

POLITICKÉ VEDY / POLITICAL SCIENCES

Časopis pre politológiu, najnovšie dejiny, medzinárodné vzťahy, bezpečnostné štúdiá / Journal for Political Sciences, Modern History, International Relations, security studies

URL of the journal / URL časopisu: <https://www.politickevedy.fpmv.umb.sk>

Author(s) / Autor(i): Hana Altmanová
Article / Článok: **Limity v prístupu ke zdravotní péči a zdravotnímu pojištění pro migranty a uprchlíky v USA a České republice**
Publisher / Vydavateľ: **Fakulta politických vied a medzinárodných vzťahov – UMB Banská Bystrica / Faculty of Political Sciences and International Relations – UMB Banská Bystrica**
DOI: <https://doi.org/10.24040/politickevedy.2025.28.1.25-55>

Recommended form for quotation of the article / Odporúčaná forma citácie článku:

ALTMANOVÁ, H. 2025. Limity v prístupu ke zdravotní péči a zdravotnímu pojištění pro migranty a uprchlíky v USA a České republice. In *Politické Vedy*. Vol. 28, no. 1, pp. 25-55. ISSN 1335 – 2741. Available at: <https://doi.org/10.24040/politickevedy.2025.28.1.25-55>

By submitting their contribution the author(s) agreed with the publication of the article on the online page of the journal. The publisher was given the author's / authors' permission to publish and distribute the contribution both in printed and online form. Regarding the interest to publish the article or its part in online or printed form, please contact the editorial board of the journal: politicke.vedy@umb.sk.

Poskytnutím svojho príspevku autor(i) súhlasil(i) so zverejnením článku na internetovej stránke časopisu *Politické vedy*. Vydavateľ získal súhlas autora / autorov s publikovaním a distribúciou príspevku v tlačenej i online verzii. V prípade záujmu publikovať článok alebo jeho časť v online i tlačenej podobe, kontaktujte redakčnú radu časopisu: politicke.vedy@umb.sk.

Journal *Politické vedy* is provided under the conditions of Creative Commons Attribution 4.0 International CC BY 4.0. / Časopis *Politické vedy* je publikovaný na základe podmienok Creative Commons Attribution 4.0 International CC BY 4.0.



LIMITY V PŘÍSTUPU KE ZDRAVOTNÍ PÉČI A ZDRAVOTNÍMU POJIŠTĚNÍ PRO MIGRANTY A UPRCHLÍKY V USA A ČESKÉ REPUBLICCE

BARRIERS INTO ACCESS TO THE HEALTHCARE AND HEALTH INSURANCE FOR MIGRANTS AND REFUGEES IN THE USA AND CZECH REPUBLIC

Hana Altmanová*

ABSTRACT

Both in the US and the Czech Republic, there was a group of people who were uninsured or underinsured due to insufficient residency status, high insurance rates, business practices and exemptions, and insufficient legislative tools to address this situation and offer affordable insurance to the widest possible population. The aim of the article was to specify these causes in the Czech Republic and the US, compare health insurance systems and forms in the Czech Republic and the US, define people at risk due to its absence or limitation, and describe the changes that have been made to provide affordable insurance and healthcare to the widest possible population. In the US, this problem is long-standing and more widespread, as it also affected citizens and permanent residents who could not afford standard commercial insurance due to low income or serious diagnosis. In the Czech Republic, permanent residents and employees of employers based in the Czech Republic are entitled to public health insurance, so the problem mainly affected foreigners outside these groups. In the Czech Republic, this problem has increased with the arrival of war refugees from Ukraine. In order to define vulnerable persons and determine their access to healthcare, a questionnaire survey was conducted in the US, which examined the residence status of persons, access to health insurance, diagnoses, and average healthcare expenditures. Furthermore, changes in the Czech Republic were monitored, carried out with the aim of including previously excluded groups of the population in public health insurance. In both countries, legislative changes led to a reduction in the number of uninsured and underinsured persons, but the problem persisted, especially in the US. In addition to people who remained uninsured because they did not meet the conditions for obtaining insurance, there may also have been people who

* Mgr. Hana Altmanová působí jako doktorandka na Katedře zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva, Fakulta biomedicínského inženýrství Kladno, České vysoké učení technické v Praze, nám. Sítná 3105, 272 01 Kladno, Česká republika, e-mail: altmahan@cvut.cz.

were insufficiently aware of their health insurance entitlements. They would have welcomed advice, but if they did not find it, their insurance problems could have persisted. In both countries, insurance debt was a problem for vulnerable individuals, but in the US, it is more devastating, given the high level of patient co-payments.

Key words: Health Insurance, Health Care, Deductibles, Czech Republic, USA

1. Teoretický rámec a metodologie

Text je policy evaluative analýza, zaměřená na systém zdravotního pojištění v České republice (dále ČR) a USA a roli státu v něm, zakotvená teoreticky v institucionálním neorealismu. Preferuje holistický a materialistický pohled (na sociální struktury, politiku zdravotního pojištění a dostupné péče a její ekonomické aspekty) před individualistickým a idealistickým a usiluje o vyvážený proces (funkční rámec systému zdravotního pojištění a systému dostupné zdravotní péče v daných státech, legislativní rámec a reformy a rozpoznání osob, ohrožených omezeným či chybějícím zdravotním pojištěním a limitovaným přístupem k dostupné zdravotní péči) a outcome (proč došlo k legislativním změnám v systému, kterých skupin se změny dotkly a proč jisté problémy přetrvávají). Charakterizuje systém veřejného a komerčního zdravotního pojištění v ČR, systém veřejného a komerčního zdravotního pojištění v USA, srovnává jejich funkční a právní rámec, definuje kategorie pojištěnců dle pobytového statusu, zdroje a výše příjmu a odvozuje osoby, limitované v přístupu ke zdravotnímu pojištění a tím i zdravotní péči. Vyvozuje a analyzuje příčiny a důsledky tohoto stavu a sleduje politické změny a strategie, zaměřené na usnadnění přístupu k pojištění, zdravotní péči, zlepšení zdravotního stavu populace a snížení dluhů a exekucí, spojených s těmito službami. Výchozí problém spočívá ve způsobu nabytí zdravotního pojištění, jeho fungování a dopadech jeho neplacení. Tyto dva odlišné systémy generují určité předpoklady, ale i problémy.

V USA fungující federální programy zdravotního pojištění Medicare a Medicaid byly do roku 2010 úzce vymezené a obecně převládalo komerční zdravotní pojištění, které by museli využít ti, kteří nesplnili podmínky federálních programů. Kvůli jeho vysoké ceně však zůstávaly bez pojištění nejen osoby bez povolení k pobytu, ale i osoby s nízkým příjmem a osoby odmítané komerční pojišťovnou kvůli diagnóze, předcházející uzavření pojištění (preexisting conditions). Povinnost mít uzavřené zdravotní pojištění zavedla reforma prezidenta **Barracka Obamy**, známá jako Patient Protection and Affordable Care Act (ACA, Obama

care 2010), jejímž výsledkem bylo mj. zavedení burzy pojištění (Marketplace), kde zdravotní pojišťovny nabízejí státem regulované zdravotní pojištění pro osoby, které si kvůli nízkému příjmu nemohou platit komerční pojištění a také zavedení povinnosti velkých zaměstnavatelů platit svým zaměstnancům zdravotní pojištění. Novela zákona z roku 2014 zakazuje zdravotním pojišťovnám uplatňovat preexisting conditions, což chrání chronicky nemocné. Vzhledem k tomu, že systém nebyl do této reformy povinný, chyběly nástroje a někdy i vůle k řešení situace nepojištěných osob. Absence zdravotního pojištění tak může být vedle osob bez povolení k pobytu nadále problémem osob s nízkým příjmem a ohrožených sociálním vyloučením, které se ve složitém systému neorientují.

Zdravotní pojištění v USA po této reformě zahrnuje komerční pojištění a rozšířené federální programy Medicare a Medicaid, přičemž míra krytí se řídí pojistným plánem. **Sara Rosenbaum** (2011) popisuje obecné fungování ACA policy a Medicare/Medicaid programů, jejich rozšíření a hodnotí je jako významný prvek, vedoucí k vytvoření systému veřejného zdravotního pojištění a dostupné zdravotní péče a snížení počtu nepojištěných obyvatel USA. Konkrétní pilíře a modely v praxi představují **Pooja U. Neiman** a kol. (2021) v kontextu chirurgie, ale uvádí i konkrétní opatření, aplikovaná za účelem zpřístupnit pojištění co nejširšímu okruhu osob. Na srovnání přístupu ke zdravotnímu pojištění mezi bělochy, černochoy a hispánci se zaměřili **Thomas C. Buchmueller** a kol. (2016), kdy zkoumali efekt této politiky na dostupnost zdravotního pojištění u jednotlivých skupin. Problémy s dostupností zdravotního pojištění a zdravotní péče však přetrvávají, neboť část populace jej stále nemá a vedle výdajů za pojištění zatěžuje osoby, včetně pojištěných, obecně vysoká spoluúčast za zdravotní úkony, pomůcky a léky. Z českých autorů popisuje přehledně problematiku zdravotního pojištění a zdravotní péče v USA zabývá **Helena Hnilicová** (2017), popisuje historii formování tohoto systému v USA před zavedením ACA policy a reflektuje problémy, uvedené výše jmenovanými autory.

Otázkou nedostupnosti zdravotní péče a zdravotního pojištění pro nízkopříjmové osoby v USA, ohrožené sociálním vyloučením, ztrátou domova kvůli exekuci a bezdomovectvím se zabýval **Nick Maguire** (2022), zmiňující jako jednu z příčin těchto problémů i dluhy za zdravotní pojištění a zdravotní péči, které mohou poskytovatelé péče a zejména zdravotní pojišťovny tvrdě vymáhat. Této problematice se v kontextu ČR věnují i **Ilja Hradecký** a kol. (2013), poukazující na to, že osoby, ohrožené sociálním vyloučením mohou mít díky občanství či trvalému pobytu v ČR veřejné zdravotní pojištění, avšak chybějící nebo propadlé dokumenty, dluhy u zdravotních pojišťoven i jinde a jejich životní

situace mohou tvořit bariéry v přístupu ke zdravotní péči, kontaktu s institucemi a úspěšnému znovuzачlenění se do společnosti. Specifický přístup vůči nim konvenční poskytovatelé služeb ne vždy zajišťují a zohledňují. Bariéry mohou zakoušet i osoby z odlišného sociokulturního prostředí, jak poukazují **Kučera** (2009) a **Lenka Linhartová** a kol. (2015), pokud se neorientují v systému zdravotní péče ČR a USA, pociťují nedůvěru vůči odlišně fungujícím institucím a také mohou vyžadovat specifický přístup s ohledem na normy jejich komunity a náboženství. Pomoc jim mohou poskytovat dobrovolníci a neziskové organizace, které mohou zprostředkovat i kontakt s institucemi. Text se jim věnuje okrajově.

