

**Souhrnná výzkumná zpráva
smíšeného výzkumu
o zdravotní péči a zdravotním stavu
cizinců v ČR**

Danica Schebelle

Jan Kubát

Jarmila Marešová

Ivana Olecká

Jan Žofka a kol. (ÚZIS)

VÚPSV, v. v. i., Praha

2020

Publikace byla schválena Ediční vědeckou radou ve složení:

doc. Ing. Ladislav Průša, CSc. (VÚPSV, v. v. i., Praha)
Ing. Martin Holub, Ph.D. (VÚPSV, v. v. i., Praha)
Mgr. Miriam Kotrusová, Ph.D. (FSV UK Praha)
doc. Ing. Robert Jahoda, Ph.D. (MU Brno)
Ing. David Prušvic, Ph.D. (MF ČR)
Ing. Jan Mertl, Ph.D. (VŠFS Praha)
Ing. Jan Molek, CSc. (JU České Budějovice)
doc. Ing. Olga Poláková, CSc. (Metropolitní univerzita Praha)

Monografie byla finančně podpořena z programu „Integrace cizinců 2019“ Ministerstva vnitra ČR, je součástí projektu „Zdravotní péče a zdravotní stav cizinců v ČR“.



MINISTERSTVO VNITRA
ČESKÉ REPUBLIKY

Vydal Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i.
Dělnická 213/12, 170 00 Praha 7
jako svou 581. publikaci
Vyšlo v roce 2020, 1. vydání, počet stran 245
Tisk: VÚPSV, v. v. i.

Recenze: Mgr. Dita Čermáková, Ph.D.
Mgr. Petr Wija, Ph.D.

Text neprošel jazykovou korekturou.

ISBN 978-80-7416-381-4 (print)
978-80-7416-382-1 (pdf)

<https://www.vupsv.cz>

Abstrakt

Souhrnná výzkumná zpráva přináší poznatky o specifikách veřejné zdravotní péče a zdravotním stavu cizinců z třetích zemí. Klade si za cíl přispět k již provedeným výzkumům v této oblasti a posunout hranici poznání o aktuální poznatky získané prostřednictvím smíšeného výzkumu, zaměřeného na vybrané oblasti vypovídající o důvěře cizinců v kvalitu poskytované zdravotní péče, jejich strategie při řešení zdravotních problémů a osobní přístup i zodpovědnost k vlastnímu zdraví. Smíšený výzkum zahrnoval vůbec poprvé realizovanou analýzu dostupných datových zdrojů Národního zdravotnického informačního systému pro celou ČR a pro specifické skupiny cizinců z třetích zemí a cizinců z členských zemí EU (mimo zemí EHP), provedenou Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR, jejíž výstupy jsou předmětem samostatné zprávy „Zdravotní péče a zdravotní stav cizinců na území ČR z dat NZIS 2009–2018“. Další významnou částí smíšeného výzkumu byla realizace dotazníkového šetření kvótním výběrem, který zahrnoval zkoumaný soubor 1 000 respondentů – cizinců se státní příslušností Ukrajiny, Vietnamu a Ruské federace pobývajících na území pěti vybraných krajů ČR. Zjištění získaná v rámci smíšeného výzkumu byla dále obohacena a rozšířena o zkušenosti expertů z lékařské praxe.

Vzhledem k období realizace smíšeného výzkumu nereflexuje souhrnná a dílčí výzkumná zpráva situaci v období šíření onemocnění covid-19, nicméně publikovaná zjištění mají vysoký potenciál pro formulaci adekvátních integračních opatření týkajících se zdravotního stavu a čerpání zdravotní péče cizinci a rovněž potenciál pro meziresortní jednání.

Klíčová slova: integrace; cizinci z třetích zemí; zdravotní péče o cizince; zdravotnická statistika; zdravotní stav; migrace

Abstract

The summary research report provides information on the specifics of public health care and the health status of foreigners from third countries. It aims to contribute to the research already done in this area and push the boundaries of knowledge about current knowledge gained through mixed research method, focused on selected areas of foreigners' confidence in the quality of health care, their strategies for solving health problems and personal approach and responsibility for own health. The mixed research included for the first time an analysis of available data sources of the National Health Information System for the whole Czech Republic and for specific groups of foreigners from third countries and foreigners from EU member states (outside EEA countries) performed by the Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic. The outputs of the analysis are the subject of a separate report "Health care and health status of foreigners in the Czech Republic from NHIS 2009–2018 data". Another important part of the mixed research was the realization of a questionnaire survey by quota sampling, which included a surveyed set of 1 000 respondents - foreigners with the citizens of Ukraine, Vietnam and the Russian Federation with place of residence in the territory of five selected regions of the Czech Republic. The findings of the mixed research were further enriched and expanded with the experience of experts from the medical practice.

Due to the period of realization of mixed research, the summary and partial research report does not reflect the situation in the period of covid-19 spread, however the published findings have a high potential for formulating adequate integration measures

concerning the health status and health care of foreigners as well as potential for interdepartmental negotiations.

Key words: integration; third-country nationals; health care for foreigners; health statistics; health condition; migration

Obsah

Seznam zkratk a pojmů	9
Úvod	11
Část I.....	13
1. Metodologie výzkumu	15
2. Demografické ukazatele populace ČR vztahující se ke zdravotnímu stavu	17
3. Zdraví, zdravotní stav a zdravotní péče	21
3.1 Zdraví	21
3.2 Zdravotní stav	22
3.3 Zdravotní péče.....	23
3.4 Zdravotní pojištění cizinců na území ČR	25
3.5 Údaje o cizincích čerpajících zdravotní péči v ČR	29
4. Statistika ÚZIS	31
5. Výsledky smíšeného výzkumu	32
5.1 Sociologie jako součást sociologie medicíny – formulace hypotéz a výzkumných otázek	32
5.2 Přehled vybraných výzkumů a odborných článků na téma problematiky zdraví a zdravotní péče cizinců v ČR	35
5.3 Expertní dotazování lékařů	42
5.4 Výsledky dotazníkového šetření hodnocení poskytované zdravotní péče	45
5.4.1 Výzkumné oblasti a nástroj dotazování.....	45
5.4.2 Popis zkoumaného souboru	46
5.4.3 Hodnocení poskytované zdravotní ambulantní péče	54
5.4.4 Hodnocení poskytované zdravotní péče během pobytu na lůžku ve státní veřejné nemocnici.....	62
5.4.5 Komunikace se zdravotnickým personálem	68
5.4.6 Kulturní odlišnosti a diskriminace.....	74
5.4.7 Strategie při řešení zdravotních problémů, přístup a zodpovědnost k vlastnímu zdraví.....	79
Část II	91
1. Metodický a legislativní rámec sledování cizinců v NZIS.....	93
1.1 Základní informace o NZIS	93
1.2 Identifikace cizinců v datech NZIS	94
1.3 Pravidla pro přidělování standardního rodného čísla cizincům a dětem narozeným cizincům na území ČR ze strany MVČR.....	96
1.4 Pravidla pro přidělování čísla pojištěnce cizincům, vedení a aktualizace Centrálního registru pojištěnců veřejného zdravotního pojištění (CRP) ve správě VZP.....	98

2. Zhodnocení dostupnosti a využitelnosti dat o cizincích v NZIS	100
2.1 Přehled zdrojů Národního zdravotnického informačního systému NZIS	101
3. Základní informace o registrech vyřazených ze zpracování podrobné analýzy	102
3.1 Národní onkologický registr (NOR).....	102
3.2 Národní registr kloubních náhrad (NRKN)	102
3.3 Národní registr nemocí z povolání (NRNP)	103
3.4 Informační systém narození (IS NAR)	105
3.5 Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD)	107
3.6 Národní registr pitev a toxikologických vyšetření (NRPATV)	108
3.7 Národní registr úrazů (NRÚ)	108
3.8 Národní registr kardiovaskulárních intervencí (NRKI)	109
3.9 Národní kardiologický registr (NKR)	110
3.10 Informační systém infekční nemoci (IS IN)	110
3.11 Informační systém List o prohlídce zemřelého (IS LPZ)	112
3.12 Roční výkaz o činnosti poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče L (MZ) 2-01.....	112
3.13 Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZZ)	113
3.14 Národní diabetologický registr (NDR)	114
4. Cizinci v Národním registru hospitalizovaných (NRHOSP)	115
4.1 Informace o metodice a dostupnosti dat o cizincích v NRHOSP.....	115
4.2 Vývoj počtu obyvatel a cizinců v ČR dle příslušnosti k EU	18
4.3 Vývoj hospitalizací pacientů dle příslušnosti k EU v lůžkových zdravotnických zařízeních v ČR	116
4.5 Hospitalizace cizinců ze zemí mimo EU dle příčin (kapitol MKN-10).....	125
4.6 Hospitalizace cizinců ze zemí mimo EU v krajích ČR.....	128
4.7 Hospitalizace cizinců ze zemí mimo EU podle druhů poskytovatelů lůžkové zdravotnické péče	132
4.8 Závěr	133
5. Zdravotní péče o cizince z dat ročního výkazu V (MZ) 1-01	135
5.1 Metodika výkazu o čerpání zdravotních služeb cizinci	135
5.2 Vývoj čerpání zdravotní péče cizinci v nemocnicích ČR	135
5.3 Charakteristiky cizinců mimo EU čerpajících zdravotní péči v nemocnicích ...	137
5.4 Způsob úhrady nákladů na zdravotní péči o cizince v nemocnicích ČR	139
5.5 Čerpání zdravotní péče cizinci v nemocnicích v krajích ČR	143
5.6 Vztah dat o čerpání zdravotní péče cizinci v nemocnicích ČR z dat výkazu V (MZ) 1-01 a NRHOSP	146
6. Národní registr reprodukčního zdraví (NRRZ)	147
6.1 Národní registr potratů	147
6.2 Národní registr asistované reprodukce	158
6.3 Národní registr rodiček	172
6.4 Národní registr novorozenců	178
6.5 Národní registr vrozených vad	183
7. Registr pohlavních nemocí (RPN)	187
7.1 Informace o zdroji dat a metodice	187
7.2 Vývoj počtu cizinců v letech 2009–2018.....	188
7.3 Počty cizinců dle věku a pohlaví	190
7.4 Počty cizinců v krajích ČR.....	191
7.5 Specifické výstupy za cizince mimo EU	194

8. Registr tuberkulózy (RTBC)	198
8.1 Úvodní informace o zdroji dat a metodice	198
8.1 Vývoj počtu cizinců v letech 2009–2018	199
8.3 Počty cizinců dle věku a pohlaví	201
8.4 Počty cizinců v krajích ČR	202
8.5 Specifické výstupy za cizince mimo EU	206
9. Informační systém Zemřelí (IS ZEM)	208
9.1 Informace o zdroji dat a metodice	208
9.2 Vývoj počtu zemřelých cizinců v letech 2009–2018	208
9.3 Struktura zemřelých cizinců podle věku a pohlaví	211
9.4 Počty zemřelých cizinců v krajích ČR podle místa bydliště	213
9.5 Struktura zemřelých podle nejvýznamnějších skupin příčin smrti	214
10. Celkové shrnutí	216
Doporučení	217
Závěr	219
Literatura	220
Přílohy	225

Seznam zkratk a pojmů

AIDS	syndrom získaného selhání imunity
AP CMU	informační systém správy zdravotního pojištění v EU
BOZP	bezpečnost a ochrana zdraví při práci
CRP	Centrální registr pojištěnců všeobecného zdravotního pojištění
ČP	číslo pojištěnce
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DRZAR	druh zdravotnického zařízení (číselník ÚZIS ČR)
EHS	Evropský hospodářský prostor
EHIS	Evropské výběrové šetření o zdraví
EREG	konsolidace zdravotních registrů pod jednotnou technologickou platformu
HIV	virus lidské imunitní nedostatečnosti
EU	Evropská unie
ISPV	Informační systém o průměrném výdělku
IT	informační technologie
IZPE	Institut zdravotní politiky a ekonomie
JTP	jednotná technologická platforma
KP	komplexní/komerční zdravotní pojištění cizinců
KZP	Kancelář zdravotního pojištění
MF ČR	Ministerstvo financí České republiky
MPO ČR	Ministerstvo průmyslu a obchodu České republiky
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MŠMT ČR	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky
MV ČR	Ministerstvo vnitra České republiky
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NIS	Nemocniční informační systém
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
RČ	rodné číslo
ROB	Registr obyvatel ČR
ŘSCP	Ředitelství služby cizinecké policie
Sb.	Sbírka zákonů

SLBD	sčítání lidí, domů a bytů
SPSS	americká softwarová firma dodávající statistický a analytický software
SUIP	Státní úřad inspekce práce
TBC	tuberkulózní onemocnění
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VŠPS	výběrové šetření pracovních sil
VÚBP	Výzkumný ústav bezpečnosti a práce, v. v. i.
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna/veřejné zdravotní pojištění
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZP	zdravotní pojišťovna

Úvod

Přístup cizinců ke zdravotní péči je nedílnou součástí nejen integrační politiky státu, ale i zdravotní politiky státu, a kromě jiných důležitých skutečností i součástí tzv. dalších opatření k podpoře integrace cizinců uvedených v rámci dokumentů „Postup při realizaci aktualizované Koncepce integrace cizinců. Ve vzájemném respektu 2018“ a „Zdraví 2020 – národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“. Projekt „Zdravotní péče a zdravotní stav cizinců v ČR“, jehož jedním z výstupů je tato souhrnná zpráva, byl realizován v rámci programu MV ČR „Integrace cizinců 2019“ a financován ze státního rozpočtu a kofinancován VÚPSV, v. v. i. Zdraví je dlouhodobě vnímáno i v rámci globální světové úrovně a v definici Světové zdravotnické organizace, je chápáno jako schopnost člověka vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Na základě této skutečnosti lze tedy zdraví vnímat jako cíl a zároveň prostředek k realizaci harmonického vývoje člověka (a tím i celé společnosti). Informace o zdravotním stavu a čerpání zdravotní péče nesou potenciál přispět k vytváření vhodných podmínek ze strany společnosti, tak aby lidé mohli svůj potenciál zdraví plnohodnotně uplatnit. Z tohoto důvodu je pro společnost České republiky nezbytné na základě relevantních dostupných tzv. tvrdých dat, poznatků expertů z praxe a situace mezi cizinci mapovat, doplňovat a zkvalitňovat informace o čerpání zdravotní péče a o zdravotním stavu cizinců pobývajících na území České republiky. Kromě tzv. tvrdých dat registrů NZIS je jednou z důležitých oblastí této problematiky také např. důvěra cizinců v kvalitu poskytované zdravotní péče v ČR nebo také strategie cizinců při řešení jejich zdravotních problémů. Další zajímavou oblastí je také osobní přístup a zodpovědnost k vlastnímu zdraví jednotlivých generací cizinců či různých státních příslušností. Zkoumané problematice byla již v rámci celé řady studií a výzkumů věnována pozornost, především z hlediska dostupnosti zdravotní péče a zejména z pohledu problematiky zdravotního pojištění cizinců. V menší míře se studie již v devadesátých letech věnovaly srovnání čerpání zdravotní péče cizinci a českou populací a později také tématům týkajícím se rizik přenosu nakažlivých nemocí a problematiky poskytování zdravotní péče, především z hlediska jazykové bariéry, kulturních a náboženských specifik. V omezené míře byla pozornost věnována také dostupnosti léčby psychických poruch a perinatální péče.

Náš výzkum si kladl za cíl přispět k již provedeným výzkumům v této oblasti a posunout hranici poznání o aktuální poznatky získané prostřednictvím smíšeného výzkumu, v rámci kterého byla realizována vůbec poprvé komplexní analýza dat cizinců z třetích zemí NZIS a realizováno dotazníkové šetření kvótního výběru zahrnující zkoumaný soubor s 1 000 respondenty z pěti vybraných krajů ČR. Souhrnná zpráva je sestavena ze dvou částí. První, hlavní část souhrnné zprávy (Část I.) je syntézou zjištění a poznatků získaných pomocí aplikovaného smíšeného výzkumu. Druhá část této souhrnné zprávy obsahuje analytický výstup NZIS zpracovaný odbornými pracovníky ÚZIS a slouží jako podklad pro první část této souhrnné zprávy.

Část I

1. Metodologie výzkumu

Hlavním cílem projektu zaměřeného na cílovou skupinu cizinců z třetích zemí žijících na území České republiky bylo zmapování specifík veřejné zdravotní péče a zdravotního stavu cizinců z třetích zemí, a to na základě analýzy dostupných datových zdrojů Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) pro celou ČR a pro specifické skupiny cizinců (cizince z třetích zemí a cizince z členských zemí EU¹). Paralelně s touto analýzou bylo připravováno a v měsících říjen až listopad 2019 realizováno dotazníkové šetření na území pěti vybraných krajů ČR s vyšším podílem cizinců z třetích zemí na populaci kraje v intervalu 37 % až 6 %: hlavní město Praha, Středočeský kraj, Jihomoravský kraj, Ústecký kraj a Plzeňský kraj.

Dílčí cíle projektu byly zvoleny a realizovány následujícími aktivitami:

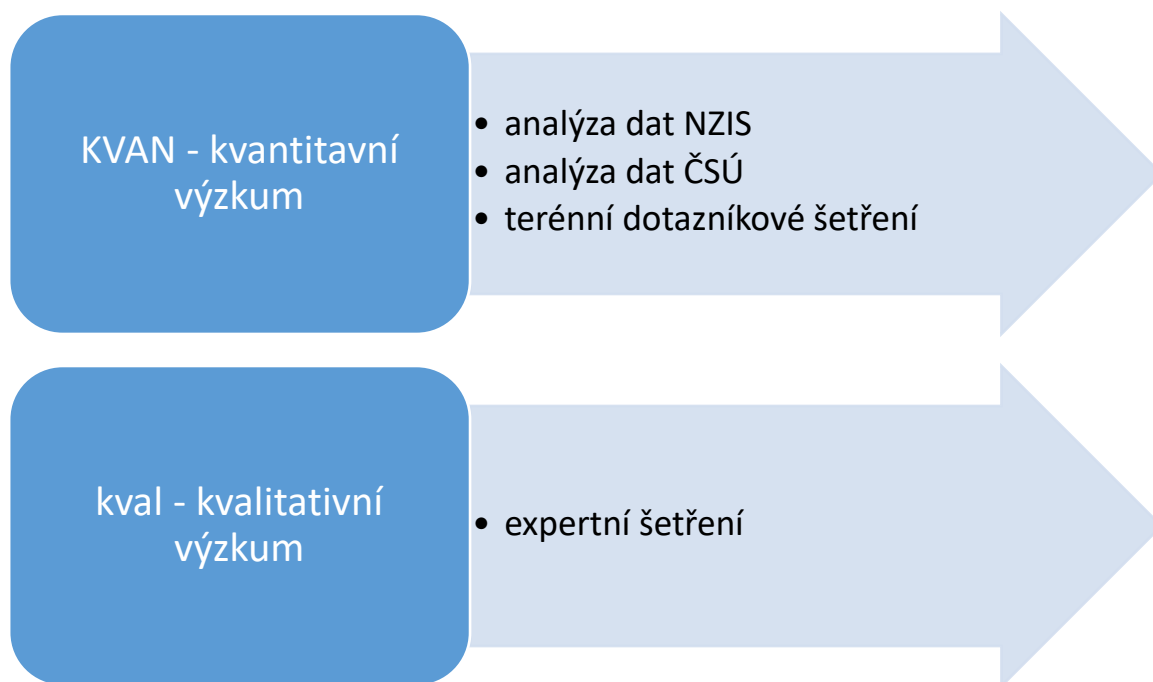
1. Sekundární analýza dostupných relevantních zdrojů, např. již realizovaných výzkumů ve zkoumané oblasti, a spolupráce s oslovenými experty na problematiku veřejného (popř. sociálního) zdravotnictví.
2. Analýza dostupných dat o čerpání zdravotní péče cizinci a o zdravotním stavu cizinců z třetích zemí (NZIS) pro potřeby dosažení bližšího poznání zkoumané problematiky. Ve spolupráci s odbornými pracovníky ÚZIS byly analyzovány veškeré statistické zdroje NZIS, a to včetně hygienických registrů a výkazů obsahujících informace o cizincích z třetích zemí. Tato analýza proběhla ve dvou dílčích etapách, kdy v první dílčí etapě proběhla analýza indikátorů.
3. Realizace terénního dotazníkového šetření zaměřeného na průzkum veřejného mínění cílové skupiny o zdravotní péči v ČR ve vybraných krajích ČR formou kvótního výběru určeného na základě dat poskytnutých ČSÚ.
4. Realizace dvou expertních šetření zaměřených na lékaře s pracovními zkušenostmi s cílovou skupinou a na zástupce státní správy (MZ ČR, MPSV ČR, MV ČR, MF ČR a SUIP).
5. Využití získaných poznatků pro specifikaci relevantních doporučení pro oblast integrace cizinců z třetích zemí v ČR.

Pro naplnění hlavního cíle projektu byl použit model simultánního kombinování metod smíšeného výzkumu (mixed method research designs), v rámci kterého byly použity metody kvantitativního výzkumu (analýza tzv. tvrdých dat a terénní dotazníkové šetření) a kvalitativního výzkumu (expertní šetření) paralelně, a to dle schématu KVAN-kval. model² (The QUAN-qual Model) – viz následující schéma. Expertní šetření tedy plnilo potřeby při doplnění vybraných informací obohacujících zjištění dosažená prostřednictvím použitých kvantitativních metod.

¹ Mimo nečlenských zemí EHP (Švýcarsko, Norsko, Lichtenštejnsko a Island).

² Velká, resp. malá písmena označují nadřazenost, resp. podřazenost výzkumné metody v rámci použitého modelu.

Schéma č. 1 **Simultánní KVAN-kval model výzkumu**



Pozn.: Velká, malá písmena označují nadřazenost, resp. podřazenost výzkumné metody v rámci použitého modelu.

Cílovou skupinou projektu byla populace cizinců se státní příslušností Ukrajiny, Vietnamu a Ruské federace s dlouhodobým a trvalým pobytem. Pro potřeby dotazníkového šetření byla tato skupina specifikována na populaci vybraných skupin cizinců z třetích zemí ve věku 18 a více let, přičemž v analýze tzv. tvrdých dat z národních registrů byla analyzována data vztahující se na celkovou populaci cizinců z třetích zemí.

Terénní dotazníkové šetření bylo realizováno ve spolupráci s výzkumnou agenturou ppm factum research, s.r.o., a zahrnovalo celkem 1 000 respondentů v kvótním členění dle dat poskytnutých ČSÚ – detailněji viz Příloha č.1 Technická zpráva ze sběru dat.

Výstupy projektu jsou následující:

1. Samostatná zpráva ÚZIS: **Zdravotní péče a zdravotní stav cizinců na území ČR z dat NZIS 2009–2018;**
2. Souhrnná výzkumná zpráva o výsledcích výzkumu VÚPSV: **Souhrnná výzkumná zpráva smíšeného výzkumu zdravotní péče a zdravotního stavu cizinců v ČR.**

2. Demografické ukazatele populace ČR vztahující se ke zdravotnímu stavu

Počet obyvatel ČR poprvé v roce 2017 překročil hranici 10,6 milionu a v průběhu roku 2018 se dále zvýšil na 10 650 tis. Obdobnou početní velikost měla Česká republika naposledy na konci druhé světové války. Na celkovém ročním přírůstku 39 745 se z převážné části podílela zahraniční migrace (saldo 38 629). Podíl cizinců na celkové populaci ČR dosáhl v roce 2018 hodnoty 5,3 %, což znamenalo, že se od roku 2007 zvýšil o 1,5 procentního bodu. Přírůstek přirozenou měnou, neboli rozdíl mezi počtem zemřelých a narozených v daném roce, činil jen 1 116. Živě narozených dětí bylo 114 036, což byla hodnota jen o málo nižší než v roce 2017 (114 405). Počet zemřelých dosáhl 112 920 osob, což bylo nejvíce od roku 2007. Ukazatel předčasné úmrtnosti, tj. počet zemřelých do 65. roku věku, dosáhl v roce 2017 hodnoty 19 946 osob za obě pohlaví, přičemž u mužů tato hodnota činila 13 645 osob a u žen 6 301 osob (pro srovnání v roce 2007 to bylo 18 089 osob u mužů a 8 164 osob u žen).

Index stáří dosáhl vlivem demografického stárnutí v roce 2018 hodnoty 123 osob starších 65 let na 100 dětí ve věku 0–14 let. Od roku 2007 (102) se tudíž podstatně zvýšil. Obdobně vzrostl i průměrný věk populace ČR, a to ze 40,3 roku v roce 2007 na 42,3 roku v roce 2018.

Naděje dožití při narození (střední délka života) se oproti předchozímu roku v roce 2018 zvýšila pouze nepatrně, a to u obou pohlaví shodně o 0,1 roku. U mužů tak dosáhla hodnoty 76,1 roku a u žen 81,9 roku. Za zhruba desetileté období, od roku 2007, vzrostla výrazněji u mužů, a to o 2,4 roku. U žen bylo toto zvýšení mírnější a činilo pouze 1,8 roku. V mezinárodním srovnání jsme ovšem ve střední délce života pod průměrem EU. V roce 2017 byla průměrná střední délka života mužů v EU-28 78,3 roku a u žen dosáhla hodnoty 83,5 roku. Srovnatelná hodnota střední délky života jako v ČR byla v roce 2017 u mužů patrná ve Slovinsku nebo Portugalsku. U žen je zhruba stejná naděje dožití při narození např. v Polsku.

Hrubá míra úmrtnosti, tzn. podíl zemřelých ke střednímu stavu obyvatelstva (v promilích), dosáhla v roce 2017 hodnoty 10,8 u mužů a 10,2 u žen. Od roku 2007 se tak u obou pohlaví zvýšila, a to z hodnoty 10,4 v případě mužů, resp. z 9,8 v případě žen.

Podíváme-li se na standardizovanou míru úmrtnosti (na 100 000 obyvatel), tj. ukazatel očištěný od vlivu věkové struktury, zjistíme, že v roce 2016 dosáhla za obě pohlaví hodnoty 1,206 (u mužů činila tato hodnota 1 533,9 a u žen 981,7)³. Od roku 2007 tak došlo u obou pohlaví u tohoto ukazatele k poklesu. Z mezinárodního srovnání je však patrné, že uvedená hodnota za obě pohlaví je viditelně nad průměrem EU-28, který byl v roce 2016 1 002,3. Srovnatelné hodnoty jako ČR, tj. 1 205,9, dosáhlo v roce 2016 pouze Estonsko. Ze srovnání je dále vidět, že většina původních zemí EU

³ Ke srovnání populací s různou věkovou strukturou se užívá specifického souhrnného ukazatele standardizované úmrtnosti. Je počítána buď přímou, či nepřímou metodou standardizace, kterých se obecně užívá pro odstranění zkreslujícího vlivu věkové struktury. Nejčastěji je výpočet proveden za užití metody přímé standardizace, kdy jsou věkově specifické úmrtnosti reálné populace aplikovány na populaci standardní. Jako standardní populace se obvykle uvažuje jednotka vyššího řádu, tj. například populace ČR, srovnáváme-li kraje. Obecně je však k hodnocení úmrtnosti nejčastěji užíván "světový" či "evropský standard" (*věková struktura modelové populace stanovená Světovou zdravotnickou organizací*). Standardizovaná úmrtnost se běžně uvádí v přepočtu na 100 000 obyvatel. Přepočtem podle příslušného vzorce získáváme hodnotu úmrtnosti, která by se vyskytovala v reálné populaci za předpokladu, že její věková struktura by odpovídala věkové struktuře populace standardní.

