát odpovědný za financování a zajišťování zdravotnických služeb. Zlepšení zdravotního postavení obyvatelstva z 50tých let se časem zpomalilo, v 80tých letech byl již zřetelný rozdíl mezi zdravotním stavem obyvatelstva Maďarska a v západních evropských státech. První kroky pro reformu byly učiněny v roce 1987, kdy Ministerstvo sociálních věcí a zdraví založilo sekretariát pro reformu, který měl za úkol předložit politické návrhy. Výsledkem bylo založení Sociálního pojištěneckého fondu a uznání soukromých poskytovatelů. Vedoucí sekretariátu pokračoval i pod novou vládou v roce 1990, což umožnilo kontinuitu reformním procesům ve zdravotnickém sektoru.

Mezi lety 1990 a 1994 první svobodně zvolená vláda realizovala významné strukturální reformy se značnou decentralizací, jako byl například posun vlastnictví většiny poskytovatelů zdravotnických služeb na místní samosprávy. Zároveň vláda zavedla systém výkonových plateb poskytovatelům, začala reformy veřejného zdravotnictví a upřednostnila rozvoj primární péče. V roce 1992 byl Fond sociálního pojištění rozdělen do Fondu zdravotního pojištění a Fondu důchodového pojištění. Fiskální krize v roce 1995 si vynutila ekonomicky stabilizační program, který byl zaměřen na snížení výdajů na zdravotnictví a zvýšení podílu soukromého financování.

#### **4.2.2 Organizační struktura systému**

Ústava Maďarské republiky deklaruje zdraví jako základní právo občanů a určuje stát odpovědným za zajištění tohoto práva mimo jiné prostřednictvím organizace institucí zdravotnické péče a lékařské péče. Maďarský zdravotnický systém je v zásadě všeobecný, s povinným a na zaměstnanosti založeným systémem národního zdravotního pojištění, a zajišťuje téměř univerzální pokrytí a to jak ve smyslu rozsahu ošetření, tak ve smyslu pokrytí populace. Péče je poskytována téměř všem obyvatelům bez ohledu, zda na systém přispívají nebo ne. Současná struktura systému funguje od roku 1990. Před tím zdravotnický systém fungoval jako nedílná součást státní správy bez samostatného rozpočtu nebo účetního systému. Původní hierarchické vztahy byly částečně nahrazeny vztahy smluvními a systém se stal více pluralitním, kdy je odpovědnost rozdělena mezi různé aktéry.

V rámci nové struktury systému je nakupování a poskytování služeb samostatné a je spojeno se Správou Národního zdravotnického pojištěnečského fondu (HIFA – National Health Insurance Fund Administration), který vstupuje do kontraktů založených na výkonu s nemocnicemi, ambulantními klinikami a nezávislými poskytovateli péče. Většina příjmů HIFA čerpá z vyčleněných daní a z daní z hlavy, vybírané od zaměstnavatelů i zaměstnanců. Jsou doplňovány přímými subvencemi z centrálního rozpočtu, které kryjí jakýkoliv deficit. Obecně lze říci, že běžné výdaje na zdravotnické služby kryje Fond národního zdravotnického pojištění (HIF – National Health Insurance Fund) a investiční náklady jsou hrazeny z daní. Činnosti v oblasti veřejného zdraví a Národní záchranná služba jsou financovány ze státního rozpočtu, zatímco investice jsou financovány státní a místní správou, která vlastní většinu zdravotnických zařízení.

Rostoucí podíl celkových výdajů je financován soukromými platbami formou spoluplateb (na léčiva, některé zubní práce a protetika), nezákonnými platbami přímo poskytovatelům péče (nazývané „penězi z vděčnosti“) a prostřednictvím přímých plateb soukromým poskytovatelům mimo národní zdravotnický pojištěnečský systém. Zákon také povoluje dobrovolné vzájemné a soukromé pojištěnečské fondy pro zajištění dodatkového krytí základního zdravotnického systému. Nicméně v současnosti je jen málo medicínských aktivit nepokrytých veřejným systémem a proto zbývá málo místa pro uplatnění nepovinných fondů pro dodatkové služby.

V následující tabulce jsou uvedeni nejdůležitější aktéři v systému zdravotní péče.

**Tabulka č. 18: Role institucionálních aktérů v systému zdravotní péče**

<b>Tvorba politiky</b>	<b>Správa a kontrola</b>	<b>Financování</b>
<b>Kancelář ministerského předsedy (od července 1990)</b> - rozvoj zdravotní politiky	kontroluje HIFA koordinuje činnost Ministerstva zdravotnictví (mimo jiné)	
<b>Ministerstvo zdravotnictví</b> propracovává podporu zdraví a koncepty zdravotní péče, plateb a nařízení koordinuje zdravotní politiku s ostatními politickými odvětvími (vzdělávání, ochrana životního prostředí atd.)	určuje společně s ministerstvem financí a HIFA rozpočet zdravotního pojištění podílí se na zákonodárství dohlíží na veřejné zdraví prostřednictvím služeb úředníků pro veřejné zdraví a lékařství dohlíží na vzdělávání v oblasti zdravotnictví, školení a výzkum smíření zájmů	stanovuje platby placené přímo poskytovatelům zdravotnické péče financuje investice státních organizací (jakožto vlastník) financuje mimo jiné NPHMOS a od 1998 Národní záchrannou službu a národní krevní banku (National Blood-Supply Service) podporuje další služby veřejného zdraví a léčby
<b>Ministerstvo financí</b> rozvíjí koncepty pro financování zdravotní péče ovlivňuje celkovou úroveň financování systému zdravotní péče	určuje s ministerstvem sociální péče a HIFA rozpočet na zdravotní péči kryje deficit HIFu	podporuje investiční výdaje monitoruje výdaje a příjmy
<b>Správa Fondu zdravotního pojištění</b> - připravuje návrhy pro vládu	odpovídá za zajištění zdravotních služeb vyjednává a provádí kontrakty s poskytovateli zdravotní péče spravuje pojištěnečský registr zajišťuje celkový finanční management a kontroluje výdaje	vybírá příspěvky sociálního zabezpečení od zaměstnavatelů a zaměstnanců na důchody a zdravotní pojištění uzavírá smlouvy a platí poskytovatele zdravotní péče v souladu za podmínek daných Ministerstvem sociálních věcí a nařízením vlády
<b>Místní samospráva</b> rozhoduje o investicích odpovídá za zajištění zdravotní péče pro své obyvatele	odpovědná za denní provoz zdravotnických organizací hlavní majitel a provozovatel nemocnic a ambulantních klinik uzavírá smlouvy se soukromými praktickými lékaři a dodává a udržuje doktorské ordinace a zařízení	získává dotace od HIFA na pokrytí operativních nákladů získává dotace od centrální vlády na krytí investicí
<b>Profesionální organizace</b> - zasahuje do procesu tvorby politiky	dohlíží na etické a profesionální chování representuje profesionální zájmy	doporučuje expertním orgánům zaměřeným na financování včetně revizí tarifů vybírá příspěvky na pokrytí vlastních výdajů

Zdroj: OECD 2000

Kromě těchto zmíněných aktérů hraje důležitou roli i Ministerstvo školství, které odpovídá za vzdělávání na lékařských univerzitách a jejich zdravotních služeb, vyjma kontroly klinické práce, za kterou odpovídá Ministerstvo zdravotnictví. Dále zde působí i několik významných státních institucí – Státní institut podpory zdraví, který koordinuje činnosti pro podporu zdraví a svolává Výbor pro národní veřejné zdraví; Ministerstvo zdravotnických informací o zdravotní péči, které má klíčovou roli ve zlepšování mechanismu plateb zdravotnických služeb a v rozvoji příslušných informačních systémů; Státní farmaceutický institut a Státní institut nemocnic a lékařského inženýrství, které regulují lékařství a lékařskou technologii.

Ministerstvo zdravotnictví má navíc řadu profesionálních poradních výborů včetně Sdružení profesionálů, Vědecké rady pro zdravotní péči a Rady pro školení zdravotnických specialistů a jejich následné vzdělávání. Zároveň založilo

Institut pro rozvoj výzkumu ve zdravotnictví, jehož hlavními úkoly je rozhodování o informačních potřebách zdravotní politiky, sběr příslušných dat a koordinace výzkumných aktivit.

Tři ministerstva, Ministerstvo dopravy, spojů a vodního hospodářství, Ministerstvo vnitra a Ministerstvo obrany, mají svá vlastní zdravotnická zařízení, přičemž běžné náklady jsou financovány z HIF. Zdravotnické služby Ministerstva spravedlnosti pro vězně jsou naprosto oddělené od hlavního systému financování a poskytování služeb.

Důležitými aktéry v maďarském systému zdravotnictví jsou i soukromý a neziskový sektor.

#### **Fond národního zdravotního pojištění**

Fond národního zdravotního pojištění je nejdůležitějším zdrojem financování běžných nákladů zdravotnických služeb. Poskytuje také peněžní dávky jako je nemocenská dávka a invalidní důchod. Fond je oddělen od státního rozpočtu, tzn. vláda nemůže použít přebytek fondu pro své další účely, ale je zavázána pokrýt jakýkoliv jeho deficit. Od roku 1999 byla kontrola fondu převedena do kompetencí Ministerstva financí. V roce 1998 byl výběr pojistného přesunut na daňový úřad.

Současná struktura Fondu se vyvíjela postupně. V roce 1988 byl oddělen Fond sociálního pojištění od státního rozpočtu. O čtyři roky později, v 1992, byl Fond sociálního pojištění rozdělen na dvě části – Fond zdravotního pojištění a Fond důchodového pojištění.