V ČR funguje systém veřejného zdravotního pojištění, na něž vzniká zákonem daným osobám nárok a zároveň povinnost si jej zařadit, případně i sám hradit a komerčního zdravotního pojištění pro ty, kterým nárok a povinnost využívat veřejné zdravotní pojištění ze zákona nevzniká. **Jana Koláčková** (2009) definuje právní a funkční rámec systému zdravotního pojištění ČR, definuje jeho roli a význam a definuje skupiny dle původu a pobytového statusu osob, zdroje a výše příjmu, což jsou faktory, určující kategorii pojištěnce a plátce pojištění. Vzhledem k roku vydání tento článek neobsahuje novely zákona, vydané později za účelem řešení problémů v přístupu ke zdravotnímu pojištění u zranitelných osob v ČR, které **Koláčková** zmiňuje. Podrobnější a aktuálnější popis a zprávu o fungování systému zdravotním pojištění a zdravotní péči v ČR poskytuje kolektiv autorů **Lucie Bryndová, Lenka Šlegerová, Jana Votápková, Pavel Hroboň, Nathan Shuftan, Anne Spranger** (2023).

Novela zákona z 2. 8. 2021 zpřístupnila státem hrazené pojištění dětem cizinců, narozených na území ČR, po dobu prvních 60 dní života. Tato lhůta zajistí dítěti při narození státem hrazené zdravotní pojištění a rodičům dává prostor na vyřízení povolení k pobytu a zdravotního pojištění pro dítě dle pro ně platných zákonných podmínek. Před touto novelou se děti rodičů bez českého občanství či trvalého pobytu v ČR narodily bez zdravotního pojištění a rodiče do jeho vyřízení museli péči o dítě platit ze svého. To mohlo být nákladné a navíc komerční pojišťovny mohly odmítnout dítě s vážnou diagnózou. Dle Stanoviska veřejného ochránce práv v ČR (Křeček, Šimůnková, Vaverková, 2022), se jednalo o významnou pomoc zejména rodičům bez veřejného zdravotního pojištění, kteří tak museli tak sobě, ale i svým dětem platit komerční. Ministerstvo vnitra ČR (Linhart, 2023) uvádí novelu zákona z 1. 1. 2024, vylučující komerční pojištění pro děti cizinců do 18 let, které mají platné povolení k pobytu nebo o něj rodiče dítěte žádají a zařazuje tyto děti povinně do českého veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění těchto dětí však platí veřejné zdravotní

pojištění rodiče/opatrovník/poručník tak, jako se dříve platilo komerční pojišťovně.

Problematiku dostupnosti zdravotního pojištění a zdravotní péče pro uprchlíky z Ukrajiny v ČR, připravenost systému na ně a výzvy s tím spojené reflektují **Karolína Dobiášová** a kol. (2023), kde definují zákonný rámec a podmínky dostupnosti zdravotního pojištění a zdravotní péče pro tyto osoby, ale také limity a bariéry při jejím poskytování, dostupnosti a v komunikaci s poskytovateli služeb a úřady.

Helena Hnilicová a **Karolína Dobiášová** (2009) se zaměřují na problematiku komerčního pojištění v ČR, které je nákladné a obsahuje též mnoho výjimek a omezení v rozsahu a dostupnosti poskytované péče. Rozlišuje komplexní pojištění pro pobyty v ČR nad 90 dní (pojistný limit činí 400 000 eur) a pojištění nutné a neodkladné péče (léčebné výlohy s limitem 60 000 eur). **Marie Jelínková** (2007) popisuje strategie, včetně neregulérních, využívané osobami nepojištěnými a podpojištěnými pro získání potřebné zdravotní péče a reflektuje zkušenosti poskytovatelů péče s nimi. **Jaroslava Hasmanová Marhánková** a **Jitka Skálová** (2016) se zabývají kritikou povinného očkování dětí v ČR a dopady jeho absence. To však nemusí být jen problém dětí antivaxerů, ale také dětí, které povinné očkování v ČR nepodstoupily vůbec nebo jej podstoupily jen částečně či odlišně od české normy z důvodu dosavadního pobytu v zahraničí a též problému s chybějícím či omezeným zdravotním pojištěním při pobytu v ČR.

Dotazníkový výzkum kombinuje kvalitativní a kvantitativní přístup za účelem definování zranitelných osob s omezeným přístupem ke zdravotnímu pojištění a zdravotní péči v USA. Dotazník pro respondenty v USA byl distribuován během října až prosince 2024 primárně mezi návštěvníky farnosti a komunitního centra Visitation of Blessed Virgin Mary, Brooklyn Red Hook, New York. Farnost řídí členové zahraniční řeholní komunity, mající povolení k pobytu nebo občanství USA. Návštěvníci farnosti a komunitního centra pocházejí většinou z řad hispánské a černošské komunity, jejichž rezidentní a sociální status je různý, včetně osob s nízkým příjmem a bez povolení k pobytu. Někteří respondenti zaslali dotazník svým známým mimo tuto zónu, tudíž jsou zde i respondenti z Kalifornie a Minnesoty. Druhý dotazník byl určen pro naturalizovaného občana USA, který má dvojí občanství, pochází z ČR a může tedy srovnat ze svých zkušeností fungování a dostupnost zdravotní péče a zdravotního pojištění v ČR a USA, kde je nyní pojištěn.

Výzkumné otázky:

- Proč některé skupiny obyvatelstva v Česku a v USA žijí s nedostatečným či žádným zdravotním pojištěním, jaké jsou důsledky tohoto stavu a jak je dotčené osoby řeší?
- Proč mohou být děti cizinců v Česku nedostatečně pojištěny a jaké právní kroky byly učiněny za účelem rozpoznání těchto situací a jejich předcházení a efektivního řešení jejich příčin a důsledků?
- Proč byly v USA vytvořeny politiky zdravotního pojištění a péče Affordable Care Act, Medicare a Medicaid, jaký je jejich význam?
- Proč lékaři a zdravotní pojišťovny v USA poskytují informace o cenách za potřebné lékařské úkony nebo o částkách za poskytnutou péči pouze telefonicky či osobně, nikoli online nebo formou ceníku v provozovně?

2. Systém zdravotního pojištění v České republice

2.1. Význam a funkce systému veřejného zdravotního pojištění v ČR

Systém veřejného zdravotního pojištění se řídí zákonem (48/1997 Sb.), jehož koncepce spočívá v povinnosti zdravotních pojišťoven zajistit svým pojištěncům poskytovat zdravotní péči. Pojišťovny ji naplňují prostřednictvím smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotnickými zařízeními. (Jana Kolářková, 2010) Dle výkladu zákona je povinně placeno osobami s trvalým pobytem a povolením k dlouhodobému pobytu (splňují-li podmínky) v ČR za účelem udržení a zlepšování zdravotního stavu populace a zmírnění utrpení nemocných osob. Pro zajištění dostupného veřejného zdravotnictví pro všechny je dle principu solidarity povinnost platit zdravotní pojištění plněna formou odvodu ve výši 13,5 % ze zdanitelného příjmu (zaměstnanci) nebo formou záloh (osoby samostatně výdělečně činné, dále OSVČ). Získané prostředky jsou přerozděleny do fondů zdravotních pojišťoven, poskytujících veřejné zdravotní pojištění. Na stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR lze najít seznam forem zdravotnické péče poskytované státem. Systém zdravotního pojištění v ČR zahrnuje pojištěnce (příjemce služeb), poskytovatele zdravotní péče (zdravotnické zařízení) a pojišťovny (plátce služeb). Povinný plátce si vybírá jednu ze sedmi zdravotních pojišťoven a změnit ji může vždy 1x za 12 měsíců, vždy jen k 1. dni kalendářního pololetí (1. 1. a 1. 7.). Spoluúčast pacientů by neměla dle vyjádření MZČR přesáhnout 15 % z částky za provedený úkon a předepsané léky s doplatkem, přičemž v každé kategorii léčiv je jeden lék, plně hrazený pojišťovnou. (MZČR, 2018) Peníze, vybrané od plátců, směřují do všeobecného fondu

veřejného zdravotního pojištění, odkud se přerozdělují mezi veřejné zdravotní pojišťovny v ČR (VZP a šest dalších). Klíčovým zdrojem dat a informací o českém zdravotnictví a zdraví populace je Národní zdravotnický informační systém (ÚZIS). (Lucie Bryndová et al., 2023)

2.2. Povinní účastníci systému veřejného zdravotního pojištění v ČR obecně

Koláčková cituje čl. 31 Listiny základních práv a svobod, zakotvující právo každého na ochranu zdraví, tedy občanům i cizím státním příslušníkům. Též stanoví, že občané mají na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky za podmínek, stanovených zákonem a odkazuje na povinnost státu přispívat svými kroky a zdravotní péčí k ochraně občanů před zdravím ohrožujícími faktory a dbát na prevenci chorob a jiných jevů. Z různých důvodů se však tento režim fakticky nevztahuje pouzera občany ČR, ale i na vybrané skupiny cizinců, kterým ČR umožnila vstup do systému veřejného zdravotního pojištění. (Koláčková, 2010) Povinně vzniká účast na veřejném zdravotním pojištění v ČR osobám, splňujícím níže uvedené podmínky:

- občané ČR a osoby s povolením k trvalému pobytu (zaměstnanci i samostatně výdělečně činné osoby)
- zaměstnanci i bez trvalého pobytu, pokud má jejich zaměstnavatel sídlo či trvalý pobyt na území ČR
- osoby, žádající o mezinárodní ochranu
- osobám, požívajícím dočasné ochrany
- osobám, kterým byl udělen azyl
- v některých případech i osobám s uděleným vízem za účelem strpění pobytu. (Kancelář veřejného ochránce práv 2020)

Účastníky veřejného zdravotního pojištění v ČR jsou též občané států EU, které v ČR pobývají nad 90 dní, pracují zde nebo podnikají, případně jim ČR vyplácí důchod. Mohou ke svému zdravotnímu pojištění přihlásit i své ekonomicky neaktivní rodinné příslušníky, mající povolení k přechodnému pobytu (manželka/manžel, nezaopatřené děti). (Kancelář veřejného ochránce práv, 2020)

Pojištěncem veřejného systému zdravotního pojištění se stává i občan států, se kterými ČR uzavřelo mezinárodní smlouvu. Osoba se po dobu pobytu v ČR

může odhlásit ze systému zdravotního pojištění ve své vlasti, přihlásit se do českého a po návratu doloží pojišťovně doklad o platbě pojištění v ČR. Tak činí i český pojištěnec, přičemž ze systému povinného zdravotního pojištění je možné se odhlásit minimálně na 6 měsíců a maximálně na 2 roky. Žádost musí být podána předem a při návratu do ČR povinně dokládá platbu zdravotního pojištění v jiném státě. Patří zde USA, Japonsko, Turecko, Severní Makedonie, Srbska, Černé Hory, Albánie, Tunisko, Sýrie, Mongolsko, Bosna a Hercegovina. Další dohody pak existují mezi ČR a státy Maghrebu (Alžírsko, Tunisko, Maroko) a mezi ČR a Izraelem (ta je omezena jen na občany). V případě cizinců je důležité, zda tyto osoby zároveň nepodléhají předpisům jiného státu EU/EHS/Švýcarska/Spojeného království Velké Británie a Severního Irsku a dále nepodléhají-li předpisům druhého státu dle mezinárodních smluv). Cizincům s trvalým pobytem zdravotní pojištění vzniká získáním trvalého pobytu na území ČR a zaniká úmrtím pojištěnce, jeho prohlášením za mrtvého nebo ukončením trvalého pobytu na území ČR. OSVČ si platí pojištění formou záloh, zaměstnancům jej platí zaměstnavatel. (VZP ČR, 2025b)

Pojištěnci veřejných pojišťoven dostávají průkaz pojištěnce, jehož barva odkazuje na jejich status. Modrý průkaz, mající občané a osoby s trvalým pobytem v ČR, je v rámci EU/EHS platným Evropským průkazem zdravotního pojištění. Žlutý průkaz, obsahující rozsah zdravotní péče poskytovaný pojišťovnou, mají pojištěnci jiného státu, výpomocně registrováni u VZP (VZP ČR 2025a) Zaměstnanec bez trvalého pobytu získává jakožto pojištěnec zelený průkaz, platný po dobu jednoho roku. (Tesař, 2023) Přístup v ČR žijících cizinců ke zdravotnímu pojištění se tak liší podle pobytového statusu, zemi původu a kategorie plátce pojištění (zaměstnanec, OSVČ, OBZP, stát u osob v konkrétní životní situaci). Osoby, které nesplňují podmínky pro zařazení do povinného veřejného systému zdravotního pojištění, si musejí platit komerční zdravotní pojištění, mající formu pokrytí nutné a neodkladné péče a komplexní pojištění.