(s výjimkou Německa, Dánska a Portugalska) vykazuje hodnoty výrazně nižší, než je průměr EU-28, přičemž nejnižší hodnoty tohoto ukazatele jsou patrné ve Španělsku, Francii a Itálii.

Nejčastějšími příčinami úmrtí jsou v ČR dlouhodobě, a i v roce 2018 byly, nemoci oběhové soustavy (43,2 %, resp. 48 792 zemřelých). Na druhém místě s odstupem následují novotvary (25 %, resp. 28 266 zemřelých) a třetí nejčastější příčinou úmrtí jsou nemoci dýchací soustavy (7,4 %, resp. 8 315 zemřelých). Tyto tři nejčastější příčiny úmrtí jsou stejné u mužů i u žen.

Kojenecká úmrtnost, tj. počet zemřelých dětí do 1 roku na 1 000 živě narozených, dosáhla v roce 2018 hodnoty 2,6. Od roku 2007, kdy byla na úrovni 3,1, se podstatně snížila. V mezinárodním srovnání tak z hlediska tohoto ukazatele dosahujeme v současnosti příznivých hodnot (průměr za EU-28 byl v roce 2017 3,6). V rámci EU mají srovnatelné hodnoty (2,7 v roce 2017) Itálie, Španělsko nebo Portugalsko. Oproti tomu většina států střední a východní Evropy (s výjimkou Estonska a Slovinska) má tuto hodnotu vyšší. Vzhledem k důležitosti tématu kojenecké úmrtnosti ve vztahu k hodnocení zdravotního stavu a poskytování zdravotní péče obyvatelům, včetně cizinců pobývajících na území ČR, je této problematice věnována detailnější pozornost v kapitole č. 2.3 Analýza kojenecké úmrtnosti a souvisejících ukazatelů v letech 2007–2018.

V roce 2017 činil počet potratů celkem 35 012 (v roce 2018 poklesl na 32,6 tis.). Z tohoto počtu (2017) bylo 19 415 umělých přerušení těhotenství, 14 190 připadalo na samovolné potraty a 1 407 spadalo do kategorie ostatní potraty. Podíl samovolných potratů vzrostl při srovnání let 2007–2017 z 34,5 % na 40,5 %. Naopak podíl indukovaných potratů poklesl ve stejném období z 62,1 % na 55,5 %.

Úhrnná potratovost, která udává průměrný počet potratů, který by žena během svého reprodukčního věku absolvovala za předpokladu zachování intenzity potratovosti daného roku, stagnovala v posledních čtyřech letech na hodnotě 0,51. Ve srovnání s rokem 2007 poklesla o 0,02 potratu na jednu ženu.

Ukazatel délky života ve zdraví, který je definován jako počet zbývajících let osoby daného věku (při narození nebo v 65 letech) bez očekávaných zdravotních problémů a který tak kombinuje údaje o úmrtnosti s údaji o zdravotním stavu, dosáhl u mužů při narození v ČR v roce 2017 60,6 let. V průběhu posledních deseti let tedy došlo u tohoto ukazatele k výraznému poklesu (ve srovnání s rokem 2016 o 2,1 roku). V roce 2017 byl tento ukazatel u mužů o 2,9 roku pod průměrem EU-28. Stejná hodnota délky života ve zdraví u mužů byla v roce 2017 zaznamenána rovněž v Polsku. U žen byla v roce 2017 zjištěna hodnota 62,4 roku, což stejně jako u mužů znamenalo během uplynulých deseti let viditelný pokles. Oproti roku 2016 šlo o snížení o 1,6 roku. Hodnota 62,4 roku tak zařadila ČR pod průměr EU-28, který byl v roce 2017 64 let.

2.2 Vývoj počtu obyvatel a cizinců v ČR dle příslušnosti k EU v letech 2009–2018

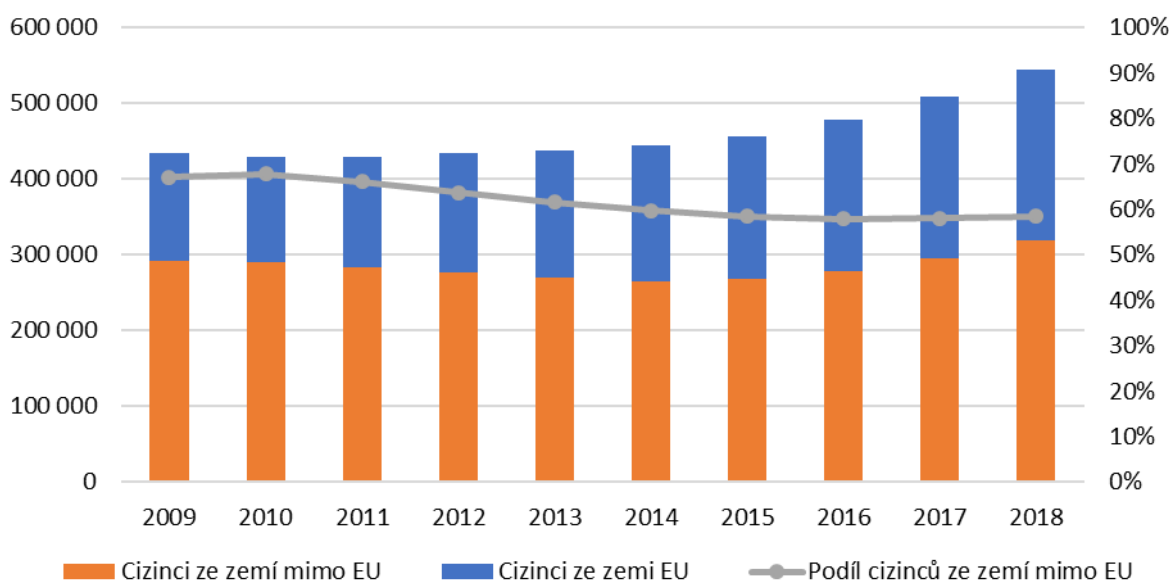
Pro výpočty intenzit hospitalizovanosti cizinců byly využity počty cizinců, kteří jsou zahrnuti jako rezidenti v rámci obyvatelstva ČR dle dat ČSU. Střední stav byl vypočten průměrem počtu cizinců na konci a začátku uvedeného roku.

Tabulka č. 1 **Obyvatelstvo ČR dle občanství v letech 2009–2018**

střední stav obyvatel ČR v letech	2009	2012	2015	2018
počet obyvatel celkem	10 491 492	10 509 286	10 542 942	10 626 430
z toho cizinci v ČR celkem	435 034	435 050	457 019	544 244
z toho cizinci z EU	143 467	158 139	189 655	225 684
z toho cizinci mimo EU	291 568	276 911	267 364	318 560

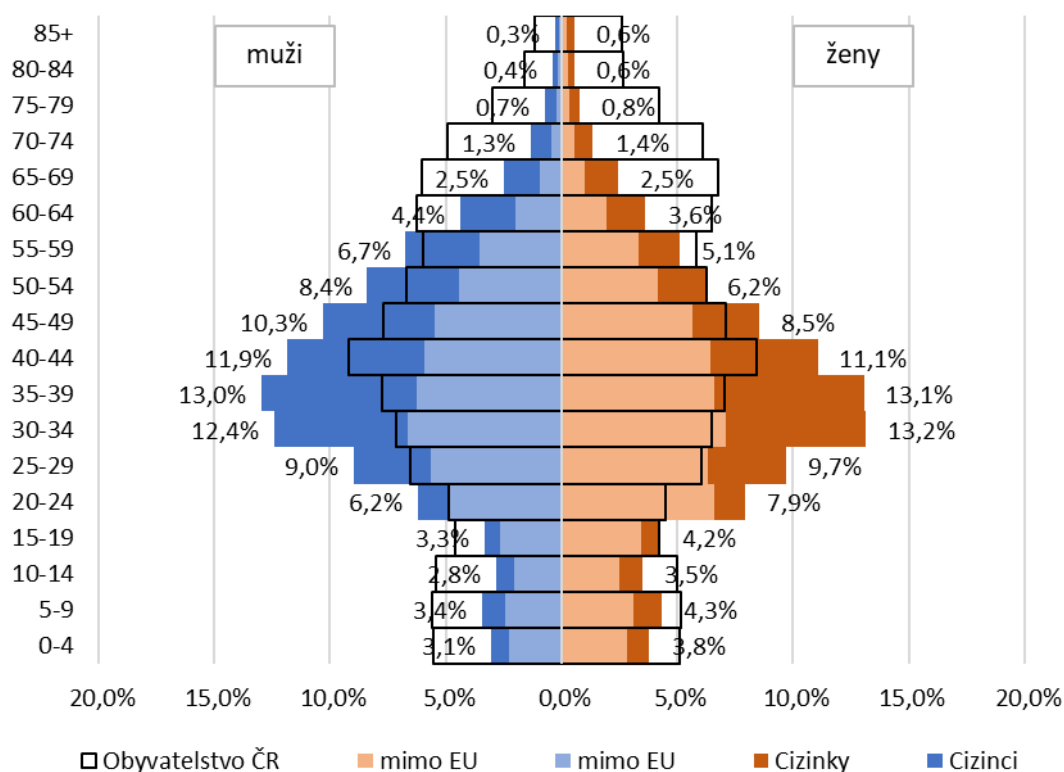
Zdroj: ČSÚ (https://www.czso.cz/csu/cizinci/4-ciz_pocet_cizincu#cr)

Podíl cizinců na obyvatelstvu se zvýšil od roku 2009 z 4,1 na 5,1 %. Počet cizinců s dlouhodobým či trvalým pobytem v ČR se za posledních 10 let zvýšil o 109 tisíc osob (25,1 %) ze 435 tisíc na 544 tisíc. U státních příslušníků ze zemí mimo EU činil nárůst pouze 27 tisíc osob (9,3 %) z 292 tisíc na 319 tisíc. V důsledku toho se podíl cizinců ze zemí mimo EU na počtu cizinců bydlících na území ČR snížil z 67 % na 58,5 %.

Graf č. 1 **Cizinci s bydlištěm v ČR dle příslušnosti k EU v letech 2009–2018**

Zdroj: ČSÚ

Graf č. 2 **Věková struktura cizinců bydlících v ČR a obyvatel ČR k 31. 12. 2018**



Zdroj: ČSÚ

Cizinci s bydlištěm v ČR mají výrazně mladší věkovou strukturu než obyvatelstvo ČR celkem. Mezi cizinci výrazně převažují osoby v produktivním věku 20–59 let, kde se nacházelo 77 % populace cizinců oproti 54 % v celkové populaci ČR. Ve věku do 20 let se nacházelo 14 % cizinců (20 % v ČR) a ve věku nad 60 let pak 9 % cizinců (26 % v ČR). Oproti cizincům ze zemí EU jsou u cizinců ze zemí mimo EU (světlý odstín) výrazněji zastoupeny děti a dospívající. Cizinci ze zemí mimo EU tvoří 77 % všech cizinců do věku 24 let, 56 % cizinců ve věku 25–59 let a 43 % cizinců ve věku nad 60 let.

3. Zdraví, zdravotní stav a zdravotní péče

3.1 Zdraví

Zdraví je mnohorozměrný pojem, jehož všeobecně přijatelná a operativně použitelná definice dosud nebyla vytvořena. Na rozdíl od nemocí, které jsou chápány spíše v jejich konkrétní podobě jako jednotlivé diagnózy (současná mezinárodní klasifikace jich uznává na 10 tisíc), je zdraví pojmem celostním a abstraktním (Křížová, 1998), z čehož plynou potíže s jeho definicí.

Světově nejznámější a zároveň nejužívanější je definice zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO), odvozena od bio-psycho-sociálního modelu zdraví George L. Engela (1981). Byla uvedena v platnost na Mezinárodní konferenci zdraví v New Yorku v Preambuli k Ustavě WHO v roce 1948. Ve znění této definice je zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci. Bio-psycho-sociálního model zdraví nabízí alternativu biomedicínského modelu, jehož limity lze vysledovat zejména v případě chronických a psychiatrických onemocnění. Definice WHO je ale odbornými kruhy kritizována pro svou obecnost. Dle Křivohlavého (2001) není zřejmé, co se myslí pohodou (well-being), není zachycena dynamika zdraví, je jí vytýkána absence spirituální oblasti člověka a nedostatek motivačního charakteru. V českém kontextu se přikláníme k definici Burešové (1960), dle které je zdraví potenciálem schopností organismu přizpůsobit se, snést, a vyvážit měnící se nároky vnitřního i zevního prostředí bez narušení životních funkcí.

O definici zdraví se však pokoušejí odborníci napříč vědními disciplínami. Například v sociologii definuje Parsons v duchu strukturálně-funkcionalistickém zdraví jako schopnost naplnit funkční požadavek: „Zdraví lze definovat jako stav optimální schopnosti jednotlivce podat efektivní výkon v rolích a úkolech, ke kterým byl socializován.“ (Parsons 1981, s. 68)

Základem pochopení zdraví v dnešní interpretaci, tedy jako celku, byly „spisy o přírodě“ (libri naturales), mezi něž patřily lékařské texty nejen řeckých autorů (Aristoteles, Galénos, Hippokrates, Ptolemaios, Eukleidés, Dioskorides atd.), ale také arabských (mimo jiné Avicenna, Averroes, Albumasar, Alkindus, Algwarizmi, Haly Abbas) (Ivanová, 2014). Holistické nazírání na zdraví, které je v souladu s definicí WHO však můžeme vysledovat i v případě, že se pokusíme heslo zdraví nalézt v etymologických slovnících.

Anglické slovo *health* vzniklo ze staroanglického *hale*, tedy slova, které má bezprostřední vztah ke *whole* (tj. celý, zdravý) (Holčík, 2010). Podobnou genezi má podle Ondruše slovo zdraví i v českém jazyce. Z latinského *salvus* (celý, nedotknutelný) se záměnou *l/r* se stalo *strav*. Následovala změna *str/zdr*. (Machek 2010). Ačkoliv se slova „celovat“ a „zdravit se“ v češtině již významově oddělila, původní význam je patrný v běžné řeči. Například když se rána hojí, říkáme, že se zaceluje a nemocných se běžně ptáme, co jim chybí (do úplnosti, do celku) (Holčík, 2010). Existuje ale i předpoklad, že se slovo zdraví vyvinulo z indoevropského **su-dorguo*, což doslova znamená (jsouci) z dobrého dřeva. (Rejzek 2001)

3.2 Zdravotní stav

Zdravotní stav je konkrétní obraz dosaženého stupně zdraví jedincem, společenskou skupinou nebo populací, výslednicí široké palety biologických a sociálních vlivů. (Gladkij, 2005). Dle dokumentu WHO je dobrý zdravotní stav lidí přínosem nejen pro jedince, ale pro celou společnost: „Dobré zdraví je nesmírně důležité pro ekonomický a sociální rozvoj společnosti a má zásadní význam jak pro život každého jednotlivce, tak i pro rodiny a všechny společenské skupiny. Špatný zdravotní stav plýtvá lidským potenciálem, vede ke stavům beznaděje a odčerpává veřejné i soukromé finanční prostředky.“ (Zdraví 2020, str. 13).

Sledovat zdravotní stav populace tak patří k nejdůležitějším úkolům veřejného zdravotnictví (Janečková, Hnilicová 2009). Studiu rozložení nemocí nebo poruch zdraví v lidské populaci ve vztahu k faktorům, které určují toto rozložení, se primárně věnuje epidemiologie a zdravotním stavem obyvatelstva zejména z pohledu naplnění cílů zdravotní politiky a saturování základních hodnot ve společnosti se zabývá sociální lékařství. Zdravotní stav se zjišťuje a hodnotí šetřením u obyvatelstva nebo rutinním sběrem statistických dat. Obě zmíněné vědní disciplíny využívají k analýzám zdravotního stavu sociodemografických dat, zejména pak statistik úmrtnosti a nemocnosti (Drbal, 2001). Nejdůležitějším zdrojem vstupních informací pro analýzu a vyhodnocování zdravotního stavu obyvatel v ČR jsou databáze Ústavu zdravotnických informací (ÚZIS). Nejvyužívanější je tzv. DPS systém (Data Presentation System), který je stále aktualizován, a který existuje pro data v krajích (DPSk), okresech (DPSo), v krajích i okresech (DPSmix) a v obcích s rozšířenou působností (DPSorp). Pochopitelně je vhodné samozřejmě využívat i jiné zdroje dat, jako např. databázi Národního onkologického registru, krajských hygienických stanic, Státního zdravotního ústavu, Ústředí monitoringu, zdravotních ústavů, krajů, měst, obcí či údajů z hygienických registrů apod. Standardně je hodnocení zdravotního stavu obyvatel prováděno na základě analýzy těchto kritérií:

- základních demografických údajů (celkový počet obyvatel, index stáří, střední délka),
- celkové úmrtnosti (relativní, věkově standardizovaná),
- úmrtnosti podle příčin úmrtí (úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění, na zhoubné nádory, na poranění, úrazy a otravy),
- předčasné úmrtnosti (úmrtnost celková a podle příčin ve věku do 65. roku),
- HLY (délka života ve zdraví),
- reprodukčního zdraví (počet narozených dětí, perinatální, kojenecká a novorozenecká úmrtnost, potratovost, incidence vrozených vývojových vad),
- incidence vybraných infekčních onemocnění (např. syfilisu, kapavky, tuberkulózy, salmonelózy, kamylobakteriázy, virových hepatitid, klíšťové encefalitidy),
- incidence zhoubných nádorů celkem,
- incidence vybraných zhoubných nádorů (např. nádorů tlustého střeva, konečníku, průdušnice, průdušek a plic, kůže (melanom), prsu, děložního hrdla, děložního těla, vaječníků, prostaty),
- incidence úrazů (celkem, dopravních, pracovních, sportovních, domácích)
- ostatních ukazatelů (např. hospitalizovanost, incidence a prevalence diabetiků, nemoci pohybového aparátu, alergie, nemoci z povolání, procento pracovní neschopnosti, dispenzarizovanost vybraných diagnóz).

Analýza je prováděna celkem za obě pohlaví, v případě potřeby pro ženy a muže zvlášť, dále dle základních věkových skupin, případně dle dalších kritérií. Pro bezchybné srovnání dat mezi populacemi je ale třeba provádět věkovou standardizaci.

3.3 Zdravotní péče

Zdravotní péči lze definovat jako odbornou činnost zdravotnických pracovníků, zpravidla poskytování preventivní a léčebné péče. Tato činnost spočívá v soustavě ekonomických, sociálních, kulturních, výchovných a zdravotnických opatření a zařízení, jejichž cílem je chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet zdraví a pracovní schopnost, prodlužovat život a zabezpečovat zdravý vývoj nových generací (Gladkij, 2005).

Poskytování zdravotní péče je definována zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 48/1997, o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Zdravotní péči lze v souladu s tímto zákonem poskytovat jako:

- a) ambulantní, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele,
- b) jednodenní, při jejímž poskytnutí se vyžaduje pobyt pacienta na lůžku po dobu kratší než 24 hodin, a to s ohledem na charakter a délku poskytovaných zdravotních výkonů. Při poskytování jednodenní péče musí být zajištěna nepřetržitá dostupnost akutní lůžkové péče intenzivní,
- c) lůžkovou, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta. Lůžková péče musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu,
- d) zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Z hlediska časové naléhavosti jejího poskytnutí dělíme péči na *a)* neodkladnou, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí, *b)* akutní, jejímž účelem je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu nebo aby se pacient nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí, *c)* nezbytnou, kterou z lékařského hlediska vyžaduje zdravotní stav pacienta, který je zahraničním pojištěncem, s přihlédnutím k povaze dávek a k délce pobytu na území České republiky; v případě zahraničních pojištěnců z členského státu Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarské konfederace musí být zdravotní péče poskytnuta v takovém rozsahu, aby zahraniční pojištěnec nemusel vycestovat do země pojištění dříve, než původně zamýšlel, *d)* plánovanou, která není zdravotní péčí uvedenou v písmenech *a)*, *b)* nebo *c)*. Zmíněný zákon dále rozeznává druhy péče dle účelu jejího poskytnutí: *a)* preventivní péči, *b)* diagnostickou péči, *c)* dispenzární péči, *d)* léčebnou péči, *e)* posudkovou péči, *f)* léčebně rehabilitační péči, *g)* ošetrovatelskou péči, *h)* paliativní péči, *i)* lékárenskou péči a klinicko-farmaceutickou péči.

Dle Drbala (2005) systémy péče o zdraví, které postupně vznikaly a formovaly se ve vyspělejších evropských zemích během průmyslové revoluce, spočívaly na dvou základních pilířích:

- na úsilí potlačovat hlavní příčiny nemocnosti a úmrtnosti,

3. Zdraví, zdravotní stav a zdravotní péče

- na snaze po dosažení ekonomické dostupnosti zdravotnické pomoci a péče pro nejširší skupiny obyvatelstva.

Nastavení systému se liší stát od státu. V České republice je od počátku devadesátých let dvacátého století zaveden systém povinného veřejného zdravotního pojištění a systém veřejného zdravotního pojištění je tak v ČR založen na třech subjektech:

- a) pojištěnec (příjemce zdravotních služeb)
- b) poskytovatel zdravotních služeb (je oprávněn poskytovat zdravotní služby)
- c) zdravotní pojišťovna (instituce, u které je pojištěnec zdravotně pojištěn)

Každý pojištěnec je současně i plátcem pojistného, nemá-li tuto povinnost stát (dle § 5 zákona č. 48/1997 Sb.). V případě zaměstnaneckého poměru odvádí zaměstnavatel na zdravotní pojištění 13,5 % z vyměřovacího základu, z toho 1/3 hradí zaměstnanec a 2/3 zaměstnavatel. V některých případech je plátcem pojistného tohoto pojištění stát (například za nezaopatřené děti, důchodce aj.). Cizinec je účasten veřejného zdravotního pojištění, pokud má trvalý pobyt v ČR a nemá-li trvalý pobyt, pak je-li zaměstnancem zaměstnavatele se sídlem nebo trvalým pobytem v ČR. Získá tím stejné nároky na poskytování zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění (dále „hrazené zdravotní služby“) jako ostatní pojištěnci. Největší zdravotní pojišťovnou s téměř 6 miliony klienty je Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (VZP ČR). Byla zřízena zákonem č. 551/1991 Sb. s účinností dne 1. ledna 1992. S mírným časovým odstupem vznikaly další zdravotní zaměstnanecké pojišťovny podle zákona č. 280/1992 Sb.: Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (VoZP ČR), Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP), Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP), Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ), Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (ZPMV ČR) a Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (RBP). Mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami dochází k rozdílům v jejich pojistných kmenech, a tedy v nákladech na péči jejich pojištěnců. Za účelem zajištění určité míry solidarity mezi pojištěnci jednotlivých zdravotních pojišťoven, je část vybraného pojistného předmětem přerozdělování. Přerozdělování probíhá prostřednictvím zvláštního účtu zdravotního pojištění spravovaného VZP.

Pokud má cizinec nárok na účast ve veřejném zdravotním pojištění definovanou zákonem, vybere si jednu z výše uvedených zdravotních pojišťoven a přihlásí se u ní k pojištění. Zdravotní pojišťovna má povinnost přijmout jako pojištěnce každou osobu, jež splňuje podmínky účasti na veřejném zdravotním pojištění – tzn. má trvalý pobyt na území České republiky nebo je zaměstnancem zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR.

Zdravotní pojištění vzniká dnem (dle § 3 zákona č. 48/1997 Sb.)

- narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky,
- kdy se osoba bez trvalého pobytu na území České republiky stala zaměstnancem,
- získání trvalého pobytu na území České republiky.

Zdravotní pojištění zaniká dnem (dle § 3 zákona č. 48/1997 Sb.):

- smrti pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého,

- kdy osoba bez trvalého pobytu na území České republiky přestala být zaměstnancem,
- ukončení trvalého pobytu na území České republiky.

V rámci takto nastaveného systému ale existují vedle plateb od zdravotních pojišťoven ještě další dva zdroje financování zdravotní péče: 1. domácnosti a 2. veřejné rozpočty (státní rozpočet, místní rozpočty).

3.4 Zdravotní pojištění cizinců na území ČR

V době realizace projektu všichni cizinci, kteří pobývali na území České republiky, museli mít podle zákona č. 379/2007 Sb., kterým se mění zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, zdravotní pojištění. Povinnostmi cizince v souvislosti se zdravotním pojištěním bylo (dle §180i) předložit doklad o cestovním zdravotním pojištění při žádosti o povolení k pobytu a při pobytové kontrole (kromě výjimek stanovených § 180j, odst. 4). Cílem zákona bylo jednak zajištění potřebné zdravotní péče pro cizince na území ČR a zároveň zajištění úhrad nákladů za poskytnutou péči příslušným zdravotnickým zařízením.⁴

Legislativa platná v době realizace projektu upravovala podmínky, při jejichž splnění měli někteří cizinci nárok na účast ve veřejném zdravotním pojištění. Rozhodujícím právním předpisem byl zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, podle něhož měli nárok na účast občané všech členských zemí EU, cizinci s trvalým pobytem, cizinci zaměstnaní u firem registrovaných v ČR, cizinci na základě mezinárodní smlouvy uzavřené s ČR a žadatelé o mezinárodní ochranu či cizinci s udělenou mezinárodní ochranou na území ČR, přitom „stát je plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu za cizince, kterým bylo uděleno oprávnění k pobytu na území ČR za účelem poskytnutí dočasné ochrany podle zvláštního právního předpisu, pokud nemají příjem ze zaměstnání nebo jako OSVČ, dále za cizince-žadatele o udělení mezinárodní ochrany a jejich děti narozené na území ČR, stejně jako za cizince, jimž bylo uděleno vízum za účelem strpení pobytu a jejich děti, pokud nemají vlastní příjem“ (Janečková, Hnilicová, 2009, str. 133-134).

Cizinci bez trvalého pobytu, cizinci podnikající jako OSVČ, rodinní příslušníci cizinců z třetích zemí a studenti (kromě studentů studujících v rámci vládních stipendií) byli povinni si ze zákona zajistit komerční zdravotní pojištění. Vzhledem k tomu, že komerční pojištění muselo splňovat podmínky komplexní zdravotní péče (viz níže), bylo také nazýváno jako komplexní zdravotní pojištění cizinců či smluvní pojištění. Parametry pojištění musely odpovídat podmínkám stanoveným legislativou, mezi něž patřil například zákonem stanovený limit pojistného plnění na jednu pojistnou událost (§180j), který činil nejméně 60 000 EUR, a to bez spoluúčasti pojištěného na výše uvedených nákladech. Další podmínkou⁵ byl rozsah plnění stanovený v rámci komplexní zdravotní péče definované v § 180j odstavci 7 zákona 326/1999 Sb. o pobytu cizinců na území ČR přesně takto: „Komplexní zdravotní péčí se rozumí zdravotní péče poskytnutá

⁴ V roce 1993 vznikl nový pojistný produkt Všeobecné zdravotní pojišťovny – smluvní zdravotní pojištění migrantů, z něhož byla hrazena zdravotní péče poskytnutá cizincům. Od roku 2004, kdy byly občané EU začleněni do veřejného zdravotního pojištění, mohly komerční pojištění poskytovat pouze akciové společnosti či družstva, což znamenalo zánik původního pojistného produktu Všeobecné zdravotní pojišťovny. V současné době nabízí komerční pojištění cizinců šest pojišťoven PVZP, UNIQA, Slavia, Maxima, ERGO a AXA Assistance.