#### **4.2.3 Právní úprava (nejdůležitější právní normy)**

- *Zákon č.21/1988 o Fondu sociálního pojištění* definuje oddělení Fondu sociálního pojištění od státního rozpočtu
- *Zákon č.20/1991 o odpovědnosti místní samosprávy a jejich úřadů* upravuje vlastnictví nemocnic místní samosprávou
- *Nářízení č.6/1992 Ministerstva sociálního zabezpečení* o službách rodinných lékařů
- *Zákon z roku 1994, o Maďarské lékařské komoře*
- *Nářízení č.5/1995 Ministerstva sociálního zabezpečení* stanovuje, že místní samospráva musí zajišťovat zdravotní sesterskou péči pro matky a děti v rámci geografických distriktů musí nabízet preventivní a primární zdravotnickou péči v oblasti zdraví žen, prenatální péči, péči v těhotenství a péči pro děti ve věku 0-16 let.
- *Zákon č.61/1996, kterým se mění Zákon č.80/1993, o vyšším vzdělání* určuje Ministerstva zdravotnictví jako hlavního zodpovědného aktéra za financování, koordinaci a kontrolu zdravotnického výzkumu a rozvoje; Ministerstvo školství pak odpovídá za lékařské university s výjimkou kontroly klinické práce, která zůstala pod Ministerstvem zdravotnictví.
- *Zákon č.63/1996, o povinnosti zajištění zdravotnických služeb a normy regionálního zajištění* definuje počet hodin odborné konzultace ambulantních specialistů a počet nemocničních lůžek poskytovaných samosprávou.
- *Zákon č.80/1997, o oprávněných k zajišťování služeb sociálního pojištění a soukromých důchodcích a financování těchto služeb*
- *Zákon č.154/1997, o zdraví* určuje odpovědnost Parlamentu, vlády, Ministerstva zdravotnictví, Úřadu národního veřejného zdraví a zdravotnictví za zdravotnické služby a samosprávy za zdravotnická zařízení
- *Zákon č.25/1998, o léčivech pro lidi*

#### **4.2.4 Struktura systému poskytování zdravotní péče**

##### **Primární péče**

Reformy zdravotního systému z roku 1990 směřovaly k posílení primární zdravotní péče, kterou nařízení č.6/1992 vyjmul z nemocniční administrativy. Dále toto nařízení přejmenovalo oblastní lékaře na „rodinné lékaře“, kteří měli poskytovat zdravotní péči všem členům rodiny. Rodinní lékaři se tak stali klíčovým článkem primární péče a jakýmsi předstupněm pro odbornou péči, protože většina odborné péče je možná pouze s doporučením od rodinného lékaře. Od roku 1999 musí mít rodinní lékaři pro svou praxi akreditaci, kterou poskytuje Národní institut rodinného lékařství.

Rodinní lékaři mají čtyři možnosti pro poskytování služeb. Přibližně 21% těchto doktorů je zaměstnáno u místní samosprávy, 77% pracuje polosoukromě, 4% má nezávislou soukromou praxi a zbytek doktorů je zaměstnán v obecních nemocnicích. Celkový počet rodinných lékařů byl 6876 v červnu roku 1998.

Primární péče je financována na principu kapitačních plateb, které jsou nastaveny podle kvalifikace lékaře a demografické charakteristiky pacienta. Zatímco však kapitační platby zajišťují předvídatelný příjem, neodměňují

dodatečnou práci, což vede k tomu, že řada lékařů léčí pouze menší případy a jejich hlavní činnost spočívá v doporučení pacientů na kliniky a vypisování pracovních neschopenek.

### Sekundární a terciární péče

Před rokem 1990 byl v Maďarsku vybudován systém založený na nemocniční péči, který ale neodpovídal jak ekonomické kapacitě země, tak požadované péči. Reforma směřovala k posunu k ambulantní péči a denní chirurgii. Většinu zařízení poskytujících ambulantní péči vlastní samospráva.

V roce 1996 bylo v Maďarsku 263 zařízení ambulantní péče, z čehož 155 bylo připojeno k nemocnicím, přes 100 působilo jako samostatné polikliniky zajišťující diagnostické a terapeutické služby. Soukromé kliniky poskytující ambulantní péči nemají uzavřenou smlouvu se HIFem s výjimkou speciálních případů jako jsou diagnostické služby a dialýza. Ostatní služby nabízejí pacientům za úplatu a nabízejí své služby i zaměstnavatelům v rámci podpory zdravých zaměstnanců.

Nemocniční péči zajišťují nemocnice na třech úrovních. Obecní nemocnice s průměrně 370 lůžky (v roce 1997) poskytují základní péči (interna, chirurgie, porodnictví, gynekologie a obvykle pediatrie) místní populaci, tj. přibližně 100 000 lidem v okruhu 25-30 km. Obecní a regionální nemocnice, které měly průměrně 1200 lůžek v roce 1997, zajišťují péči populaci v regionu, tj. v rámci hlavních specializací plus sekundární péči jako je kardiologie, hematologie, imunologie, endokrinologie, dialýza, onkologická diagnostika a psychiatrie. Terciární péče je poskytována na regionální a národní bázi některými regionálními nemocnicemi a pěti lékařskými universitami a osmnácti národními institucemi, které nabízejí služby, které vyžadují rozsáhlé vybavení a specialisty. Terciární péči dále nabízí i některé regionální nemocnice, nemocnice ve vlastnictví Ministerstva zdravotnictví a několika dalších ministerstev.

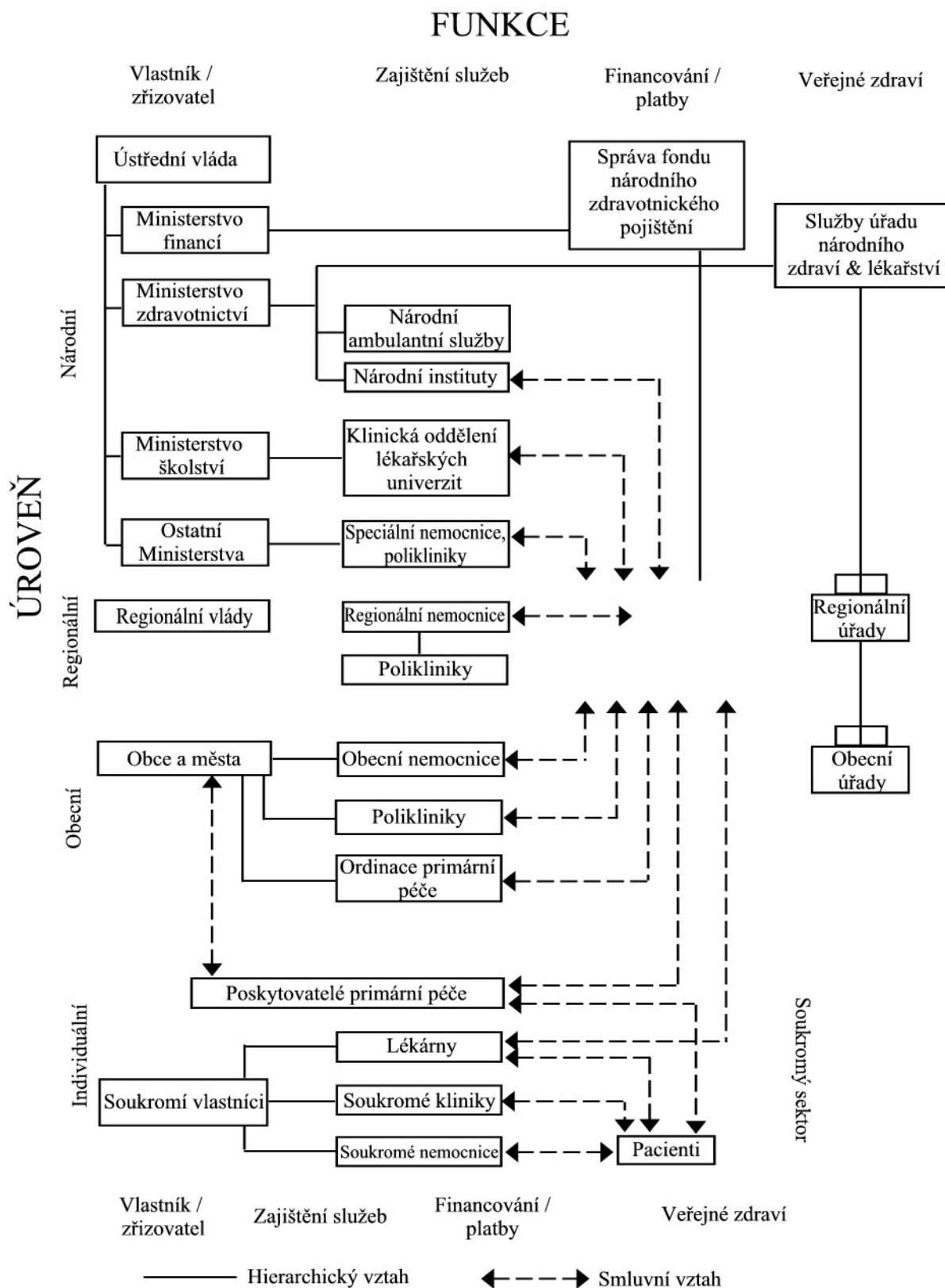
V roce 1996 působilo v Maďarsku 162 nemocnic. Probíhají zde stejné trendy jako ve světě, kdy dochází ke snižování počtu nemocnic a jejich nemocničních lůžek, kdy v řadě velkých nemocnic došlo ke snížení počtu původních více jak 1000 lůžek na současných 800. Stále však přetrvává geografická nerovnost v poskytování péče, kdy například 40 nemocnic v Budapešti reprezentuje téměř 40% všech zařízení, ačkoliv v hlavním městě žije pouze 20% populace.