2.3. Kategorie plátců veřejného zdravotního pojištění

Pojištěnci veřejných pojišťoven v ČR jsou rozděleni dle zdroje a výše příjmu do kategorií plátců. Stát je plátcem zdravotního pojištění u osob, splňujících podmínky dané zákonem, pojištěnci však mají oznamovací povinnost vůči pojišťovně, jejíž porušení je sankcionováno a může vést k dluhům na zdravotním pojištění, zanikl-li tento nárok. Vzhledem ke způsobu nabytí veřejného zdravotního pojištění v ČR vzniká předpoklad, že občané ČR a osoby, narozené v ČR se statusem trvalého pobytu, jej mají. Problémy s jeho neplacením a dluhy

mohou nastat u osob, jejichž zdravotní pojištění nehradí stát, tedy osob bez zdanitelných příjmů (dále OBZP) a osob samostatně výdělečně činných (dále OSVČ) a dále u zaměstnanců, jejichž zaměstnavatel se nepřihlásil zdravotní pojišťovně jako plátcé pojištění. Systém zdravotního pojištění v ČR rozděluje plátců¹ na nestátní pojištěnce (zaměstnanci se zdanitelným příjmem, jimž platí zdravotní pojištění zaměstnavatel, OSVČ, OBZP) a státní pojištěnce (osoby, které z dočasných nebo permanentních důvodů nedosáhnou na zdanitelný příjem a splňují zákonné podmínky). (Bokšová, Randáková, 2006)

2.4. Děti cizinců v ČR

Děti cizinců v ČR jsou specifická skupina, neboť pro ně v oblasti zdravotního pojištění platí různé podmínky z hlediska pobytového statusu. Zde došlo k významné legislativní změně, kdy se děti cizinců do 18 let věku, mající udělený dlouhodobý pobyt na území ČR bez ohledu na jeho účel, stávají povinně účastníky veřejného zdravotního pojištění. Na děti s uděleným dlouhodobým vízem nebo děti s povolením k přechodnému pobytu rodinných příslušníků občana EU se to nevztahuje, tam jsou jiné podmínky.

Novela z 2. 8. 2021 umožnila dětem cizinců, narozeným na území ČR, užívat státem placené české veřejné zdravotní pojištění po dobu 60 dní od narození. Dále se pak přístup ke zdravotnímu pojištění dítěte odvozuje od pobytového statusu a pojištění dítěte u veřejné zdravotní pojišťovny hradí poté buď stát, splňují-li rodiče podmínky anebo rodič/opatrovník/poručník veřejné zdravotní pojišťovně. Veřejný ochránce práv tuto novelu velmi vítal, neboť do té doby se rodičům - cizincům, majícím komerční pojištění a krátkodobé vízum nebo povolení k dlouhodobému pobytu narodilo v ČR dítě prakticky bez pojištění. Do vyřízení komerčního pojištění pro dítě museli rodiče platit výdaje za péči sami, což mohlo být drahé a komerční pojišťovna mohla též odmítnout pojistit dítě s vážnou diagnózou. Komerční pojištění, které tyto děti musely mít, je drahé a limitované různými výjimkami. Rodiče jej tak buď neplatili, anebo platili jen omezené výlohy, nikoli požadované komplexní. Pojištění dítěte v zahraničí pak mohlo být neadekvátní. (Křeček, Šimůnková, Vaverková, 2022)

Novelou zákona z 1. 1. 2024 pak byly všechny osoby do 18 let s povolením k dlouhodobému pobytu povinně zařazeny do systému českého veřejného zdravotního pojištění. Dítěti, narozenému na území ČR, hradí po dobu prvních

¹ Podrobnější rozpis kategorií plátců viz <https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/2-1-platci-pojistneho-na-zdravotni-pojisteni>

60 dnů od porodu veřejné zdravotní pojištění stát. Rodiče s povolením k dlouhodobému pobytu musí toto povolení vyřadit i pro dítě a do 8 dnů od jeho nabytí jej přihlásit k veřejné zdravotní pojišťovně a platit u ní zdravotní pojištění dítěte stejně, jako kdyby jej dříve platili komerční pojišťovně. Dítě s povolením k dlouhodobému pobytu před daným datem, bylo-li předtím pojištěno komerčně, musí mít vyřízeno veřejné zdravotní pojištění, přímo navazující na poslední den platnosti komerčního pojištění. Vznikne-li prodleva, rodičům vzniká dluh za zdravotní pojištění dítěte za dny, kdy jej nemělo. Dané pojištění platí rodiče, ale veřejné pojišťovně. Komerční pojištění dětí v těchto případech zákon již neumožňuje. (Linhart, 2023) Pro srovnání, v USA se míra nepojištěných dětí do 19 let v chudobě zvýšila o 1,6 procentního bodu na 9,3 %. Tuto skupinu tvoří děti z chudých rodin s americkým občanstvím, děti imigrantů s povolením k pobytu a děti bez těchto dokumentů.

Děti z rodin s povolením k dlouhodobému pobytu mohou být přesto zranitelné, jelikož rodiče či jiní zákonní zástupci mohou zanedbávat svou povinnost a pojištění neuhradí. Cena pojistného k 1. 1. 2024 činila 2 552 Kč. Pokud rodiče nejsou schopni nebo ochotni pojištění dětem zaplatit, jsou děti ohroženy zanedbáním péče a dluhy za poskytnutou péči. Repotér Seznam media popsal případ dívky ze Slovenska, kterou v šesti letech hospitalizovali v plzeňské FN s popáleninami. Matka nedodala nemocnici doklad o pojištění dívky a dále nekomunikovala, proto nemocnice zatížila dluhem dívku, později umístěnou do ústavní péče v ČR, jakožto příjemkyni péče. Dívka to zjistila, až když jí exekutor začal strhávat příjem z brigády. Dle dívčiny advokátky situaci zhoršil i málo proaktivní přístup soudního poručníka při ochraně zájmů dívky. (Svoboda, 2020) Advokáti, zaměřující se řešení případů dětských dluhů, usilují o jejich odbourání a apelují na vznik novely, dávající zodpovědnost za dětské dluhy rodičům. Tyto dluhy totiž často vznikají kvůli špatné komunikaci nebo dysfunkci v rodině.

Dětem, které neměly po nějakou dobu české veřejné zdravotní pojištění, mohou také chybět povinná očkování, což je způsobeno neabsolvováním v ČR povinných očkování či přeočkování, odlišným očkovacím schématem oproti ČR anebo užíváním odlišných typů vakcín. V rámci komerčního pojištění dětí, které dříve neměly přístup k veřejnému, mohlo být takové očkování drahé anebo nebylo součástí balíčku. **Hasmanová Marhánková** a **Skálová** poukazují v článku *Kritika povinného očkování v ČR na právo mateřských škol*, (vyjma posledního povinného ročníku) odmítnout dle zákona dítě, které neabsolvovalo (byť jen některé) povinné očkování a nemá zároveň kontraindikace. Ze své školní praxe mám zkušenost s tím, že školy mohou odmítnout účast žáka bez zdravotního

pojištění na pobytové školní akci (škola v přírodě, sportovní kurzy). Mohou je odmítnout i ve volnočasových institucích. Dítě je tím omezováno v socializaci, osobnostním rozvoji a v budování vztahů s vrstevníky. (Hasmanová Marhánková et al., 2016)

Děti cizinců, splňující podmínky, mohou mít zdravotní pojištění placené státem. Ostatním dětem platí pojištění u veřejné zdravotní pojištění zákonný zástupce, podobně, jako jej před změnou zákona platili komerční pojišťovně. Níže jsou uvedeny kategorie dětských pojištěnců dle typu povolení k pobytu, na které se nevztahují podmínky rodinných příslušníků EU a smluvních zemí. Dítě narozené na území ČR je automaticky pojištěno u pojišťovny matky. Není-li matka dítěte účastníkem českého zdravotního pojištění, ale otec ano, bude dítě pojištěncem jeho pojišťovny. (MVČR, 2024)

- **Trvalý pobyt (má-li jej alespoň jeden z rodičů):** zdravotní pojištění dítěte hradí stát od okamžiku jeho narození, jelikož je dítě od narození vedeno jako osoba s trvalým pobytem do finálního rozhodnutí úřadů a má nárok na české veřejné zdravotní pojištění, placené státem. Při podání žádosti obdrží rodiče certifikát pro zdravotní pojišťovnu, potvrzující nárok na pojištění placené státem. Platí tak stejný postup jako u dospělých osob s nabytým trvalým pobytem. (Wimmer, 2023)
- **Povolení k dlouhodobému pobytu (nad 90 dní pobytu v ČR, má-li jej alespoň jeden z rodičů):** zdravotní pojištění dítěte po dobu 60 dní od narození hradí stát. Rodič s povolením k trvalému pobytu musí během této doby podat žádost o povolení k dlouhodobému pobytu i pro dítě. Dítě zůstává státním pojištěncem i během správního řízení. Poté hradí pojištění zákonný zástupce/poručník/opatrovník, mající vůči vybrané veřejné pojišťovně ohlašovací povinnost. Dítě je po obdržení statusu účastníkem veřejného zdravotního pojištění až do 18 let. (Průcha, 2023)
- **Držitelé krátkodobého víza (do 90 dní, má-li jej alespoň jeden rodič, podává se žádost na cizineckou policii):** pro dítě, narozené na území ČR rodičům s krátkodobým vízem, je potřeba také vyřídit krátkodobé vízum, jako mají jeho rodiče, aby pobývalo v ČR legálně. Za novorozené dítě platí zdravotní pojištění stát jen po dobu 60 dní, což nepokrývá plnou délku krátkodobého víza. Dítě, žijící po uvedené lhůtě bez povolení k pobytu nemá nárok na české veřejné zdravotní pojištění a mělo by opustit území ČR. Rodiče takového dítěte mohou mít zdravotní pojištění cizinců pro případ

nutné a neodkladné péče, které nejspíš pro pokrytí doby víza budou muset sjednat i dítěti u zdravotní pojišťovny ve své vlasti nebo v ČR. (Ismail, 2023)