⁵ Stanovenou dle novely platné od roku 2011

3. Zdraví, zdravotní stav a zdravotní péče

pojištěnému smluvními poskytovateli zdravotních služeb pojistitele bez přímé úhrady nákladů na léčení pojištěným s cílem zachovat jeho zdravotní stav z doby před uzavřením pojistné smlouvy. Z tohoto pojištění nesmí být vyloučena preventivní⁶ ani dispenzární⁷ zdravotní péče ani zdravotní péče související s těhotenstvím pojištěné matky a porodem jejího dítěte".

Další zákonnou podmínkou bylo uzavření komerčního pojištění pouze s pojišťovnou, která měla sídlo na území ČR, a bylo jí uděleno oprávnění od České národní banky.⁸

Komerční zdravotní pojištění se dělilo na:

- **zdravotní pojištění nutné neodkladné péče**, bylo určeno cizincům pobývajícím na území ČR po dobu kratší než 90 dnů (turisté)⁹, pokrývalo náklady spojené s neodkladnou a ambulantní péčí a bylo možné ho sjednat u zahraničních pojišťoven mimo území ČR, tudíž se na něj nevztahovala výše uvedená podmínka.
- **komplexní zdravotní pojištění** bylo určeno cizincům s dlouhodobým pobytem na území ČR, delším než 90 dnů a zdravotní péče hrazená z tohoto druhu pojištění byla poskytována ve smluvních zdravotnických zařízeních. V rámci komplexního zdravotního pojištění byla pacientům hrazena preventivní i dispenzární péče.
- **nadstandardní zdravotní pojištění**, v rámci kterého byla poskytována péče nad rámec komplexní zdravotní péče a bylo nejčastěji využíváno například při těhotenství či poporodní péči o novorozence v porodnici.

Počet komerčně pojištěných cizinců bylo obtížné stanovit a pokoušely se o něj různé kvalifikované odhady, které se dle různých studií pohybovaly od padesáti až do sto tisíc pojištěnců (Hnilicová a kol. 2012, str. 11) a odvozovaly počet na základě odhadů nebo hrubých odpočtů. Na základě statistik poskytnutých Ministerstvem financí České republiky se komerčního zdravotního pojištění účastnilo v roce 2018 více než osmdesát čtyři tisíc pojištěnců a jejich počet se rapidně zvýšil v roce 2017, což korespondovalo se zvyšujícím se počtem zahraničních zaměstnanců z třetích zemí na trhu práce ČR, viz tabulka č. 2.

Tabulka č. 2 **Celkový počet osob pojištěných v rámci komerčního zdravotního pojištění**

rok	2013	2014	2015	2016	2017	2018
celkový počet osob pojištěných v roce	47 445	51 925	47 867	50 499	75 266	84 140

Zdroj: MF ČR

⁶ Rozsah preventivní péče stanovená vyhláškou č. 317/2016, kterou se mění vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách.

⁷ Dispenzární péče stanovená vyhláškou č. 39/2012 je metoda terciární prevence, tedy aktivní sledování dětí s chronickými nemocemi nebo ohroženým prostředím.

⁸ Novelou platnou od roku 2010 byla stanovena podmínka, kterou byly z trhu s komerčním zdravotním pojištěním eliminovány zahraniční zdravotní pojišťovny. Jedním z důvodů novelizace byl zvýšený výskyt falešných pojistek mezi cizinci, které byly uzavřeny v zemi původu.

⁹ do zavedení definice komplexní péče do zákona bylo využíváno i cizinci s dlouhodobým pobytem na území ČR delším než 90 dnů

Kritika nedostatků komerčního zdravotního pojištění cizinců a snahy o začlenění cizinců do systému veřejného zdravotního pojištění

Kritické názory na skutečnost, že cizincům pobývajícím na území ČR nebylo legislativně umožněno být součástí systému veřejného zdravotního pojištění, zaznívaly v průběhu posledních dekad opakovaně jak ze strany odborné veřejnosti, tak i NNO. Cílem tohoto projektu nebylo věnovat se primárně problematice komerčního zdravotního pojištění a jeho případných negativních dopadů na dostupnost zdravotní péče v ČR, respektive na zdravotní stav cizinců pojištěných v rámci tohoto pojištění. Nicméně vzhledem k tomu, že problematika komerčního zdravotního pojištění na sebe dlouhodobě strhávala významnou pozornost, bylo na místě uvést alespoň stěžejní kritické argumenty nedostatků komerčního zdravotního pojištění. Jednalo se tak spíše o výčet základních nedostatků, a ne o jejich komplexní přehled vztažený do širších důsledků a dopadů v praxi.

Již v průběhu devadesátých let zaznívala kritika například ze strany Rady vlády pro lidská práva o ochraně práv pojištěnců, která se týkala smluvního zdravotního pojištění Všeobecné zdravotní pojišťovny. Dalším významným pokusem o úpravu pojištění dětí cizinců byla novela smluvního zdravotního pojištění. V roce 2004 byl však návrh zákona zamítnut. Stejně tak dopadly i další snahy o začlenění cizinců do systému veřejného zdravotního pojištění. Tyto neúspěchy gradovaly v roce 2012 do mediální kampaně za dostupnost veřejného zdravotního pojištění pro všechny cizince pobýající na území ČR. V tomto období vznikla také podrobná Analýza komerčního zdravotního pojištění cizinců (Hnilicová a kol., 2012). V roce 2013 nebyl Vládou ČR přijat návrh zákona o soukromém zdravotním pojištění a Rada vlády následně uložila ministroví zdravotnictví připravit novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění. Následně v roce 2014 bylo uloženo Vládou ČR, aby Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo vnitra a Ministerstvo financí ve vzájemné koordinaci vypracovaly návrh nové právní úpravy zdravotního pojištění cizinců. Z rozhodnutí vlády měla být právní úprava zdravotního pojištění cizinců součástí zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR. Jak vyplývá z usnesení Vlády ČR č. 10¹⁰ z roku 2018 týkajícího se přístupu cizinců ke zdravotní péči, „na základě usnesení vlády byla v průběhu roku 2015 zpracována ministerstvy vnitra, financí a zdravotnictví nová právní úprava povinného zdravotního pojištění cizinců. Materiál byl v roce 2016 předložen do meziresortního připomínkového řízení a dne 23. května 2016 byl projednán vládou. Ta k materiálu ovšem nepřijala žádné usnesení. Vláda na svém zasedání neuložila návrh přepracovat, zároveň s ním ale ani nevyslovila souhlas. V roce 2017 nedošlo k žádné změně. Integrovaná opatření v oblasti přístupu cizinců ke zdravotní péči budou případně realizována v závislosti na vývoji dané situace“.

Nicméně v roce 2019 z usnesení vlády č. 6¹¹ bylo patrné, že Vláda ČR opět uložila příslušným ministerstvům zpracovat novou právní úpravu zdravotního pojištění cizinců a nový návrh měl být předložen vládě do 31. března 2019. Podle dostupných informací v době konání projektu zatím v rámci meziresortních jednání nedošlo ke shodě.

¹⁰ Viz Postup při realizaci aktualizované Koncepce integrace cizinců – Ve vzájemném respektu v roce 2018 <https://www.mvcr.cz/migrace/clanek/zakladni-dokumenty-k-integracni-politice-ke-stazeni.aspx>

¹¹ Viz Postup při realizaci aktualizované Koncepce integrace cizinců – Ve vzájemném respektu v roce 2019 <https://www.mvcr.cz/migrace/clanek/zakladni-dokumenty-k-integracni-politice-ke-stazeni.aspx>

Stručný přehled hlavních důvodů kritiky komerčního zdravotního pojištění cizinců

Mezi hlavní důvod kritiky komerčního zdravotního pojištění patřily takzvané výluky z pojištění, zejména absence zákonné povinnosti pro pojišťovny uzavřít pojistnou smlouvu, protože komerční pojištění nebylo nárokové. Tato výluka tak zásadně narážela na zákonnou povinnost pro cizince, a to mít při pobytu na území ČR zdravotní pojištění. Tato výluka z pojištění tak v zásadě vymezovala cizince, kteří byli prakticky nepojistitelní. To se týkalo zejména dětí s vrozenou vadou a předčasně narozených dětí (Hnilicová a kol., 2012, str. 29), kdy by případnou potřebnou péči museli zaplatit rodiče dítěte. Vzhledem k finanční náročnosti zdravotní péče tak docházelo buď k enormním dluhům rodin či zdravotnických zařízení. Nicméně dle statistiky poskytnuté Ministerstvem financí ČR, která se týkala „nepojistitelných osob“, tedy odmítnutých osob ze strany pojišťoven, se naštěstí nejednalo o vysoký počet. V roce 2018 se jednalo o 47 osob – viz tabulka č. 3.

Tabulka č. 3 Celkový počet odmítnutých osob ze strany pojišťoven pro nepříznivý zdravotní stav

rok	2013	2014	2015	2016	2017	2018
počet odmítnutých osob ze strany pojišťoven pro nepříznivý zdravotní stav	116	115	113	46	47	47

Zdroj: MF ČR

Mezi další kritizované výluky z pojištění patřily takzvané „pre-existing conditions“, kdy se pojistné plnění za poskytnutou zdravotní péči nevztahovalo na události, jejichž příznaky a příčiny nastaly již před dobou trvání pojištění (Hnilicová a kol., 2012, str. 30). Tyto výluky se tak týkaly například léčby vrozených vad, pohlavních nemocí jako AIDS nebo Syfilis. Dále se týkaly infekčních onemocnění jako hepatitida, chronických nemocí (například diabetes) a všech závislostí. Velmi problematickou byla také výluka ve vyšetření a léčbě duševních a psychických onemocnění. Náklady na případnou nutnou hospitalizaci, o které ze zákona rozhodoval soud, musel cizinec zaplatit ze svých finančních prostředků nebo zůstala neuhrazena a vznikl tak dluh. Dále byla problematická i různá omezení pojistné smlouvy a dodržování povinností a podmínek vyplývajících z ní. Jak již bylo uvedeno, v důsledku těchto výluk a podmínek docházelo k zadlužování pojištěných cizinců, především v případech vícečetných rodin, či rodin s dítětem, které mělo vrozenou vadou. V opačném případě neuhrazení nákladů léčby docházelo k zadlužení zdravotnických zařízení.

Dle statistik poskytnutých MFČR (na základě statistických dat – výsledků soukromých pojišťoven za rok 2018) však pouze v průměru u 1 ze 7,9 tisíc pojistných událostí byla celková finanční náročnost na pojistnou událost vyšší než 1 mil. Kč, resp. pojistná událost nad 1 mil. Kč se v průměru vyskytovala u 1 klienta z téměř 17 tisíc. Za celou sledovanou historii od roku 2015 se nevyskytly pojistné události vyšší než 2 mil. Kč.

Zároveň z poskytnutých statistik (zdroj MF ČR – výsledky soukromých pojišťoven za rok 2018) vyplývalo, že pouze v průměru u 1 % faktur zdravotnických zařízení docházelo ke krácení pojistného plnění (tj. 99 % faktur bylo vyplácených v požadované nárokové výši 99,4 mil. Kč). Nižší, než nárokové plnění se týkalo 267 faktur v úhrnné výši 1,6 mil. Kč, což z této části závazku placeného fakturami PZS představovalo 1,6 %.

Z poskytnutých informací vyplývalo, že cizinci pojištění v rámci komerčního (komplexního) zdravotního pojištění čerpali zdravotní péči (pojistné události) s nižší finanční náročností a jen u malého počtu faktur zdravotnických zařízení docházelo ke krácení pojistného plnění. Otázkou ovšem zůstávalo, jaký objem zdravotní péče poskytnuté cizincům s komerčním pojištěním vyhodnotili lékaři jako rizikový z hlediska jeho možného krácení v rámci pojistného plnění a náklady museli uhradit sami cizinci. Na základě zjištění z odborné literatury i ze zkušeností lékařů k takovým situacím docházelo poměrně běžně.

3.5 Údaje o cizincích čerpajících zdravotní péči v ČR

Data o cizincích čerpajících zdravotní péči v ČR získává ČSÚ od Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), který tato data zpracovává v rámci Národního zdravotnického systému (NZIS).

Vstupní data jsou získávána z Národních zdravotních registrů (Národního registru reprodukčního zdraví), informačních systémů orgánů veřejného zdraví (Registru tuberkulózy) a z výkazů o čerpání zdravotní péče cizinci. Bohužel, v této souvislosti je nutno podotknout, že různorodost zdrojů dat s sebou nese určitou nekonzistenci, spočívající především ve skutečnosti, že různé zdroje získávají informace o různých skupinách cizinců a nepokrývají celou cizineckou populaci. Dostupné statistiky tak podávají pouze částečnou informaci o celkovém čerpání zdravotní péče cizinci v ČR a jejich zdravotním stavu. Detailněji viz samostatná zpráva Zdravotní péče a zdravotní stav cizinců na území ČR z dat NZIS 2009–2018.

Údaje o čerpání zdravotní péče cizinci se sledují ročním výkazem V (MZ) 1-01, který vyplňují pouze nemocnice, a to bez ohledu na druh poskytované péče (lůžková i ambulantní). Jde o údaje za cizince, kteří hradí zdravotní péči ze smluvního pojištění, pojištění uzavřeného v zahraničí, hotově nebo je zdravotní péče za ně hrazena státními orgány (Ministerstvem zdravotnictví, Ministerstvem vnitra, Ministerstvem spravedlnosti, krajskými úřady apod.). Zároveň tyto statistiky zahrnují i údaje o žadatelích o azyl, kteří jsou ubytováni v azylových zařízeních a za které je zdravotní péče hrazena Ministerstvem vnitra. Ve výkazu nejsou uvedeni cizinci, kteří čerpají zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění. Uvedené informace za cizince se smluvním zdravotním pojištěním (tj. počty cizinců čerpajících zdravotní péči podle země původu, věkových skupin a způsobu úhrady zdravotní péče a dále celkové náklady na zdravotní péči o cizince podle země původu, věkových skupin a způsobu úhrady) publikuje ČSÚ ve své ročence Cizinci v ČR i na svých webových stránkách. Podle informací, které ČSÚ získal na zasedání letošní redakční rady k ročence, byly zjištěny chyby v zaslaných datech týkajících se vynaložených nákladů na zdravotní péči za cizince v letech 2015 a 2016. Data za uvedené roky byla ze strany ÚZIS přepočítána a budou uvedena ve vývojové tabulce v ročence 2019.

Údaje o potratech vycházejí z registru potratů. Všechny druhy potratů provedené ve zdravotnických zařízeních podléhají hlášení „Žádost o umělé přerušování těhotenství, hlášení potratu a mimoděložního těhotenství“. Toto hlášení je povinné a podléhá mu jak české státní příslušnice s trvalým bydlištěm na území ČR, tak cizinky, bez ohledu na formu a délku pobytu v ČR. ČSÚ pak ve své ročence Cizinci v ČR publikuje pouze data za cizinky s trvalým nebo dlouhodobým pobytem, a to v členění podle druhu a způsobu provedení potratu, a dále rovněž i na svých webových stránkách data týkající se cizinek podle druhu potratu a místa bydliště (do úrovně kraje).

3. Zdraví, zdravotní stav a zdravotní péče

Na základě dat, zasílaných ÚZIS, ČSÚ dále publikuje i počty nově hlášených onemocnění TBC v ČR podle země narození nemocného.

Do roku 2015 (data do roku 2014) publikoval ČSÚ na základě podkladů, zasílaných ÚZIS, také data za cizince, kteří uzavřeli smluvní zdravotní pojištění s Pojišťovnou VZP, a.s. Šlo o cizince s dlouhodobým i krátkodobým pobytem v ČR. V současnosti nejsou tato data ČSÚ dostupná.

V období let 2017-2018 došlo v ročence ČSÚ z důvodů nekonzistence dat zasílaných ÚZIS rovněž k vypuštění tabulky, týkající se počtu hospitalizovaných cizinců podle příčin hospitalizace. Tato tabulka, podávající informace o počtu hospitalizovaných cizinců (v členění za muže a ženy), kteří nejsou pojištěni v rámci veřejného zdravotního pojištění, bude po přepočtu dat opět zařazena do ročenky za rok 2019.

4. Statistika ÚZIS

V rámci spolupráce VÚPSV a ÚZIS byla definována analýza dostupných dat o čerpání zdravotní péče cizinci z třetích zemí a o jejich zdravotním stavu v rámci NZIS (viz kapitola 1.1). Jednalo se o vůbec první systematickou analýzu dat NZIS zaměřenou na cizince z třetích zemí takového komplexního rozsahu. Výstupem této analýzy je studie ÚZIS s názvem **Zdravotní péče a zdravotní stav cizinců na území ČR z dat NZIS 2009–2018**. Analýza vycházela v první fázi z provedení zhodnocení všech relevantních zdrojů dat NZIS (viz kapitola 2), jejichž předmětem bylo sledování zdravotního stavu a zdravotní péče o pacienty s možností identifikace cizinců na základě kritérií metodicky popsanych v kapitole 1.2 až 1.3 výše uvedené studie ÚZIS.

Celkem bylo zahrnuto do analytického zpracování 24 zdrojů dat, z toho 8 informačních systémů bylo vyhodnoceno jako nevhodných z důvodu nízkého pokrytí populace cizinců či nespolehlivé identifikace cizinců. Další 6 registrů bylo vyhodnoceno jako duplicitních s ohledem na lepší dostupnost dostačujících informací o stejných cizincích z jiných zdrojů dat. Všechny těchto 14 informačních systémů bylo alespoň základním způsobem popsáno v kapitole 3. studie ÚZIS a tam kde to bylo možné byly uvedeny alespoň celkové počty záznamů týkajících se cizinců za poslední dostupný rok či jako roční průměr. Tyto rámcové hodnoty uvádí zpráva ÚZIS (Část II. Žofka, J. a kol., 2019), která zahrnuje i 10 vybraných informačních systémů do bližší analýzy dat zpracované v kapitolách 4 až 9 (detto).

V rámci NZIS sice nejvíce cizinců eviduje Výkaz o poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče a nejširší rozsah poskytované péče Národní registr hrazených zdravotních služeb, ale tyto dva zdroje cizince metodicky jednoznačně neidentifikují a nerozlišují je dle státní příslušnosti ani v rámci EU. Ze zahrnutých zdrojů dat nejvyšší počet cizinců v členění dle státní příslušnosti každoročně eviduje Roční výkaz o čerpání zdravotních služeb cizinci, kde zhruba polovinu tohoto počtu tvoří cizinci ze zemí mimo EU. Tento zdroj sleduje pouze cizince se zaměřením na poskytovatele akutní lůžkové péče vč. jimi poskytované ambulantní péče. Sleduje však pouze cizince, kteří nečerpají péči v rámci zákonného veřejného zdravotního pojištění v ČR. Druhý informační systém s nejvyšším počtem cizinců je Národní registr hospitalizovaných, kde cizinci tvořili v roce 2018 cca 3 % záznamů. Podrobnější informace o těchto i dalších zdrojích zahrnutých do analýzy uvádí kapitoly 4 až 9 studie ÚZIS.

Z výše analyzovaných dat vyplývá, že se cizinci vyznačují jinou strukturou nemocnosti a v přepočtu na obyvatele i její celkovou nižší úroveň než celková populace, a to i z hlediska úmrtnosti. To je způsobeno zejména výrazně mladší věkovou strukturou cizinců. Data Národního registru hospitalizovaných i data informačního systému zemřelých však poukazují na nižší nemocnost cizinců i po odstranění rušivého vlivu věkové struktury prostřednictvím standardizace. Vzhledem k omezeným možnostem ověření správnosti uváděného státního občanství, nelze však vyloučit podhodnocení dat o cizincích nebo v některých případech i jejich nadhodnocení.

5. Výsledky smíšeného výzkumu

Ve vztahu k medicíně zastávala sociologie dvě funkce. První funkcí bylo studium instituce zdravotnických služeb, chování lidí v těchto institucích a funkce zdravotnických služeb ve vztahu k dosažení vymezených cílů. Druhou funkcí sociologie bylo studium chování, a to jak jednotlivců, tak sociálních skupin ve vztahu ke zdraví a zdravotním rizikům, ale i nemocem a doporučením lékařů. Sociologie medicíny se nezabývala jen studiem zdravotnického systému zvnějšku, ale na základě objektivního poznání, vysvětlení procesů a změn poskytuje podklady pro hodnocení dopadů a důsledků politických rozhodnutí a zároveň zjišťuje motivace a možné reakce lidí na doporučená opatření. Jejím přínosem je tak mimo jiné výzkum typických vzorců chování, tedy postojů, hodnot, kulturních norem, vzorců a rolí, ale i sociálních vazeb ve vztahu ke zdraví, zdravotním rizikům či nemocem. Zabývá se i vztahem způsobu života a vlivu socioekonomických faktorů na zdraví. Sociologie lékařství tak působí spolu se sociálním lékařstvím jako významná součást komplexně a interdisciplinárně pojatého veřejného zdravotnictví (Janečková, 1997 str. 1-3).

5.1 Sociologie jako součást sociologie medicíny – formulace hypotéz a výzkumných otázek

V centru zájmu sociologického bádání v medicíně stojí studium sociálních faktorů, které posilují či omezují celkové zdraví, jako jsou podmínky, v nichž lidé žijí, tedy vliv politiky a ekologie, ale i vliv pracovních a sociálních podmínek, zvláště negativních faktorů, jako je sociální vyloučení, nízké vzdělání a příjmy, stejně jako migrace. Spolu se studiem vlivu sociálních faktorů je však stejný důraz kladen na studium vlivu faktorů psychologických, které vedle vnitřních faktorů, jako je genetická výbava, zásadně ovlivňují zdraví a jeho původ, tedy takzvanou salutogenezi, tedy nauku o původu zdraví, jeho podpoře Aaron Antonovsk (Antonovsk: *Unraveling the Mystery of Health*).

Při realizaci výzkumů široce zaměřených na zdravotní péči z hlediska sociální medicíny je praktické a užitečné opírat stanovené hypotézy a výzkumné otázky o teoretické východisko. Přestože výzkumy zaměřené na zdravotní péči často vychází z různých konceptuálních teoretických směrů, jako pozitivismus, funkcionalismus, sociální konstrukce či postmodernismus, cílem námi stanovených hypotéz a výzkumných otázek této studie není primárně žádný z těchto teoretických směrů, ale je jím samotný koncept integrace. Přestože je teoretické vymezení konceptu integrace mnohdy nejednoznačné, tato studie se kromě analytického konceptu integrace opírá zejména o praktický přístup k integraci v rámci sociální politiky, konkrétně v praxi uplatňované politiky integrační, v níž stát nastavuje co nejlépe parametry integrace, ale nemůže garantovat specifičnost výsledku (Joppke, Ch, Morawska, E 2003 str. 4 až 5). Studie tak při stanovení hypotéz a výzkumných otázek výzkumu vycházela z dokumentu státní integrační politiky Postupu při realizaci aktualizované Koncepce integrace cizinců – Ve vzájemném respektu v roce 2019, přijatého v rámci usnesení vlády České republiky ze dne 7. ledna 2019 č. 6.¹² V tomto dokumentu bylo v rámci dalších opatření k podpoře integrace cizinců explicitně uvedeno, že má být zajištěn přístup cizinců ke zdravotní péči. Vzájemně provázaná problematika zdraví a migrace je záležitostí multioborovou a má úzkou souvislost s migrační a integrační politikou (Mladovsky 2007). Proto lze

¹² detailně viz <https://www.mvcr.cz/migrace/clanek/zakladni-dokumenty-k-integracni-politice-ke-stazeni.aspx>

úspěšnost integrační politiky hodnotit také na základě kritéria zdravotního stavu a poskytování zdravotní péče cizincům (Ingleby 2003).

Samozřejmě, že zajištění přístupu ke zdravotní péči určité skupině, v našem případě cizincům při jejich pobytu na území ČR, je jednou z bazálních podmínek integrace sociální a z hlediska funkcionalistického paradigmatu integrace lze jednoznačně říci, že se jedná o „*kontinuální proces sjednocování elementů společenské struktury a procesů, které se v ní odehrávají, ve vyvážený funkční celek směřující k dosažení koheze, konsenzu, stability, replikace a možností dalšího růstu, a tím i k zachování životaschopnosti daného společenského systému*“ (Horáková, M. 1997 str. 4). Mezi podstatné jevy socio-kulturní koheze patří mimo jiné i přijetí a legitimita – sociální spravedlnost a rovný přístup umožňující koordinaci a kooperaci (Markus, A. 2014, str. 14). Právě pro dosažení skupinové soudržnosti – koheze vyjadřující míru a způsobilost k výkonu aktivit orientovaných ke společnému cíli (Velký sociologický slovník str. 498) – je studium zdraví, zdravotních podmínek, dostupnosti zdravotní péče a zdravotních rizik sociálních skupin ohrožených sociálním vyloučením, mezi něž cizinci samozřejmě také patří, nutnou podmínkou. Zejména je důležité se zaměřit na snižování nerovností ve zdraví a zajištění spravedlivé zdravotní péče pro všechny (Janečková, H., Hnilicová, H. 2009 str. 255). Z hlediska teorií mezinárodní migrace a zdravotní péče by bylo možné brát v úvahu model push – pull, kdy lze kvalitní zdravotní péči v cílové zemi a důvěru v ní ze strany cizinců považovat za významný „pull“ faktor, který migranty láká k migraci. Naopak nedostatečně kvalitní zdravotní péči v zemi původu jako možný „push“ faktor.

Také na základě výše uvedeného byly pro potřeby našeho výzkumu stanoveny následující výzkumné hypotézy:

H_{A0}: Hodnocení ambulantní zdravotní péče v ČR se u cizinců vybraných státních příslušností neliší.

H_{A1}: Hodnocení ambulantní zdravotní péče v ČR se u cizinců vybraných státních příslušností liší.

H_{B0}: Důvěra cizinců vybraných státních příslušností v poskytovanou zdravotní péči v ČR nemá vliv na jejich hodnocení zdravotní péče v ČR.

H_{B1}: Důvěra cizinců vybraných státních příslušností v poskytovanou zdravotní péči v ČR má vliv na jejich hodnocení zdravotní péče v ČR.

H_{C0}: Cizinci vybraných státních příslušností nejsou v ČR ve zdravotní péči diskriminováni.

H_{C1}: Cizinci vybraných státních příslušností jsou v ČR ve zdravotní péči diskriminováni.

H_{D0}: Postoje cizinců vybraných státních příslušností ke zdravotní péči v ČR a v zemi jejich původu se neliší.

H_{D1}: Postoje cizinců vybraných státních příslušností ke zdravotní péči v ČR a v zemi jejich původu se liší.

5. Výsledky smíšeného výzkumu

H_{E0}: Hodnocení lůžkové zdravotní péče v ČR se u cizinců vybraných státních příslušností neliší.

H_{E1}: Hodnocení lůžkové zdravotní péče v ČR se u cizinců vybraných státních příslušností liší.

H_{F0}: Frekvence využívání ambulantní zdravotní péče v ČR cizinci vybraných státních příslušností se neliší.

H_{F1}: Frekvence využívání ambulantní zdravotní péče v ČR cizinci vybraných státních příslušností se liší.

H_{G0}: Přístup cizinců vybraných státních příslušností k prevenci vlastního zdraví se neliší.

H_{G1}: Přístup cizinců vybraných státních příslušností k prevenci vlastního zdraví se liší.