**Tabulka č. 19: Struktura poskytování zdravotnické péče**

Primární zdravotnická péče	
Základní zdravotnické služby (financované ze zdravotního pojištění)	Veřejné zdravotnické služby (financované ze státního rozpočtu)
Služby rodinných lékařů	Zdravotnické vzdělávání
Praxe pediatrií	Očkování
Noční pohotovost	Zdravá výživa
Sít zdravotnických sester pro matku a dítě (dětské sestry)	Zdraví v souvislosti s prostředím
Zubní zdravotnická péče	Pracovní prostředí
Školní zdravotnická péče	
Domácí sestry (většinou soukromé kontrakty s HIF)	
Hospice	
Fyzioterapie	
Zaměstnanecké zdravotnické služby (od 1996 nejsou kryty povinným pojištěním)	
Sekundární a terciární zdravotnická péče	
Ambulantní péče	Nemocniční péče
Ambulantní kliniky v nemocnicích	Národní instituty
Nezávislé ambulantní kliniky	Lékařské university
Lékárny a léčebné ústavy (plicní, psychiatrické, dermatologické, onkologické, protialkoholní léčebny, léčebny pro drogově závislé)	Regionální nemocnice
„Mobilní“ gynekologická a pediatriká péče specialistů (pro venkovské oblasti)	Místní nemocnice
Diagnostická centra (zejména soukromé kontrakty s HIF)	
<b>Národní záchranná služba</b> (od 1998 financováno ze státního rozpočtu)	
<b>Služby Národních transfúzních stanic</b> (od 1998 financováno ze státního rozpočtu)	
<b>Komunitní/sociální péče (financováno místní samosprávou)</b>	
Domy sociálního zabezpečení pro starší osoby	
Domy sociálního zabezpečení pro mentálně nemocné	
Denní centra pro starší a handicapované	
Služby domácí sociální péče	

Zdroj OECD 2000, str. 8

Obr. č. 3: Organizační struktura maďarského systému zdravotnických služeb v roce 1999



#### 4.2.5 Financování systému zdravotní péče

Veřejné zdroje jsou dominantními zdroji financování maďarského zdravotnického systému, kdy v roce 1997 tvořily 75% celkového financování zdravotnictví. Nejvýznamnějším je povinné zdravotní pojištění. Nárok na naturální a peněžní příspěvky a povinnosti a pravidla pro platby pojistného jsou upraveny zákonem č.80/1997. Základním pravidlem je vazba poskytování výhod zdravotního pojištění na placení pojistného, ale existují určité výjimky, které jsou specifikovány

v zákoně, jako např. důchodci nebo nezaměstnaní, kteří pobírají podporu. Účast na systému zdravotního pojištění je povinná. Pokrytí populace je prakticky universální.

Zdravotnické služby jsou poskytovány na základě osobního identifikačního čísla zdravotního pojištění. V současné době poskytovatelé zdravotnických služeb nekontrolují platby pojištění.

Pojistné zdravotního pojištění je rozděleno mezi zaměstnavatele a zaměstnance a je formou srážky ze mzdy. Proporcionální sazba pojištění je fixní a universální. V roce 1999 ze 14% daně ze mzdy zaměstnavatelé platili 11% z hrubé mzdy zaměstnance a zaměstnanci platili 3%, která byla horní hranicí limitu pro příspěvek zaměstnanců, jenž je každoročně určován Parlamentem. Samostatně výdělečně činné osoby jsou také zavázány k platbě pojistného, ale existují zde významné možnosti vyhnout se systému, ačkoliv musí platit pojistné minimálně ve shodě s centrálně stanovenou minimální mzdou.

Za zajištění skupin obyvatel, které nepřispívají do systému zdravotního pojištění, přebírají odpovědnost jednak pojišťovny a zároveň i stát. Zatímco příspěvky za nemocné a zdravotně handicapované (nemocenské dávky a invalidní důchody) jsou kryty z Fondu zdravotního pojištění, stát převádí formou paušální částky příjmy z tzv. „příspěvků na zdravotní péči“ nebo z daně na zdravotní péči do Fondu ke krytí zdravotní péče důchodců, nezaměstnaných a sociálně potřebných.

## 4.3 Migrace

### 4.3.1 Historie

Zatímco během trvání socialistického režimu v Maďarsku probíhal neustálý emigrační proces z Maďarska směrem na západ, po roce 1989 se tento proces zastavil a místo vysílání emigrantů se maďarská společnost stala cílem přesunu populace z Východu. Kromě toho díky své geografické poloze se Maďarsko stalo tranzitní zemí, kdy migranti překračují Maďarsko na své cestě na Západ.

Dostupná data o imigraci neumožňují zkoumání naprosto každého imigranta, ale celkem dobře reflektují dlouhodobý legální imigrační proces. Podle registru Ministerstva vnitra mezi 1988 a 1991 přijelo do Maďarska 80 tisíc cizinců, kteří získali povolení k pobytu delší než jeden rok. Nejvyšší počet přijel v 1990, jednalo se o 37 242 cizinců. Čistá imigrace v tomto roce dosáhla 25 971 cizinců.

Podle registru cizinecké policie počet cizinců v Maďarsku s povolením k pobytu přesahujícím jeden rok byl přibližně 130 tisíc na začátku roku 1994. 58 tisíc z nich přijelo po roce 1990 a 85 tisíc po roce 1988. Tento údaj nezahrnuje ani ty imigranty, kteří získali maďarské občanství, ani osoby, které pobývají v Maďarsku s platnými dokumenty, ale nepožádali, ačkoliv by měli, o povolení k dlouhodobému pobytu. Řadu těchto lidí tvoří ilegální pracovníci, ale určitý počet tvoří i manažeři zahraničních podniků, kteří nepotřebují pracovní povolení.

Mezi lety 1990 a 1993 vstoupilo do Maďarska 76,5 tisíc cizinců a získalo povolení k pobytu na dobu delší než jeden rok. Ve stejné době 21 tisíc těch, kteří pobývali v Maďarsku kratší dobu než jeden rok, opustili zemi, polovina z nich se vrátila do země původu a přes dvacet procent odešlo do třetích zemí. Pro zbytek nejsou k dispozici informace o jejich cílové zemi. Pravděpodobně velká část těch, jejichž místo pobytu se stalo neznámé, odešla do třetích zemí.

Počet imigrantů s pobytem jeden rok a delším se rok od roku zvyšuje.

**Tabulka č. 20: Mezinárodní migrace zahraničních občanů do Maďarska v období 1980 až 2000**

Roky	1980	1985	1990	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Imigrace cizinců	2701	7592	37242	12752	14008	13734	13283	16052	20151	20184
Emigrace cizinců	1556	2842	11271	2378	2401	2833	1928	2343	2460	2208
Čistá imigrace	1145	4750	25971	10374	11607	10901	11355	13709	17691	17976

Zdroj: Demographic yearbook 2001

V letech 1990 až 1995 většina imigrantů přijela z bývalých evropských socialistických zemí – imigranti z Rumunska, bývalé Jugoslávie a bývalého Sovětského svazu tvoří dvě třetiny registrovaných imigrantů. Podíl imigrantů z Asie a Afriky zůstává pod deseti procenty zatímco mezi imigranty, kteří opustili Maďarsko v posledních třech letech, je jejich podíl relativně vyšší.

O krátkodobých migrantech (méně než jeden rok) neexistují žádná přesná data, ale počty prodloužení povolení ke krátkodobému pobytu (obvykle platný pro jeden, tři nebo šest měsíců) poskytují určité informace. Jsou uvedeny v následující tabulce.

**Tabulka č. 21: Počet a typ prodloužených povolení ke krátkodobému pobytu v roce 1993**

Občanství	A	B	C	D	E	F	G	H	Celkem
Rumunsko	2537	14906	964	144	3795	462	10	2991	25809
(bývalá) Jugoslávie	408	1466	297	38	4090	34	17062	1219	24614
(bývalý) Sovětský Svaz	334	2207	290	141	1266	85	6	554	4883
USA	72	231	136	62	317	12	1	163	994
Austrálie	165	645	12	1	33	10		35	901
Německo	41	162	298	30	148	4		80	763
Polsko	6	70	19	28	415	2		43	583
Mongolsko	19	98	9	3	262	3		21	415
Turecko	125	88	32	8	82	9		61	405
Vietnam	34	187	26	5	89	7		43	391
Čína	23	84	24	15	204			40	390
Izrael	88	97	72	11	67	5		22	362
Sýrie	136	73	31	10	28	8	1	44	331
Řecko	7	25	274	1	5	3		4	319
Velká Británie	12	36	25	30	161	2		27	293
Ostatní	731	1231	711	322	672	117	31	468	4283
Celkem	4738	21606	3220	849	11634	763	17111	5815	65736
Procenta	7,2	32,9	4,9	1,3	17,7	1,2	26	8,8	100

Důvod cesty (druh víza): A – Turistika, B – Soukromá návštěva, C – Studium, D – Oficiální cesta, E – Práce, F – Zdravotnická péče, G – Asyl, H – ostatní

Zdroj: Juhasz, J.: International migration in Hungary. The European Journal of Social Sciences, 1995, Vol.8 Issue2

Občané Rumunska tvoří nejpočetnější skupinu imigrantů. V devadesátých letech počet imigrujících občanů Rumunska nejprve poklesl z 29 617 z roku 1990 až na 3 979 v roce 1996, od té doby však zase začal stoupat a v roce 2000 dosáhl 8 894. Druhou skupinou jsou občané Ukrajiny, jejichž příliv má mírně rostoucí tendenci, v roce 2000 se jednalo o 2 427 imigrujících osob. Třetí skupinou jsou občané Jugoslávie, kde se začátkem devadesátých let projevil vliv válečných nepokojů na území Jugoslávie a do Maďarska imigrovalo v roce 1991 4 030 jejich občanů. V druhé polovině však roční počet jugoslávských imigrantů nepřekročil 2 500. V roce 2000 se jednalo o 1 777 osob.

#### 4.3.2 Právní úpravy pobytu cizinců

Maďarský přístup k integraci rozeznává tři kategorie cizinců: uprchlíky, etnické Maďary a ostatní cizince. V červnu roku 2001 byl parlamentem schválen nový zákon o uprchlících, kterým se harmonizovalo maďarské právo se standardy EU. Etnickým Maďarům je usnadňován vstup do země, možnost pracovat a bydlet oproti ostatním cizincům. Mají možnost získat „maďarský národní průkaz totožnosti“, který je opravňuje k možnosti pracovat v Maďarsku každý rok tři měsíce bez pracovního povolení a užívat maďarský vzdělávací systém. Jedná se o pozitivní diskriminaci etnických Maďarů vůči ostatním cizincům.