2.5. Uprchlíci z Ukrajiny

Přístup ke zdravotnímu pojištění a zdravotní péči pro občany Ukrajiny definují zákony č. 65 až 67/2022 Sb. a nařízení vlády č. 206/2022 Sb. vyhlášené ke dni 21. 3. 2022, známé jako Lex Ukrajina. Osoby s dočasnou ochranou (první přidělení) jsou pojištěnci státu po dobu 150 dní, poté si osoby ve věku 18 - 65 let, které jsou v kategorii OSVČ nebo OBZP platí pojištění samy, zaměstnancům je hradí zaměstnavatel a za nezaopatřené děti do 18 let, studenty do 26 let a osoby od 65 let je i po této lhůtě hradí stát. Uprchlíci však narážejí na byrokratickou zátěž, jazykovou bariéru a nedostatek kapacit lékařů, který ovšem existoval již před uprchlickou vlnou. (Dobiášová et al., 2025) Lhůta 150 dní neplatí v okamžiku, kdy je člověku dočasná ochrana udělena podruhé. Nejsou-li zaměstnanci, pojištění pro OBZP stojí 2 552 Kč/měsíc, pro OSVČ 2 968. (OZP, 2024)

3. Osoby v ČR s komerčním pojištěním

Komerční zdravotní pojištění v ČR využívají osoby s dlouhodobým vízem nebo dlouhodobým pobytem, cizinci s přechodným pobytem rodinného příslušníka EU a osoby s vízem strpění. (Sdružení pro integraci a migraci, 2024) Zpráva **Hnilicové a Dobiášové** se zaměřila na situaci cizinců, odkázaných v ČR na komerční zdravotní pojištění kvůli nesplnění nároku na veřejné zdravotní pojištění. Osoby ze třetích zemí, pocházejících mimo státy EU a mimo státy dané mezinárodními smlouvami (tedy Ukrajinci, Vietnamci, občané států bývalé Jugoslávie a bývalého SSSR, Rusové, Mongolové aj.) mohou být u veřejných pojišťoven registrováni jen jako zaměstnanci, tudíž živnostníci, podnikatelé aj. včetně jejich rodinných příslušníků musejí mít tzv. komerční pojištění a dětem platit účast ve veřejném, mají-li povolení k dlouhodobému pobytu. Zmiňují statistiku, dle které je cca 100 000 – 130 000 osob v ČR odkázáno na komerční zdravotní pojištění², kryjící klientům buď komplexní péči (limit 400 000 EUR pro pobyty nad 90 dní) anebo jen nutnou a neodkladnou péči (limit 60 000 EUR pro pobyty do 90 dní).

Za hlavní nevýhody komerčního pojištění považují jeho limity v krytí péče a

² Výroční zprávy VZP

pojistné smlouvy, zohľadňujúci rizika u jednotlivých pojišťenců, zejména ve výši pojistného, měnícího se i s věkem. Pojišťovny mohou odmítnat pojistit osoby, trpící závažným chronickým onemocněním a vrozenou vadou a také osoby, kterým je takové onemocnění diagnostikováno, nemají ani jistotu uhrazení péče pojišťovnou. Pojišťovna může odmítnout proplatit i již poskytnutou péči s odůvodněním, že není zahrnuta ve smlouvě. Pojišťenci mohou navíc využít jen služeb smluvních lékařů daných pojišťoven. Užší rozsah kryté péče nezajišťuje dostatečnou péči v případě závažného a chronického onemocnění. Nezahrnuje například na inzulinu závislý diabetes, hemodialýzu, infekční nemoci včetně HIV/AIDS, léčbu závislostí, léčbu úrazů při rizikových sportech nebo vrozené vady. Nezahrnuje léčbu infekčních nemocí typu TBC, sexuálně přenosná syfilis, pro které však zároveň platí v ČR povinné léčení.³ Explicitně také vylučuje možnost léčení v odborných léčebných ústavech, což jsou právě TBC léčebny a psychiatrické léčebny. Léčba psychických onemocnění je dostupná jen omezeně v nemocnicích a pouze v rámci komplexního pojištění. Rozsah preventivní péče je také omezen. Zubní péče také není součástí standardu, takže vyžaduje připojištění. Náklady, spojené s tímto pojištěním, často hrazeným předem na 1 rok, mohou být zejména pro nízkopříjmové osoby a pro rodiny s dětmi likvidační. (Hnilicová, Dobiášová, 2009)

Jelínková vysvětluje, proč některé osoby v ČR žijí s nedostatečným zdravotním pojištěním, využívají jen omezenou zdravotní péči a představuje strategie těchto osob k jejímu získání, včetně neregulérních. **Jelínková** zmiňuje platnou legislativu, kdy lékař musí ošetřit v případě život ohrožujícího stavu i osobu bez zdravotního pojištění. Zmiňuje střet názorů, kdy jeden odmítá nepojištěným lidem přiznat právo na přístup ke zdravotnické péči a druhý jim jej přiznává jakožto základní lidské právo. Zmiňuje též otázku nezbytné péče a jejího rozsahu jako předmět kompromisu. Soucitný lékař také může příležitostně pomoci i lidem bez pojištění, nemajetným anebo bez adekvátního povolení k pobytu. **Jelínková** zmiňuje předpoklad, že cizinci, osoby bez pojištění a adekvátního povolení k pobytu jsou rovněž potenciálními příjemci zdravotní péče v ČR a míra jejich dostupnosti ovlivňuje nejen je, ale do jisté míry i českou společnost (přenašeči nemocí).

Jelínková zmiňuje také specifika výše uvedeného komerčního pojištění pro cizince (poskytuje jen VZP nebo pojišťovny s danou licenci). Pojištění komplexní, nebo kryjící neodkladnou péči, může obsahovat různé výjimky, je drahé a může i

³ Zákon o veřejném zdraví č. 258/2000

vyžadovat komplexní roční prohlídku. Dle jejího výsledku je smlouva prodloužena nebo zrušena, což vytváří nejistotu. Pojištěnci musejí také čerpat péči pouze u smluvních zařízení, neboť jinde by platili ze svého a pojišťovna nemusí klientovi výdaje uhradit. Zmiňuje problémy klientů zahraničních pojišťoven, jejichž úhrady se mohou ztratit, nepokryt plně danou péčí anebo pojišťovna nekomunikuje. Dle **Jelínkové** tyto osoby mohou zůstat v důsledku nepojištěné.

Jelínková poukazuje na problém nedostatečné kontroly platného zdravotního pojištění u osob, pobývajících v ČR na dočasné vízum (90 dní). Tuto povinnost mohou osoby porušovat skrze strategii „*odjezd do vlasti před vypršením víza – obnova víza – návrat do ČR*“, díky čemuž mohou v ČR de facto pobývat bez platného zdravotního pojištění. Podle **Jelínkové** jsou v přístupu ke zdravotnímu pojištění a lékařské péči nejvíce limitovány osoby legálně pobývajících, ale nelegálně pracujících anebo nelegálně pobývajících i pracujících. Kvůli svému statusu mívají omezený přístup k pojištění i potřebné zdravotní péči, mohou se vyhýbat zdravotnickým zařízením a mohou se též uchýlovat k neregulérním postupům, jak získat potřebnou lékařskou péči. Zde **Jelínková** zmiňuje osoby s falešným pojištěním a falešnou pojišťovnou, osoby pojištěné na základě kontraktu a osoby s nízkým pojistným krytím.

Jelínková uvádí nejčastější bariéry v přijímání a přístupu ke zdravotní péči u osob, nemajících zdravotní pojištění, povolení k pobytu nebo obojí. Zmiňuje kulturní a jazykové bariéry, kvůli kterým se osoby neorientují v možnostech získání zdravotní péče, pojištění a případně i nároku na české veřejné zdravotní pojištění. Neznalost, nedůvěra vůči institucím a strach z vyšetřování a deportace může vést k hledání primární pomoci uvnitř jejich komunity. Nízký příjem je překážkou, je-li potřeba zaplatit plnou spoluúcast. Jsou-li osoby vykořisťovány, mohou mít problémy najít potřebnou pomoc, jelikož mohou být sledovány, případně zavřené pod dozorem. Zmiňuje i selektivní faktor v případě migrantů, kdy mladí lidé mohou mít subjektivně méně zdravotních problémů než starší lidé, kteří by náročnou trasu v případě vážné nemoci nezvládli.

Specifické strategie k získání zdravotní péče zahrnují dle **Jelínkové** přímé platby, které však mají někteří lékaři tendenci odmítat, jakožto i takové pacienty, nejde-li o urgentní péči. Takové platby mohou být pro pacienta drahé, lékař může žádat částku 3 - 4x vyšší než při péči o pojištěnce. **Jelínková** též zmiňuje zneužití kartičky pojištěnce, které jsou falešné, anebo jsou pravé a platné, avšak prokáže se jimi jiná osoba nebo pojistná smlouva vypršela před datem na kartičce a nebyla obnovena, tudíž poskytnutá péče nebude pojišťovnou uhrazena. Registr zahraničních dlužníků na pojištění v ČR chybí, lékaři tak vyžadují i průkaz

totožnosti, kvůli čemuž mohou řádně nepojištění lidé často měnit lékaře. Poskytovatel péče může navrhnout splátkový kalendář při nutnosti přímé platby, praxe také ukázala, že rychle získané finance mohou být spojeny s půjčkou či klientelismem. Síť neziskových organizací a občanských iniciativ (La Strada, Rozkoš bez rizika, Medici na ulici, Charita, Maltézská pomoc, Armáda spásy) může zajistit základní zdravotní péči buď u spolupracujících lékařů, v nízkoprahových centrech, nebo prací v terénu a zviditelňují se formou kampaní, letáky nebo terénní prací v ulicích či v hotspotech⁴. Rady, jak ošetřit drobná zranění a zaléčit běžné nemoci lze získat i v lékárně, kde je možné zakoupit některé léky i bez předpisu. (Jelínková 2007)

4. Systém zdravotního pojištění v USA

4.1 Medicare, Medicaid a Affordable Care Act (ACA-Obama care)

Odstavec se zaměřuje na legislativní a funkční rámec současné politiky zdravotního pojištění v USA, definování jejich předpokladů, očekávání a cílů a hodnocení dopadů experty. **Rosenbaum** se zaměřuje obecně na proces vzniku politiky ACA (platné od 23. 3. 2010 a plně aktivované od 1. 1. 2014) a na další kroky, spojené s ustanovením zodpovědnosti jednotlivců a zaměstnavatelů a přiznáním dotací malým zaměstnavatelům, vznikem státní burzy zdravotního pojištění a rozšířením programu Medicaid. Poukázal na důležitá očekávání, spojená s tvorbou právního rámce pro systém zdravotního pojištění a zdravotní péče v USA a uplatněním dříve chybějícího zákona, obnášejícího v praxi téměř univerzální přístup ke zdravotnímu pojištění. Cílem zákona bylo snížit počet nepojištěných Američanů na polovinu (**Rosenbaum** uvádí, že by pojištění pokrylo 94 % osob, čímž by počet nepojištěných klesl o 31 % a nepojištěných by zůstalo asi 24 mil.) a zvýšit počet příjemců Medicaid o 15 milionů osob. (Rosenbaum, 2011) **Neiman** hodnotí politiku ACA v kontextu chirurgické péče, zmiňuje však tři důležité pilíře této legislativy. **Neiman** vysvětluje, že zpřístupnění pojištění bylo dosaženo opatřeními v soukromém (rozšíření pojištění od zaměstnavatele a vznik trhu pojišťoven Marketplace) i veřejném pojištění (rozšíření Medicaid ve veřejném pojištění, ponechání možnosti zahrnout děti do 26 let do pojištění rodičů). Dále v oblasti zlepšení péče zmínil nástroje k propojení plateb a kvality, například programy ACO (dobrovolné sdružení poskytovatelů koordinované a vysoce kvalitní péče), MSSP (sdílené úspory ve zdravotnictví) a program snižování hospitalizací. Snížení nákladů bylo dosaženo formou nového modelu