H_{H0}: Využívání ambulantní zdravotní péče v ČR cizinci vybraných státních příslušností se regionálně neliší.

H_{H1}: Využívání ambulantní zdravotní péče v ČR cizinci vybraných státních příslušností se regionálně liší.

H_{I0}: Dostupnost ambulantní zdravotní péče v ČR pro cizince vybraných státních příslušností se regionálně neliší.

H_{I1}: Dostupnost ambulantní zdravotní péče v ČR pro cizince vybraných státních příslušností se regionálně liší.

H_{J0}: Cizinci vybraných státních příslušností mají častěji komplexní typ komerčního zdravotního pojištění.

H_{J1}: Cizinci vybraných státních příslušností nemají častěji komplexní typ komerčního zdravotního pojištění.

H_{K0}: Úroveň znalosti češtiny u cizinců vybraných státních příslušností nemá vliv na jim poskytovanou zdravotní péči v ČR.

H_{K1}: Úroveň znalosti češtiny u cizinců vybraných státních příslušností má vliv na jim poskytovanou zdravotní péči v ČR.

V třídění:

- podle typu zdravotního pojištění,
- podle státní příslušnosti,

- podle druhu pobytu,
- podle pohlaví,
- podle věkových kohort – generací,
- podle ekonomického statusu,
- podle nejvyššího dosaženého vzdělání,
- a dalších proměnných.

5.2 Přehled vybraných výzkumů a odborných článků na téma zdraví cizinců a zdravotní péče o cizince v ČR

Souhrnu poznatků z výzkumů zaměřených na zdravotní stav, zdravotní péči a její dostupnost pro cizince se mimo jiné věnovala publikace Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR, kde bylo konstatováno, že zkoumané problematice byla od devadesátých let do roku 2009, kdy publikace vyšla, věnována pouze malá výzkumná pozornost a uvedená problematika byla hlavně v devadesátých letech spojována zejména s otázkami souvisejícími s integrací cizinců v ČR a jejich působením na českém trhu práce (Hnilicová, Dobiášová, 2009 str. 9). Výsledky zásadních zjištění dvou popsanych dekád byly rozděleny a shrnuty za období devadesátých let a za období po roce 2000. Zaměření výzkumů, a tudíž i jejich výsledky v obou těchto obdobích odpovídaly charakteru migrace do České republiky a její postupné transformaci. V době, kdy byla z hlediska migrace Česká republika považována za tranzitní zemi, byli cizinci, migranti a uprchlíci považováni z hlediska jejich pobytu na území ČR za spíše bezpečnostní a sociální riziko než za riziko zdravotní. V tomto ohledu byli z hlediska poskytování zdravotní péče a s ohledem na právní statut za největší riziko považováni cizinci nelegálně pobývajících na území ČR (Janečková, 1997 str. 40). Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR shrnuje zásadní zjištění za období devadesátých let do několika stěžejních bodů. V rámci nich bylo konstatováno, že právě dostupnost zdravotní péče byla u části cizinců v ČR velmi problematická. Dále byl konstatován fakt, že vzhledem k charakteru a odvětví vykonávané práce cizinci, která byla obecně rizikovější, byly pracovní úrazy cizinců častou příčinou jejich hospitalizace. Za další příčiny tohoto stavu bylo považováno nedostatečné dodržování zásad BOZP a jazyková bariéra. Zajímavým zjištěním byl také nárůst pacientů z řad cizinců v psychiatrických léčebnách, kdy nejčastějšími příčinami hospitalizace s psychickou poruchou byl alkoholismus a posttraumatické stresové poruchy, zvláště u cizinců ze států bývalé Jugoslávie, které utrpěli během válečného konfliktu (Hnilicová, Dobiášová, 2009 str. 10).

V období po roce 2000 bylo velmi kladně hodnoceno vytvoření Institutu zdravotní politiky a ekonomie (IZPE), který se zabýval danou problematikou a zaměřením svých výzkumů navazoval na zásadní zjištění a doporučení z let devadesátých. Hlavním cílem vytvořeného institutu tak mimo jiné bylo poznat zdravotní stav a dostupnost zdravotní péče u nejvíce ohrožených skupin, mezi něž byli zahrnuti i cizinci z třetích zemí. V rámci vládního výzkumného programu s názvem „Podpora integrace cizinců v ČR“ bylo rovněž cílem vytvořit metodický nástroj za účelem dlouhodobého sledování zdravotní problematiky cizinců. Vytvoření ověřeného nástroje pro sledování zdravotní problematiky cizinců však bylo zrušením institutu IZPE v roce 2006 zcela přerušeno. V rámci výše uvedeného vládního projektu byla provedena v roce 2001 poměrně rozsáhlá Analýza zdravotní péče o cizince v České republice (Háva, Křečková, 2001) za účelem zjištění

dostupnosti zdravotní péče. Byly identifikovány dvě nejvíce ohrožené skupiny cizinců, na něž byly následně zaměřeny další dílčí výzkumy. První identifikovanou skupinou byli cizinci ze zemí bývalého Sovětského svazu, proto byl realizován výzkum srovnávající čerpání zdravotní péče Ukrajinci a srovnatelnou českou populací (Dobiášová a kol., 2004). V rámci zjištění výzkumu bylo konstatováno, že Ukrajinci oproti české populaci mnohem méně využívali péči praktických a ambulantních lékařů, ale i stomatologů. Dále byla zjištěna jejich enormní pracovní vytíženost, ale méně často oproti české populaci využívali pracovní neschopnost a byl u nich potvrzen třikrát vyšší výskyt pracovních úrazů než u Čechů. Nižší čerpání pracovní neschopnosti u Ukrajinců korespondovalo s jejich vyšší prokázanou obavou ze ztráty zaměstnání a nedobrovolným návratem domů bez finančního zajištění. Problém s absencí zdravotního pojištění u Ukrajinců přetrvával, ale nedosahoval svým rozsahem stavu v devadesátých letech. Přestože byl sledován životní styl Ukrajinců oproti Čechům jako rizikovější, co se týká konzumace alkoholu a kouření, Ukrajinci deklarovali vyšší subjektivní pocit zdraví a méně zdravotních neduhů. Tato skutečnost byla v odborné literatuře mnohokrát vysvětlována v souvislosti s široce používaným termínem tzv. „efektem zdravého migranta“¹³. Ten popisoval situaci, kdy cizinec po příjezdu do cílové země deklaroval dobré zdraví, které v mnohém převyšovalo zdraví členů hostitelské společnosti, ale postupně se s přibývajícím délkou pobytu zdraví zhoršovalo. Jak příčiny lepšího zdravotního stavu při příchodu, tak jeho následné zhoršení v průběhu pobytu byly vysvětlovány řadou hypotéz, ale jak se v odborné literatuře ukázalo, vysvětlení příčin tohoto efektu mělo širokou variabilitu a omezení.

Druhou skupinou ohroženou špatnou dostupností zdravotní péče, na kterou byl zaměřen výzkum, byly děti cizinců (Dobiášová, Křečková, Vyskočilová, 2005). Bylo konstatováno, že nerovný přístup ke zdravotní péči pro děti cizinců z třetích zemí oproti dětem cizinců-občanů EU, je diskriminační a v případě dětí, které se narodí s postižením či chronickým postižením není možné s pojišťovnou komerční pojištění uzavřít, což je pro další pobyt na území ČR pro řadu rodin likvidační a musí se tak vrátit do země původu. Dále byla obecně konstatována jazyková bariéra a kulturní rozdíly při zajišťování zdravotní péče pro děti cizinců. Rovněž přístup některých zdravotníků při poskytování informací o průběhu nemoci nebyl považován za dostatečně přátelský a vstřícný (Hnilicová, Dobiášová, 2009, str. 10-12).

V rámci již zmíněného IZPE a vládního programu na podporu integrace cizinců vznikla také například Srovnávací analýza poskytování zdravotní péče cizincům ve vybraných zemích. Ta komparovala v rámci případových studií vybraných zemí EU poskytování zdravotní péče a poskytovala doporučení právě zejména z hlediska zajištění dostupnosti zdravotní péče (Křečková, a kol., 2003, str. 76). Podobně jako předchozí uvedené studie i Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR uvedla souhrn hlavních, většinou dlouhodobých problémů, ale i souhrn vybraných opatření, která byla již pro nápravu přijata. Týkala se zejména dostupnosti zdravotní péče pro ohrožené skupiny cizinců, zlepšení jejich informovanosti o zdravotnickém systému v ČR a jeho fungování. Dále se týkala vzdělávání zdravotnických pracovníků, zaměřeného na specifika péče o cizince a v neposlední řadě intervence do problematiky bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP). Studie konstatovala, že z hlediska legislativních změn a zlepšení dostupnosti zdravotní péče pro cizince z třetích zemí nedošlo k zásadním změnám v oblasti rozšíření veřejného zdravotního pojištění pro cizince. K pozitivnímu vývoji došlo v problematice zvýšení informovanosti, kdy byla vytvořena řada informačních materiálů pro cizince, jak o českých zdravotnických službách, tak o podmínkách

¹³ „Efekt zdravého migranta“ byl v souvislostech situace v České republice diskutován například v článku Přístup (ne)legálních migrantů ke zdravotní péči viz <https://migraceonline.cz/cz/e-knihovna/pristup-ne-legalnich-migrantu-ke-zdravotni-peci>

a pravidlech veřejného zdravotního pojištění a komerčního pojištění. Dalším pozitivním opatřením bylo vzdělávání zdravotníků v oblasti specifík péče o cizince, které bylo zahájeno v rámci bakalářských studijních programů ošetrovatelství na několika fakultách vysokých škol. Za tímto účelem vznikla také učebnice multikulturního ošetrovatelství¹⁴. Pro zvýšení informovanosti cizinců v problematice bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP) publikoval Výzkumný ústav bezpečnosti práce, v. v. i. (dále jen VÚBP, v. v. i.) příručky určené pro cizince pracující v odvětvích se zvýšeným rizikem pracovního úrazu.

Vzhledem k proměně charakteru migrace do České republiky jakožto cílové země a zvyšujícímu se podílu cizinců z třetích zemí na trhu práce ČR se těžiště zájmu o problematiku zdravotní péče o cizince v České republice postupně přesunulo ještě více do oblasti její dostupnosti pro cizince bez nároku na účast v systému veřejného zdravotního pojištění. V této souvislosti byla na téma zdravotní politiky ČR vůči cizincům a nedostatků ve zdravotní péči plynoucích z podmínek komerčního zdravotního pojištění¹⁵ pro cizince vydána řada článků. Ty se v širší perspektivě věnovaly rovněž čerpání zdravotní péče ze strany cizinců, jejíž srovnání s českou populací nebylo vzhledem k charakteru dostupných statistik validní.

Dostupnost zdravotní péče byla posuzována z hlediska jejího právního nároku, faktické dostupnosti zdravotnických služeb (informační, časové a vzdálenostní), ale i z hlediska úrovně kvality, především vstřícnosti lékařů vůči specifickým potřebám cizinců vzhledem k jazykovým, sociokulturním, ale i náboženským bariérám, které mohly vést ke vzájemné nedůvěře (Dobiášová, Hnilicová, 2010, str. 124). Za tímto účelem byla také zkoumána problematika cizinců a zdravotní péče z pohledu lékařské praxe v ČR (Dobiášová, Hnilicová, 2011). Konkrétně se jednalo o zdravotníky – lékaře, kteří poskytovali zdravotní péči cizincům a působili v oblasti primární péče, ambulantní specializované péče a nemocnic. Na základě polo strukturovaných rozhovorů s lékaři bylo zjištěno několik problémových oblastí. Jako nejpalčivější byla identifikována oblast financování zdravotní péče a administrativa s ní spojená, zejména nejasnost rozsahu hrazené péče a riziko jejího neuhrazení. Tyto nejasné situace lékaři raději řešili tak, že úhradu vybírali v hotovosti, přestože měli pacienti uzavřené komerční pojištění. Druhou oblastí byla nedostatečná informovanost cizinců, a to, jak již bylo uvedeno výše, se týkalo zejména orientace v českém zdravotnictví a pojistných podmínkách komerčního zdravotního pojištění. Třetím identifikovaným problémem byla jazyková bariéra, kdy se většina oslovených lékařů nějakým způsobem s pacienty – cizinci domluvila, ale i přes časovou náročnost si nebyli jisti, zda komunikace (mnohokrát za pomoci tlumočnicka) proběhla úspěšně, a došlo tak ke správnému určení diagnózy. V praxi využívali tlumočení zejména cizinci s vietnamskou státní příslušností, kteří zapojovali do tlumočení také rodinné příslušníky i děti. Další problematickou oblastí související s ochranou veřejného zdraví, bylo očkování u dětských pacientů, zejména úroveň proočkování obecně, nedostatek informací o konkrétních dětských pacientech a s tím spojeným rizikem možných kontraindikací. V této souvislosti byla zdůrazněna problematická dostupnost zdravotní anamnézy pacientů, kteří buď žádnou dokumentaci neměli, nebo nebyla přeložena do českého jazyka. Další identifikovanou problémovou oblastí bylo riziko infekčních a psychiatrických onemocnění a komplikovaná situace při hrazení takové péče. V případech dermatovenerologických a psychických onemocnění musí být ze zákona péče pacientům poskytnuta, ale v rámci komerčního zdravotního pojištění pacientů nebyla uhrazena. Lékaři tak rozlišovali mezi pacienty pojištěnými v rámci veřejného zdravotního pojištění a pacienty s komerčním pojištěním. Samoplátcům tak byla poskytována levnější a pouze zcela nezbytná péče. Zdravotníci tak vnímali rizika

¹⁴ Multikulturní/ trans kulturní komunikace viz <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2006/02/15.pdf>

¹⁵ Více o komerčním zdravotním pojištění viz kapitola 3.4 Zdravotní pojištění cizinců na území ČR.

ohrožení veřejného zdraví zejména v souvislosti s HIV/AIDS. Někteří lékaři upozorňovali na výskyt některých infekčních onemocnění u cizinců, která se již u běžné populace téměř nevyskytují. Jednalo se zejména o TBC. Problematika související s rozdílným kulturním, náboženským či socioekonomickým původem pacientů nebyla lékaři vnímána jako zásadní, přesto se s ní setkali všichni respondenti výzkumu. Nejčastěji vnímali odlišnosti u muslimských pacientů a jejich postojů vůči postavení žen. Dalším zaznamenaným problémem bylo odkládání lékařského vyšetření cizinci. Nižší socioekonomické postavení cizinců se dle lékařů projevovalo právě odkládáním zdravotní péče až do doby, kdy byla situace akutní a potřebná péče byla neodkladná (Dobiášová, Hnilicová, 2011 str. 592-594). Zjištění výše uvedeného výzkumu v mnohém korespondovala s výpověďmi lékařů-expertů, kteří byli dotazováni v rámci expertního dotazování popsáno v kapitole (viz kapitola 5.3 Expertní dotazování lékařů).

V průběhu migrační krize a následně i dalšího nárůstu počtu cizinců z třetích zemí na území České republiky se do popředí zájmu dostala některá z již výše uvedených problematických oblastí zdravotní péče o cizince. Některým z nich byla věnována i poměrně výrazná mediální pozornost. Jednalo se zejména o oblasti spojené s riziky přenosu infekčních nemocí, pracovními úrazy cizinců, porodní péčí a zdravím matek, dostupností zdravotní péče pro zahraniční pracovníky.

V souvislosti s rizikem přenosu infekčních onemocnění narážela zdravotní politika na určité dilema, při němž musela zajistit jak zdravotní péči migrantům, tak ochranu veřejného zdraví hostitelské země. Jedním z cílů zdravotní politiky tak byla udržitelnost vzájemného prolínání těchto dvou důležitých úkolů ve vzájemné funkční harmonii. Proto například vyhovět nárokům cizinců na preventivní péči, ve které bylo zahrnuto i očkování, bylo současně ochranou zdraví majoritní společnosti (Dobiášová, Hnilicová, 2010, str. 122). Dlouhodobý podíl cizinců na celkovém počtu nemocných TBC byl 20 %, což výrazně přesahovalo jejich zastoupení v populaci. Problém představovala diagnostika TBC, zejména u agenturních pracovníků.¹⁶ Dle aktuálního zpracování dat Registru TBC „v posledních 5 letech můžeme pozorovat mírný nárůst (TBC) až na maximální hodnotu 24,9 % v roce 2018 (Část II, Žofka, J. a kol. 2019, str. 199-200). Rozložení případů cizinců s TBC v rámci krajů ČR má svá specifika, „průměrné relativní počty za poslední tři roky ukazují, že nejvíce cizinců se objevuje v Plzeňském kraji, hlavním městem Praze, Jihočeském, Středočeském, Libereckém a Pardubickém kraji“ (Část II., Žofka, J. a kol. 2019, str. 201-202), nejméně pak Zlínský kraj. Zpráva ÚZIS dále také uvádí, že v horizontu posledních tří let nejvíce případů TBC pocházelo z Ukrajiny, Vietnamu, Mongolska, dále z Indie, Ruska, Kazachstánu, Indonésie, Thajska, Srbska a Uzbekistánu (Část II., Žofka, J. a kol. 2019, str. 205).

Na případná zvýšení zdravotních rizik spojených mimo jiné s globalizací a migrací upozorňoval i dokument Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, který v této souvislosti varoval před výskytem nových nebo dříve potlačených infekčních onemocnění. Uvedená strategie za tímto účelem navrhovala věnovat zvýšenou pozornost proočkování u skupin s potencionálně horším přístupem ke zdravotní péči. V přístupu k riziku onemocnění AIDS studie upozornila na nedostatečné preventivní programy pro všechny rizikové skupiny, mezi něž patří i cizinci, zejména ze zemí východní Evropy a subsaharské Afriky. Tito cizinci přitom představovali téměř třetinu všech nově registrovaných pacientů (Dobiášová, Hnilicová, 2010, str. 123). Podle tiskové zprávy o Trendech vývoje a výskytu HIV/AIDS v ČR v roce 2019 „byl podíl HIV pozitivních rezidentů z celkového počtu cizinců s dlouhodobým pobytem v ČR násobně vyšší než podíl HIV pozitivních mezi občany ČR. Rezidenti proto představovali

¹⁶ Viz například článek <https://eurozpravy.cz/domaci/zdravotnictvi/252341-tretinu-pripadu-tuberkulozy-v-cr-tvori-cizinci-prispely-i-neshody-kolem-definice-kdo-je-migrant/>

skupinu s výrazným rizikem.“ Téměř o polovinu vzrostl i počet nových případů HIV u cizinců s krátkodobým pobytem v ČR (Národní referenční laboratoř pro AIDS, 2019). V případě syfilis se rovněž cca jedna třetina nově diagnostikovaných případů nákazy týkala cizinců (Dobiášová, Hnilicová, 2010). Dle registru pohlavních nemocí „podíl případů osob se zahraničním původem v období 2009 až 2018 pohyboval přibližně mezi 13 až 19 %, přičemž v posledních pěti letech můžeme pozorovat mírný nárůst až na maximální hodnotu 18,9 % v roce 2018“ (Část II., Žofka, J. a kol. 2019, str. 187). V neposlední řadě upozorňovala národní strategie Zdraví 2020 na nedostatek informací o zdravotním stavu znevýhodněných skupin obyvatel v ČR včetně imigrantů a navrhovala u těchto skupin využívat výběrová šetření. Upozornila však na otázku, zda panuje v tomto ohledu dostatečná politická vůle, a tudíž i potřebné finanční prostředky (Zdraví, 2020, str. 14–23). Od roku 2006, kdy byl zrušen Institut zdravotní politiky a ekonomie, se však od dlouhodobého sledování zdravotních problémů nejvíce ohrožených skupin včetně cizinců upustilo.

Vzhledem k významnému nárůstu počtu cizinců z třetích zemí na českém pracovním trhu, zejména ve stavebnictví a zpracovatelském průmyslu (viz kapitola 2.5 Zaměstnanost cizinců v ČR), tedy z hlediska bezpečnosti práce rizikovějších odvětvích, v zahraniční literatuře také označovaných jako 3D-Jobs¹⁷ (Simmons, 2010, str. 106). U cizinců byl evidován třikrát vyšší výskyt pracovních úrazů (dále jen PÚ) než u české populace a patřily tak dlouhodobě mezi nejčastější příčiny hospitalizace cizinců (Nesvadbová, 1998). Mezi příčiny vyšší úrazovosti samozřejmě velmi pravděpodobně patřila také neznalost či nižší znalost češtiny a podceňování BOZP, zejména o nedodržování pracovních postupů a opatření vůči rizikům způsobeným nedostatečnou kontrolou řídicích pracovníků a špatným odhadem pracovníků. Na základě spolupráce s SUIP byla VÚPSV poskytnuta data o pracovní úrazovosti cizinců z třetích zemí. Dle statistik SUIP činil podíl pracovních úrazů všech zaměstnanců ze zahraničí 3,64 % (1 594 PÚ) z celkového počtu všech PÚ. Z toho 1,24 % (545 PÚ) představovaly PÚ cizinců z třetích zemí. K 31. 10. 2019 činil podíl PÚ všech zahraničních zaměstnanců 4,31 % (1 298 PÚ) z celkového počtu PÚ. Z toho 1,76 % (529 PÚ) připadalo na PÚ cizinců z třetích zemí. V roce 2018 se nejvyšší počet pracovních úrazů přihodil státním příslušníkům Ukrajiny 339 (z toho 2 smrtelné a 25 závažných), dále Mongolům (48) a Moldavanům (22). K 31. 10. 2019 byl celkový počet úrazů státních příslušníků Ukrajiny již 336 (8 smrtelných a 18 závažných) (SUIP 2019). V souvislosti s pracovními úrazy cizinců a jejich zdravotním stavem byla rovněž diskutována problematika hlášení pracovních úrazů. Hlášení pracovních úrazů bylo v kompetenci zaměstnavatelů a zůstává proto otázkou, kolik PÚ bylo z jejich celkového objemu skutečně nahlášeno. Odborný článek VÚBP, v. v. i. z roku 2014, který upozorňoval na rizika nelegální migrace a odhadoval počty nehlášených pracovních úrazů u legálně zaměstnaných cizinců, uvedl, že „odhadem není hlášeno 50-60 % pracovních úrazů legálně zaměstnaných cizinců a více než 90 % závažných úrazů cizinců s hospitalizací, které zřejmě vznikly v souvislosti s pracovní činností“ (Svobodová, Mlezivová 2014). Nicméně tuto informaci lze brát v úvahu pouze jako kvalifikovaný odhad.

Jak již bylo uvedeno, podíl cizinců na celkové populaci ČR rostl a v této souvislosti došlo i k nárůstu počtu žen, které měly zkušenost s českou porodní péčí. Právě této problematice byl věnován odborný článek s názvem Migrace a zdraví matek: sociální aspekty prolínání dvou životních změn ve výzkumu perinatálního zdraví žen. Článek uváděl, že dle dat Českého statistického úřadu z roku 2015 vzrostl za patnáct let počet narozených dětí těmto ženám trojnásobně a lze předpokládat rostoucí tendenci i do budoucna (Pařízková, Hrešanová, Glajchová, 2018, str. 88). Dle aktuální analýzy

¹⁷ Tedy práce charakterizované jako Dirty, Dangerous, Demeaning, což v překladu znamená špinavé, nebezpečné a ponižující.

Registru novorozenců však byly konstatovány zajímavé skutečnosti ohledně klesajícího podílu narozených dětí cizincům mimo země EU na celkovém počtu narozených cizinců. Tento podíl v letech 2009 až 2018 klesal ze 63,27 % na 43,36 % (Část II., Žofka, J. a kol. 2019, str. 178). Dle země původu největší podíl (živě) narozených dětí cizinců z třetích zemí tvořila Ukrajina (33,7 %), Vietnam (24,7 %) a Ruské federace (11,9 %) ¹⁸ (Část II., Žofka, J. a kol. 2019, str. 181).

Obecné potřeby hospitalizovaných pacientů popisuje řada studií, „*pacienti v první řadě potřebují, aby byla obnovena jejich fyziologická rovnováha, aby byli zbaveni bolesti a následků nemoci, aby byla zachována či zlepšena kvalita jejich dalšího života, aby byly základním způsobem uspokojeny jejich základní potřeby. Dále potřebují nalézt duševní rovnováhu, pocit jistoty zajištěný dostatkem informací, eliminací úzkosti a dobrou perspektivou, potřebují se vyrovnat s nemocí či jejími následky. Potřebují také sociální oporu – kontinuální možnost přítomnosti členů rodiny nebo blízkých osob, porozumění ošetřujícího personálu a lékařů. V neposlední řadě si potřebují zachovat pocit vlastní integrity a důstojnosti.*“ (Křížová, E. 2006, str. 117). Ze závěrů článku zaměřeného na migraci a zdraví matek vyplývalo, že se rodičky-cizinky musely vyrovnat oproti ženám-rodičkám z majoritní společnosti ještě s dalšími komplikacemi. Ty se týkaly právě potřeby neformální péče, především instrumentální a emoční podpory ze strany rodiny a přátel. Dále se rodičky cizinky musely potýkat s takzvanou dvojí tranzicí, kdy se musely vyrovnávat se dvěma zásadními životními situacemi, a to mateřstvím a vlastním migračním procesem. Mezi další problémy patřila například absence zdravotního pojištění a jazyková bariéra, která komunikaci se zdravotnickým personálem výrazně komplikovala. Bariéry v komunikaci spolu s kulturními odlišnostmi vedly z pohledu cizinek k častému nezájmu a předsudkům ze strany zdravotnického personálu. U některých rodiček-cizinek byl také identifikován takzvaný „imigrantský paradox“, kdy byly laboratorní výsledky po porodu lepší než u rodiček z domácí populace. Tento „paradox“ byl diskutován v rámci takzvaného „efektu zdravé migrantky“ (viz výše), ale bylo konstatováno, že se nejednalo o jev univerzální, protože byl zaznamenán pouze u žen z některých regionů původu, a projevil se pouze v některých cílových zemích (Pařízková, Hrešanová, Glajchová, 2018, str. 88).

Velice ojediněle byla v rámci výzkumů věnována pozornost zdravotnímu stavu a péči cizinců s konkrétní státní příslušností, kteří žili na území ČR. Výjimkou byl výše jmenovaný výzkum zdravotního stavu a péče o zdraví občanů bývalého SSSR pobývajících dlouhodobě v ČR a občanů ČR (Dobiášová a kol., 2004), kdy většinu respondentů tvořili Ukrajinci. Z tohoto důvodu jsou zde uvedeny výsledky regionálního výzkumu Zdravotního stavu cizinců registrovaných u praktických lékařů v Ostravě. Při výzkumu bylo realizováno dotazníkové šetření mezi ošetřujícími lékaři, kteří hodnotili zdravotní stav svých pacientů-cizinců na základě jejich zdravotní dokumentace. Nejpočetnější skupinou ze všech pacientů – cizinců zachycených ve výzkumu (N=386) byli právě občané Vietnamu (50 %). Z výsledků výzkumu bylo možné dovodit, že pouze zlomek cizinců čerpal primární péči v rámci všeobecného lékařství. Necelá polovina se účastnila pravidelných preventivních prohlídek, kdy nejnižší účast byla zjištěna u skupiny Vietnamců, z nichž se preventivních prohlídek účastnilo pouze 35 %. Oproti zbylým skupinám respondentů, se u Vietnamců projevovaly větší problémy při komunikaci s lékaři, a proto více využívali překladatele. Rovněž byl u nich identifikován oproti ostatním cizincům vyšší výskyt rizikových faktorů, jako je kouření a konzumace alkoholu. Naopak se mezi Vietnamci téměř vůbec nevyskytovala obezita. Jako nejzávažnější zjištění z dotazování lékařů lze uvést to, že největší podíl osob s označeným zdravotním stavem „špatný“ byl zaznamenán právě u skupiny Vietnamců (42 % z nich).