Priorita maďarské imigrační politiky spočívá jak ve smyslu rozpočtu, tak rétoriky, v upevnování budoucích východních hranic EU proti legálním i ilegálním imigrantům. Maďarsko zavedlo vízovou povinnost pro občany Ruska, Běloruska a Moldávie s odůvodněním, že se jedná o harmonizaci s požadavky EU. V souladu s pokračováním v otevření

hranic etnickým Maďarům pokračují občané Ukrajiny a Rumunska ve využívání bezvízového styku. Tento přístup je diskutabilní, protože většina ilegálních pracovníků zadržovaných v Maďarsku bylo z Ukrajiny nebo Rumunska, zatímco Rusové většinou přijíždí do země jako zaměstnavatelé nebo turisté, kteří v zemi utrácejí značné částky peněz. Dokonce to určuje i silící populární mýtus o „ruské mafii“.

V souvislosti s legislativou schválenou v roce 2001, dlouhodobí rezidenti (v roce 1999 jich bylo 72 tisíc) ztratily většinu svých privilegií jako např. účast na vzdělávacím systému (s výjimkou základního vzdělání), zdravotní péči a řadu dalších podpor sociálního zabezpečení jako invalidní podporu a podporu v bydlení. Dále ztratili možnost volit a účastnit se v místních volbách. (Nyíri 2001)

Z dostupných dat je zřejmé, že imigrace do Maďarska je na vzestupu od začátku devadesátých let. Došlo k tomu v souladu se současnou politikou, vztahující se k danému předmětu – dva nové zákony související s danou problematikou, Zákon o maďarském občanství (schválený v červnu 1993) a Zákon o vstupu, pobytu a imigraci cizinců v Maďarsku – Cizinecký zákon (schválený v 1994), který zpřísnil regulaci týkající se imigrantů. Mimo jiné je nezbytným předpokladem pro udělení občanství podmínka osmiletého pobytu, zatímco Cizinecký zákon předepisuje tři roky jako minimální dobu strávenou s povolením k pobytu v Maďarsku za účelem získání statusu imigranta (časově neohrazené povolení k pobytu, které umožňuje mimo jiné přechod hranic). Jako další předpoklad získání imigračního povolení žadatel musí dokázat že jeho/její živobytí a sídlo jsou zajišťovány v Maďarsku.

Také možnosti získání práce legální cestou jsou obtížné. Pracovní povolení je vázáno na zaměstnavatele a může být vydáno pouze pokud daná práce nemůže být vykonávána Maďary. Široká škála profesí (zahrnující matematiky a inženýry) jsou na seznamu zakázaných profesí, v ostatních případech je zde více prostoru pro subjektivní rozhodování. Vstup do země za prací je možný pouze s pracovním povolením a pracovním vízem, které musí být získáno na Maďarských konzulátech v zahraničí. V současné době se připravuje novelizace zákona o živnostenském podnikání, které by mělo zpřísnit podmínky pro získání živnostenského oprávnění cizinců. Důvodem je zejména současná činnost asijských imigrantů.

Jako ve všech případech i zde existují preferované skupiny a výjimky. Pracovní povolení není nezbytné pro vrcholové manažery zahraničních společností, získání státního občanství je snadnější pro ty, kteří mají maďarský etnický původ nebo jejichž příbuzní na vzestupné linii byli Maďaři, a pro blízké příbuzné (bývalých) maďarských občanů. Ti, kteří dříve bývali maďarskými občany mohou požadovat své občanství zpět prakticky automaticky. Jinak získání občanství trvá mezi dvěma až šesti lety ve zvýhodněných případech, na základě normálních pravidel se může proces protáhnout dokonce až na deset či dvanáct let.

Typy pobytu:

- krátkodobý - kratší než 3 měsíce, pro občany řady zemí není nutné žádat o vízum
- dočasný – na dobu pobytu od 3 měsíců do jednoho roku, nutnost žádat o vízum na dobu delší než tři měsíce, pracovní povolení, osvědčení zdravotního stavu
- dlouhodobý - na dobu pobytu od jednoho roku, nutnost žádat o vízum na dobu delší než tři měsíce, pracovní povolení, osvědčení zdravotního stavu

V souladu s nařízením cizinecké policie musí cizinci, kteří žádají o povolení k pobytu nebo jeho prodloužení, předložit oficiální lékařské osvědčení vydané maximálně tři měsíce před podáním žádosti, které by potvrdilo, že uchazeč netrpí chorobou, která by ohrožovala veřejné zdraví, že není nakažlivý a že není přenašečem těchto nemocí. Mezi tyto nemoci patří tuberkulóza, vir HIV, lepra, syfilis a přenášení bakterií tyfu.

#### 4.4 Postavení cizinců v systému zdravotní péče

Cizí státní příslušníci mohou služeb maďarského zdravotnictví využít následovně:

Cizinci, kteří jsou legálně zaměstnaní v Maďarsku jsou zaopatřeni od začátku zaměstnání, kdy zaměstnavatel za ně odvádí daně. Nárok na zdravotní služby má i blízký rodinný příslušník a partner, kterému příjem nepřekročí v daném roce 30% minimální mzdy (min. mzda v roce 2002 je 50 000,-Ft, z toho 30 % je 15 000,- Ft). Jiné podmínky se vztahují na diplomatický sbor a zahraniční zaměstnance zahraničních podniků.

Cizí státní příslušníci, kteří studují v Maďarsku, mají nárok na zdravotnické služby, pokud studují na základě mezinárodní smlouvy nebo od Ministerstva školství dostali stipendium na studium na střední škole nebo denní studium na vysoké škole. Ostatní studenti středních a vysokých škol mají nárok na zdravotní služby jen po uzavření smluv.

Cizinci, kteří žijí v Maďarsku a kteří nepatří do skupiny povinně pojištěných ani do skupin, které mají dohodu o zdravotním pojištění, mohou uzavřít smlouvu o poskytování zdravotnických služeb. Podmínkou smlouvy je, že cizinec vlastní povolení k dlouhodobému pobytu. Smlouvu můžou uzavřít na pokladnách zdravotní pojišťovny podle místa pobytu. Na stejném principu lze pojistit i děti.

Cena pojistného na měsíc se pohybuje u dospělého na úrovni 75% minimální mzdy, u mladistvých do 18 let a u studentů na denním studiu na úrovni 30% minimální mzdy.

Zdravotnické služby (kromě první pomoci) je možné využívat až po zaplacení šestiměsíčních poplatků. Šestiměsíční poplatek je možné zaplatit i jednorázově.

Zdravotní služby jsou mimo výše uvedeného garantovány i sociálně bezpečnostními dohodami. Například na základě dohody uzavřené s Německem a Rakouskem mohou občané Rakouska a Německa využít zdravotnické služby (rychlá pomoc) v Maďarsku na své německé nebo rakouské zdravotní pojištění. Předpokladem využití této možnosti je, aby si tyto cizí státní příslušníci před výjezdem vyžádali u rakouské nebo německé pojišťovny potřebný formulář k vyúčtování vůči maďarské pojišťovně. Poskytnutí zdravotnické služby nad rámec první pomoci je možné bez úhrady po svolení pojišťovny.

Na základě dohody s Rakouskem a Německem mají občané těchto zemí, kteří se usadí v Maďarsku a pobírají důchod z ciziny, na základě potvrzení rakouské a německé důchodové pojišťovny stejný rozsah zdravotního zabezpečení v Maďarsku jako maďarští důchodci. Důchodci těch států, kteří nemají s Maďarskem tuto smlouvu uzavřenou, jsou povinni hradit zdravotnické služby v plné výši. Po vstupu do EU se změnil vypořádání úhrad za zdravotnické služby Maďarům v cizině a cizincům v Maďarsku.

## 4.5 Literatura

- CSEPELI, G., ORKENY, A. The Changing Facets of Hungarian Nationalism. *Social Research*. 1996. Vol.63 Issue1
- FRIED, B. J., GAYDOS L. M. *World Health Systems – Challenges and Perspectives*. 2002. Chicago:Health Administration Press.
- GAÁL, P., RÉKASSY, B., HEALY, J. *Health Care Systems in Transition: Hungary*. 1999. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- GAÁL, P., EVETOVITS, T. *Draft Case Study Hungary*. 2001. Semelweis University.
- HUNGARIAN CENTRAL STATISTICAL OFFICE. *Demográfiai Évkönyv 2001 (Demographic Yearbook 2001)*. 2002. Budapest: Hungarian Central Statistical Office.
- JUHASZ,J. International migration in Hungary. *The European Journal of Social Sciences*. 1995. Vol.8 Issue2
- KRIZSAN, A. The Hungarian Minority Protection System: A Flexible Approach to the Adjudication of Ethnic Claims. *Journal of Ethnic & Migration Studies*. 2000. Vol.26, Issue 2.
- NYÍRI, P. Hungary's Treatment of Immigrants: EU Expectations as Cause and Pretext for Improvement or Worsening. 2001. <http://www.politeia.net/seminar/>
- OROS, E., BURNS, A. *The Health Care System in Hungary*. 2000. Paris:OECD.

### Internetové stránky

- [www.b-m.hu](http://www.b-m.hu) (Ministerstvo vnitra Maďarska)
- [www.budapestsun.com/](http://www.budapestsun.com/)
- [www.eokip.hu](http://www.eokip.hu) (Úřad pro evropský komparativní výzkum minorit)
- [www.eum.hu](http://www.eum.hu) (Ministerstvo zdravotnictví Maďarska)
- [www.htmh.hu](http://www.htmh.hu) (Vládní úřad pro maďarskou menšinu v zahraničí)
- <http://huembwas.org/> (Maďarská ambasáda)
- [www.im.hu](http://www.im.hu) (Ministerstvo spravedlnosti Maďarska)
- [www.iom.int](http://www.iom.int) (Mezinárodní organizace pro uprchlíky)
- [www.ksh.hu](http://www.ksh.hu) (Maďarský statistický úřad)
- [www.kum.hu](http://www.kum.hu) (Ministerstvo zahraničních věcí Maďarska)
- [www.migpolgroup.com](http://www.migpolgroup.com) (Migration Policy Group)
- [www.unhcr.ch](http://www.unhcr.ch)

### III. Shrnutí a komparace jednotlivých zemí

Vzhledem k tomu, že cílem předkládané studie je zejména srovnání oblasti zdravotní péče o cizince ve vybraných zemích, byly nejprve analyzovány vlastní systémy zdravotní péče jako východisko pro zařazení péče o cizince do širšího kontextu.