⁴ Místa se spontánní koncentrací sociálně vyloučených osob, bezdomovců, migrantů aj.

financování Bundled care. Tím by mohl klesnout počet nepojištěných Američanů, neboť osoby bez pojištění od zaměstnavatele mohly získat pojištění díky daňovým úlevám na pojistě a dotacím na sdílení nákladů, děti do 26 let mohly zůstat pod pojištěním rodičů se 100 % krytím nákladů na prevenci a rozšíření Medicaid skrze změnu limitů životního minima v USA zajistilo pojištění nízkopříjmovým osobám. **Neiman** však poukazuje i na legislativní výzvy, spojené se schválením ACA a deinvestice, které opětovně zvýšily počet nepojištěných osob o 1,7 milionu (v letech 2016 - 2018 byla míra nepojištěných osob 10 – 13,7 %). Dle **Neimana** to postihlo hlavně mladé dospělé, hispánce a nízkopříjmové osoby (příjem 125 - 150 tisíc USD/rok) a přínos tak nebyl pro všechny skupiny obyvatel stejný. (Neiman et al., 2021) **Buchmueller** a kol. vycházeli z dat American Community Survey (2008 - 2014) aby zjistili, jak ACA politika změnila pokrytí zdravotním pojištěním u dospělých bělochů, černochoů a hispánců. Zjistili, že 40,5 % hispánců a 25 % černochoů bylo v roce 2013 nepojištěných, příjemců Medicaid nebo soukromého zdravotního pojištění, ve srovnání s 14,8 % bělochy. S aplikací hlavních principů ACA (2014) se rozdíly mírně snížily, neboť podíl nepojištěných dospělých klesl o 7,1 procentních bodů u hispánců, dále o 5,1 bodů u černochoů a o 3 body u bělochů. Pokrytí vzrostlo ve státech, které přistoupily k rozšíření programu Medicaid. (Buchmueller et al., 2016) Pro srovnání, zatímco před přijetím zákona o dostupné péči (2010) činila míra nepojištěných v průměru 15 %, tak v roce 2023 činil počet nepojištěných obyvatel USA 26 milionů osob (8 % populace). Ustanovení zákona ACA (platné od roku 2014) umožnily rozšíření nároku na Medicaid a vytvoření trhů se zdravotním pojištěním, což mělo v jednotlivých státech různé výsledky, ale přispělo to ke snížení počtu nepojištěných osob na celostátní úrovni o 3 procentní body v prvním roce. (Peterson Foundation, 2024) Přístup ke zdravotnímu pojištění se též rozšířil díky opatření ministerstva zdravotnictví USA, které znemožnilo po jeho zavedení pojišťovněm odmítat a penalizovat pacienty s tzv. preexisting condition, trpící astmatem, diabetem, rakovinou a těhotné, což před zavedením daného opatření měly tendence činit. Těmto pacientům nemohou být snižovány ani dávky a nesmí jim být odmítnuta léčba. (Affairs (ASPA) 2014)

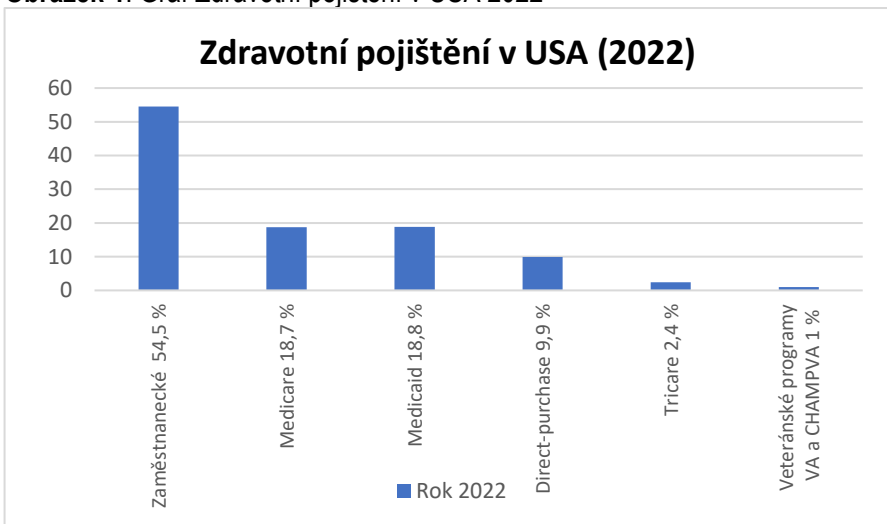
4.2 Medicare and Medicaid insurance

Systém zdravotního pojištění v USA funguje na principu plánu, daného pobytovým statusem a výší příjmu. Dosavadní komerční systém pojištění se rozšířil o vládou hrazené federální programy Medicare a Medicaid založené na věku, výší příjmu a diagnóze. Tyto programy mají odlišné vstupní podmínky,

avšak občan USA nebo držitel povolení k dlouhodobému pobytu může být jak v systému Medicare kvůli věku a diagnóze, tak v Medicaid kvůli nízkému příjmu.

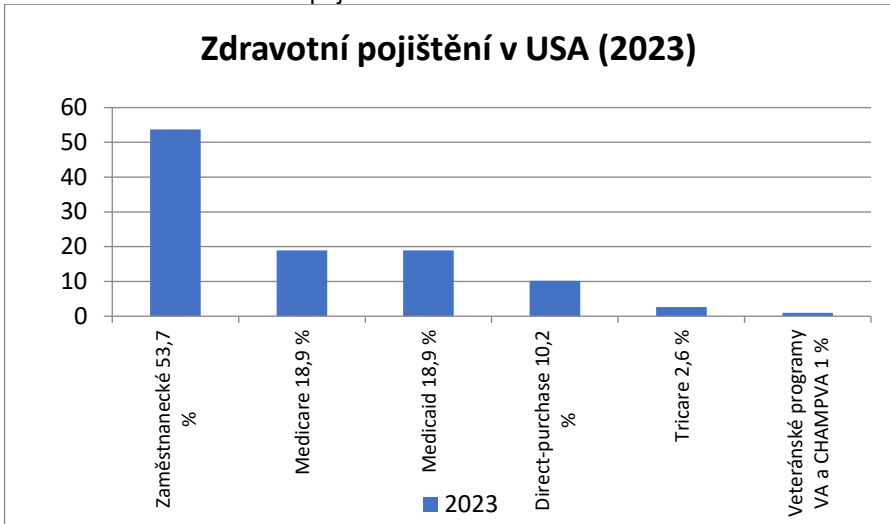
Federální program zdravotního pojištění Medicare je určen pro osoby nad 65 let, vymezené chronicky nemocné a postižené osoby, zejména nefrologičtí pacienti mají garantovanou nejlepší péči. Program má čtyři části (A pokrývá nemocniční péči, B návštěvy lékaře, C zahrnuje benefity a míru spoluúčasti, D pokrývá léky na předpis). Osoby na sociálních dávkách jsou do Medicaid A a B zařazeny automaticky od věku 65 let. Registrace je zdarma, ale vyžaduje i registraci do části D a Medigap (pojištění ke zmírnění doplatků). V případě zaměškání termínu registrace či potřeby změny jsou během roku dostupná otevřená období pro registraci. Medicaid je společný federální program pro děti a dospělé, kteří mají příjem pod hranici životního minima, dále těhotné ženy, ženy, vyživující nezletilé nebo nesamostatné děti, nevidomé a lidi, kteří jsou neschopní práce. Klienti programu mají nárok na nemocniční i domácí lékařskou a ošetrovatelskou péči, zobrazovací metody a laboratorní vyšetření. (Hnilicová, 2017) Některé státy mohou nabízet širší krytí u předpisů, fyzioterapie, zubní péče a lékařské přepravy. (Kagan et al., 2024) Grafy níže zobrazují nejčastější formy zdravotního pojištění v USA a jeho zastoupení. (Peterson Foundation, 2024)

Obrázek 1: Graf Zdravotní pojištění v USA 2022



Zdroj: Peterson Foundation 2024

Obrázek 2: Graf Zdravotní pojištění v USA 2023



Zdroj: Peterson foundation 2024

4.3 Reflexe naturalizovaného občana USA českého původu

Informace o podmínkách přístupu ke zdravotnímu pojištění a péči v USA byly získány formou dotazníkového šetření mezi obyvateli v USA. Můj zprostředkovatel poukázal na odlišné postavení osob s US občanstvím, povolením k pobytu (vízum, Green card) a osob bez dokumentů v přístupu ke zdravotnímu pojištění. Daná osoba vlastní dvojí občanství (CZ/US), působí v New Yorku jako řeholník (tudíž samostatně nevýdělečný) a zná jak český, tak americký systém zdravotního pojištění a péče. Daný respondent je naturalizovaným občanem USA, kde má zdravotní pojištění a je zapsán i v Medicaid kvůli nízkému příjmu.

Zdravotní pojištění v USA je realizováno formou plánu a jeho výše je dána pobytoým statusem a výší příjmu. Migranti s povolením k pobytu (držitelé Green cards, víza) mají přístup k federálnímu zdravotnímu pojištění a též ke komerčnímu, ale s nižším plánem. To znamená vyšší spoluúčast, než u držitelů plného plánu a pojištění tak kryje jen omezenou péči, například u praktického lékaře. Vyšetření u specialisty (zvláště u soukromého) znamená plnou spoluúčast, kterou lze však snížit návštěvou federální nemocnice. Osoby bez dokumentů pro získání nezbytné péče navštěvují obvykle federální nemocnici anebo pohotovost, kde však často slouží jen tzv. nurse practitioner. Tito

zdravotníci nemají kvalifikaci lékaře, mohou ale prohlédnout pacienta, předepsat léky a poskytnout první pomoc, nemohou však udělat specializované vyšetření. Lidé bez dokumentů musejí ale často platit plnou spoluúčasť ze svého, nemají totiž vždy přístup k federálním programům pojištění a soukromé pojištění může být drahé. Důsledkem je zanedbání zdravotního stavu a vznik dluhů u poskytovatelů péče.

Výši výdajů za zdravotní péči lékaři ani pojišťovny veřejně nesdělují z důvodu platných přísných zákonů o GDPR, dále kvůli tržní strategii lékařů a pojišťoven a konkurenci. Poskytovatelé péče si chtějí udržet klienty a musejí chránit jejich data. Lékaři proto poskytují informace o částkách za prováděné úkony jen osobně či telefonicky a není zvykem mít ceník úkonů vyvěšený v ordinaci. Také je potřeba se ujistit, že pojišťovna dané vyšetření proplatí, neboť někdy jej může pojišťovna zamítnout jakožto neurgentní. Lékař pak pacienta může informovat o tom, že jeho termín pojišťovna nepotvrdila a buď si tedy vyšetření zaplatí sám, nebo musí kontaktovat pojišťovnu, obhájit si urgenci vyšetření a získat příslib proplacení na jiný termín.