¹⁸ Ve zprávě uveden podíl živě narozených dětí cizinců ze zemí mimo EU.

Duševnímu zdraví cizinců byla v rámci širší zkoumané problematiky zdravotního stavu cizinců věnována neadekvátně nízká odborná pozornost. Jednou z výjimek byla vstupní analýza dostupnosti péče o duševní zdraví migrantek a migrantů v České republice (Tulupová, E. 2018). Přestože se problematika duševního zdraví v souvislosti s životním stylem a rostoucími společenskými a pracovními nároky stávala obecně stále aktuálnější pro běžnou českou populaci, bylo možné předpokládat, že cizinci z třetích zemí byli vzhledem k nárokům plynoucím z procesu migrace v tomto směru ohroženi více. *„Mezi faktory, které negativně ovlivňují duševní zdraví migrujících osob, patří zejména traumatické události před migrací, nucená, neplánovaná, špatně plánovaná nebo neregulární migrace, nízká úroveň akulturace, osamocení a oddělenost od rodiny v hostitelské zemi, nedostatek sociální podpory, skutečná či vnímaná diskriminace a delší délka pobytu migrantek a migrantů v hostitelské zemi. Naproti tomu znalost jazyků, sjednocení rodiny a vnímaná sociální podpora snižují riziko výskytu běžných duševních poruch“* (Priebe et al, cit. dle Tulupova, E. 2016). V analýze bylo upozorňováno na fakt, že problematice duševního zdraví cizinců nebyla věnována téměř žádná výzkumná pozornost a o této problematice tudíž existovalo jen velmi málo informací. Stejně tak to bylo s informacemi týkajícími se čerpání péče o duševní zdraví u cizinců, protože ambulantní lékaři neregistrovali v žádném systému pacienty, kteří byli pojištěni v rámci komerčního zdravotního pojištění a k evidenci tak docházelo pouze u hospitalizovaných cizinců.

Hlavní bariérou pro čerpání zdravotní péče o duševní zdraví u cizinců je komerční zdravotní pojištění cizinců, které v možnostech prevence a léčby duševních poruch neumožňovalo úhradu péče za psychické nemoci vzniklé před datem uzavření pojistné smlouvy. Vyšetření a léčba psychických závislostí a jiných nemocí spojených s alkoholem či jinými návykovými látkami byla z pojištění komerčních pojišťoven vyloučena. Pro cizince pojištěné v rámci veřejného zdravotního pojištění představovala hlavní překážku v prevenci a léčbě psychických onemocnění především jejich nízká informovanost o poskytované péči a obecně špatná regionální dostupnost ambulantní a komunitní péče. Přirozeně dalšími deklarovanými překážkami byly zejména jazyková a kulturní bariéra. Vzhledem k určité stigmatizaci léčby psychických nemocí a obtížím léčby samotné měla jazyková bariéra a případný neadekvátní přístup zdravotnického personálu ke kulturním či náboženským specifikům cizinců negativní vliv. Omezené regionální dostupnosti péče o duševní zdraví by tak měla pomoci nově zaváděná Centra duševního zdraví. Přetrvávajícím problémem ovšem byl fakt, že cizinci nepatřili mezi cílové skupiny probíhající reformy systému péče o duševní zdraví v ČR (Tulupová, E. 2018). Jak již bylo uvedeno ve starších studiích, příčinami hospitalizace cizinců s psychickou poruchou byl zejména alkoholismus a posttraumatické stresové poruchy v důsledku válečného konfliktu. V této souvislosti a s ohledem na aktuální vývoj zahraniční migrace do České republiky, zejména z Ukrajiny, ale i Ruské federace, Srbska a Běloruska,¹⁹ by měl být na problematiku léčby psychických nemocí, zejména její dostupnosti, brán náležitý zřetel a neměla by být do budoucna podceňována.²⁰ Jak již bylo uvedeno, obecně rizikovou skupinou z hlediska zdravotního stavu a péče byli zejména nelegálně pobývajícím cizinci na území ČR. Vzhledem k vyšší psychické zátěži pramenící z neregulárního postavení patří také do skupiny vysoce rizikové z hlediska duševního zdraví.²¹

¹⁹ Tedy ze zemí, které mají dlouhodobé problémy s alkoholismem nebo jsou či byly zatíženy nějakým válečným konfliktem.

²⁰ viz <https://eurozpravy.cz/domaci/zivot/cizinec-bodal-do-lidi-v-prazskem-parku-do-vezeni-nepujde.db05ece0/>

²¹ více viz https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/2006333/2006333_d07-22_oth_cz_ps.pdf

V úzké souvislosti s nárůstem zahraničních pracovníků v konkrétních průmyslových lokalitách České republiky byla zejména mediální pozornost věnována zhoršené dostupnosti zdravotní péče pro cizince z třetích zemí. Zhoršená dostupnost péče nesouvisela s omezeními plynoucími z komerčního zdravotního pojištění, ale s omezenými kapacitami praktických i ambulantních lékařů, zejména stomatologů v daných lokalitách. To působilo problémy i pacientům z majoritní společnosti v daných lokalitách²². Vzhledem k vývoji na trhu práce a tlaku na navyšování počtu zahraničních pracovníků bude i tato oblast vyžadovat zvýšenou pozornost státních orgánů i samosprávy a efektivní meziresortní koordinaci a plánování.

5.3 Expertní dotazování lékařů

Cílem výzkumného týmu bylo rovněž zjistit názory a stanoviska lékařů, kteří v rámci své odborné praxe poskytují zdravotní péči cizincům z třetích zemí a mohli tak v rámci mapované problematiky poskytnout hlubší znalost o problematice zdraví a zdravotního stavu cizinců v ČR. Z tohoto důvodu byla jako jedna z výzkumných aktivit projektu plánována realizace kulatého stolu s experty-lékaři z pěti vybraných krajů ČR s vyšším podílem cizinců. Za účelem organizace kulatého stolu a oslovení expertů-lékařů proběhla osobní setkání s představiteli České lékařské komory (ČLK) a Sdružení ambulantních specialistů ČR, o. s. (SAS ČR), kterým byl projekt představen, a byli požádáni o spolupráci při oslovení lékařů, kteří měli s cílovou skupinou projektu odborné zkušenosti a zároveň by měli zájem se kulatého stolu zúčastnit. Lékařům sdruženým v rámci ČLK a SAS byla skrze jejich vrcholné představitele zaslána informace o projektu, tematických okruzích připravovaného kulatého stolu a finanční odměně za účast. Bohužel nikdo z oslovených lékařů výše uvedených organizací zájem o účast na kulatém stole neprojevil. Jako důvod nezájmu byla uvedena časová náročnost a pracovní vytíženost lékařů. Z tohoto důvodu bylo přistoupeno k vytvoření expertního dotazníku, který by byl pro lékaře časově méně náročný než osobní přítomnost na kulatém stole. Následně byl požádán o spolupráci Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR skrze regionální manažery krajských organizací, kterými byli lékaři o plánovaném expertním dotazování informováni. Ovšem ani v rámci odborového svazu žádný lékař neprojevil o participaci na expertním dotazování nad danou problematikou zájem.

V průběhu realizace kulatého stolu se zástupci státní správy byl nezájem lékařů o danou problematiku diskutován a následně byla s pomocí jednoho z účastníků zastupujícího Ministerstvo financí ČR zprostředkována spolupráce s pojišťovnou VZP a. s., která oslovila lékaře, kteří mají s touto pojišťovnou smlouvu a v rámci své odborné praxe poskytují zdravotní péči rovněž cizincům z třetích zemí pobývajícím na území ČR. Zástupce pojišťovny předem oslovil lékaře z vybraných krajů ČR a informoval je o projektu a výzkumném záměru. Lékařům, kteří souhlasili s účastí na výzkumu, byl zaslán expertní dotazník, který však vyplnila pouze polovina z nich, tedy čtyři lékaři ochotní se podělit se svými zkušenostmi. Nezájem lékařů lze stěží vysvětlovat nezájmem o zkoumanou problematiku, která je stále velmi aktuální, ale lze ho spatřovat spíše ve výši finančního ohodnocení, které bylo pro lékaře pravděpodobně nízké. Tento předpoklad potvrdily i zkušenosti odborných pracovníků sociálně-vědního výzkumu, kteří lékaře účastníci se výzkumu ohodnocují až několikanásobně vyšší hodinovou sazbou.

²² viz https://rychnovskyy.denik.cz/zpravy_region/praktiky-i-spital-zahlcuji-cizinci-20171222.html

Lékařům účastnícím se dotazování byla v rámci informací o projektu a cíli jejich dotazování zaručena anonymita zpracování jimi poskytnutých údajů. Pro pochopení odpovědí sdělených zkušeností v širším kontextu byli lékaři požádáni o uvedení kraje, v němž vykonávají svoji lékařskou praxi a identifikaci odborného zaměření jejich lékařské praxe. Zaměření odborné praxe zahrnovalo praktické lékařství, péči o děti a dorost, ale i gynekologii a porodnictví a alergologii a imunologii.

Nejdříve lékaři v rámci svých odpovědí identifikovali v rámci své odborné praxe nejčastější problémy, a to nejen zdravotní, které se svými pacienty z řad cizinců nejčastěji řeší. Nejpalcivěji byla vnímána časová náročnost vyšetření v porovnání s českými pojištěnci, a to zejména z důvodu jazykové bariéry, ale rovněž náročnější administrativy spojené s výkony, které jsou pro daného pojištěnce nesmluvní. Týká se to konkrétně například analýzy v laboratořích, kdy musí lékař dohledávat ceny vyšetření a inkasovat je předem. Vyúčtování laboratorních vyšetření tak práci lékaře zbytečně zdržuje. V případě, že si cizinec nepřijde pro výsledek nebo odmítne vyšetření uhradit, stává se, že lékař musí vyšetření z laboratoře uhradit sám. Rovněž byla silně kritizována neadekvátnost a nekorektnost cen za laboratorní vyšetření některých laboratoří, kdy vyšetření pro pojištěnce v rámci veřejného zdravotního pojištění má cenu 70 Kč dle sazebníku, ale pro cizince pojištěného v rámci komerčního zdravotního pojištění si laboratoř za stejný výkon účtuje 500 Kč. Dle lékařů by výše cen těchto vyšetření měly podléhat vyhlášce o věcně regulovaných cenách pro zdravotnictví. Zda přemrštěné ceny laboratorních vyšetření odpovídají vyhlášce, nikdo nekontroluje, přestože jsou informace o cenách veřejně dostupné. Tato konkrétní kritika se dle vyjádření netýká pojišťovny 333 VZP, a. s. Další silná kritika zazněla na adresu všech pojišťoven poskytujících komerční pojištění pro cizince ohledně takzvaných „preexisting conditions“ v pojistných smlouvách – detailně viz kapitola 3.4 Zdravotní pojištění cizinců na území ČR. Konkrétně se jednalo o novorozené děti s vrozenou vadou. Jejich rodiče uzavírají pojistnou smlouvu po narození dítěte, která zahrnuje plně hrazenou zdravotní péči. V době uzavření pojistné smlouvy však o vrozené chorobě dítěte nikdo nic nemusí vědět, protože nebyla dosud diagnostikována. Po stanovení diagnózy dítěte s vrozenou vadou pojišťovny odmítají hradit náklady na léčbu vrozené vady. Z praxe respondentů se jednalo například o diagnózu vrozené hypotyreózy, která proběhla týden po narození dítěte, ale pojišťovna odmítá hradit léky a lékařskou péči, které novorozenec musí absolvovat. Totéž by se mohlo stát i u novorozence s vrozenou srdeční vadou, kde by náklady na zdravotní péči byly mnohem vyšší a pro rodiče velmi pravděpodobně likvidační.

Dále byl v souvislosti s výkonem praktického lékařství zmíněn častý problém nadměrné úzkosti cizinců spojené s akutním blížě nespecifikovaným infekčním onemocněním.

Dále lékaři na základě svých praktických zkušeností hodnotili přístup cizinců z třetích zemí k jejich vlastnímu zdraví, a to nejen na základě individuálního přístupu k vlastnímu zdraví a prevenci, ale rovněž i například s ohledem na jejich kulturní zvyklosti, ale také překážky a limity. Zkušenosti lékařů byly v této oblasti logicky značně rozdílné a není možné je nikterak generalizovat. Stejně jako u Čechů upozorňovali na různorodost individuálních přístupů, které jsou ovlivněny úrovní vzdělání a socio-ekonomickým statusem. Někteří cizince chválili z hlediska dodržování preventivních, především pediatrických návštěv a dodržování rad a léčebných postupů. Jiní měli zkušenosti opačné, ty se týkaly přístupu k preventivním gynekologickým vyšetřením, která některé cizinky vůbec neznají, dále pak redundantní požadavky na vyšetření nemocí, které jak se později ukázalo, byly diagnostikovány již v zemi původu.

Oslovení lékaři měli možnost vyjádřit své zkušenosti s chováním pacientů, které bylo ovlivněno či podmíněno generačními rozdíly, státní příslušností či etnicitou pacientů-cizinců z třetích zemí. Obecně zaznělo, že většina cizinců bez ohledu na státní či etnickou národnost, kteří nemluví česky a v mnoha případech ani anglicky, přijde k lékaři bez překladatele. Vzhledem k jazykové bariéře je vyšetření časově náročné, a to dle odhadu lékařů až dvojnásobně v porovnání s pacienty schopnými se porozumět česky. Jinak je však chování pacientů považováno za konformní a řada z nich i projevuje lékaři vděčnost za poskytnutou péči. V případě poskytování pediatrické zdravotní péče zazněl i názor, že rodiče-cizinci spolupracují s lékařem lépe než rodiče dětí z majoritní společnosti České republiky. Spíše negativně vyzněla zkušenost lékaře s psychosomatickými obtížemi u některých cizinců, které jsou z jeho pohledu vyvolány nadměrnou úzkostí u některých cizinců. Nejspíše etnický či nábožensky podmíněné chování bylo zaznamenáno pouze u gynekologických vyšetření žen pocházejících z Indie, které mohly být provedeny pouze ženou za přítomnosti jejího manžela. Jednalo se zejména o vyšetření v graviditě, protože tyto ženy nejsou zvyklé navštěvovat pravidelné preventivní prohlídky, jak bylo uvedeno výše.

Další zjišťovanou oblastí byla identifikace případných rizik spojených se zdravím cizinců a poskytovanou zdravotní péčí v ČR, a to jak ve vnímání současných rizik, tak případných rizik budoucích. Jako rizikové bylo vnímáno zejména nebezpečí zavlečení infekčních onemocnění a s tím spojený výskyt takových infekcí, s nimiž nemají lékaři v České republice zkušenosti, a to jak z hlediska diagnostiky infekčního onemocnění, tak jeho samotné léčby či omezení přenosu a dalšího šíření v populaci. Tato rizika byla vnímána stejně silně jak v současné, tak budoucí perspektivě. Jako současné riziko bylo zmiňováno především šíření viru HIV.

Na základě svých osobních odborných lékařských zkušeností mohli lékaři vyjádřit návrhy a doporučení pro další vývoj zdravotní péče o cizince z třetích zemí pobývajících na území ČR. Přirozeně se doporučení týkala zejména problémů, které řeší v rámci své lékařské odbornosti a více či méně reagovala na problémy uvedené výše. Mezi návrhy tak patřilo rozšíření péče na psychická a psychosomatická onemocnění v rámci komerčního pojištění, dále rozšíření osvěty o preventivních gynekologických vyšetřeních. Dále bylo navrženo, aby byl v případě jazykové bariéry přítomný při vyšetření překladatel nebo tlumočnický do angličtiny, protože vzájemné porozumění bylo opakovaně identifikováno jako klíčová podmínka pro kvalitní a efektivní poskytování zdravotní péče cizincům. V souvislosti s posílením spolupráce s pacienty-cizinci rovněž zaznělo, že by bylo dobré posílit důvěru ve zdravotní systém České republiky, která může být rovněž narušena nepříjemnými zkušenostmi cizinců s cynismem některých odborných zdravotnických pracovníků v ČR. Dále bylo uvedeno, že stát by měl mít vliv a měl kontrolovat obsah a podmínky pojistných smluv komerčních zdravotních pojišťoven tak, aby cizinec s komerčním pojištěním v plném rozsahu měl péči srovnatelnou s pojištěncem pojištěným v rámci veřejného zdravotního pojištění. Podle lékařů by tento princip měl platit bezvýhradně pro kategorii dětí. Stát by měl dle doporučení lékařů rovněž zajistit dohled, aby se plně hrazené pojištění týkalo i případů dětí s vrozenou vadou, kterých je dle jejich názoru minimální počet. Rovněž zaznělo, že stát by měl posílit svoji kontrolní roli tak, aby některé pojišťovny nemohly nabízet pojištění za nižší cenu, ale ve výsledku řadu vyšetření neuhradit. Podle některých lékařů mají klamavé reklamy. Posílení kontrolní role státu bylo doporučováno i v souvislosti s rozdílnými cenami laboratorních vyšetření, zvláště u velkých nemocnic a laboratorních řetězců.

5.4 Výsledky dotazníkového šetření hodnocení poskytované zdravotní péče

Sběr dat terénního dotazníkového šetření byl realizován tazatelskou sítí výzkumné agentury ppm factum v pěti vybraných krajích ČR – hlavní město Praha, Středočeský kraj, Jihomoravský kraj, Ústecký kraj a Plzeňský kraj v průběhu října a listopadu 2019²³. Jak již bylo uvedeno v kapitole č. 1 věnované metodologii výzkumu, realizován byl kvótní výběr. Vzájemně provázané vybrané kvóty (státní příslušnost, pohlaví, věkové skupiny a kraj hlášeného pobytu) byly pro zkoumanou populaci cizinců ve věku 18 a více let vypočteny z dat poskytnutých ČSÚ.²⁴ Základní soubor takto definované subpopulace cizinců s dlouhodobým a trvalým pobytem na území ČR představoval celkem 140 789 cizinců se státním občanstvím Ukrajiny (84 650 osob, tj. 60,0 % základního souboru), Vietnamu (28 038 osob, tj. 19,9 %) a Ruské federace (28 101 osob, tj. 20,0 %).

Tazatelé oslovovali respondenty v terénu stručným úvodem dotazníku, v rámci kterého byly oslovené osoby obeznámeny s tím, že prováděný výzkum se týká hodnocení poskytované zdravotní péče cizincům v ČR a jejich přístupu k vlastnímu zdraví. Dále jim bylo sděleno, že výzkum slouží k námětům vhodných integračních opatření ČR týkajících se cizinců z třetích zemí. Závěrem úvodního slova byli respondenti ujištěni o důvěrnosti dotazování a anonymním zpracování dotazování.

Dle zprávy ÚZIS „pokud vezmeme v potaz pouze cizince z třetích zemí, tak Ukrajinci tvoří 32,0 % a Rusové 14 % pacientů. Třetí nejčastěji ošetřovaní cizinci byli občané Vietnamu s 5,1 tisíci pacientů (8,6 %). Tato jejich vlastnost byla využita v rámci dotazníkového šetření hodnocení poskytované zdravotní péče cizincům v ČR. Vzhledem ke skutečnosti, že výzkum byl zaměřen zejména na oblasti hodnocení poskytované zdravotní péče cizincům vybraných státních příslušností v ČR, bylo vhodné do zkoumaného souboru zařadit respondenty alespoň s nějakou zkušeností s čerpáním zdravotní péče v rámci primární ambulantní péče a specializované ambulantní péče ČR v průběhu jejich pobytu na území ČR. Úvodní screening oslovených respondentů si tedy kladl za cíl maximalizaci dosažených relevantních odpovědí v jednotlivých tematických blocích dotazníku. Celkem bylo respondentům položeno šest screeningových otázek.²⁵ Statistická analýza dat byla provedena prostřednictvím SPSS.

5.4.1 Výzkumné oblasti a nástroj dotazování

Výzkumné oblasti mapování hodnocení poskytované zdravotní péče cizincům v ČR a jejich přístupu ke vlastnímu zdraví byly v dotazníku rozpracovány do celkem sedmi jednotlivých samostatných tematických bloků, a to v následujícím členění:

²³ Detailněji k výběru krajů viz kapitola č. 1 Metodologie a k přípravě a průběhu sběru dat viz příloha č. 2 Technická zpráva ze sběru dat.

²⁴ Tabulkový přehled pro výpočet vázaných kvót zaslán ČSÚ pod názvem Cizinci v ČR bez azylantů – osoby vybraných státních občanství ve věku 18+ ve vybraných krajích podle kategorie pobytu, pohlaví a věkových skupin – k 31. 12. 2018. Pramen Ředitelství služby cizinecké policie. Výpočet kvót provedla výzkumná agentura ppm factum.

²⁵ Uvedení státního občanství ČR, azylu, žádosti o azyl, udělení správního vyhoštění z ČR, či krátkodobý pobyt na území ČR bylo důvodem ukončení rozhovoru. Dalšího dotazování se neúčastnily rovněž osoby, které v rámci screeningů uvedly pouze pobyt v lůžkách či léčebný pobyt a tito respondenti netvoří součást zkoumaného.

- blok 0 – screening a úvodní otázky,
- blok I – hodnocení poskytované zdravotní ambulantní péče,
- blok II – hodnocení poskytované zdravotní péče během pobytu na lůžku ve státní veřejné nemocnici,
- blok III – komunikace se zdravotnickým personálem,
- blok IV – kulturní odlišnosti a diskriminace,
- blok V – strategie při řešení zdravotních problémů, přístup a zodpovědnost k vlastnímu zdraví,
- blok VI – sociodemografické údaje.

Vzhledem k možnostem dotazníkového šetření byla v rámci mapování hodnocení zkušeností s poskytovanou zdravotní péčí cizincům v ČR vybraných státních příslušností pozornost věnována dvěma základním formám zdravotní péče, a to ambulantní péči a lůžkové péči dle popisu druhů zdravotní péče Ministerstva zdravotnictví ČR.²⁶

Ambulantní péče byla pro potřeby dotazování definována jako zdravotní péče, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení a mapována byla primární ambulantní péče praktického lékaře²⁷ a vybrané formy specializované ambulantní péče poskytované v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče podle § 4 odst. 4. zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

Lůžková péče byla definována jako zdravotní péče, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta a pozornost byla v rámci dotazování zaměřena na pobyt na lůžku ve státní veřejné nemocnici.

V rámci screeningových otázek byla také mapována zdravotní péče poskytovaná ze strany zdravotnické záchranné služby a pohotovostní služby v případě náhlých těžkých onemocnění nebo úrazů, kdy se pacient nemůže sám dopravit k lékaři, a kdy je nezbytné rychlé ošetření na místě události a případně přeprava postiženého do zdravotnického zařízení za stálého poskytování neodkladné zdravotní péče, aby nedošlo k dalšímu zhoršení zdravotního stavu nebo ohrožení života postiženého, je využívána zdravotnická záchranná služba (tamtéž).

5.4.2 Popis zkoumaného souboru

V rámci podkapitoly věnované popisu zkoumaného souboru je prostor věnován vyhodnocení sledovaných screeningových a obecných otázek (zdravotní pojištění a jeho typ a rozsah, a také zájem cizinců žít v ČR) a sociodemografických otázek, které následně dle výsledků analýzy různou mírou vstupují do jednotlivých tematických bloků dotazování.

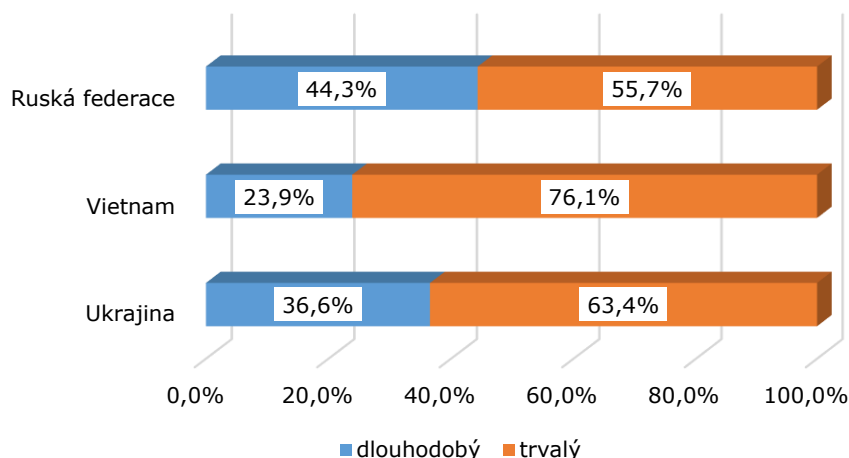
²⁶ Zdroj: stránky Ministerstva zdravotnictví ČR https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html

²⁷ Tj. primární ambulantní péče, jejímž účelem je poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, dále koordinace a návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli; tuto zdravotní péči pacientovi poskytuje registrující poskytovatel. Zdroj: tamtéž.

Sociodemografie

Zkoumaný soubor tvořilo celkem 1 000 respondentů se státní příslušností Ukrajiny (596 respondentů, tj. 59,6 % zkoumaného souboru), Vietnamu (201 respondentů, tj. 20,1 %) a Ruské federace (203 respondentů, tj. 20,3 %). Více než polovina respondentů (64,4 %) pobývala na území ČR na základě trvalého pobytu, více než třetina (35,6 %) na základě dlouhodobého pobytu²⁸. Vysokou převahu trvalého usídlení na území ČR již delší dobu vykazují zejména Vietnamci (76,1 % respondentů), a také Ukrajinci (63,4 %). Subpopulace občanů Ruské federace vykazuje odlišnou strukturu dle druhu pobytu ovlivněnou zejména četnějším zastoupením dlouhodobě pobývajících ruských studentů. Trvale pobývajících respondentů z Ruské federace bylo 55,7 % - strukturu respondentů podle státního občanství a druhu pobytu na území ČR ilustruje následující graf č. 3.

Graf č. 3 **Struktura zkoumaného souboru podle kategorií pobytu na území ČR**



Analýzou struktury respondentů podle sledovaných sociodemografických znaků²⁹ byly v rámci zkoumaného souboru zjištěny rozdíly mezi Ukrajinci, Vietnamci a Rusi zkoumaného souboru.³⁰

Vzhledem k přetrvávající vysoké koncentraci populace cizinců na území kraje hlavní město Praha, bydlela více než polovina všech respondentů (51,7 %) v našem hlavním městě či jeho okolí. Zvýšená koncentrace bydlení v kraji hlavní město Praha byla u občanů Ruské federace (69,5 %), přičemž Vietnamců zkoumaného souboru zde bydlela více než třetina (34,8 %). Ve srovnání s Ukrajinci a Rusi bylo naopak četnější zastoupení Vietnamců v rámci Ústeckého (Vietnam 19,9 %: Ukrajina 5,9 %: RF 6,4 %³¹)

²⁸ Dlouhodobý pobyt = povolení k dlouhodobému nad 90 dnů, včetně zaměstnanecké karty a modré karty.

²⁹ Kraj hlášeného pobytu, kategorie pobytu na území ČR, kategorie délky pobytu na území ČR, kategorie věku, pohlaví, rodinný stav, stupeň nejvyššího dosaženého vzdělání, hlavní účel pobytu, místa/forma bydlení v ČR, náboženské vyznání a kategorie čistého finančního příjmu všech osob v domácnosti respondenta.