Další analyzovanou oblastí byly obecné otázky imigrace včetně historického pozadí, současného stavu, některých demografických charakteristik a právní úpravy pobytu cizinců v zemi.

Poslední oblastí srovnání je poskytování zdravotní péče cizincům. Kapitola je vlastně jakýmsi průnikem dvou předcházejících. Setkává se zde zdravotnický systém sledovaných zemí a jejich politika ve vztahu k cizincům.

#### 1. Zdravotní systém vybraných zemí.

##### 1.1 Historie

###### Německo

Povinné nemocenské pojištění bylo zavedeno v roce 1884 (Bismarckovy reformy) jako první v Evropě. Postupně bylo rozšířeno na další sociální události a stalo se součástí Říšského pojišťovacího zákoníku (1911). Tento právní akt byl v platnosti do roku 1989. Základem systému byly (a jsou dosud) nemocenské pokladny, které měly korporativistický charakter – pokladny příslušníků některých povolání, nebo municipální charakter – obecní pokladny. Účast v systému byla povinná pro zaměstnance i zaměstnavatele, kteří do pokladen přispívali.

Důležitou změnou byl Zákon o placení mzdy v době nemoci (1969), který přesunul tuto povinnost z větší části na zaměstnavatele a nemocenské pokladny tak z větší části financují zdravotní systém, nemocenské dávky v menší míře.

Po druhé světové válce (1949) vznikly z okupačních zón vítězných mocností dva německé státy, které se do znovusjednocení v roce 1990 vyvíjely zcela odlišně. To mělo dopad i do zdravotního systému obou zemí.

Zatímco zdravotní systém ve Spolkové republice Německo se vyvíjel kontinuálně na výše popsaných základech, Německá demokratická republika zachovala pojistný systém pouze de iure, de facto bylo zdravotnictví řízeno a financováno státem, zdravotníci byli zaměstnanci státu.

Po sjednocení obou států byl zdravotní systém SRN aplikován v NDR bezprostředně, s některými přechodnými obdobími.

###### Nizozemsko

Také v Nizozemsku byly základem řešení sociálních událostí, souvisejících se zdravím, podpůrné spolky (cechy), založené na sbírkách a příspěvcích členů. Z nich se postupem doby vytvořila řada fondů (pojišťoven) na principu příslušnosti k profesi či obci. Lékařské fondy byly určeny pro nemajetné a staly se základem veřejného zdravotního pojištění. Pojištění však bylo nepovinné až do počátku německé okupace (1941), kdy byl na okupovaném území zaveden německý povinný systém pojištění. Veřejné zdravotní pojištění bylo povinné pro osoby s příjmem pod zákonem stanovenou hranicí, ostatním bylo umožněno se pojistit soukromě.

Rostoucí náklady na poskytování zdravotní péče zohlednil Zákon o všeobecných výdajích na zdravotní péči (1968). Zavádí povinné pojištění tzv. vážných zdravotních rizik, kterým se pokrývá dlouhodobá péče.

###### Velká Británie

Příkladem zcela odlišného přístupu ke zdravotní péči je britský systém Národní zdravotní služby (1946). Zdravotní péče je odpovědností státu, poskytování zdravotní péče je bezplatné, financované ze státního rozpočtu. Systém vznikající

koncem druhé světové války na myšlenkách lorda W. Beveridge byl reakcí na nepřehledný systém sociální ochrany a dávek ve 30. letech minulého století. Zohledňoval poválečnou situaci Velké Británie a přestože byl považován za dočasný, základní charakter se zachoval dodnes.

### **Maďarsko**

Jako součást Rakouského císařství a později (po r. 1867 – rakousko – uherské vyrovnání) rakousko-uherské monarchie přejímá německý (Bismarckův) systém pojištění povinného pro zaměstnance i zaměstnavatele (Zákon 14 z roku 1891). Jako nástupnický stát po rozpadu Rakousko – Uherska uplatňuje i dále pojistný systém a to až do 40. let dvacátého století. Ambulantní péče byla převážně soukromá, nemocniční převážně státní. Pojišťovny zaměstnávaly lékaře a vlastnily zdravotnická zařízení.

Vlivem poválečného uspořádání v Evropě se Maďarsko stejně jako Česká republika dostalo do sféry vlivu Sovětského svazu s podobnými důsledky ve sféře hospodářské i sociálně politické. Soukromé subjekty (lékaři, pojišťovny) byly ze systému zdravotní péče eliminovány a nahrazeny. Poskytování péče i její financování převzal stát.

První reformní kroky po roce 1987 souvisely s kritickým stavem maďarského zdravotnictví a byly umožněny změnou politického klimatu v zemích socialistického tábora (nástup Gorbačova v Sovětském svazu). Vznikl sekretariát pro reformu, který ustavil Sociální pojištěnecký fond.

## **1.2 Charakteristika současného systému**

### **Německo**

Systém zdravotní péče má tři úrovně: spolkovou, zemskou a korporativní. Je založen na pojistném principu s více než stoletou tradicí. Je součástí systému sociální ochrany. Základním principem pojištění je solidarita, jak vertikální (bohatých s chudými), tak horizontální (zdravých s nemocnými, mladých se seniory). Organizačně je založen na systému nemocenských pokladen, které z vybraného pojistného a dalších zdrojů hradí náklady zdravotní péče a částečně nemocenské dávky. Důležitou roli hrají i soukromoprávní subjekty, neziskové organizace, zejména v oblasti dlouhodobé zdravotní a sociální péče. Důležitým doplňkem systému je povinné pojištění péče, které reaguje na nepříznivý demografický vývoj a stárnutí populace.

### **Nizozemsko**

Existuje veřejné zdravotní pojištění a soukromé pojištění. Povinná účast v systému je limitována příjmem. V zemi je soukromým pojištěním pokryta větší část populace nežli v ostatních zemích Evropské unie. Závažnou změnou je, podobně jako v Německu, povinné pojištění proti tzv. vážným zdravotním rizikům, na jehož základě je zabezpečena dlouhodobá péče o nemocné, seniory a domácí péče. Značnou roli v systému mají neziskové organizace, které mají historické kořeny a v současnosti fungují na tomto principu například nemocnice.

Důležitým rysem zdravotní politiky v Nizozemsku je neokorporativismus, který se projevuje ustavením řady poradních orgánů v odvětví z řad zaměstnanců, zaměstnavatelů či poskytovatelů. Tato skutečnost na jedné straně vede ke konsenzuálním rozhodnutím o důležitých otázkách, na straně druhé ale může zpomalit či dokonce znemožnit zavedení potřebných změn v systému, které nenajdou dostatečnou podporu poradních orgánů. Proto se v poslední době jejich počet záměrně redukuje.

### **Velká Británie**

Základem zdravotního systému je nadále Národní zdravotní služba, která si zachovala své nejdůležitější rysy – odpovědnost státu, bezplatnou zdravotní péči a rovný přístup ke zdravotní péči. Lékaři a zdravotnický personál jsou zaměstnanci státu. Důležitou správní jednotkou systému jsou zdravotní úřady. Systém dbá o rovnoměrné rozdělování zdravotnických služeb v regionech podle jejich demografických charakteristik.

V různých časových etapách, zejména v období konzervativní vlády M. Thatcher se projeví snahy zefektivnit, případně „zlevnit“ Národní zdravotní službu zavedením tržních prvků do systému (interní quasi-trhy). Současná labouristická vláda vnesla do tohoto systému více korporativistických a plánovacích prvků. Vzrůstá význam veřejného zdravotnictví a preventivní péče.

### **Maďarsko**

Zdravotnický systém je všeobecný, povinný na principu Národního zdravotního pojištění. Organizace je svěřena Správě fondu zdravotního pojištění (HIFA). Jeho úkolem je výběr zdravotního pojištění od zaměstnanců a zaměstnavatelů, uzavírání smluv s poskytovateli, nákupu a poskytování služeb na základě kontraktů s nemocnicemi, klinikami i jednotlivými poskytovateli péče. Poskytuje peněžité dávky (nemocenské a invalidní důchod).

Důležitou součástí systému je místní samospráva, která odpovídá za zajištění zdravotní péče pro své obyvatele, za denní provoz zdravotnických zařízení. Je hlavním vlastníkem nemocnic a ambulantních klinik. Uzavírá dále smlouvy se soukromými praktickými lékaři.

## **1.3 Právní úprava**

### **Německo**

Zásadním dokumentem vedle Ústavy spolku a jednotlivých zemí je sociální zákoník, upravující v jedenácti svazcích celou oblast sociální péče v Německu. Zdravotnictví se týká zejména V. svazek, který definuje základy nemocenského pojištění a nejnovější XI. Svazek o pojištění péče. Dalšími důležitými zákony, zmíněnými v případové studii jsou zákony o struktuře zdravotnictví a novely zákona o povinném nemocenském pojištění. Ty byly především vedeny snahou zlevnit nákladný zdravotní systém.

### **Nizozemsko**

Základním zákonem je zákon o zdravotní péči. Financování zdravotní péče je upraveno zákony, které jsou vyjmenovány výše v textu v kapitole 2.2.3.

### **Velká Británie**

Případová studie uvádí kromě nejdůležitějších zákonů britského systému Národní zdravotní služby i další reformní dokumenty. Jsou mezi nimi vládní programy reformy systému NHS, strategie zdravotní politiky a konečně akční plán NHS z roku 2000, který navrhuje desetiletý program zefektivnění systému.

### **Maďarsko**

Ústava Maďarské republiky deklaruje zdraví jako základní právo občanů. Stát je odpovědný za naplnění tohoto práva prostřednictvím zákonů a institucí zdravotní péče. V dílčí zprávě je uvedena řada důležitých právních norem, které upravují systém zdravotní péče a dokumentují přesah problematiky péče o zdraví do dalších oblastí veřejného života (školství, finance). Důležitá je i úprava odpovědnosti státních institucí a Úřadu národního veřejného zdraví za zdravotní služby a povinnosti místní samosprávy ve vztahu ke zdravotní péči, zejména vlastnictví nemocnic.

## **1.4 Funkční struktura zdravotní péče**

### **Německo**

Charakteristickým znakem německého systému je důsledné oddělení služeb veřejného zdravotnictví, primární a sekundární ambulantní péče a nemocniční péče. Teprve v poslední době došlo k narušení tohoto principu povolením ambulantních operací v nemocnici či omezené ambulantní péče před a po pobytu v nemocnici.