5. Specifické bariéry při dosažení zdravotní péče

Bariérám mohou čelit i osoby, které by měly nárok na veřejné zdravotní pojištění a v jistých případech by jej mohl za ně platit i stát. Může se jednat o osoby, ohrožené sociálním vyloučením kvůli nízkému příjmu, dluhům za zdravotní pojištění a poskytnutou zdravotní péči, ztrátě bydlení, ztraceným nebo propadlým dokumentům a dokladům, vystavené sociálně patologickým jevům a nemocem. Zdravotní pojištění v ČR je povinné pro osoby s povolením k dlouhodobému pobytu a též pro osoby s trvalým pobytem, které byly při porodu automaticky pojištěny u pojišťovny matky, případně otce, majících veřejnou zdravotní pojišťovnu. Předpokládá se tedy, že u zdravotní pojišťovny tyto osoby registrováni jsou, pokud však neprokázali nárok na státem hrazené pojištění, vznikl jim u pojišťovny dluh. V USA mohou být mezi nimi osoby, které si nejsou vědomy svého nároku na federální program. Potiže těchto osob v ČR i v USA mohou spočívat v neschopnosti řešit své problémy, nevědomosti o svých nárocích a možnostech pomoci a též ve strachu z dluhové pasti a problémů se zákonem.

Hradecký poukazuje, že bezdomovectví je komplexní problém, vyžadující komplexní řešení. V ČR jsou dle zákona bezdomovci pojištěnci, tudíž by pojišťovny měly péči uhradit, ač k tomu může chybět vůle. Mohou však mít dluhy

a následkem toho exekuce za nezaplacené zdravotní pojištění, nejsou-li v kategorii osob, za které platí pojištění stát. Tito lidé potřebují nejčastěji praktického lékaře, dermatovenerologa, psychiatra a detoxikační program, dále zubaře, gynekologa a následnou péči. Jejich zdravotní stav může být kvůli jejich způsobu života celkově zanedbán. Domovy se zvláštním režimem, kde bezdomovci mohou pobývat, nenabízejí zdravotní služby. Faktorem jejich dostupnosti je pro tyto lidi otevírací doba, blízkost místa obvyklého výskytu, nízký práh a minimum byrokracie. **Hradecký** poukazuje na potřebu lidskosti, důstojnosti a dodržování práv v přístupu k těmto lidem. Aplikace vhodných ekonomických a praktických postupů může přispět k posílení prevence, zlepšení zdravotního stavu, resocializace a zvýšení bezpečnosti v prostoru. Omezený přístup ke zdravotním službám může vyvolat nárůst jejich komunit, kriminalitu, zhoršení zdravotního stavu a šíření nemocí (TBC, Hepatitida A, B, C) a negativní reakce veřejnosti vůči nim, vyvolané obavami o svou vlastní bezpečnost. (Hradecký et.al., 2013)

Maguire zmiňuje, že zdravotní pojištění bylo v USA do zavedení ACA výsadou majetných osob a o chudé se v tomto směru stát nestaral. Programy ACA, Medicare a Medicaid přispěly ke snížení počtu nepojištěných občanů USA (ačkoli cca 28 mil. obyvatel zůstalo nepojištěno). **Maguire** však zmiňuje, že častou příčinou ztráty domova v USA jsou právě dluhy a exekuce kvůli zdravotní péči, pojišťovny tvrdě vymáhané. (Maguire, 2022)

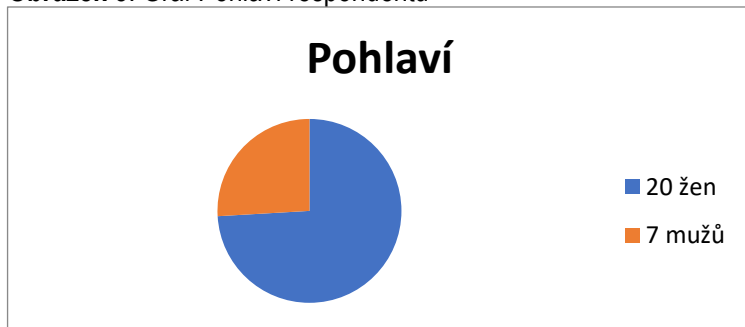
Bariéry v získání dostupné péče mohou zažívat v určité formě i osoby, pocházející z odlišného sociokulturního prostředí. (Kučera, 2009) Mohou mít nedůvěru vůči jinak fungujícím institucím, než je v jejich vlasti zvykem a vůči personálu a jejich postupu a z kulturních nebo náboženských důvodů je mohou odmítat. V ČR se to může týkat zejména lázeňské péče nebo turistů, vyhledajících lékařskou pomoc. V USA může být okruh širší vzhledem k pestřejší sociální struktuře. Ošetřování pacienta se tím může komplikovat a vyžaduje to porozumění a trpělivost pro získání důvěry. Proto je vhodné zajistit tlumočnicka a vysvětlit blízkým pacienta, jaké úkony budou prováděny, jaká opatření má pacient dále dodržovat (dieta, domácí péče) a jaké jsou možné důsledky jejich porušování. Kulturní a náboženské normy jsou dány například zásadou rituálně žádoucích úkonů, košer (judaismus) a halal (islám). Ty jsou známé například v oblasti stravy (měla respektovat tyto zásady, neboť pacient může odmítat jídlo a nádobí, které je „rituálně kontaminováno“). Pacienti a jejich blízcí mohou odmítat některé zdravotní úkony (pitvu nepovoluje islám, krevní transfúze Svědkové Jehovovi) a způsob ošetřování. Je vhodné, aby ošetřující a pacient byli

pokud možno stejného pohlaví, zvláště u ošetření intimních partií. Odhalovat by se měla jen místa nezbytně nutná. Pacientům může být nepříjemné hovořit o problémech, spojených s tělesnými tekutinami a vyprazdňováním. Intimní otázky jsou rovněž citlivé téma. Islám zakazuje mimomanželský sex, proto by svobodná žena neměla být dotazována na těhotenství a ponechána sama s cizím mužem, aby nebyla ohrožena její ctnost. Má-li osoba potřebu rituální modlitby a jiných podobných úkonů, je vhodné pokusit se o jejich umožnění a dopřát osobě soukromí. Na rituální předměty a pomůcky ošetřovatel nesáhá a nepřenáší je od osoby bez svolení. (Linhartová, Janků; Topinka, 2015)

6. Vyhodnocení dotazníku

Dotazník zaměřený na zjištění přístupu ke zdravotnímu pojištění a péči vyplnilo 27 osob (20 žen a 7 mužů ve věku 24 - 64 let), žijících v USA vesměs na východním pobřeží, kromě dvou respondentů z Minnessoty, resp. Kalifornie. Grafy v textu vycházejí z dat, získaných dotazníky. Jeden respondent je veden do 26 let pod zdravotním pojištěním svých rodičů, kteří si jej platí. Tato možnost je zajímavá, neboť takový „rodinný“ tarif mohl pokrýt v ČR žijící děti, kterým kvůli pobytovému statusu rodiny musejí platit zdravotní pojištění rodiče. Tyto děti nemusejí mít zdravotní pojištění kvůli neochotě nebo neschopnosti rodičů jej dětem zaplatit kvůli nedostatku peněz. V ČR mohou takto přihlásit na své pojištění jen občané EU/EHS, jejichž nezaopatřeným dětem platí zdravotní pojištění stát

Obrázek 3: Graf Pohlaví respondentů

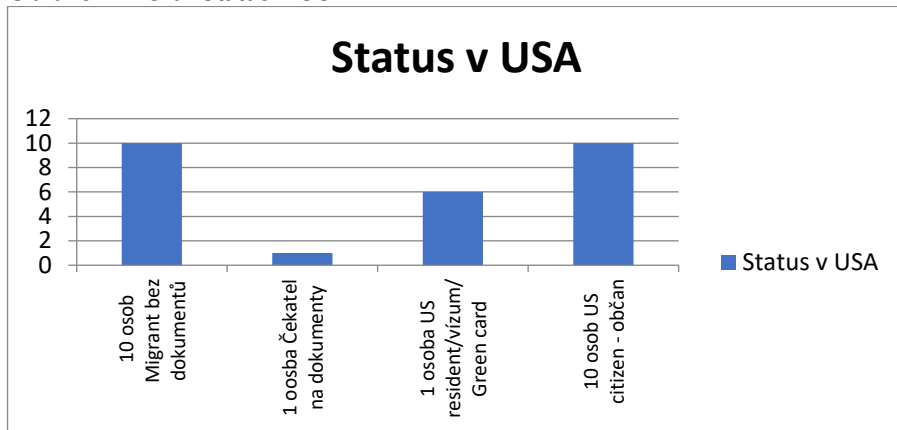


Zdroj: vlastní dotazník v USA, 2024

Přístup ke zdravotnímu pojištění a lékařské péči může být limitován chybějícím povolením k pobytu. Z řad migrantů bez dokumentů uvedlo 7 osob,

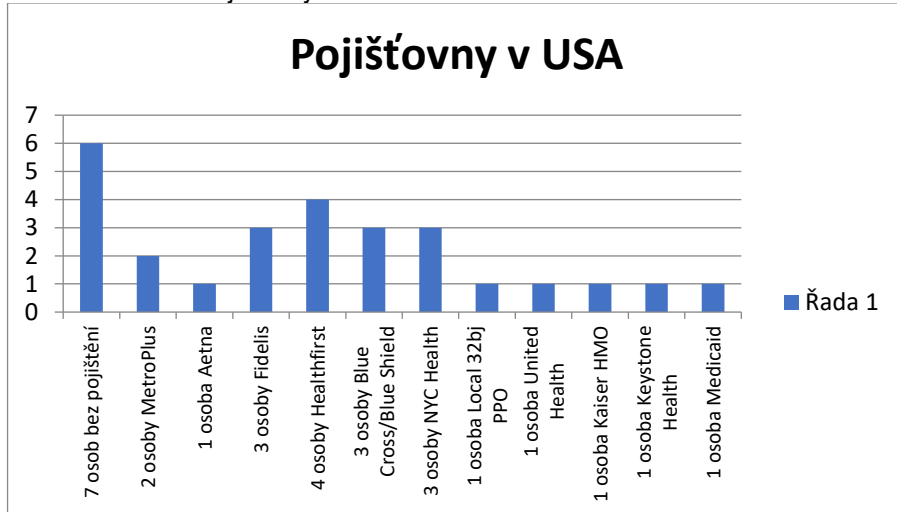
že práve tento fakt je pro ně překážkou v přístupu ke zdravotnímu pojištění a zdravotní péči. Přesto dva respondenti uvedli, že mají zdravotní pojištění, ač jsou bez dokumentů. Jeden respondent otázku nezodpověděl a zbylí respondenti nepocítují v přístupu ke zdravotní péči žádná omezení. V případě zdravotního pojištění mají některé osoby vedle komerčního pojištění také nárok na zařazení do Medicare nebo Medicaid.