³⁰ Byla použita metoda Comparisons of Column Proportions a Pearson Chi-Square Tests na hladině 0,05 v SPSS.

³¹ Spodní indexace u uváděných procent jsou označeny mapované státní příslušnosti respondentů, kde r =státní příslušníci Ruské federace, u =státní příslušníci Ukrajiny, v =státní příslušníci Vietnamu.

5. Výsledky smíšeného výzkumu

a Plzeňského kraje (Vietnam 16,4 %: Ukrajina 8,4 %: RF 1,5 %). Zajímavou skutečností je proporcionálně shodné zastoupení respondentů v rámci Jihomoravského kraje (Ukrajina 12,2 %: Vietnam 10,9 %: RF 9,4 %).

Respondenti na území ČR pobývali v rámci dlouhodobého a trvalého pobytu zejména delší dobu (70,4 % více než pět let), pouze 3,2 % na našem území strávilo jeden rok a méně, sedm procent více než jeden až dva roky. Více pobývalo na našem území více než dva roky až pět let respondentů z Ukrajiny (20,6 %), a státních občanů Ruské federace (23,6 %) nežli Vietnamců (11,4 %). Naopak tomu bylo v kategorii délky pobytu v trvání deset a více let – Vietnam 57,2 %: Ukrajina 40,3 %: RF 33,5 %).

Celková věková struktura respondentů byla vychýlena ve prospěch středního a post středního věku – 23,6 % respondentů vylo ve věkové kategorii 18 až 29 let, 38,3 % ve věku 30 až 44 let a 38,1 % ve věku 45 let a více. Jak již bylo zmíněno více, zvýšená přítomnost ruských studentů se projevila na vyšším zastoupení mladých osob nejnižší věkové kategorie (RF 35,5 %: Ukrajina 20,5 %: Vietnam 20,9 %). Naopak Ukrajinci zde měli výraznější zastoupení ve střední věkové kategorii 30 až 44 let, a to zejména vůči občanům Ruské federace (Ukrajina 41,3 %: RF 29,6 %: Vietnam 38,3 %).

Více než polovinu zkoumaného souboru tvořili muži (52,2 %), ženy tvořily (47,8 %). Žen z Ruské federace bylo poměrově více než tomu bylo u respondentů se státní příslušností Ukrajiny (56,2 %: 45,6 %), v případě mužů tomu bylo právě naopak ve prospěch Ukrajinců (54,4 %: 43,8 %).

Více než polovina respondentů (53,8 %) žila v manželském svazku a více než čtvrtina (28,5 %) byla nezadaná. Rozvedených bylo necelých deset procent, necelých sedm procent žilo v nesezdaném soužití (zejména respondenti z Ukrajiny (8,1 %) a Ruské federace 7,4 %: Vietnam 1,0 %). Konkrétní rodinný stav nevedlo 0,6 % respondentů. V registrovaném partnerství nežil ani jeden respondent.

Více než čtvrtina respondentů uvedla nejvyšší dosažený stupeň vzdělání na úrovni vyučení v oboru bez/s maturitou (28,6 %) a na úrovni středoškolského odborného vzdělání s maturitou (28,9 %). Každý sedmý respondent uvedl středoškolské všeobecné vzdělání s maturitou a cca každý pátý dosáhl vysokoškolského vzdělání. Naopak základní vzdělání uvedl cca každý jedenáctý. I v případě vzdělání byly identifikovány rozdíly, přičemž respondenti z Ruské federace dosahovali vyšších stupňů vzdělání, a to zejména vůči Vietnamcům. Vietnamců se základním vzděláním bylo výrazně více než tomu bylo u Ukrajinců a občanů Ruské federace (Vietnam 15,0 %: Ukrajina 7,8 %: RF 4,5 %). Naopak tomu bylo v případě vysokoškolského vzdělání, nejméně typického stupně vzdělání pro vietnamské respondenty (Vietnam 9,0 %: Ukrajina 19,4 %: RF 26,4 %).

Více než polovina osob zkoumaného souboru pobývala na území ČR za účelem zaměstnání (57,3 %), méně již z důvodu podnikání (19,8 %). Za účelem sloučení rodiny zde bylo 15,0 %, z důvodu studia 5,6 %, z humanitárních důvodů 0,5 % a z jiných blíže nespécifikovaných důvodů 1,4 % respondentů. Konkrétní účel pobytu nevedlo celkem 0,4 %). Ve srovnání mapovaných státních příslušností respondenti z Vietnamu pobývali na území ČR častěji z důvodu podnikání, naopak Ukrajinci a občané Ruské federace z důvodu výkonu zaměstnání. Rusové oproti Ukrajincům zase v ČR častěji studovali či zde pobývali z důvodu sloučení rodiny.

Pronájem byla nejčastěji uváděná forma bydlení v ČR, v pronajaté místnosti bydlelo celkem 10,3 % respondentů a 41,4 % v pronajatém bytě či domě. Naopak ve vlastním bytě či domě bydlela necelá třetina dotázaných. Na ubytovně bylo ubytováno 7,3 % a u příbuzných či kamarádů 9,1 % respondentů. Jiný druh bydlení nebo bez bližší

specifikace uvedlo jedno procento dotázaných. Ve srovnání s Ukrajinci a Rusi bydleli Vietnamci výrazně méně často v pronajaté místnosti.

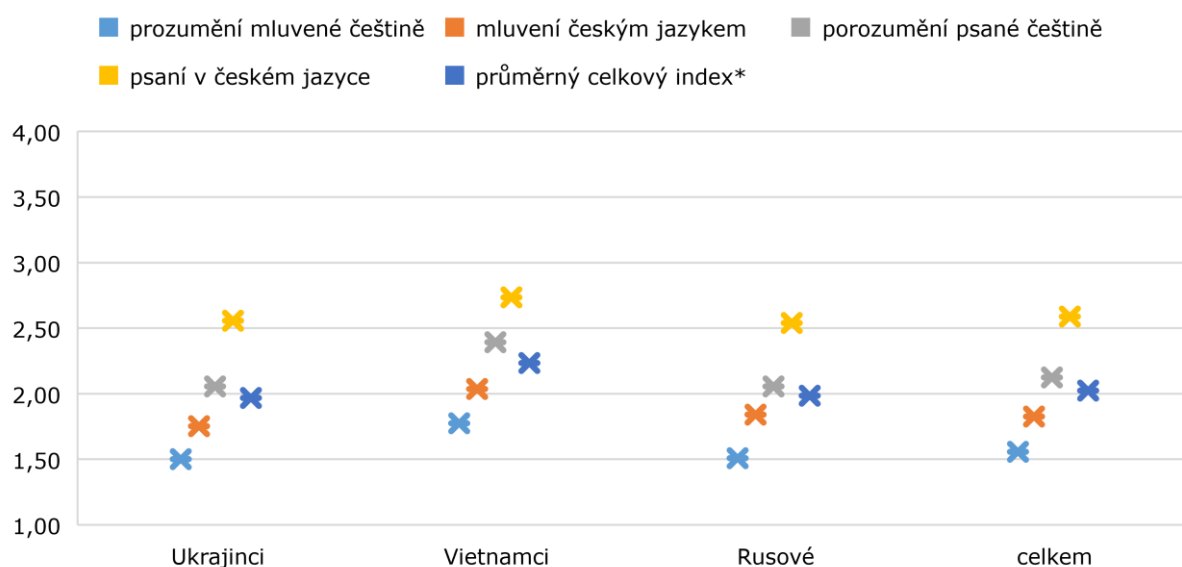
Téměř polovina respondentů byla bez vyznání, třetina se hlásila k pravoslaví (zejména Rusové a Ukrajinci) a 8,7 % k římsko-/řeckokatolické víře. Necelá čtvrtina Vietnamců vyznávala buddhistické náboženství, naopak více než polovina z nich byla bez vyznání.

Na otázku kategorizace všech čistých finančních příjmů všech osob domácnosti respondenta v průměru za jeden měsíc konkrétně neodpověděla více než třetina všech respondentů, a to zejména Vietnamci (téměř polovina z nich).

Detailní sociodemografickou strukturu zkoumaného souboru v třídění podle mapovaných státních příslušností a za celek je k nahlédnutí v Příloze č. 3 této studie.

Vzhledem ke skutečnosti, že v rámci dotazování byla pozornost respondentů zaměřena také na důležitou oblast komunikace respondentů se zdravotnickým personálem, měli respondenti možnost sebehodnocení v oblasti znalosti českého jazyka, a to ve všech čtyřech základních dimenzích, tj. v porozumění mluvené češtině, ve schopnosti mluvit česky, dále v porozumění psané češtině, a také ve schopnosti psát v českém jazyce. Pro potřeby sebehodnocení v oblasti znalosti českého jazyka měli respondenti možnost použít hodnotící čtyřstupňovou škálu „1=velmi dobře až 4=velmi špatně“, s možností neuvedení konkrétní odpovědi, což využilo jedno až dvě procenta respondentů. Z naměřených hodnot vyplývá, že nejvyšší průměrné sebehodnocení ve znalosti českého jazyka bylo zjištěno u Ukrajinců a Rusů, přičemž Rusové si byli více nejisti v mluvení českým jazykem (průměr=1,84), nežli Ukrajinci (průměr=1,75). Nejhůře se znalostí českého jazyka byli Vietnamci, a to zejména ve schopnosti psát v českém jazyce (průměr=2,73). V oblasti psané češtiny se ovšem cítili nejméně jisti i Rusové (průměr=2,54) a Ukrajinci (průměr=2,56) – viz graf č. 4.

Graf č. 4 **Sebehodnocení respondentů v základních dimenzích znalosti českého jazyka, průměry**



Pozn.: Hodnotící škála „1=rozhodně ano, 2=spíše ano, 3=spíše ne, 4=rozhodně ne – průměry.

5. Výsledky smíšeného výzkumu

Zájem zůstat žít trvale v ČR projevily více než dvě třetina respondentů (67,4 %), menší část z nich by zde chtěla zůstat pouze dočasně a pak se vrátit do země původu (14,2 %). Někteří z cizinců by naopak chtěli pokračovat v migraci a žít v některé jiné členské zemi EU (5,9 %) nebo v některé jiné zemi mimo státy EU (1,7 %). Volbu pokračování v migraci projevili ve zvýšené míře zejména respondenti nejmladší věkové generace (18 až 29 let), dále cizinci s dlouhodobým pobytem komerčním zdravotním pojištěním.

Přehled struktury zkoumaného souboru dle vybraných sociodemografických znaků je uveden v tabulkovém přehledu v Příloze č. 3 této zprávy.

Screening a úvodní otázky

V rámci poslední screeningové otázky byli respondenti dotazováni, zdali v průběhu svého pobytu v ČR v souvislosti s vlastním zdravím navštívili vybrané lékaře, zdravotnická zařízení a či odborné poradny (konkrétně psychologickou poradnu). Respondenti v průběhu svého pobytu v ČR navštívili zejména praktického lékaře (89,0 %) nebo lékaře – specialistu (82,7 %). Méně často uváděli hospitalizaci (19,6 %) či využití poskytnutí zdravotní péče ze strany zdravotnické záchranné služby a pohotovostní služby (8,2 %). Vyšetření u psychologa/v psychologické poradně neuvedla ani dvě procenta dotázaných. Lázně či jinou formu návštěvy (např. zařízení čínské medicíny či léčitele) (ovšem) pouze v kombinaci s jinou formou výše uvedené zdravotní péče uvedlo celkem 2,1 %. Ve srovnání s jinými využitými formami zdravotní péče uváděli Vietnamci ve srovnání (zejména) s Rusy a Ukrajinci častěji hospitalizaci na lůžku či využití služeb záchranné či pohotovostní služby – viz následující tabulkový přehled č. 4.

Tabulka č. 4 **Návštěva vybrané formy zdravotní péče v průběhu pobytu v ČR v souvislosti s vlastním zdravím** (v %, N)

čerpání vybraných forem zdravotní péče v průběhu pobytu v ČR v souvislosti s vlastním zdravím	Ukrajina	Vietnam	Ruská federace	celkem
	%			
praktický / "obvodní" lékař	88,8	88,6	90,1	89,0
odborný lékař – specialista* (vyjma psychologa či psychologické poradny)	82,7	82,6	82,8	82,7
hospitalizace v ČR**	19,1	23,4	17,2	19,6
poskytnutí zdravotní péče ze strany zdravotnické záchranné služby a pohotovostní služby / "záchranky"	8,1	10,4	6,4	8,2
vyšetření u psychologa	1,0	1,5	0,5	1,0
pobyt v lázních či na léčebném pobytu	1,2	1,0	3,4	1,6
jiné	0,0	2,0	0,5	0,5
	N			
celkový počet respondentů	596	201	203	1 000

Pozn.: Tzv. *multiple response*, tj. možnost více odpovědí – součet sloupcových % se nerovná 100.

* např. zubař, oční lékař, gynekolog, urolog, ortoped, alergolog, chirurg atp.

** pobyt na lůžku v české nemocnici, na klinice, či jiném zdravotnickém zařízení na lůžku

Na základě třídění dle vybraných sociodemografických znaků lze konstatovat, že Vietnamci zkoumaného souboru (pravděpodobně zejména kvůli výrazné převaze podílu osob s trvalým pobytem, a tudíž i volnému přístupu k veřejnému zdravotnímu pojištění)

ve srovnání s respondenty z Ruské federace častěji uváděli pobyt na lůžku v průběhu léčby (Vietnam 23,4 %: RF 17,2 %: Ukrajina 19,1 %). Dle Zprávy ÚZIS cizinci ze zemí mimo EU v období let 2009 až 2018 měli v celém sledovaném období poměrně stabilní hospitalizaci v rámci lůžkových zdravotnických zařízení. Ve sledovaném období činil nárůst jejich hospitalizace pouze osm procent (Část II., Žofka, J. a kol. 2019, str. 124). Ve většině sledovaných krajů převažovala návštěvnost praktického lékaře návštěvnost lékaře-specialistu. Pouze v případě Plzeňského kraje tomu bylo naopak a více respondentů tohoto kraje uvádělo návštěvu lékaře-specialistu nežli praktického lékaře – detailněji viz tabulkový přehled č. 5.

Tabulka č. 5 **Návštěva vybrané formy zdravotní péče v průběhu pobytu na území ČR souvislosti s vlastním zdravím v třídění podle mapovaných krajů ČR (v %, N)**

čerpání vybraných forem zdravotní péče v průběhu pobytu v ČR v souvislosti s vlastním zdravím	Praha hl. město	Středočeský kraj	Jihomoravský kraj	Ústecký kraj	Plzeňský kraj	celkem
	%					
praktický lékař	90,5	90,3	89,5	89,8	75,6	89,0
specialista*	83,6	83,1	79,8	73,9	89,5	82,7
hospitalizace v ČR**	19,9	19,0	16,7	21,6	20,9	19,6
ZZS***	8,3	7,7	6,1	13,6	5,8	8,2
vyšetření u psychologa	0,4	2,6	1,8	1,1	0,0	1,0
lázně	1,5	1,5	1,8	2,3	1,2	1,6
jiné	0,4	0,5	0,0	2,3	0,0	0,5
	N					
celkový počet respondentů	517	195	114	88	86	1 000

Pozn.: Tzv. *multiple response*, tj. možnost více odpovědí – součet sloupcových % se nerovná 100.

* např. zubař, oční lékař, gynekolog, urolog, ortoped, alergolog, chirurg atp.

** pobyt na lůžku v české nemocnici, na klinice, či jiném zdravotnickém zařízení na lůžku

*** zdravotnická záchranná služby a pohotovostní služba

Dále lze konstatovat, že respondenti s trvalým pobytem častěji uváděli čerpání všech mapovaných forem zdravotní péče, na rozdíl od respondentů s dlouhodobým pobytem. Bylo tomu tak i v případě návštěv psychologa (1 osob s dlouhodobým pobytem: 9 osobám s trvalým pobytem), ačkoliv nutno poznamenat, že celková zmapovaná návštěvnost psychologa byla ve zkoumaném souboru velmi nízká a tuto formu čerpání zdravotní péče uvedlo pouze jedno procento respondentů – viz tabulka č. 6. Uvedené zjištění jenom potvrzuje dlouhodobě státem podceňovanou až zanedbávanou psychickou a psychosomatickou péči o cizince pobývající na území ČR – viz také například kapitoly č. 5 Sekundární analýza a výsledky expertního šetření. A přitom hospitalizace z důvodu duševní poruchy patří z objektivních příčin spojených s léčbou těchto onemocnění k nejdelším hospitalizacím. „Průměrně nejvíce ošetřovacích dní připadalo na osoby s duševními poruchami (cizinců mimo EU), a to 29,7 dnů u mužů a 26,4 dnů u žen“ (Část II., Žofka, J. a kol. 2019, str. 124).

5. Výsledky smíšeného výzkumu

Tabulka č. 6 **Návštěva vybrané formy zdravotní péče v průběhu pobytu v ČR v souvislosti s vlastním zdravím v třídění podle druhu pobytu na území ČR (v %, N)**

čerpání vybraných forem zdravotní péče v průběhu pobytu v ČR v souvislosti s vlastním zdravím	dlouhodobý pobyt	trvalý pobyt	celkem
	%		
praktický lékař	78,7	94,7	89,0
specialista*	68,8	90,4	82,7
hospitalizace v ČR**	6,7	26,7	19,6
ZZS***	4,5	10,2	8,2
vyšetření u psychologa	0,3	1,4	1,0
lázně	0,3	2,3	1,6
jiné	0,3	0,6	0,5
	N		
celkový počet respondentů	356	644	1 000

Pozn.: Tzv. *multiple response*, tj. možnost více odpovědí – součet sloupcových % se nerovná 100.

* např. zubař, oční lékař, gynekolog, urolog, ortoped, alergolog, chirurg atp.

** pobyt na lůžku v české nemocnici, na klinice, či jiném zdravotnickém zařízení na lůžku

*** zdravotnická záchranná služba a pohotovostní služba

Vyšší věková kategorie respondentů ve věku 45 let a více uváděla návštěvu specialistu (starší 86,4 %: mladší 78,8 %) či pobyt na lůžku (starší 24,4 %: mladší 12,3 %) častěji než nejmladší kategorie 18 až 29 let. Osoby podnikající (90,9 %) ve srovnání se zaměstnanci (78,7 %) častěji uváděli návštěvu specialistu, obdobně tomu tak bylo ve srovnání mužů a žen, kdy specialistu navštěvovali více ženy (87,9 %) nežli muži (78,0 %), a to pravděpodobně z důvodu návštěv gynekologické ambulance.

Zdravotní pojištění

Problematika zdravotního pojištění cizinců v ČR je rozpracována v rámci kapitoly 3.4 Zdravotní pojištění cizinců na území ČR a v rámci dotazníkového šetření se odrazila v otázce zaměřené na identifikaci typu zdravotního pojištění respondentů. V úvodní části dotazníku byli proto respondenti tazatelem dotázáni, jaké zdravotní pojištění v ČR mají uzavřené. Vzhledem k tomu, že na tuto otázku může nastat více alternativ odpovědí zároveň, měli respondenti možnost více odpovědí. O této skutečnosti byli instruováni a proškoleni i tazatelé. Vyhodnocením dat bylo zjištěno, že veřejné zdravotní pojištění v ČR uvedly tři čtvrtiny respondentů, komerční typ zdravotního pojištění více než čtvrtina z nich, cca osm procent respondentů mělo zdravotní pojištění uzavřené v zemi původu, bez zdravotního pojištění uzavřeného v ČR byla dvě procenta dotázaných a cca dvě procenta respondentů konkrétní odpověď na tuto otázku neuvedla. Více než tři čtvrtiny Vietnamců uvedli veřejné zdravotní pojištění, u Ukrajinců a Rusů to byly necelé dvě třetiny respondentů. Komerční zdravotní pojištění bylo častěji uváděno respondentkami z Ruské federace a Ukrajiny – přehled viz tabulka č. 7.

Tabulka č. 7 **Typ zdravotního pojištění respondentů v ČR**

typ zdravotního pojištění v ČR	Ukrajina	Vietnam	Ruská federace	celkem
	%			
veřejné zdravotní pojištění	64,8	76,1	61,1	66,3
zdravotní pojištění pro cizince, tj. komerční zdravotní pojištění	29,4	17,9	32,0	27,6
nemám uzavřené zdravotní pojištění v ČR	1,7	2,5	2,5	2,0
mám uzavřené zdravotní pojištění v zemi původu	9,2	4,0	7,4	7,8
neví, bez odpovědi	1,0	2,0	2,0	1,5
	N			
celkový počet respondentů	596	201	203	1 000

Respondenti s komerčním zdravotním pojištěním v ČR měli také možnost uvedení rozsahu tohoto jejich pojištění. Jak vyplývá z předcházejícího tabulkového přehledu, zdravotní pojištění pro cizince, tj. komerční zdravotní pojištění uvedlo v rámci dotazování celkem 276 respondentů, přičemž většina z nich disponovala komplexním zdravotním pojištěním (85,9 %), menší skupina uvedla nadstandardní (tj. dražší) komplexní zdravotní pojištění cizinců (11,6 %) a 2,5 % komerčně zdravotně pojištěných respondentů své pojištění blíže nespecifikovala. Nadstandardní komplexní komerční zdravotní pojištění uváděli pouze Ukrajinci a Rusové bydlící převážně na území hlavního města Prahy, přičemž nepřevládali ani muži, ani ženy. Komerční zdravotní pojištění uvedlo kupodivu i celkem 68 respondentů udávajících trvalý pobyt na území ČR. Vzhledem k specifickému zaměření našeho dotazování a možný předpoklad neúplné orientace některých cizinců v problematice jejich zdravotního pojištění či dokonce možné záměně jejich druhu pobytu na území ČR či jiného důvodu (např. záměrnému lhaní v druhu pobytu či typu zdravotního pojištění) nebylo možné tuto nesourodost pouze odstranit z datové matice a za daných okolností jí bylo možné pouze konstatovat a zohlednit při další analýze dat vyloučením těchto respondentů z testování prostřednictvím proměnné o typu zdravotního pojištění.³²

V rámci zkoumaného souboru byli dále na základě zvolených variant odpovědí identifikováni a popsáni respondenti tří skupin, které nesou předpoklad problematického přístupu k čerpání zdravotní péče v ČR:

- cizinci bez zdravotního pojištění v ČR pouze se zdravotním pojištěním v zemi původu;
- cizinci, kteří na otázku, jakým typem zdravotního pojištění v ČR disponují, neuměli odpovědět nebo záměrně odpověď neuvedli³³;
- cizinci pobývajících na území ČR bez zdravotního pojištění.³⁴

³² V naprosté většině se v daném případě jednalo o osoby v závislé ekonomické činnosti zejména pracující u zaměstnavatele, dále u pracovní agentury či v rodinném podniku. Ojediněle se jednalo o osoby studující, či na mateřské dovolené.

³³ Varianta odpovědi ve formě „Neví, bez odpovědi“.

³⁴ Osoby bez zdravotního pojištění = respondenti bez zdravotního pojištění v ČR a zároveň bez zdravotního pojištění v zemi původu

Cizinci bez zdravotního pojištění v ČR pouze se zdravotním pojištěním v zemi původu

K této podskupině patřilo celkem sedm osob, v naprosté většině se jednalo o Ukrajince zejména ze Středočeského kraje, dále z Ústeckého kraje a hlavního města Prahy. Tento způsob zdravotního pojištění uvedlo pět mužů a dvě ženy s pobytem za účelem zaměstnání v závislé ekonomické činnosti v naprosté většině bez bližší specifikace zaměstnavatele. Nelze tedy určit, zdali pracovali v rodinném podniku, v pracovní agentuře nebo u jiného zaměstnavatele. Jednalo se o mladé lidi do 30 let pobývající na území ČR s dlouhodobým pobytem průměrně cca dva roky, minimálně sedm měsíců, maximálně pět let, bydlících zejména v pronajaté místnosti u přátel či známých nebo na ubytovně, s nižšími příjmy. Tito respondenti uvedli čerpání pouze jednoho druhu zdravotní péče, a to buď u praktického lékaře, či specialisty, nebo využili pomoc zdravotní záchranné služby.

Cizinci, které na otázku, jakým typem zdravotního pojištění v ČR disponují, nevěděli odpovědět nebo záměrně konkrétní odpověď neuvedli

Do této skupiny patřilo celkem 15 osob, z toho bylo devět žen. Tito respondenti pocházeli jak z Ukrajiny (7 osob), tak z Ruské federace (4) a Vietnamu (4). V době dotazování bydleli v rámci dlouhodobého či trvalého pobytu na území ČR v kraji hlavní město Praha, Středočeském kraji, Jihomoravském kraji a Ústeckém kraji. Věková skladba osob, které se k otázce svého zdravotního pojištění nevyjádřily byla velmi rozmanitá a pohybovala se v širokém intervalu od 27 až po 85 let. Na území ČR byli tito respondenti zejména za účelem výkonu zaměstnání či podnikání, a také za účelem sloučení rodiny. Kromě osob podnikajících, se jednalo např. o zaměstnance pracovních agentur, či jiného zaměstnavatele, přičemž i respondenti této skupiny většinou svého zaměstnavatele blíže neurčili.

Cizinci pobývající na území ČR bez zdravotního pojištění

Do této skupiny se zařadilo celkem třináct osob (z toho osm žen), a to zejména z Ukrajiny a Vietnamu (po pěti osobách), méně již z Ruské federace. Shodným znakem těchto osob byl převažující záměr žít v ČR pouze dočasně a pak se přesídlit zejména zpátky do země původu, nebo do jiné členské země EU či mimo EU. Jednalo se o osoby převážně s dlouhodobým pobytem na území ČR z Ústeckého a Středočeského kraje, a také z hlavního města Praha. Většina osob tady byla za účelem zaměstnání, přičemž bližší specifikace zaměstnavatele v dotazníku tito respondenti neurčili, tři osoby pracovali u pracovní agentury, dvě v rodinném podniku bez/s nárokem na mzdu. I u této skupiny osob převažovalo uvedení čerpání pouze jednoho druhu zdravotní péče, a to zejména specialisty.

Sečtením výše uvedených podskupin respondentů bez českého zdravotního pojištění či bez identifikace zdravotního pojištění v ČR dostáváme malou skupinu respondentů představující 3,5 % podíl respondentů zkoumaného souboru.

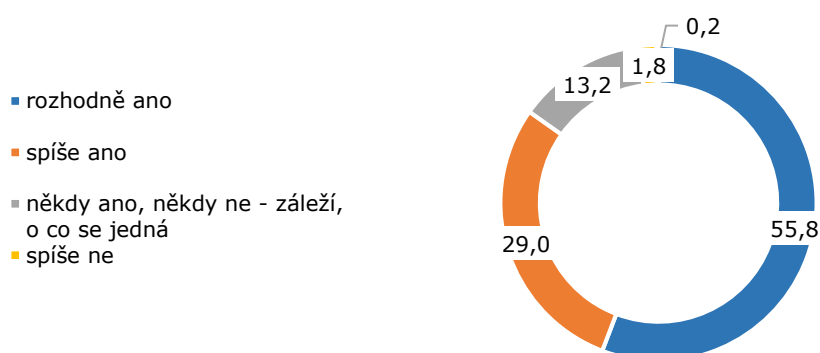
5.4.3 Hodnocení poskytované zdravotní ambulantní péče

V rámci bloku tematicky zaměřeného na hodnocení poskytované zdravotní ambulantní péče měli respondenti možnost vyjádřit svoje zkušenosti s poskytovanou

péči u praktického doktora či specialistů, tj. s primární a specializovanou ambulantní péčí.