Služby veřejného zdravotnictví provádějí ambulantní lékaři na základě smluv s pokladnami. Pojištěnci si mohou svobodně volit rodinného lékaře, který má smlouvu s pojišťovnou.

V Německu není tzv. gate-keeping systém, návštěva specialisty není vázána na doporučení rodinného lékaře.

Většina nemocnic je veřejných nebo má status obecně prospěšné společnosti, část je soukromá. 95% všech lůžek je z hlediska investic financováno z veřejných prostředků.

Oblast péče a dlouhodobého ošetřování nabývá v Německu na významu. Uplatňuje se zde subsidiární princip. Velkou roli hrají privátní poskytovatelé. S financováním souvisí již zmíněné povinné pojištění péče, platné od roku 1994. Je součástí hospodaření nemocenských pokladen.

### **Nizozemí**

Základním přístupem k organizaci zdravotní péče je povinná registrace u rodinného lékaře. Bez jeho doporučení nemůže pacient navštívit odborného lékaře, a to ani v případě, že je soukromě pojištěn. Zpráva uvádí, že 90% potíží pacientů je řešeno rodinnými lékaři. Ti jsou financováni zpravidla kapitačními platbami, v případě soukromých pacientů platbou za výkon. Rodinní lékaři docházejí do rodin a ve velké míře léčí pacienty v jejich vlastním prostředí.

Tento způsob vykonávání primární zdravotní péče ovlivňuje systém sekundární a terciární péče. Jak již bylo uvedeno, o návštěvě specialisty rozhoduje rodinný lékař. Specialisté jsou financováni na základě výkonů.

Nemocnice jsou podobně jako v Německu rozděleny na fakultní, všeobecné a specializované.

### **Velká Británie**

Praktičtí lékaři jsou ve Velké Británii odpovědní úřadům zdravotní péče. Zpracovávají výroční zprávy, dodržují stanovený rozpočet na léky a plní úkoly v oblasti prevence. Pracují v rámci tzv. trustů primární péče, zajišťujících rovnoměrné rozložení primární péče v regionech.

Nemocniční péče je organizována prostřednictvím nemocničních trustů. Mohou poskytovat i komunitní a domácí péči. Nemocniční péče je poskytována na základě doporučení praktického lékaře. Péče je bezplatná. Trusty zaměstnávají zdravotnický personál.

### **Maďarsko**

Primární zdravotní péče byla posílena reformními kroky v roce 1990. Byla vyjmuta ze správy nemocnic. Obvodní lékaři byli přejmenováni na rodinné lékaře a počali vykonávat tuto funkci. V maďarském systému se jedná o předstupeň specializované péče, neboť k specialistovi je třeba doporučení rodinného lékaře (gate keeper). Od roku 1999 podléhají rodinní lékaři akreditaci Národního institutu rodinného lékařství. Rodinní lékaři mohou být zaměstnanci samosprávy, mohou mít polosoukromou či soukromou praxi a mohou být zaměstnáni v nemocnicích.

V oblasti sekundární péče působí ambulance specialistů buď na půdě poliklinik, v majetku samosprávy nebo při nemocnicích.

Nemocniční péče se v Maďarsku potýká s podobnými problémy jako v České republice, snižuje se počet lůžek akutní péče i počet nemocnic. Ty jsou navíc regionálně nerovnoměrně rozdělené, 40% lůžkových zařízení je v hlavním městě, kde však žije pouze 20% populace.

## 1.5 Financování

### Německo

Základem financování zdravotnictví v Německu je nemocenské pojištění (95% nákladů). Je povinné pro zaměstnance s příjmem pod stanovenou hranicí. Do pokladen přispívají povinně zaměstnanci i zaměstnavatelé. Pojištění spravují nemocenské pokladny, které z něj financují zdravotní péči, v menší míře nemocenské dávky. V malé míře je zdravotnictví financováno také ze státních dotací. Existují i spoluplatby a příplatky na léky. Na investičních nákladech se často podílí země či obec.

### Nizozemí

Zdravotnictví je financováno z více zdrojů, zejména z pojištění, a to pojištění mimořádné péče a veřejného zdravotního pojištění (až 77% podíl). Část prostředků plyne ze soukromého zdravotního pojištění, část nákladů hradí pacienti přímo. Náklady na zdravotní péči stejně jako v ostatních zemích rostou.

### Velká Británie

Národní zdravotní služba je financována převážně z daní (přes 85%), společně s příspěvkem národního pojištění. To způsobuje nízkou transparentnost systému a zejména výdaje je třeba ve zvýšené míře kontrolovat. V poslední době bylo přistoupeno k plánování veřejných výdajů na tříleté období a jejich efektivní kontrole. Soukromé financování (např. z pojištění) se na celku podílí cca 14%. V některých oblastech zdravotnictví (stomatologická péče) je značná spoluúčast pacienta na úhradách péče.

### Maďarsko

Maďarské zdravotnictví je ze 75% financováno z veřejných zdrojů. Zdravotní pojištění je povinné a upravené zákonem. Pojištění platí zaměstnanci i zaměstnavatelé.

Příjmy z pojištění jsou doplňovány přímými subwencemi ze státního rozpočtu. Investice do zdravotnických zařízení jsou hrazeny i municipálními rozpočty. Dalším zdrojem jsou spoluplatby pacientů. Zákon povoluje i nepovinné fondy pro dodatkové služby (přípojištění).

## 1.6 Srovnání

Do současných systémů zdravotní péče všech sledovaných zemí se do značné míry promítá historický kontext vzniku systémů sociální ochrany obecně. Výjimkou z tvoří Maďarsko, které muselo po éře reálného socialismu (podobně jako ČR) zvolit nový přístup k organizaci a financování zdravotnického systému.

Zároveň však se silicím významem dodržování deklarovaných sociálních práv dochází zejména v Evropě k posilování sociální ochrany obyvatel i v zemích s liberálními kořeny. Projevuje se to v prolínání některých typických prvků sociální ochrany do zdravotního systému všech sledovaných zemí (různé formy povinného pojištění, stanovení příjmové hranice pro možnost odchodu z povinného systému a další).

Dalším společným rysem analyzovaných systémů (s výjimkou Maďarska) je reakce na demografické stárnutí populace v podobě zaváděných schémat pojištění dlouhodobé péče (patrně zejména v Německu a Nizozemí). Tento trend lze zanedlouho očekávat i v České republice.

Ve všech zemích v našem výběru se také uplatňuje vícezdrojové financování zdravotní péče. To je reakcí především na rostoucí náklady vynakládané na zdravotní péči, které jsou vyvolané především nákladnějšími vstupy, novými technologiemi, ale jistě také již zmiňovaným stárnutím obyvatelstva. Volí se přitom i nástroje méně solidární, než zvyšování daňové zátěže obyvatel, například spoluúčast při hrazení výkonů nebo příplatky.

Následující tabulka stručně charakterizuje základní rysy zdravotních systémů vybraných států:

**Tabulka č. 22: Základní rysy zdravotnických systémů**

Země	Charakteristika zdravotního systému	Organizace zdravotního systému	Financování
<b>Německo</b>	Korporativistický, povinné pojištění s účastí zaměstnavatelů. Jasné oddělení primární a sekundární zdravotní péče.	Spolkové ministerstvo, zemské vlády, nemocenské pokladny (na bázi obecně prospěšných společností).	Téměř výhradně z pojištění, částečné přímé úhrady, příplatky na léky, soukromé platby.
<b>Nizozemí</b>	Kombinace veřejného a soukromého pojištění, soukromý charakter poskytovatelů, povinné pojištění osob s nižším příjmem.	Ministerstvo zdravotnictví (tvorba zdravotní politiky)místní samospráva (odpovídá za veřejné zdravotnictví). Služby zdravotní péče.	Vícezdrojové: povinné pojištění, soukromé pojištění, stát, spoluúčast pacientů.
<b>Velká Británie</b>	Národní zdravotní služba, univerzální zajištění obyvatel na základě rovného přístupu. Postupně modifikováno, vneseny quasi-tržní prvky.	Ministerstvo, strategické zdravotní úřady. Důraz na veřejné zdravotnictví. Trusty primární péče.	Prostřednictvím daní (zejména) soukromé pojištění, přímé platby, poplatky.
<b>Maďarsko</b>	Všeobecný, povinný systém, založený na zaměstnanosti. Univerzální poskytování péče.	Min. zdravotnictví, min. financí, (rozpočet) správa fondu zdravotního pojištění (výběr příspěvků, smlouvy s poskytovateli) místní samospráva (provoz zdravotnických zařízení, smlouvy s lékaři) Významná role rodinných lékařů.	Veřejné zdroje, Fond národního pojištění (povinné pojištění). Stát dotuje obce a místní samosprávu, která financuje zdravotnická zařízení.

## 2. Migrace

### Německo

Do Německa začal masový příliv imigrantů po druhé světové válce jako reakce na nedostatek pracovních sil. Další vlny imigrantů přicházely zejména na základě slučování rodin.

Na rozdíl od původních předpokladů německé vlády, že pracovní migranti zlepší svou ekonomickou situaci a vrátí se zpět do země původu, žije v současné době v Německu téměř třetina cizinců déle než 20 let.

Regionální rozložení cizinců v Německu není rovnoměrné, přičemž výrazně vyšší je podíl cizinců ve větších městech.

Imigrační politiku charakterizuje v Německu podobně jako ve Velké Británii a Nizozemí restriktivní přístup ve smyslu omezení přílivu dalších imigrantů.

Ve vztahu k imigrantům, kteří již mají legální pobyt na území Německa, je v poslední době praktikována spíše multikulturní integrační politika.

Institucionální zajištění péče o cizince vykonává na spolkové úrovni Úřad pro migraci a uprchlíky a každá zemská vláda má pro otázky imigrace a azylu svého pověřeného úředníka.

V Německu je dána zákonem povinnost shromažďovat data o cizincích a to nejen základní ukazatele jako je národnostního složení, typy pobytu a pohlaví, ale i další ukazatele jako je pohlaví, věk, porodnost, sňatečnost, což usnadňuje vytváření cílených politik zaměřených na konkrétní skupiny imigrantů.