Obrázek 4: Graf Status v USA



Zdroj: vlastní dotazník v USA, 2024

Obrázek 5: Graf Pojišťovny v USA



Zdroj: vlastní dotazník v USA, 2024

Tři osoby jsou též členy některého z federálních programů Medicare a Medicaid, přičemž dva ho využívají zároveň s komerčním pojištěním. Čtyři respondenti uvedli konkrétní diagnózu, vyžadující návštěvy lékaře-specialisty, konkrétně léčbu rakoviny s chemoterapií, diabetes a artritidu, autoimunitní onemocnění štítné žlázy a poškození očních nervů. Jeden respondent uvedl pravidelnou roční prohlídku a ostatní respondenti nic specifického neuváděli. Někteří pacienti uvedli i výši běžné spoluúčasti.

Tabulka 1: Shrnutí respondentů

Pohlaví a věk	Status	Pojištění	Diagnóza	Obvyklá spoluúčast v USD	Omezení v dostupnosti péče kvůli chybějícím dokumentům
Muž 43 let	imigrant	nemá	nevedl	2000	imigrační status - ano
Žena 24 let	US citizen by birth	Fidelis, do 26 let u rodičů	nevedl	nevedl	ne
Muž 33 let	imigrant bez dokumentů	nemá	nevedl	nevedl	imigrační status - ano
Žena 32 let	imigrant bez dokumentů	nemá	nevedl	nevedl	imigrační status - ano
Muž 59 let	US resident	Aetna	Diabetes, artritida	30	ne
Žena 47 let	US citizen	Healthfirst / Medicare	nevedl	nevedl	ne
Muž 45 let	US resident	Healthfirst / Medical*nečitelné	nevedl	40	ne
Žena 45 let	imigrant bez dokumentů	NYC health	nevedl	20	ne
Muž 48 let	imigrant bez dokumentů	NYC health	Chemoterapie a infuze 1x měsíčně	20	ne
Žena 41 let	US resident	Blue Cross	nevedl	nevedl	ne
Žena 64 let	US resident	Fidelis	nevedl	nevedl	ne
Žena 58 let	US citizen	Blue Cross / Blue Shield	nevedl	40	ne
Žena 36 let	Naturalized citizen	Metroplus/Medicaid	Autoimunitní zánět štítné žlázy, degenerace očních nervů	600	ne
Žena 45 let	US permanent resident	Local 32bjPPO	nevedl	1000	ne
Žena 47 let	imigrant bez dokumentů	nemá	nevedl	nevedl	Imigrační status - ano

Žena 43 let	imigrant bez dokumentů	Medicaid	nevedl	300	Imigrační status - ano
Žena 31 let	US citizen	Healthfirst	nevedl	nevedl	ne
Žena 44 let	US citizen	United health	nevedl	4300	ne
Žena 38 let	illegal	Fidelis	nevedl	nevedl	ne
Žena 46 let	čeká na dokumenty	Community Health Care NYC	nevedl	20	Legal status
Žena 62 let	US citizen	Blue Cross / Blue Shield	nevedl	25	nevedl
Muž 41 let	US resident	Healthfirst essential	nevedl	Dle toho, co si mohou dovolit	nevedl
Žena 43 let	imigrant bez dokumentů	Ne, chodí jen na emergency centra	nevedl	30 měsíčně a 250 při podrobném vyšetření	imigrační status - ano
Žena 55 let	US citizen	Keystone health	Každoroční prohlídka	30	ne
Žena 51 let	imigrant	Metro plus	nevedl	300	ne
Žena 49 let	US citizen	Kaiser HMO	nevedl	30	ne
Muž 48 let	US citizen	nemá	nevedl	500	nevedl

Zdroj: vlastní dotazník v USA, 2024

Plný plán pojišťovny poskytují nejčastěji občanům USA, zatímco osoby s povolením k pobytu mohou mít omezený plán, nepokrývající například návštěvu soukromé ordinace specialisty. Osoby bez dokumentů mohou mít potíže získat zdravotní pojištění, avšak osoby nad 65 jsou od 1. 1. 2024 automaticky členy Medicaid, což se vztahuje i na těhotné ženy po dobu těhotenství a ještě celý rok po porodu, dále na hendikepované a zrakově postižené. Někteří respondenti z New Yorku, žijící v USA bez dokumentů uvedli, že i bez dokumentů mají zdravotní pojištění. Nejspíše se bude jednat o některý z programů systému GetCoveredNYC, zahrnujícího jak programy pojištění, tak program pokrytí NYC Care, což není pojištění, ale zajištění dostupné zdravotní péče ve veřejných nemocnicích na území New Yorku. Pro osoby nízkopříjmové, které nedosáhnou na Medicaid, je dostupný NY State of health Essential plan. NY state of health Marketplace zahrnuje trh soukromých pojišťoven. Child health plus pokrývá péči dětí, které může být buď zařazeno v programu Children's Medicaid nebo Child health plus, což záleží na výši příjmu rodiny. Zvýhodněné pojištění, uváděné jako Employer-School sponsored plan, bývá zprostředkováno zaměstnavatelem nebo univerzitou.

Shrnutí

Fungování obou systémů stojí na odlišných principech a zákonitostech, čímž je jejich srovnání obtížnější. Přesto lze však najít společné prvky, jako jsou omezený přístup k pojištění pro osoby s neadekvátním pobytovým statutem, problémy, vyvolané absencí nebo neplacením řádného zdravotního pojištění anebo role zdravotních pojišťoven v řízení péče. Zajímavým prvkem u pojištění v USA jsou plány na komerční bázi, čímž se standard a míra kryté péče může u pojištěnců, včetně občanů, lišit. V ČR je standard a míra kryté péče pro občany a osoby s trvalým pobytem stejná, nadstandard je pak předmětem vyšší spoluúčasti. Výše a zdroj příjmu tak hraje v ČR roli zejména v zařazení do kategorie plátců a dále při výši spoluúčasti a doplatků (platební schopnost pacienta, když pojišťovna odmítá zaplatit drahou léčbu u vzácných nemocí anebo přispívá na terapie a zákroky jen do určité míry). Tento problém existuje i v USA, neboť tamní obyvatelé kritizují nízký standard a krytí a vysokou spoluúčast i při placení pojištění. V USA ovlivňuje výše příjmu i rozsah krytí lékařské péče (typ plánu) a je také podmínkou pro vstup do federálního programu. Český systém veřejného zdravotního pojištění sice vyžaduje po jeho účastnících placení pojistného v případě nečerpání péče, zároveň však pokrývá četné situace, kdy člověk nemá po určitou dobu zdanitelný příjem a splní-li podmínky, stát v tom případě zaplatí pojistné za něj. Obyvatel ČR má tak možnost v těžké životní situaci získat tuto podporu a nemusí platit péči plně ze svého a zároveň stát vytváří zákony a postupy ke snížení počtu těchto samoplátců zdravotní péče a pojištění.

Veřejný systém zdravotního pojištění v ČR a v USA garantuje přístup ke zdravotnímu pojištění osobám, které splňují podmínky pro jeho získání, ale mají závažné diagnózy. Tito klienti byli v USA dříve pojišťovnami odmítáni a penalizováni. V ČR tato problematika přetrvává u osob, kterým pojišťovna nechce schválit drahý lék nebo terapii a jejich stav je jen zmiřován dále u osob, odkázaných na komerční pojištění, které obsahuje řadu výluk a je drahé. Tento problém se odboural u rodin dětí do 18, respektive 26 let u studentů s povolením k dlouhodobému pobytu. Tyto děti jsou díky novele povinně pojištěny u českých veřejných zdravotních pojišťoven (komerční již nelze uzavřít) a u novorozenců v této kategorii platí také stát pojištění po dobu prvních 60 dní života dítěte, narozeného na území ČR. To bylo velmi důležité pro rodiče, jelikož jejich dítě nemělo v okamžiku narození zdravotní pojištění a v případě nemoci, hendikepu nebo předčasného narození se mohly náklady za péči navýšit a komerční

pojišťovna mohla odmítnout dítě pojistit.

Bariéry v přístupu ke zdravotnímu pojištění a dostupné zdravotní péči zažívají samozřejmě osoby, žijící v ČR a USA bez zdravotního pojištění, což jsou v USA osoby, které si jej dosud nevyřídily a osoby bez povolení k pobytu. V ČR to jsou osoby, žijící bez povolení k pobytu, nelegálně pobývajících, pracujících anebo obojí anebo děti s povolením k dlouhodobému pobytu, kterým zdravotní pojištění musí platit zákonný zástupce, ale nečiní tak. Příčinou může být také neochota platit pojištění, když nepotřebují péči a nízký příjem, který tomu brání. Platit komerční pojištění v ČR, natož USA, je drahé a osoby v USA, které by si jej měly platit kvůli nesplnění životního minima nebo nemožností užívat zaměstnanecký program, mohou být zatíženi platbou pojištění a obecně vysoké spoluúčasti. V ČR stát sice neplatí pojištění OBZP a OSVČ, které si jej hradí ze svého, stále se však jedná o veřejné zdravotní pojištění, takže má stejný standard a míru krytí jako u zaměstnanců a státních pojištěnců a je levnější. Komerční pojišťovny mají různé podmínky, vyluky a mohou odmítnout proplatit i již poskytnutou péči jakožto mimosmluvní úkon. Pacient musí zjišťovat, kolik stojí konkrétní úkon, je-li nepojištěn, lékař není smluvní s jeho pojišťovnou anebo není úkon hrazen ze zdravotního pojištění. Zejména v USA lékaři ani pojišťovny tyto údaje nejsou svolní zveřejňovat kvůli GDPR, tržním praktikám a strachu ze žalob. V USA není zvykem zveřejňovat cenu úkonů v ordinaci, vesměs jsou sdělovány osobně nebo telefonicky na dotaz. V českých ordinacích bývají některé nehrazené úkony (některá očkovaní, posudky, laserové ošetření aj.) zveřejněny, cenu běžných úkonů pro nesmluvní či nepojištěné pacienty se však dotyčný dozví, až když je v ordinaci zjištěn status pojištění, anebo když dostane v nemocnici fakturu po provedení nezbytného zákroku při život ohrožujícím stavu a následné léčbě. Zdravotní pojišťovny v ČR mohou mít klientskou aplikaci, umožňující pojištěncům sledovat mj. i čerpanou péči a cenu za úkony. Je zajímavé sledovat, kolik stojí např. prohlídka u lékaře, vydání receptu anebo vypsání neschopenky a uvědomit si, že nepojištěný si to vše hradí sám.

Dluhy kvůli pojištění a zdravotní péči vznikají buď neplacením pojistného (v ČR neodváděním odvodů u osob s trvalým pobytem a nesjednáním si pojištění u osob s dlouhodobým pobytem a v USA neplacením smlouvy) a neschopností platit výdaje za léčbu, spojené s plnou či vysokou spoluúčastí (v ČR u osob mimo veřejné pojištění a v USA u nepojištěných, podpojištěných a nízkopříjmových osob). Dluhy mohou vyústit v exekuce, což je i důvod, proč některé osoby na okraji společnosti nepracují anebo pracují načerno, aby jim exekutor nevzal peníze. Výdaje na zdravotní péči mohou také zapříčinit nedostatek prostředků na

jiné základní potřeby a osoby se ocitají v hmotné nouzi, jejíž tvrdé dopady může snížit pomoc neziskových organizací, sociálních pracovníků anebo fundraisingová kampaň.