Velmi obecně byli respondenti dotázáni, zdali v případě potřeby nalezení lékaře vědí, na jakého lékaře se obrátit, jak často a jaký druh ambulantní zdravotní péče na území ČR využívají a jak ambulantní zdravotní péči hodnotí. V úvodní otázce tohoto bloku nás zajímalo, zdali jsou respondenti přesvědčeni, že vědí, na jakého lékaře se zde v ČR v případě potřeby obrátit. Jak je patrné z následujícího grafu, většina respondentů (84,8 %) byla přesvědčena, že v případě nutnosti řešit zdravotní problém ví, na jakého lékaře se v ČR obrátit.

Graf č. 5 **Když ze zdravotních důvodů potřebujete v ČR pomoci, víte, na jakého lékaře se obrátit? (v %)**



Pozn.: Hodnotící škála 1=rozhodně ano, střed 3=někdy ano, někdy - záleží, o co se jedná až 5=rozhodně ne.

Ovšem pomocí testování shody prostřednictvím parametrické analýzy rozptylu (ANOVA³⁵) a „jejího neparamaterického ekvivalentu, jímž je Kruskalův-Wallisův test“ (Rabušic, L., Soukup, P., Mareš, P. 2019, str. 242) byly identifikovány následující statisticky signifikantní rozdíly³⁶ - přesvědčení respondentů o schopnosti orientovat se v dané oblasti stoupalo³⁷:

- s úrovní vzdělání (srovnej průměry vysokoškoláci 1,35: respondenti se základním vzděláním 1,86),
- s délkou pobytu (délka pobytu více než 10 let průměr 1,31: méně než jeden rok 2,66),

a naopak se zhoršovalo u osob, u kterých byl předpoklad osamocení z důvodu ztráty životního druhu (vdovec/vdova průměr 2,55 - zahrnuje pouze nízký počet případů).

Z důvodu screeningu respondentů pro možnosti dotazování v oblasti jejich zkušeností s ambulantní zdravotní péčí v průběhu jejich pobytu na území ČR, měli respondenti možnost odpovědět na otázku, kdy naposled v průběhu posledních pěti let

³⁵ Se zohledněním výsledků testu shody rozptylů (tj. Leveneho test).

³⁶ Testování nulové hypotézy o shodě na hladině významnosti 0,05.

³⁷ Respondenti měli možnost na tuto otázku odpovídat prostřednictvím hodnotící škály 1=rozhodně ano, 3=někdy ano, někdy ne - záleží, o co se jedná, 5=rozhodně ne.

5. Výsledky smíšeného výzkumu

na území naší republiky v souvislosti s vlastním zdravím navštívili ordinaci praktického lékaře, zubního lékaře a lékaře specialistu. V průběhu posledních pěti let respondenti naposled navštívili ordinaci praktického lékaře a zubního lékaře v průměru před více než jedním rokem až dvěma lety (praktika 79,6 % respondentů, zubního lékaře 64,9 %), lékaře specialistu v průměru před téměř více 2 lety (54,0 % respondentů) – viz tabulka č. 8.

Tabulka č. 8 **Poslední návštěva vybraných typů lékařů v průběhu posledních 5 let na území ČR v souvislosti s vlastním zdravím**

poslední návštěva ordinace v souvislosti s vlastním zdravím v průběhu posledních 5 let na území ČR	praktický lékař	zubní lékař	specialista
	%		
před méně než 12 měsíci	47,3	30,8	29,4
více než před rokem až 2 lety	32,3	34,1	24,6
více než před dvěma lety	12,2	15,3	17,9
nikdy	8,2	19,8	27,1
celkem	100,0	100,0	100,0
průměr	1,81	2,24	2,45
	N		
celkový počet respondentů	980	973	965

Pozn.: Specialista - např. oční lékař, gynekolog, chirurg apod.

Výše uvedeným statistickým měřením a testováním výzkumných hypotéz bylo zjištěno, že lékaře-specialistu ve sledovaném období 5 let navštívily ženy zpravidla před cca 2 lety (průměr=2,02), muži spíše před více než dvěma lety (průměr=2,84), což může být pravděpodobně ovlivněno také realizací zdravotní prevence či častějších návštěv žen u gynekologa). Doba poslední návštěvy vybraných typů lékařů se snižovala s vyšším stupněm dosaženého vzdělání, a to zejména u návštěvy lékařů-specialistů (VŠ vzdělání průměr=2,18: ZŠ vzdělání=2,70).

V jedné z výzkumných hypotéz byla položena otázka, zdali se čerpání zdravotní péče v ČR u cizinců neliší v závislosti od toho, jaký druh zdravotního pojištění mají cizinci v ČR uzavřené. Testováním hypotézy prostřednictvím parametrického Independent Samples T-Testu a neparametrického Mann-Whitney U testu bylo zjištěno, že průměrná doba poslední návštěvy se lišila pouze v případě návštěvy zubní ordinace, přičemž tato doba byla u respondentů s veřejným zdravotním pojištěním kratší o jeden stupeň hodnotící škály (průměr=2,0 – tj. více než před rokem až dvěma lety), nežli tomu bylo u respondentů s komerčním zdravotním pojištěním (2,63 – tj. více než před dvěma lety). Zajímavým zjištěním v této souvislosti byla diference mezi jednotlivými skupinami cizinců dle státní příslušnosti – nejdelší průměrnou dobu poslední návštěvy u specialistu uvedli Vietnamci (průměr=2,73), přičemž – jak již bylo uvedeno výše – více tři čtvrtiny respondentů se státní příslušností Vietnamu měli v době dotazování veřejné zdravotní pojištění. Z těchto dílčích úvodních zjištění lze usuzovat, že na navštěvování lékařských vyšetření, obzvláště lékařů – specialistů, může mít vliv nejenom pouze typ zdravotního pojištění, ale také společensko-kulturní specifika jednotlivých subpopulací cizinců. Respondenti, kteří se vyjádřili, že v průběhu posledních pěti let nikdy nenavštívili současně ani praktického lékaře, zubního lékaře a ani lékaře – specialistu, nebyli dále v rámci bloku zaměřeného na hodnocení poskytované zdravotní ambulantní péče dotazováni a filtrem byli v dotazování posunuti na navazující blok zaměřený na hodnocení poskytované zdravotní péče během pobytu na lůžku (celkem pouze 19

respondentů) – navazující kapitola č. 5.4.3 Hodnocení poskytované zdravotní péče během pobytu na lůžku ve státní veřejné nemocnici. Do hodnocení ambulantní péče tedy vstoupilo celkem 981 respondentů.

Hodnocení vybraných aspektů ambulantní péče

Respondenti se zkušeností s ambulantní péčí v souvislosti s řešením otázek vlastního zdraví **v horizontu posledních pěti let** měli dále možnost vzpomínat na své zkušenosti s osobními návštěvami lékaře či lékařů, které absolvovali na území ČR. Konkrétně byla pozornost respondentů namířena na hodnocení jejich zkušeností s objednááním na vyšetření, s časovou lhůtou od objednání po vyšetření, dále s čekací dobou v čekárně, a nakonec se zajištěním jejich osobního soukromí při poskytování konzultací ohledně léčby. Svoje zkušenosti mohli respondenti vyjádřit mírou souhlasu či nesouhlasu s následujícími pozitivně laděnými výroky o vybraných aspektech poskytování ambulantní zdravotní péče jako takové, bez členění na primární a specializovanou ambulantní péči:

- Moje objednání k lékaři proběhlo bez obtíží.
- Doba, kterou jsem musel/a čekat od objednání u lékaře až do vlastního vyšetření, byla přiměřená závažnosti řešených zdravotních problémů.
- Doba, kterou jsem strávil/a v čekárně u lékaře, byla přiměřená.
- Mé soukromí bylo při poskytování konzultací ohledně léčby či ošetření zajištěno.

Míru svého souhlasu s výše uvedenými výroky respondenti vyjadřovali prostřednictvím středové hodnotící škály, kde „1=vždy, střed 3=někdy a 5=nikdy“ s možností na danou otázku neuvést konkrétní odpověď. Rozborem získaných odpovědí respondentů byla zjištěna relativně vysoká průměrná míra souhlasu s výše uvedenými výroky, kterou lze přeneseně interpretovat i jako projev relativně vyšší míry spokojenosti s vybranými aspekty poskytované ambulantní zdravotní péče ze strany dotazovaných cizinců ve vybraných krajích ČR. Cizinci vybraných subpopulací na základě svých zkušeností nejvíce pozitivně hodnotili zajištění jejich soukromí při poskytování konzultací ohledně léčby či ošetření (průměr=1,53), a dále pak objednání k ambulantnímu vyšetření bez obtíží (průměr=1,64). Naopak nejvyšší míra nespokojenosti, byť při celkové průměrné vyšší spokojenosti, byla ze strany respondentů projevována zejména v případě hodnocení doby strávené v čekárně lékaře (průměr=2,02), méně již v případě vnímání čekací lhůty od objednání u lékaře až do vlastního vyšetření (průměr=1,86)³⁸ – detailněji viz následující tabulkový přehled č. 9. Celkový průměrný index spokojenosti s vybranými aspekty ambulantní zdravotní péče dosáhl na základě hodnocení respondentů relativně vysoké pozitivní hodnocení na úrovni 1,76 dané škály.

³⁸ Vzájemným srovnáním všech dosažených průměrných hodnot prostřednictvím One-Sample T testu ($p=0,000$) byly zjištěny rozdíly průměrného hodnocení všech mapovaných výroků.

5. Výsledky smíšeného výzkumu

Tabulka č. 9 **Hodnocení vybraných aspektů ambulantní zdravotní péče**

vybrané aspekty ambulantní lékařské péče	stupně hodnotící škály (v %)					celkem (v %)	průměr	st. odchylka	N
	1	2	3	4	5				
	vždy	téměř vždy	někdy	málokdy	nikdy				
objednání k lékaři bez obtíží	50,2	38,3	9,4	1,5	0,5	100,0	1,64	0,758	968
přiměřenost doby od objednání do vyšetření	34,7	48,2	13,4	3,3	0,3	100,0	1,86	0,789	968
přiměřenost doby strávené v čekárně	32,5	41,0	19,1	6,6	0,8	100,0	2,02	0,924	970
zajištění soukromí při poskytování konzultací	54,4	39,1	5,5	0,5	0,4	100,0	1,53	0,924	959
celkový průměrný index spokojenosti s vybranými aspekty ambulantní zdravotní péče	1,76								

Na základě použití (výše uvedených) technik parametrického a neparametrického testování hypotéz o shodě hodnocení lze konstatovat, že se lze přiklonit k hypotéze nepředpokládající rozdíly v hodnocení výše uvedených výroků mezi respondenty z Ukrajiny, Vietnamu a Ruské federace, tj. hodnocení vybraných aspektů ambulantní péče se nelišilo dle státní příslušnosti respondentů, z čehož lze usuzovat, že jejich zkušenosti s poskytováním ambulantní péče se významně neliší. Naopak signifikantní rozdíly v hodnocení ambulantní péče byly identifikovány v rámci mapovaných krajů – viz následující tabulkový přehled č. 10, přičemž přiměřenost doby strávené v čekárně a přiměřenost doby od objednání do vyšetření ne vždy shledávali vyhovujícím zejména respondenti Ústeckého kraje. Naopak nejlepší celkové průměrné hodnocení bylo zaznamenáno u respondentů z kraje hlavní město Praha.

Tabulka č. 10 **Hodnocení vybraných aspektů ambulantní zdravotní péče v třídění dle mapovaných krajů**

vybrané aspekty ambulantní lékařské péče podle mapovaných krajů	stupně hodnotící škály (v %)					celkový průměr
	škála 1=vždy, 3=někdy, 5=nikdy					
	Praha hl. m.	Středočeský kraj	Jihomoravský kraj	Ústecký kraj	Plzeňský kraj	
objednání k lékaři bez obtíží	1,58	1,65	1,51	1,81	1,94	1,64
N	502	184	111	86	85	968
stand. odchylka	0,723	0,810	0,659	0,790	0,836	0,758
přiměřenost doby od objednání do vyšetření	1,79	1,96	1,68	2,17	2,01	1,86
N	503	185	109	86	85	968
stand. odchylka	0,730	0,865	0,719	0,923	0,779	0,789
přiměřenost doby strávené v čekárně	1,95	2,06	1,94	2,33	2,15	2,02
N	503	185	111	86	85	970
stand. odchylka	0,909	0,894	1,012	0,926	0,893	0,924
zajištění soukromí při poskytování konzultací	1,47	1,58	1,34	1,92	1,66	1,53
N	497	183	110	86	83	959
stand. odchylka	0,635	0,681	0,475	0,884	0,569	0,924
celkový průměrný index spokojenosti s vybranými aspekty ambulantní zdravotní péče	1,70	1,81	1,62	2,06	1,94	1,76

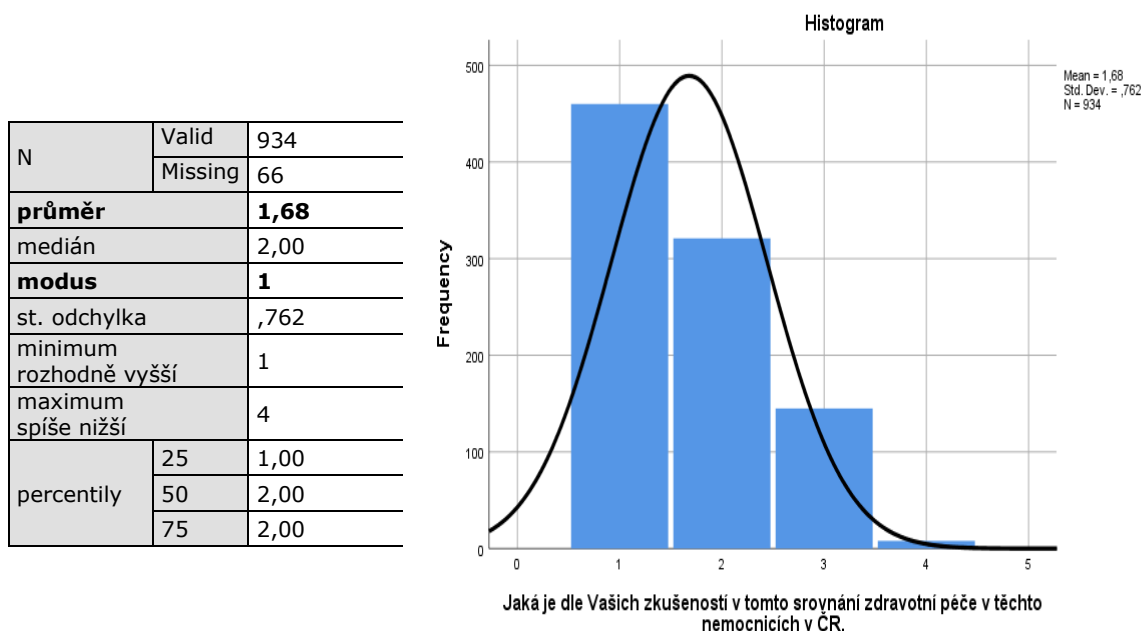
Dále byly testováním hypotéz o shodě zkušeností s vybranými aspekty ambulantní péče zjištěny difference podle výše stupně dosaženého vzdělání, kdy respondenti s vyšším stupněm vzdělání projevovali vyšší míru souhlasu s uvedenými

výroky, nežli tomu bylo u respondentů se základním vzděláním, a to zejména v hodnocení časové lhůty od objednání k samotnému vyšetření (VŠ průměr=1,72: ZŠ průměr=2,08) a dále v hodnocení dostatečného soukromí při poskytování konzultací ohledně léčby či při ošetření (VŠ průměr=1,85: ZŠ průměr=1,53). Obdobně tomu bylo v případě třídění podle veřejného a komerčního zdravotního pojištění, kdy vyšší míru souhlasu s výrokem o objednání k lékaři bez potíží projevili respondenti s veřejným zdravotním pojištěním – srovnaj vzpřůměr=1,56: kppřůměr=1,73).

Srovnání poskytování zdravotní péče v nemocnicích v ČR a v zemi původu

Abychom měli větší představu o tom, jak respondenti vnímají zdravotní péči, která je jim poskytována na území ČR, bylo vhodné zjistit, jak tuto zdravotní péči srovnávají s poskytováním zdravotní péče v zemi jejich původu – pokud ovšem touto zkušeností ze země původu disponují. Respondenti měli možnost na základě zhodnocení svých osobních zkušeností porovnat zdravotní péči poskytovanou lékaři ve státních nemocnicích (tj. ne soukromých) v ČR a na Ukrajině, ve Vietnamu a v Ruské federaci a prostřednictvím hodnotící středové škály „1=rozhodně vyšší, 3=víceméně stejná, 5=rozhodně nižší“ ohodnotit, jaká je dle jejich zkušeností v tomto srovnání zdravotní péče v těchto nemocnicích v ČR. Tato otázka byla zařazena do bloku ambulantní péče z toho důvodu, že se netýká pouze lůžkové péče, ale zahrnuje i oblast ambulantní zdravotní péče poskytovanou ve státních nemocnicích. K danému srovnání se nevyjádřilo z důvodu neznalosti, neschopnosti posoudit danou skutečnost či z jiného důvodu cca pět procent respondentů. Z níže uvedeného statistického a grafického přehledu frekvenčního rozložení odpovědí respondentů č. 4 je patrné, že naprostá většina respondentů hodnotila úroveň poskytované zdravotní péče ve státních veřejných nemocnicích v ČR ve srovnání s poskytovanou zdravotní péčí na Ukrajině, ve Vietnamu a v Ruské federaci za rozhodně vyšší až spíše vyšší (průměr=1,68, modus=1). Ani jeden z respondentů nebyl přesvědčen, že by zdravotní péče poskytovaná v ČR byla rozhodně nižší než na Ukrajině, ve Vietnamu či v Ruské federaci.

Graf č. 6 **Frekvenční rozdělení srovnání hodnocení zdravotní péče poskytované ve státních veřejných nemocnicích v ČR a v nemocnicích v zemi původu respondentů**



Pozn.: Výstup SPSS. Hodnotící škála 1=rozhodně vyšší, 2=spíše vyšší, 3=víceméně stejná, 4=spíše nižší, 5=rozhodně nižší.

Respondenti se svými výpověďmi nepodpořili hypotézy o shodě hodnocení úrovně poskytované zdravotní péče v ČR a v zemi původu v případě státní příslušnosti respondenta, kraje, kde respondent bydlí, délky a typu pobytu a také dle typu zdravotního pojištění:

- rozhodně až spíše vyšší úroveň poskytované zdravotní péče v nemocnicích v ČR deklarovali Ukrajinci (průměr=1,59) a Vietnamci (průměr=1,60), Rusové ji hodnotili jako spíše vyšší (průměr=2,02);
- hodnocení zdravotní péče v nemocnicích bylo ovlivněno i situací v mapovaných regionech. Nejvyšší průměr hodnocení, tj. nejméně pozitivní hodnocení, bylo zaznamenáno u respondentů z Plzeňského kraje (průměr=2,06), dále Středočeského kraje (průměr=1,81), Ústeckého kraje (průměr=1,78), naopak podprůměrné, a tudíž nejvíce pozitivní hodnocení deklarovali respondenti z Jihomoravského kraje (průměr=1,60) a kraje hlavní město Praha (průměr=1,58);
- nesplnil se předpoklad spíše kritičtějšího postoje v hodnocení zdravotní péče u respondentů, u kterých lze předpokládat nejmenší zkušenosti se situací v ČR v této oblasti, a to u respondentů s nejkratší délkou pobytu na území naší republiky – průměrné hodnocení respondentů s délkou pobytu dva roky a méně dosáhlo vysoce pozitivní úrovně 1,60. V převažujícím velmi pozitivním srovnání ve prospěch úrovně zdravotní péče poskytované v ČR zaznělo nejvíce kritických hodnocení u respondentů s délkou pobytu více než dva roky až 5 let (průměr=1,90) a více než 5 až 10 let (průměr=1,81), aby naopak u respondentů pobývajících nejdelší dobu na našem

území (více než deset let) nabyt nejvyšší průměrnou hodnotu pozitivního ohodnocení 1,49;

- s délkou pobytu na území ČR se (ne však u každého respondenta) zpravidla mění i pobytový status cizince, naměřený rozdíl v hodnocení úrovně poskytované zdravotné péče v nemocnicích mezi dlouhodobě a trvale usazenými respondenty však pravděpodobně nebyl způsoben pouze délkou pobytu a nabytými zkušenostmi a znalostmi systému zdravotnictví v ČR, ale také nárokem a přístupem k typu zdravotního pojištění respondentů v ČR, což dokládá i následující zjištění, že
- respondenti s veřejným zdravotním pojištěním hodnotili úroveň poskytované zdravotní péče v ČR signifikantně pozitivněji (průměr=1,59), nežli tomu bylo u respondentů s komerčním pojištěním, kde ovšem naměřený průměr rovněž dosáhl relativně vyššího pozitivního hodnocení (průměr=1,87).

Stupeň dosaženého vzdělání, věk a ani pohlaví respondentů neměli na hodnocení srovnání poskytované zdravotní péče v nemocnicích v ČR a v zemích původu signifikantní vliv.

Lidé řešící zdravotní problémy různé závažnosti mají z hlediska léčby zdravotních problémů různá adekvátní či někdy až neadekvátní očekávání. Adekvátnost těchto očekávání a její detailnější poznání nebylo cílem našeho dotazování, tato oblast by si zasloužila spíše zpracování prostřednictvím metod kvalitativního výzkumu. V rámci našeho kvantitativního mapování jsme tedy zůstali pouze na povrchu problému a respondentům jsme položili otázku, zdali lékaři, které v ČR za posledních pět let navštívili, splnili či nesplnili jejich očekávání. Respondenti měli možnost odpovědět pomocí středové hodnotící škály, kde „1=rozhodně ano, 3=tak napůl (v něčem ano, v něčem ne) až 5=rozhodně ne“. Rozborem odpovědí bylo zjištěno, že naprostá většina respondentů (92,5 %) deklarovala, že jejich očekávání z hlediska léčby jejich zdravotních problémů byla splněna (56,7 % rozhodně ano, 35,8 % spíše ano, průměr=1,51), pouze sedm procent respondentů bylo přesvědčeno, že tato jejich očekávání byla splněna pouze částečně. Částečnost splnění očekávání se výrazněji vyskytovala zejména v hodnocení respondentů s komerčním zdravotním pojištěním (průměr=1,60), což může (ne však explicitně vždy musí) souviset ani tak s rozsahem komerčního zdravotního pojištění, jako spíše s podmínkami a možnostmi jeho čerpání.

Závěr prvního bloku dotazování zaměřený na hodnocení vybraných aspektů poskytování ambulantní péče v ČR cizincům mapovaných skupin státních příslušností (tj. Ukrajinců, Vietnamců a Rusů) patřil oblíbě tzv. tradičních asijských léčebných přístupů, tj. například čínské či tibetské medicíny či přírodních léčitelů. U části respondentů, a to zejména u Vietnamců a části občanů Ruské federace, byl předpoklad určité popularity asijských léčebných přístupů. Respondenti měli v této souvislosti možnost uvést, zdali v ČR navštěvují zařízení poskytující tradiční asijské přístupy léčby, například čínskou a tibetskou medicínu nebo přírodní léčitele apod. Většina oslovených respondentů (87,4 %) - s převahou obyvatel z Ukrajiny a Ruské federace - zařízení poskytující tradiční asijské postupy léčby nenavštěvovala vůbec. Tradiční čínskou či tibetskou nebo přírodní léčitele navštěvovalo pouze 12,6 % respondentů, a to převážně z Vietnamu³⁹. Léčbu zařízení nabízejících alternativní tradiční způsoby léčby v případě osobních zdravotních problémů tito respondenti přistupovali spíše často (52,0 % z nich) až málokdy (37,4 %).

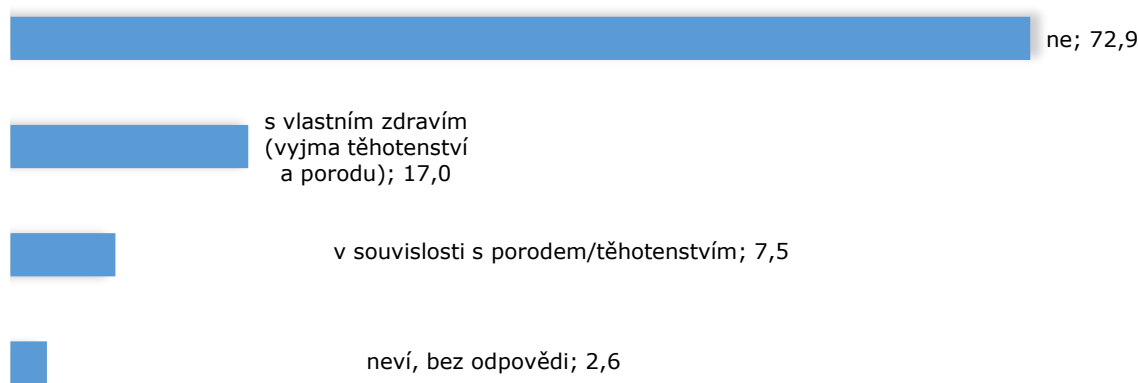
³⁹ Vietnamci tvořili 55,5 % respondentů navštěvujících zařízení poskytující alternativní způsoby léčby.

5.4.4 Hodnocení poskytované zdravotní péče během pobytu na lůžku ve státní veřejné nemocnici

Druhým navazujícím tematickým blokem na poskytování ambulantní zdravotní péče v ČR cizincům vybraných skupin státních příslušností byl tematický blok zaměřený na hodnocení poskytované zdravotní péče během pobytu na lůžku ve státní veřejné nemocnici v ČR. Respondenti byli tazateli hned v úvodu tohoto bloku instruováni, že všechny otázky v této sekci dotazníku se týkají pouze státních veřejných nemocnic (tj. nikoliv soukromých nemocnic či jiných zdravotnických zařízení). Druhý blok dotazování obsahoval celkem osm převážně škálových otázek zaměřených na vybrané aspekty zkušeností a spokojenosti respondentů se zdravotní péčí během jejich pobytu na lůžku v nemocnicích v ČR **za celkovou dobu jejich pobytu na území ČR**.

První otázkou tohoto bloku byla screeningová otázka zaměřená na určení respondentů se zkušeností s hospitalizací na lůžku v české státní veřejné nemocnici. Vzhledem k (naplněnému) očekávání menšího podílu respondentů hospitalizovaných, tj. těch, kteří v průběhu léčby v nemocnici v ČR leželi na lůžku, nebyla mapovaná doba, ke které se získaná zkušenost respondentů vázala časově nijak limitována (jako tomu bylo např. v předcházejícím bloku zaměřeném na poskytování ambulantní zdravotní péče). Cca tři čtvrtiny respondentů zkoumaného souboru uvedly, že s pobytem na lůžku v průběhu svého pobytu v ČR v souvislosti s řešením vlastního zdraví neměla osobní zkušenost – viz následující grafické znázornění č. 7.

Graf č. 7 Hospitalizace na lůžku v průběhu léčby v nemocnici v ČR (v %)



Pozn.: N=1 000 respondentů.