## **Nizozemí**

Nizozemí bylo již v průběhu staletí cílovou zemí imigrantů, kteří do této země přicházeli zejména z náboženských a politických důvodů. Masová imigrace do Nizozemí, jako bývalé koloniální země, vypukla v průběhu a po druhé světové válce. V souvislosti s ekonomickým růstem začali v šedesátých letech přicházet i tzv. pracovní migranti.

Vlny přistěhovalců ať již z politických, humanitárních nebo ekonomických důvodů přiměly postupně Nizozemí k praktikování restriktivní imigrační politiky ve smyslu omezení příchodu dalších nových imigrantů.

Z hlediska vnitřního přístupu k imigrantům, kteří již na území Nizozemí pobývají, je však politika vstřícná a je možno ji charakterizovat jako politiku prosazující multikulturní přístup.

Imigrační politika v Nizozemí je realizována jak na centrální tak i na regionální úrovni a je charakterizována řadou programů zacílených na pomoc imigrantům.

Je nutno zde rovněž zmínit, že rozložení imigrantů v Nizozemí není rovnoměrné. Většina imigrantů žije ve velkých městech, přičemž jednotlivé národnostní skupiny mají často tendenci shlukovat se v jedné lokalitě.

V Nizozemí, jakožto cílové zemi velkého množství imigrantů se řešením otázek imigrace kromě ministerstva spravedlnosti, ministerstva zahraničních věcí a cizinecké policie zabývá i řada dalších institucí, jak státních – zejména Úřad pro imigraci a udělování občanství (Immigration and Naturalization Service IND), tak i nevládních, např. Agentura pro přijímání žadatelů o azyl nebo Holandská rada pro uprchlíky.

V posledních letech byl v Nizozemí novelizován zákon týkající se imigrace a azylu, a to zejména za účelem zjednodušení jednotlivých typů pobytu a procedur.

Statistická data o cizincích jsou shromažďována v obecním registru a následně centrálně zpracovávána Holandským statistickým úřadem.

Počty imigrantů i žadatelů o azyl v posledních letech stouply až do konce roku 2001, jak je však možno vysledovat z dostupných dat, nastává v roce 2002 v počtech imigrantů a žadatelů o azyl určitý nezanedbatelný pokles.

## **Velká Británie**

Podobně jako do Nizozemí přicházelo z počátku do Velké Británie nejvíce imigrantů z kolonií v důsledku dekolonizace. Na tyto migranty z kolonií navázaly vlny pracovních migrantů, kteří volně přicházeli až do šedesátých let, kdy byla britská vláda nucena učinit opatření ve smyslu regulace přílivu těchto ekonomických migrantů. Proto v roce 1962 bylo zákonem stanoveno, že pracovní imigranti jsou povinni mít pro pobyt ve Velké Británii tzv. vouchery. V důsledku ropné krize a ekonomické recese byl v sedmdesátých letech omezen počet vydaných voucherů na předem daný počet kusů ročně.

Také ve Velké Británii, podobně jako v Holandsku a Německu došlo na konci devadesátých let k novelizaci zákonů o imigraci a azylu ve smyslu zjednodušení a zkracování procedur. Součástí tohoto zákona je i možnost programu dobrovolného finančně stimulovaného návratu, která je hojně praktikována i v Německu. Ve Velké Británii však podobně jako v Nizozemí představuje počet imigrantů, kteří možnost dobrovolného odchodu využijí jen malé procento.

Vzhledem k tomu, že počet imigrantů do Velké Británie neustále roste můžeme navenek imigrační politiku VB charakterizovat jako velmi restriktivní. Na druhé straně je politika vůči cizincům uvnitř velmi pozitivní a založená na multikulturním přístupu.

## Maďarsko

Maďarsko podobně jako Česká republika bylo součástí tzv. východního socialistického bloku. To znamená, že z hlediska migračních toků byla pro Maďarsko příznačná trvalá emigrace. Tento proces se zastavil až po roce 1989 a postupně se maďarská společnost začala stávat místem přesunu emigrantů z východu. Z hlediska imigrace je Maďarsko stále ještě více tranzitní zemí než zemí cílovou. Nejvíce imigrantů přicházelo do Maďarska v devadesátých letech ze Rumunska, Ukrajiny a na počátku devadesátých let i ze zemí bývalé Jugoslávie, kdy většina jugoslávských imigrantů byla žadateli o azyl v souvislosti s válkou.

Změna postavení Maďarska z hlediska migračních toků vyústila v nutnost řešit problematiku imigrace a určit jí právní rámec. Proto v letech 1993 a 1994 byly vyhlášeny dva nové zákony o občanství a o vstupu, pobytu a imigraci cizinců. Tyto zákony se vyznačují, tak jako v ostatních srovnávaných zemích, restriktivním postojem vůči přílivu imigrantů za účelem práce. Zároveň však dochází k pozitivní diskriminaci etnických Maďarů, kteří mají řadu výhod vůči ostatním cizincům. Vzhledem k tomu, že Maďarsko nemá, podobně jako i Česká republika, dlouhodobé zkušenosti s imigrací, vznikající zákony jsou charakterizovány řadou výjimek, které reagují na nově vzniklé a nečekané situace (například výjimka týkající se vrcholových manažerů zahraničních společností).

## 2.1 Srovnání

Z hlediska přístupů jednotlivých států k migraci, nebo spíše k imigraci, v obecném slova smyslu jsou si svým koloniálním původem nejbližěji Nizozemí a Velká Británie. S pracovní migrací mají všechny srovnávané země EU podobnou zkušenost. Zprvu vítaná pracovní migrace, která pomáhala zaplnit strukturální nedostatky pracovních sil v šedesátých letech v období ekonomické recese a po ní v období ropné krize první problémy s tím, jak zamezit nekontrolovanému přílivu ekonomických migrantů. Maďarsko podobně jako Česká republika má poměrně krátkodobé zkušenosti s imigrací. V zásadě ve všech srovnávaných zemích EU je praktikována imigrační politika charakterizovaná restriktivním přístupem k přílivu nových imigrantů. Ekonomická imigrace do těchto zemí je v současné době prakticky nemožná. Na druhé straně je vůči cizincům uvnitř té které země praktikován multikulturní a pozitivní přístup. V Maďarsku je evidentní jisté kopírování přístupu EU vůči cizincům. V posledních letech ve všech srovnávaných zemích EU proběhly v oblasti právních norem upravujících problematiku imigrace a azylu významné změny ve smyslu zjednodušení a urychlení procedur. Následující tabulka ukazuje typy pobytů v jednotlivých zemích.

Tabulka č. 23: Typy pobytu v jednotlivých zemích

	typy pobytu	doba platnosti
Německo	svolení k pobytu (Aufenthaltslaubnis)	může být časově omezeno, maximálně však na dobu 8 let
	oprávnění k pobytu (Aufenthaltsberechtigung)	uděluje se po osmi letech trvání svolení k pobytu a za dalších 5 let v případě, že cizinec nebyl v posledních 3 letech trestán a 60 měsíců platí sociální pojištění, se toto povolení uděluje na neurčito
	souhlas s pobytem (Aufenthaltsbewilligung)	uděluje se na 2 roky a může se o 2 roky prodloužit (zejména v případě studentů a pracovních pobytů)
	zmocnění k pobytu (Aufenthaltsbefugnis)	je určeno pro politické uprchlíky v případě, že nemohou dostat svolení k pobytu
Nizozemí	standardní dočasné povolení k pobytu (Temporary residence permit standard)	maximálně na 5 let, většinou je však nutno jej každý rok obnovovat
	standardní trvalé povolení (Residence permit standard) k pobytu	časově neomezené, uděluje se po pěti letech legálního pobytu na území Nizozemí
	dočasné povolení k pobytu azylanta (Temporary residence permit)	na 3 roky
	trvalé povolení k pobytu azylanta (Residence permit standard)	časově neomezené, uděluje se po třech letech legálního pobytu na území Nizozemí (nutností je, aby i nadále přetrvávaly podmínky pro vystavení dočasného povolení k pobytu azylanta)
Velká Británie	povolení k pobytu (Residence permit)	maximálně na dobu 5 let, nebo po dobu trvání pracovního povolení
	status uprchlíka (Refugee Status)	na základě Ženevské konvence
	výjimečné povolení zůstat (Exceptional Leave to Remain)	předem určená doba odmítnutým žadatelům o azyl, zejména z humanitárních důvodů
Maďarsko	dočasné povolení k pobytu	na dobu od 3 měsíců do 1 roku, je možné prodloužit
	trvalé povolení k pobytu	na dobu od 1 roku

Ve vztahu k České republice je nutno vyzvednout fakt, že implementace integrační politiky je v zemích s dlouholetou zkušeností s migrací v nemalé míře směřována na úroveň regionů. Jak ukazuje i následující tabulka, je nutno zdůraznit, že všechny srovnávané země EU shromažďují četná data o cizincích, na základě kterých mohou vytvářet ve vztahu k cizincům cílené politiky.

**Tabulka č. 24: Instituce zodpovědné v jednotlivých zemích za shromažďování informací o cizincích**

	Stav a původ	Pohyby	Zaměstnání	Azylanti a uprchlíci	Získání občanství
<b>Německo</b>	Statistisches Bundesamt (Ausländerzentralregistr: Central Registr of Foreigners- census and microcensus)	Statistisches Bundesamt (Ausländerzentralregistr, Microcensus) (Labour Force Survey)	Statistisches Bundesamt Ministry of Labour Social Insurance (microcensus, Labour Force Survey)	Statistisches Bundesamt für die Annerkenung ausländischer Flüchtlinge Bundesministerium des Innern, Bundesausgleichsamts	Statistisches Bundesamt
<b>Holandsko</b>	NCBS: Statistic Netherlands (municipal register)	NCBS: Statistic Netherlands (municipal register)	NCBS: Statistic Netherlands (Labour Force Survey) (Work permits and others)	NCBS: Statistic Netherlands Ministry of Justice	NCBS: Statistic Netherlands (Population Register)
<b>Velká Británie</b>	Employment (now Education) Department (Labour Force Survey)	Office for national statistics (International Passenger Survey)	Employment Department (Labour Force Survey)	Home Office	Home Office
<b>Maďarsko</b>	KSH (Maďarský statistický úřad)	KSH (Maďarský statistický úřad)	KSH (Maďarský statistický úřad)	<u>Belügyminisztérium</u> (Ministerstvo vnitra)	

### 3. Poskytování zdravotní péče cizincům

#### Německo

Cizinci se stávají pojištěnci systému povinného zdravotního pojištění, splňují-li stejné podmínky jako němečtí občané. Cizinci, na něž se vztahují předpisy o zdravotním pojištění států Evropské unie, se mohou pojistit dobrovolně.