Oba systémy znají pojem smluvní lékař, kdy nesmluvní lékař může pacienta odmítnout nebo mu naučťovat plnou cenu ošetření. Zdravotní pojišťovna v ČR i USA může pacientovi pomoci najít smluvního lékaře, když dosavadní lékař ukončil praxi a je obtížné najít nového (tato služba má však také své limity, zejména v jistých regionech a oborech). Pojišťovny v USA mají přehled lékařů s fotografiemi, specializací a praxí, ze kterých vybírají svým klientům lékaře, avšak případná změna na žádost pacienta může trvat až měsíc, což může být v ČR flexibilnější.

Považuji za uživatelsky vstřícnější český systém zdravotního pojištění, neboť je solidárnější, dává dle mého názoru vyšší míru sociálních jistot v oblasti dostupné zdravotní péče ve stejné míře širokému spektru populace a netrpí-li člověk extrémně vzácnou nemocí nebo těžkým postižením, je spoluúčast u hrazených výkonů přijatelná. V USA mohou být dluhy za poskytnutou péči likvidační a ve větší míře negativně dopadají na kvalitu života osob. V USA mohou mít také jednotlivé federální státy různou míru krytí u federálních programů, také dostupnost a úroveň zdravotní péče. Což je sice i problém v ČR, ale pojištění platí na území celého státu stejně. Struktura systému tak může být méně přehledná a pojišťovny v USA si účtují peníze i za pomoc zprostředkovatele zdravotního pojištění, který by měl pomoci osobám najít pro ně dostupný a adekvátní plán. Také mi český systém připadá solidárněji orientovaný a tudíž otevřenější vůči reformám, zpřístupňujícím zdravotní pojištění a péči zranitelným osobám, ohrožených diskriminací.

Literatura:

- AFFAIRS (ASP), Assistant Secretary for Public, 2014. Pre-Existing Conditions. US Department of Health and Human Services [online] [vid. 2025-02-18]. Dostupné z: <https://www.hhs.gov/healthcare/about-the-aca/pre-existing-conditions/index.html>
- BOKŠOVÁ, J., RANDÁKOVÁ, M., 2006. Příjmy a výdaje systému veřejného zdravotního pojištění a jejich vliv na finanční výkaznictví zdravotních pojišťoven. Český finanční a účetní časopis [online]. 2006(1), 135-149 [vid. 2025-03-02]. ISSN 18054838, 18054838. Dostupné z: doi:10.18267/j.cfuc.133
- BRYNDOVÁ, L., ŠLEGEROVÁ, L., VOTÁPKOVÁ, J., HROBOŇ, P., SHUFTAN,

- N., SPRANGER, A., 2023. Czechia: health system review 2023 | European Observatory on Health Systems and Policies [online]. podzim 2023. [vid. 2025-03-02]. Dostupné z: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/czechia-health-system-review-2023>
- BUCHMUELLER, T. C., LEVINSON, Z. M., LEVY, H. G., WOLFE, B. L., 2016. Effect of the Affordable Care Act on Racial and Ethnic Disparities in Health Insurance Coverage. *American Journal of Public Health* [online]. 106(8), 1416-1421 [vid. 2024-10-18]. ISSN 0090-0036. Dostupné z: doi:10.2105/AJPH.2016.303155
- DOBIÁŠOVÁ, K., ANGELOVSKÁ, O., TĚŠINOVÁ, K. J., TULUPOVA, E., 2025. Resilience českého zdravotnického systému v reakci na příchod válečných uprchlíků z Ukrajiny. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* [online]. [vid. 2025-03-02]. ISSN 00380288, 2336128X. Dostupné z: doi:10.13060/csr.2024.026
- HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, J., SKÁLOVÁ, J., Centrum pro výzkum veřejného mínění AVČR, 2016. Kritika povinného očkování v ČR - charakteristika rodičů a diskurzivní rámce, které využívají [online]. 30. červenec 2016. [vid. 2024-11-22]. Dostupné z: <https://cvvm.soc.cas.cz/cz/cvvm/casopis-nase-spolecnost/prehled-clanku/75-2016-1/2074-kritika-povinného-ockování-v-cr-charakteristiky-rodicu-a-diskurzivni-ramce-ktère-vyuzivaji>
- HNILICOVÁ, H., 2017. Americké zdravotnictví a nejistá budoucnost Obamovy reformy [online] [vid. 2025-03-02]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2017-4/americke-zdravotnictvi-a-nejista-budoucnost-obamovy-reformy-61487>
- HNILICOVÁ H., DOBIÁŠOVÁ, K., 2009. Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR. 2009. B.m.: Praha: Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva.
- HRADECKÝ, I., ET. AL., 2013. Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020 [online]. srpen 2013. B.m.: MPSV ČR. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/koncepce.pdf/2746e466-787d-f865-f032-084e980ef14d>
- ISMAIL, N., 2023. Zdravotní pojištění cizinců pro děti. *InfoCizinci.cz* [online]. [vid. 2025-03-02]. Dostupné z: <https://infocizinci.cz/cr/zdravotni-pojisteni-cizincu-pro-deti/>
- JELÍNKOVÁ, M., 2007. Přístup (ne)legálních migrantů ke zdravotní péči : Migrace Online. *migraceonline.cz* [online] [vid. 2024-02-22]. Dostupné z:

- <https://migraceonline.cz/cz/e-knihovna/pristup-ne-legalnich-migrantu-ke-zdravotni-peci>
- KAGAN, J., RHINEHART, Ch., ECKER, J., 2024. What Is Medicare? How It Works, Who Qualifies, and How to Enroll. Investopedia [online] [vid. 2024-10-18]. Dostupné z: <https://www.investopedia.com/terms/m/medicare.asp>
- KANCELÁŘ VEŘEJNÉHO OCHRÁNCE PRÁV, 2020. Zdravotní pojištění cizinců [online]. prosinec 2020. B.m.: Kancelář veřejného ochránce práv. Dostupné z: <chrome-extension://efaidnbmnnnbpcajpcjpcglclefindmkaj/https://www.ochrance.cz/letaky/zdravotni-pojisteni-cizincu/zdravotni-pojisteni-cizincu.pdf>
- KOLÁČKOVÁ, J., 2010. Přístup cizinců k bezplatné zdravotné péči na základě veřejného zdravotního pojištění. In: Dny práva - 2010- Days of Law: Dny práva - 2010 - Days of Law [online]. Brno: MUNI, s. 1125-1132. ISBN 978-80-210-5305-2. Dostupné z: https://www.law.muni.cz/sborniky/dny_prava_2010/files/intro.html
- KŘEČEK, S., ŠIMŮNKOVÁ, M., VAVERKOVÁ, B., 2022. Sborník stanovisek veřejného ochránce práv-Zdravotní pojištění [online]. 2022. B.m.: Kancelář veřejného ochránce práv. Dostupné z: <chrome-extension://efaidnbmnnnbpcajpcjpcglclefindmkaj/https://www.ochrance.cz/media/zdravotni-pojisteni.pdf>
- KUČERA, 2009. Základy ošetřování pacientů islámské komunity. Zdraví.euro.cz [online] [vid. 2024-02-22]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/zaklady-oseetrovani-pacientu-islamske-komunity/>
- LINHART, M., 2023. Změny v přístupu ke zdravotnímu pojištění pro osoby mladší 18 let s dlouhodobým pobytem v České republice od 1. 1. 2024. ipc.gov.cz [online] [vid. 2025-03-02]. Dostupné z: <https://ipc.gov.cz/zmeny-v-pristupu-ke-zdravotnimu-pojisteni-pro-osoby-mladsi-18-let-s-dlouhodobym-pobytem-v-ceske-republice-od-1-ledna-2024/>
- LINHARTOVÁ, L., JANKŮ, T., TOPINKA, D., 2015. Multikulturní ošetřovatelství: péče o muslimské pacienty [online] [vid. 2024-10-21]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/11/multikulturni-oseetrovatelstvi-peco-muslimske-pacienty/>
- MAGUIRE, N., 2022. The Role of Debt in the Maintenance of Homelessness. Frontiers in Public Health [online]. 9, 810064 [vid. 2024-10-06]. ISSN 2296-2565. Dostupné z: [doi:10.3389/fpubh.2021.810064](https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.810064)
- MVČR, 2024. Pobyt dítěte narozeného na území České republiky. frs.gov.cz [online]. [vid. 2024-10-06]. Dostupné z: <https://frs.gov.cz/typy-viz-a>

- pobytu/obcane-tretich-zemi/pobyt-ditete-narozeneho-na-uzemi-ceske-republiky/
- NEIMAN, P. U., TSAI, T. C., BERGMARK, R. W., IBRAHIM, A., NATHAN, H., SCOTT, J. W., 2021. The Affordable Care Act at 10 Years: Evaluating the Evidence and Navigating an Uncertain Future. *Journal of Surgical Research* [online]. 263, 102-109 [vid. 2024-10-18]. ISSN 0022-4804, 1095-8673. Dostupné z: doi:10.1016/j.jss.2020.12.056
- PETERSON FOUNDATION, 2024. The Share of Americans Without Health Insurance in 2023 Remained Low. Peterson Foundation [online] [vid. 2025-02-18]. Dostupné z: <https://www.pgpf.org/article/the-share-of-americans-without-health-insurance-in-2023-remained-low/>
- PRŮCHA, A., 2023. Děti cizinců se od ledna stanou účastníky veřejného zdravotního pojištění. *dReport* [online] [vid. 2025-03-02]. Dostupné z: <https://www.dreport.cz/blog/deti-cizincu-se-od-ledna-standou-ucastniky-verejneho-zdravotniho-pojisteni/>
- ROSENBAUM, S., 2011. The Patient Protection and Affordable Care Act: Implications for Public Health Policy and Practice. *Public Health Reports* [online]. 126(1), 130 [vid. 2024-10-18]. Dostupné z: doi:10.1177/003335491112600118
- SDRUŽENÍ PRO INTEGRACI A MIGRACI, 2024. Zdravotní pojištění pro cizince mimo EU - Sdružení pro integraci a migraci. Sdružení pro integraci a migraci [online] [vid. 2025-02-20]. Dostupné z: <https://www.migrace.com/cs/poradna/informace-pro-cizince/cizinci-ze-zemi-mimo-eu/zdravotni-pojisteni-mimo-eu>
- SVOBODA, T., 2020. Popálenou ji v šesti letech ošetřovali. Skončila kvůli tomu v exekuci - Seznam Zprávy. *Seznam zprávy* [online] [vid. 2024-10-06]. Dostupné z: <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/popalenou-ji-v-sesti-letech-operovali-skoncila-kvuli-tomu-v-exekuci-89158>
- TESAŘ, J., 2023. Zdravotní péče a pojištění cizinců v České republice. Šance dětem [online] [vid. 2025-02-18]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/zdravotni-pece-pojisteni-cizincu-v-ceske-republice>
- VZP ČR, 2025a. 3.1. Pojištěnci - VZP ČR [online] [vid. 2025-02-20]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/3-1-pojistenci>
- VZP ČR, 2025b. Zdravotní pojištění cizinců - VZP ČR. *VZP.cz* [online] [vid. 2025-03-02]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/informace-a-zivotni-situace/zdravotni-pojisteni-cizincu>
- WIMMER, L., 2023. Zdravotní pojištění - země mimo EU. Centrum pro integraci

cizinců [online] [vid. 2025-03-02]. Dostupné z:
<https://www.cicops.cz/cz/socialni-poradenstvi/28-infoservis/zdravi/64-zdravotni-pojisteni-zeme-mimo-eu>