Mezi zeměmi Evropské unie platí reciproční dohoda o poskytování zdravotní péče na území dalšího členského státu. (Nařízení 1408/71 EHS a 547/72 EHS o koordinaci soustav sociálního zabezpečení pro pojištěnce národních zdravotních pojišťoven).

Pro žadatele o azyl, kteří bydlí v záchytných zařízeních a společných ubytovnách platí povinnost po přijetí v zemi absolvovat vyšetření vylučující přenos nakažlivých onemocnění a rentgen plic. Jinak jsou ošetřováni v naléhavých případech bez omezení.

Cizinci, kteří jsou v zemi ilegálně, jsou velkým problémem. Přestože teoreticky na zdravotní pomoc nárok mají, v praxi ji nevyužívají, neboť se obávají vyhoštění. Jsou proto značně rizikovou skupinou.

#### Nizozemí

Všichni obyvatelé zemí EU s pobytem delším než 6 měsíců, musí být pojištěni. Cizinci z nečlenských zemí EU, kteří chtějí pobývat v Nizozemí déle než tři měsíce a potřebují tedy vízum, musí při žádosti o ně předložit potvrzení o zdravotním pojištění.

U cizinců, pobývajících v Nizozemí legálně, je typ zdravotního pojištění, stejně jako u tuzemců, odvozen od jejich sociálně ekonomického postavení.

## **Velká Británie**

Přístup cizinců ke zdravotní péči ve Velké Británii je závislý ne na občanství, ale na trvalém pobytu.

Cizinci s trvalým pobytem mají zdravotní péči zdarma ve stejném rozsahu, jako Britové

Pro cizince ze zemí EU platí podobně jako v Nizozemí a Německu Nařízení 1408/71 EHS a 547/72 EHS o koordinaci soustav sociálního zabezpečení pro pojištěnce národních zdravotních pojišťoven.

Některé země mají s Velkou Británií bilaterální smluvní vztah. Jejich občané, zpravidla zaměstnaní ve Velké Británii, mají stejný nárok na zdravotní péči jako občané s trvalým bydlištěm ve Velké Británii.

Žadatelé o azyl a uprchlíci mají právo se zaregistrovat u lékaře a zdravotní péče je jim poskytnuta zdarma.

## **Maďarsko**

V Maďarsku, stejně jako v dalších zemích, se způsob a rozsah poskytování zdravotní péče cizinců odvíjí od jejich statusu v zemi.

Cizinci, kteří v zemi legálně pobývají a pracují, jsou zaopatřeni na základě odvodů daní zaměstnavatelem. Z tohoto vztahu se uspokojuje i nárok jejich rodinných příslušníků, nemají-li samostatný příjem vyšší než stanovená hranice (30% minimální mzdy).

Cizinci – studenti mají nárok na zdravotní péči na základě mezinárodních smluv s jednotlivými zeměmi.

Cizinci s dlouhodobým pobytem, kteří nemají zaměstnavatele, mohou uzavřít smlouvu o pojištění podle místa pobytu. To se vztahuje i na děti. Zdravotní služby lze využívat až po šesti měsících placení příspěvků, je možno uhradit i zpětně.

Existují také dvoustranné dohody (např. s Rakouskem, které tuto oblast upravují).

S předpokládaným vstupem Maďarska do EU dojde nesporně i k úpravě této oblasti.

## **3.1 Srovnání**

Přístup k cizincům v poskytování zdravotní péče je ve všech zemích závislý na typu jejich pobytu v zemi. Většinou se váže na pracovní uplatnění, v takovém případě podléhají cizinci v podstatě stejným regulativům, jako majorita. Další legální důvody pobytu, jako studium, sloučení rodiny a další, často závisí na délce pobytu (obvyklá hranice je tři měsíce – tzv. turistický pobyt, dále je již třeba žádat o vízum, dlouhodobý pobyt apod.).

Mezi zeměmi Evropské unie platí opatření, které zdravotní péči v dalších členských zemích podstatně zjednodušuje (citované nařízení EHS). Nelze než si přát, aby se tyto předpisy brzy vztahovaly i na naši republiku a Maďarsko.

Problémem je zdravotní péče o cizince pobývající na území státu nelegálně, zejména kvůli obtížné depistaci a nevyužívání zdravotní péče z obavy o vyhoštění.

Specifickým problémem je tzv. zdravotní turistika, vyvolaná například čekacími listinami na zdravotní výkony v některých zemích, které se jiné země snaží bránit (viz. studie Velké Británie a Nizozemí, Maďarsko).

## IV. Závěry a doporučení

Srovnání případových studií umožňuje formulovat závěry a doporučení, z nichž některé mohou být využity při tvorbě zdravotní a imigrační politiky v České republice.

1. Ukazuje se, že tři z analyzovaných zemí (s výjimkou Maďarska, které se v tomto ohledu blíží situaci u nás) mají s otázkou imigrace dlouhodobé zkušenosti. Při řešení tohoto problému se nevyvarovaly některých nesprávných rozhodnutí, která musela být s postupem času měněna a korigována. Indikace těchto rozhodnutí může být pro naši republiku návodem, jak se takových chyb vyvarovat. Mezi tyto chyby patří například dlouhodobě odlišný přístup k imigrantům, než k majoritní populaci nejen v otázkách zdravotní a sociální péče, ale i ve vzdělávání, který se ve vyspělých zemích s dlouholetými zkušenostmi s imigrací neosvědčil. Ve vztahu ke zdravotní politice je nutno konstatovat, že většina těchto vyspělých zemí má v současné době poskytování zdravotní péče cizincům odvozeno od statusu dlouhodobého pobytu, nikoliv občanství.
2. Z analýzy poskytování zdravotní péče cizincům též vyplynulo, že většina zemí s dlouholetou zkušeností s imigrací má zajištěno zdravotní pojištění cizince, který hodlá dlouhodobě pobývat na jejím území po celou dobu pobytu těchto osob. Například v Nizozemí, narozdíl od České republiky, musí cizinec předkládat spolu s žádostí o vízum opravňující k dlouhodobému pobytu doklad o tom, že je zdravotně pojištěn. V Německu, Nizozemí a Velké Británii mají narozdíl od České republiky ti cizinci, kterým bylo uděleno povolení k dlouhodobému pobytu, stejná práva a povinnosti ve vztahu ke zdravotní péči jako každý občan, tj. odvozené od výše příjmu. V České republice jsou účastníky veřejného pojištění pouze zaměstnanci a osoby s trvalým pobytem. Ostatní cizinci (například osoby samostatně výdělečně činné, děti dvou osob, které v ČR pobývají na základě víza nad 90 dní, etc. ) jsou povinni se pojistit smluvně u VZP. Cena za toto smluvní pojištění je vyšší než cena za veřejné zdravotní pojištění a kryje užší rozsah zdravotní péče. Vzhledem k výši ceny, je nutno konstatovat, že smluvní zdravotní pojištění je pro některé skupiny migrantů s přihlédnutím k výši jejich výdělků často nad jejich finanční možnosti. Navíc toto smluvní pojištění mohou uzavřít jen osoby do 70 let věku. Z toho vyplývá, že narozdíl od vyspělých států, je v České republice ve vztahu k cizincům (zejména vůči některým skupinám - děti dvou osob, které v ČR pobývají na základě víza nad 90 dní ) v právní úpravě přístupu ke zdravotnímu pojištění a tudíž i v přístupu ke zdravotní péči vůči cizincům určitá diskriminace. Zde se naskýtá možnost inspirace od vyspělých evropských zemí, které mají s problematikou imigrace dlouholeté zkušenosti, ve smyslu rozšíření okruhu osob spadajících do veřejného zdravotního pojištění.
3. Zdravotní politika je nedílnou součástí celého sociálního systému. Její úloha v začleňování imigrantů do společnosti je velmi významná. Zdravotní stav tohoto segmentu populace vykazuje odlišnosti, jak dokládají některé případové studie. Tyto odlišnosti (vyšší kojenecká úmrtnost, vyšší výskyt infekčních chorob, častá závislost na návykových látkách, častější výskyt pracovních úrazů a duševních poruch) jsou zřetelné zejména u těch imigrantů, kteří žijí na hranici chudoby. Je proto důležité pravidelně sledovat a vyhodnocovat zdravotní stav těchto obyvatel na základě standardizovaných postupů a na základě výsledků vytvářet cíleně zaměřená opatření a programy (například preventivní programy, osvěta, etc.).
4. Úspěchy léčení závisí do značné míry na vztahu pacienta a lékaře. Je-li pacient v cizím prostředí s komunikačními bariérami, zásadní roli hraje jeho důvěra ve zdravotnický personál. Zdravotnický personál je proto třeba připravit na pacienty z odlišných sociokulturních podmínek. K tomu může sloužit cílené další vzdělávání lékařů a středního zdravotního personálu.
5. Část imigrantů se obtížně vyrovnává s nároky, které na své členy klade majoritní společnost a dostává se tak na okraj společnosti (je marginalizována). Těmto obyvatelům je nezbytné věnovat zvýšenou pozornost, zaměřit na ni metody sociální práce, cílenou profylaxi, zdravotní výchovu.
6. Úkoly veřejného zdravotnictví zaměřené na cizince (hygienu, prevence, osvěta) je třeba aktivizovat na obecní, případně regionální úrovni. Zkušenosti ze zemí s dlouhodobou tradicí přistěhovalectví dokládají, že municipální sociální politika, prováděná zejména neziskovým sektorem, je velmi efektivní právě ve vztahu k minoritním skupinám.