Rozborem dat bylo zjištěno, že otázky tohoto bloku byly určeny celkem 226 respondentům, z čehož 11,1 % žen bylo hospitalizováno, jak v souvislosti s vlastním zdravím, tak zároveň i v souvislosti s těhotenstvím či porodem. Dle Zprávy ÚZIS jsou z cizinců mimo zemí EU nejčastěji hospitalizovány ženy, a to z důvodu těhotenství, porodu nebo šestinedělí (Část II., Žofka, J. a kol. 2019, str. 123). Ženy, které v úvodní otázce bloku uvedly, že mají zkušenost s pobytem na lůžku v souvislosti s porodem dítěte nebo v souvislosti s těhotenstvím, měly možnost uvést, jak hodnotí poskytovanou zdravotní péči během svého pobytu na lůžku v průběhu tohoto životního období.

Hodnotit mohly respondentky prostřednictvím hodnotící nestředové škály „1=velmi dobře až 4=velmi špatně“. Na základě získaných odpovědí žen lze konstatovat, že zdravotní péči na lůžku v průběhu těhotenství či v souvislosti s porodem dítěte hodnotily převážně velmi dobře (72,4 %) až spíše dobře (25,0 %) – průměrné hodnocení 1,30 – a ani jedna respondentka v hodnocení neuvedla negativní čtvrtý stupeň hodnocení. Konkrétní odpověď neuvedla pouze jedna z relevantních 77 respondentek všech státních příslušností (35 Ukrajinek, 20 Vietnamech, 22 Rusek), přičemž většina z nich (79,2 %) uvedla v době dotazování veřejné zdravotní pojištění⁴⁰, 10,4 % komerční zdravotní pojištění a 10,4 % tento údaj neuvedlo.

V následujících bateriích otázek a respondentům poskytnutých informačních karet byla již pozornost všech respondentů se zkušeností s pobytem na lůžku v souvislosti s vlastním zdravím zaměřena na hodnocení nabytých zkušeností z nemocnic v ČR. Ve všech následujících bateriích otázek již byly opět použity středové hodnotící pětistupňové škály. Úvodní hodnotící baterie byla zaměřena na laické hodnocení respondentů v několika aspektech – správná diagnostika, včasnost a vhodnost poskytnuté léčby. Respondenti měli možnost vyjádřit míru svého souhlasu se třemi následujícími pozitivními výroky prostřednictvím středové škály „1=vždy, 3=někdy až 5=nikdy“:

- Domnívám se, že lékaři diagnostikovali/určili moje zdravotní problémy správně.
- Domnívám se, že lékaři mi poskytli včasné doporučení či léčbu zdravotních problémů.
- Domnívám se, že lékaři mi poskytli vhodnou/odpovídající léčbu zdravotních problémů.

V hodnocení všech tří vybraných aspektů poskytnuté lůžkové zdravotní péče nebyl žádným z relevantních respondentů zvolen pátý stupeň hodnotící škály představující maximální nesouhlas s danými výroky. V případě výroku vztahujícího se k hodnocení vhodnosti poskytnuté zdravotní péče na lůžku respondenti využili pouze první tři stupně škály (vždy až někdy) a pro hodnocení vhodnosti poskytnuté léčby tedy nepoužili stupně negativního hodnocení. Hodnocení stanovení správnosti diagnózy (průměr=1,35), nastavení vhodnosti léčby zdravotních problémů (průměr=1,42) a včasnost doporučení léčby zdravotních problémů (průměr=1,43) bylo ze strany respondentů relativně velmi pozitivní a celkový průměrný index spokojenosti respondentů s vybranými aspekty lůžkové zdravotní péče dosáhl vysoké hodnoty 1,40 na dané hodnotící škále – viz následující tabulkový přehled.

Tabulka č. 11 **Hodnocení diagnostiky, včasnosti a vhodnosti léčby zdravotních problémů v době pobytu na lůžku v nemocnici v ČR**

vybrané aspekty lůžkové lékařské péče I.	stupně hodnotící škály (v %)					celkem (v %)	průměr	st. odchylka	N
	1 vždy	2 téměř vždy	3 někdy	4 málokdy	5 nikdy				
správnost diagnózy	68,6	28,3	2,7	0,4	0,0	100,0	1,35	0,556	223
včasnost doporučení či léčby zdravotních problémů	64,0	29,7	5,8	0,5	0,0	100,0	1,43	0,625	222
vhodnost léčby zdravotních problémů	61,3	35,1	3,6	0,0	0,0	100,0	1,42	0,564	222
celkový průměrný index spokojenosti s vybranými aspekty lůžk. zdravotní péče	1,40								

⁴⁰ Dotaz na typ zdravotního pojištění v době těhotenství či porodu dítěte nebyl z kapacitních a časových možností dotazníku zahrnut.

5. Výsledky smíšeného výzkumu

Na základě srovnání středních hodnot prostřednictvím parametrického a neparametrického testování⁴¹ lze podpořit hypotézu o shodném hodnocení správnosti diagnostiky, včasnosti a vhodnosti poskytnuté zdravotní péče ze strany Ukrajinců, Vietnamců a Rusů zkoumaného souboru, totéž lze také usuzovat v třídění podle pohlaví, dalších vybraných sociodemografických znaků a typu zdravotního pojištění. Obdobně shodné a zároveň vysoce pozitivní hodnocení zkušeností s lůžkovou zdravotní péčí bylo zjištěno i v případě hodnocení, kdy byli respondenti dotázáni, aby se pomocí středové škály „1=rozhodně ano, 3=v něčem ano, v něčem ne až 5= rozhodně ne“ vyjádřili k tomu, zdali se domnívají, že lékaři během jejich pobytu na lůžku v nemocnici v ČR splnili jejich očekávání z pohledu léčby jejich zdravotních problémů či poskytnutí zdravotních doporučení.

Tabulka č. 12 **Hodnocení splnění očekávání respondentů z hlediska léčby jejich zdravotních problémů během pobytu na lůžku**

Statistics		
<i>Splnili lékaři během Vašeho pobytu na lůžku v nemocnici v ČR Vaše očekávání z pohledu léčby Vašich zdravotních problémů či poskytnutí zdravotních doporučení?</i>		
N	Valid	224
	Missing	776
průměr		1,53
medián		1,00
modus		1
stand. odchylka		0,627
minimum		1
maximum		3

Pozn.: Hodnoticí škála 1=rozhodně ano, 2=spíše ano, 3=v něčem ano, v něčem ne, 4=spíše ne, 5=rozhodně ne.

V jedné z baterií otázek o vybraných aspektech poskytované zdravotní péče v průběhu pobytu na lůžku měli respondenti možnost vyjádřit svoje zkušenosti s lůžkovou zdravotní péčí z hlediska důvěry v lékařský a odborný zdravotnický personál a se spokojeností s ním, dále s umožněním návštěv z řad rodiny, přátel či známých. Respondenti měli možnost vyjádření svých osobních zkušeností s lůžkovou zdravotní péčí prostřednictvím souhlasu či nesouhlasu s následujícími výroky pomocí středové škály „1=vždy, 3=někdy až 5=nikdy“:

- Měl/a jsem plnou důvěru v lékaře, kteří mi poskytovali léčbu během pobytu na lůžku.
- Měl/a jsem plnou důvěru ve zdravotní sestry/bratry, kteří mi během pobytu na lůžku poskytovali léčbu.
- Během pobytu na lůžku byl k dispozici dostatek zdravotních sester/bratrů, kteří se o ně starali.
- Během pobytu na lůžku v nemocnici jsem byl/a spokojen/a s péčí lékařů.
- Během pobytu na lůžku v nemocnici jsem byl/a spokojen/a s péčí zdravotních sester/bratrů.
- Během pobytu na lůžku v nemocnici bylo umožněno, aby mě navštívili rodinní příslušníci či přátelé/známí.

⁴¹ Analýzy rozptylu (ANOVA) a Kruskalův-Wallisův test

Výše vyjmenovaným aspektům poskytované zdravotní péče na lůžku v nemocnicích bylo ze strany respondentů přisuzováno relativně vysoké pozitivní hodnocení, respondenti ani při jednom z uvedených výroků nepoužili pátý nesouhlasný stupeň hodnotící škály. Většina respondentů měla pozitivní zkušenosti s vybranými aspekty pobytu na lůžku v českých nemocnicích. Většina respondentů deklarovala, že v průběhu svého pobytu na lůžku jim zpravidla vždy byly umožněny návštěvy rodiny či přátel (průměr=1,31). Většina respondentů vždy až téměř vždy projevila plnou důvěru v ošetřující lékaře (průměr=1,43), a také spokojenost s jejich léčbou (průměr=1,52). Kritičtější hodnocení – ovšem v celkovém pozitivním hodnocení – zazněly při hodnocení důvěry v ošetřující zdravotní sestry/bratry (průměr=1,60), dále při hodnocení spokojenosti s jejich odbornou péčí (průměr=1,63) a zejména při hodnocení dostatku zdravotních sester/bratrů (index=1,74). Nedostatek zdravotních sester/bratrů v nemocnicích málokdy až někdy zaznamenalo 16,5 % respondentů – detailněji viz následující tabulkový přehled č. 13. Celkový průměrný index spokojenosti respondentů s vybranými aspekty lůžkové zdravotní péče v nemocnicích dosáhl relativně vysoké pozitivní úrovně 1,50 na dané hodnotící škále.

Tabulka č. 13 **Hodnocení vybraných aspektů poskytované zdravotní péče v průběhu pobytu na lůžku**

vybrané aspekty lůžkové lékařské péče II.	stupně hodnotící škály (v %)					celkem (v %)	průměr	st. odchylka	N
	1 vždy	2 téměř vždy	3 někdy	4 málokdy	5 nikdy				
umožnění návštěvy rodinných příslušníků/ přátel/známých během pobytu na lůžku	72,6	24,7	1,8	0,9	0,0	100,0	1,31	0,552	223
plná důvěra v ošetřující lékaře	60,9	36,0	2,2	0,9	0,0	100,0	1,43	0,587	225
spokojenost s péčí lékařů	55,8	37,5	5,4	1,3	0,0	100,0	1,52	0,663	224
plná důvěra v ošetřující zdravot. sestry/bratry	48,4	44,4	6,2	0,9	0,0	100,0	1,60	0,648	225
spokojenost s péčí zdravotních sester/bratrů	48,2	41,1	9,8	0,9	0,0	100,0	1,63	0,696	224
dostatek zdravotních sester/bratrů	44,6	38,8	14,3	2,2	0,0	100,0	1,74	0,784	224
celkový průměrný index spokojenosti s vybranými aspekty lůž. zdravotní péče	1,50								

Pozn.: Vybrané aspekty hodnocení zkušeností s poskytovanou zdravotní péčí na lůžku v nemocnicích jsou řazeny vzestupně od největší míry souhlasu.

Také v tomto případě nebyly srovnáním středních hodnot prostřednictvím parametrického a neparametrického testování hypotéz⁴² zjištěny rozdíly, lze se tedy přiklonit k hypotéze předpokládající shodu v hodnocení správnosti diagnostiky, včasnosti a vhodnosti poskytnuté zdravotní péče ze strany respondentů z Ukrajiny, Vietnamu a Ruské federace, dále také v třídění podle pohlaví, dalších vybraných socio-demografických znaků a typu zdravotního pojištění.

V následující – na sledované položky – obdobně bohaté baterii otázek zaměřených na další hodnotící aspekty zdravotní lůžkové péče poskytované v nemocnicích v ČR byla pozornost respondentů zaměřena na čistotu prostředí, bezpečnost, stravu, zajištění dostatečného soukromí a přiměřeného fyzického prostoru na pokoji, a také respektování kulturních či náboženských zvyků, a to jak ze strany zdravotnického personálu, tak ze strany pacientů. V uvedené baterii měli respondenti prostřednictvím

⁴² Analýzy rozptylu (ANOVA) a Kruskalův-Wallisův test

5. Výsledky smíšeného výzkumu

karty (obdobně jako tomu bylo i u všech bateriových setů) vyjádřit míru svého souhlasu s následujícími pozitivními výroky:

- V nemocnici bylo čisto.
- V nemocnici bylo bezpečno.
- Strava mi vyhovovala.
- Podávaná strava odpovídala mým kulturním či náboženským zvykům.
- V nemocnici jsem měl/a dostatek soukromí.
- Fyzický prostor, který jsem měl/a na pokoji k dispozici, byl přiměřený.
- Během mého pobytu v nemocnici byly ze strany zdravotního personálu respektovány mé kulturní či náboženské zvyky.
- Během mého pobytu v nemocnici byly ze strany ostatních pacientů respektovány mé kulturní či náboženské zvyky.

Naprostá většina (stupně škály „spíše souhlasím=2, až rozhodně souhlasím=1“) respondentů se během pobytu na lůžku v nemocnicích v ČR setkala se zajištěním bezpečného (97,3 %) a čistého (96,0 %) prostředí – průměry 1,26 a 1,32. Většina z nich si s sebou nesla také zkušenost, že jejich kulturní či náboženské zvyky byly respektovány, a to jak ze strany zdravotního personálu (92,2 %), tak ze strany ostatních pacientů (89,3 %). Více než třem čtvrtinám respondentů (78,7 %) v nemocnicích podávaná strava rozhodně či spíše vyhovovala z hlediska jejich kulturním či náboženským zvykům a shodný podíl respondentů obdobně ohodnotil přiměřenost fyzického prostoru, který měli na pokoji v průběhu léčby na lůžku. Průměrná míra spokojenosti s respektováním náboženských a kulturních zvyků ze strany zdravotnického personálu a pacientů byla nižší, než tomu bylo u hodnocení bezpečnosti a čistoty v nemocnicích (průměry=1,49 a 1,55). V uvedených mapovaných aspektech rostl podíl tzv. „nerozhodnutých“ respondentů, v tomto případě pravděpodobně respondentů s různými zkušenostmi z nemocnic v ČR. Přes obecně relativně vysokou míru deklarované spokojenosti s vybranými hodnotícími aspekty prostředí v českých nemocnicích, projevíli respondenti relativně nejmenší míru spokojenosti se zajištěním dostatku soukromí (průměr=2,04) a podáváním vyhovující stravy (průměr=2,12) – detailněji viz následující tabulkový přehled č. 14. Celkový průměrný index spokojenosti respondentů s vybranými aspekty prostředí lůžkové zdravotní péče v nemocnicích dosáhl relativně vysoké pozitivní úrovně 1,68 dané hodnotící škály.

Tabulka č. 14 **Hodnocení vybraných aspektů prostředí v nemocnicích v průběhu poskytované zdravotní péče v průběhu pobytu na lůžku**

vybrané aspekty prostředí lůžkové lékařské péče	stupně hodnotící škály (v %)					celkem (v %)	průměr	st. odchylka	N
	1	2	3	4	5				
	rozhodně souhlasím	spíše souhlasím	ani souhlasím - ani nesouhlasím	spíše nesouhlasím	rozhodně nesouhlasím				
bezpečí	76,9	20,4	2,7	0,0	0,0	100,0	1,26	0,496	225
čistota	73,3	22,7	3,1	0,9	0,0	100,0	1,32	0,577	225
respektování kulturních či náboženských zvyků ze strany zdravotního personálu	59,2	33,0	7,3	0,5	0,0	100,0	1,49	0,653	206
respektování kulturních či náboženských zvyků ze strany ostatních pacientů	57,1	32,2	9,8	1,0	0,0	100,0	1,55	0,710	205
strava odpovídající kultur. či nábož. zvykům	46,3	32,4	18,1	3,2	0,0	100,0	1,78	0,854	216
přiměřenost fyzického prostoru na pokoji	38,2	40,4	16,4	4,9	0,0	100,0	1,88	0,855	225
dostatek soukromí	33,3	36,9	22,7	6,7	0,4	100,0	2,04	0,932	225
vyhovující strava	32,4	35,1	21,3	10,2	0,9	100,0	2,12	1,008	225
celkový průměrný index spokojenosti s vybranými aspekty prostředí lůžkové zdravotní péče v nemocnicích						1,68			

Pozn.: Vybrané aspekty hodnocení zkušeností s prostředím poskytované zdravotní péčí na lůžku v nemocnicích jsou řazeny vzestupně od největší míry souhlasu.

Na základě srovnání středních hodnot prostřednictvím parametrického a neparametrického testování hypotéz⁴³ byl zjištěn rozdíl, na základě kterého lze vyslovit hypotézu o shodném hodnocení ze strany respondentů v následující skutečnosti: podávaná strava nejméně vyhovovala Vietnamcům (průměr=2,15), naopak nejvíce Ukrajincům (1,62). Respondenti se svými odpověďmi klonili ke shodnému hodnocení prostředí lůžkové péče v nemocnicích, a to v třídění podle státní příslušnosti, dále v třídění podle pohlaví, dalších vybraných sociodemografických znaků a typu zdravotního pojištění jsou tedy platné.

Před závěrem tematického bloku zaměřeného na hodnocení zdravotní péče na lůžku ve státních veřejných nemocnicích v ČR měli ti respondenti, kteří se setkali s nerespektováním svých kulturních či náboženských zvyků ze strany zdravotního personálu (stupně hodnotící škály „4=spíše nesouhlasím až 5=rozhodně nesouhlasím“), možnost uvedení dvou stručných odpovědí popisujících, co se konkrétně stalo. Vzhledem k tomu, že čtvrtým stupněm škály hodnotil pouze jeden respondent a pátým stupněm žádný, byla zaznamenána pouze jedna odpověď: „Češi se k nám neumějí chovat“ – uvedené má pouze kvalitativní význam.

V závěru bloku věnovaného lůžkové zdravotní péči byli respondenti požádáni, aby se pokusili vzpomenout, v jakém roce byli naposledy v ČR hospitalizováni, tj. leželi v průběhu léčby v nemocnici na lůžku. Konkrétní rok poslední hospitalizace uvedlo celkem 86,9 % relevantních dotázaných cizinců. Získané údaje mají pouze informativní charakter, a vzhledem ke skutečnosti, že konkrétní odpověď neuváděli všichni v bloku odpovídající respondenti se zkušeností s hospitalizací, žádný z respondentů nebyl z analýzy výše uvedeného hodnocení vyloučen. K níže uvedenému statistickému přehledu vztahujícímu se k zaznamenanému poslednímu roku pobytu respondentů na

⁴³ Analýzy rozptylu (ANOVA) a Kruskalův-Wallisův test

5. Výsledky smíšeného výzkumu

lůžku ještě nutno uvést, že pouze tři respondenti uvedli rok hospitalizace před rokem 2 000, přičemž více než tři čtvrtiny (77,5 %) relevantních respondentů byli v ČR hospitalizováni v průběhu posledních cca šesti letech (2014 až 2019).

Tabulka č. 15 **Poslední rok hospitalizace na lůžku v nemocnicích v ČR – stručný statistický přehled**

Statistics		
poslední hospitalizace v ČR/rok		
N	Valid	218
	Missing	782
průměr		2015
modus		2017
stand. odchylka		4,485
minimum		1984
maximum		2019

Pozn.: Výstup SPSS.

V této souvislosti uvádíme konstatování ze Zprávy ÚZIS, že Jihomoravský kraj je v pořadí druhým krajem s nejvyššími kapacitami lůžkové péče, který v roce 2018 hospitalizoval, hned po Praze, nejvíce cizinců (Část II., Žofka, J. a kol. 2019, str. 128).

5.4.5 Komunikace se zdravotnickým personálem

V léčebném procesu je nesmírně důležitá komunikace pacienta s odborným zdravotnickým personálem (tj. s lékaři a zdravotními sestrami/bratry) a její kvalita – viz zjištění uvedené v kapitole č. 5.3 Expertní dotazování lékařů. Naše pozornost byla proto zaměřena na to, zdali respondenti komunikaci s odborným zdravotnickým personálem vnímali jako srozumitelnou, dostačující z hlediska ochoty ke komunikaci ze strany odborného zdravotnického personálu, dostatku věnovaného času této komunikaci, dále z hlediska možného pocitu či přesvědčení o zatajování důležitých informací o zdravotním stavu či léčbě, a v neposlední řadě také např. z hlediska naplňování citlivého přístupu v rámci komunikace s pacientem. Pro tuto potřebu sběru dat byla vytvořena baterie následujících pozitivně konstruovaných výroků zaměřených na vybrané aspekty komunikace pacienta s odborným zdravotnickým personálem, na které měli respondenti možnost odpovídat prostřednictvím sedmistupňové středové hodnoticí škály, kde „1=rozhodně souhlasím, 4=ani souhlasím, ani nesouhlasím až 7=rozhodně nesouhlasím“.

V třetím tematickém bloku dotazování již opět odpovídali všichni respondenti. Opět pomocí informační karty měli možnost vyjádřit míru svého souhlasu s osmi následujícími výroky vypovídajícími o vybraných aspektech komunikace odborného zdravotnického personálu s pacientem:

- Zdravotnický personál je schopen mi vysvětlit léčbu způsobem, kterému rozumím.
- Během návštěvy mám dostatek času, abych se zeptal/a na mé zdravotní problémy či na jejich léčbu.
- Ochota zdravotnického personálu naslouchat mým problémům je vysoká.

- Byl/a jsem zapojena do rozhodování o mé léčbě či jejím plánování.
- Mám pocit, že zdravotnický personál mi nezatajuje skutečnosti související s diagnostikou/určením nemoci.
- Mám pocit, že zdravotnický personál mi nezatajuje skutečnosti související s možnostmi léčby.
- Lékaři se mnou komunikují dostatečně citlivým/ohleduplným způsobem vzhledem k dané situaci.

Seřazením naměřených průměrných hodnot hodnocení vybraných aspektů komunikace s odborným lékařským personálem ze strany respondentů lze konstatovat, že všechny vybrané položky byly respondenty hodnoceny relativně vysoko pozitivně v rozpětí intervalu 1,80 až 2,15 na měřicí středové škále⁴⁴. Respondenti deklarovali nejlepší zkušenosti zejména s dostatečně citlivým způsobem komunikace ze strany lékařů (průměr=1,80), s nezatajováním skutečností souvisejících s diagnózou a s možnostmi léčby ze strany zdravotnického personálu (průměry=1,82 a 1,84), dále také s vysvětlováním léčby srozumitelným způsobem (průměr=1,86). Ve srovnání s relativně vysokým hodnocením citlivosti komunikace vedené ze strany lékařů, byla již komunikace vedená ze strany zdravotních sester/bratrů respondenty hodnocena hůře (průměr=1,87), ovšem – stejně jako i všechny vybrané aspekty komunikace – v relativně vyšším pozitivním hodnocení. Kritičtější hodnocení – pořád ovšem v relativně vyšším pozitivním hodnocení na dané měřicí škále – bylo zaznamenáno v následujících skutečnostech:

- v ocenění vyčlenění dostatečného časového penza pro komunikaci pacient – odborný zdravotnický personál (průměr=2,07),
- v ochotě zdravotnického personálu naslouchat problémům pacienta (průměr=2,11) a
- v hodnocení zkušeností respondentů se zapojením pacienta do rozhodování o léčbě či jejím plánování (průměr=2,15)⁴⁵.

Celkový průměrný index spokojenosti respondentů zkoumaného souboru s vybranými položkami komunikace se zdravotnickým personálem dosáhl relativně vysokého ohodnocení na úrovni 1,94 dané měřicí škály – detailněji viz následující tabulkový přehled č. 16 o hodnocení vybraných aspektů komunikace pacient – odborný zdravotnický personál.

⁴⁴ Hodnoticí středová škála „1=rozhodně souhlasím, 4=ani souhlasím, ani nesouhlasím, 7=rozhodně nesouhlasím“.

⁴⁵ Srovnáním měřených položek s nejnižším naměřeným průměrem na základě One Sample T-Testu, $p=0,000$ vznikly dvě oddělené skupiny – s vyšším pozitivním hodnocením (průměry 1,80 až 1,87) a s pozitivním hodnocením (průměry 2,07 až 2,15).

5. Výsledky smíšeného výzkumu

Tabulka č. 16 **Hodnocení vybraných aspektů komunikace s odborným zdravotnickým personálem**

vybrané aspekty komunikace s odborným zdravotnickým personálem (tj. s lékaři a zdravotními sestrami/bratry)	stupně hodnotící škály (v %)			celkem (v %)	průměr	st. odchylka	N
	1 až 3	4	5 až 7				
	1=rozhodně souhlasím	ani souhlasím - ani nesouhlasím	7=rozhodně nesouhlasím				
dostatečně citlivý způsob komunikace ze strany lékařů	95,3	4,1	0,6	100,0	1,80	0,871	984
nezatajování skutečností souvisejících s diagnostikou ze strany zdravotnického personálu	94,7	4,3	1,0	100,0	1,82	0,922	968
nezatajování skutečností souvisejících s možnostmi léčby ze strany zdravotnického personálu	94,7	4,6	0,7	100,0	1,84	0,917	972
vysvětlení léčby srozumitelným způsobem	94,7	4,3	1,0	100,0	1,86	0,920	985
dostatečně citlivý způsob komunikace ze strany zdravotních sester/bratrů	94,3	5,3	0,4	100,0	1,87	0,901	983
dostatek času klást dotazy na osobní zdravotní problémy či jejich léčbu	89,7	7,8	2,5	100,0	2,07	1,047	986
vysoká ochota zdravotnického personálu naslouchat problémům pacienta	89,2	9,3	1,5	100,0	2,11	1,011	985
zapojení pacienta do rozhodování o léčbě či jejím plánování	89,0	7,7	3,3	100,0	2,15	1,109	972
celkový průměrný index spokojenosti s vybranými aspekty komunikace se zdravotnickým personálem	1,94						

Prostřednictvím parametrického a neparametrického testování dat⁴⁶ o hodnocení komunikace s odborným zdravotnickým personálem ze strany respondentů byly identifikovány následující skutečnosti vypovídající o rozdílech zkoumaného souboru dle analyzovaných proměnných. Pravděpodobně z důvodu častější nedostačující či omezené znalosti českého jazyka u zástupců vietnamské subpopulace, bylo i hodnocení srozumitelnosti komunikace se zdravotnickým personálem u Vietnamců (průměr=2,10) kritičtější, nežli tomu bylo u Ukrajinců (průměr=1,80) a Rusů (průměr=1,83), což potvrdila i uvedená zjištění sekundární analýzy a expertního dotazování lékařů⁴⁷. Všechny mapované aspekty komunikace nabývaly pozitivnějších hodnot s růstem příjmu domácnosti respondenta a se stupněm jeho dosaženého vzdělání. Dále bylo zjištěno, že respondenti s komerčním zdravotním pojištěním byli ve srovnání s respondenty s veřejným zdravotním pojištěním kritičtější v hodnocení následujících skutečností:

- srozumitelnost komunikace se zdravotnickým personálem (srovnej průměr „komerční“=2,07: průměr „veřejné“=1,75);
- vnímání dostatečného časového prostoru pro kladení otázek zdravotnickému personálu ohledně zdravotních problémů či jejich léčby (průměr „komerční“=2,23: průměr „veřejné“=1,99) a
- v zapojení do rozhodování o léčbě či jejím plánování (průměr „komerční“=2,32: průměr „veřejné“=2,07).

Dále lze konstatovat, že hodnocení komunikace se zdravotnickým personálem se lišilo dle kraje, ve kterém respondenti bydleli. Mapované kraje lze dle naměřených hodnot zkušeností s komunikací se zdravotnickým personálem rozdělit na dvě základní

⁴⁶ Analýzy rozptylu (ANOVA) a Kruskalův-Wallisův test

⁴⁷ Kapitoly č. 5.2 a 5.3

skupiny, a to na kraje s pozitivním hodnocením ze strany respondentů (zejména Jihomoravský kraj, dále pak Praha hlavní město a Středočeský kraj) a kraje se spíše pozitivním hodnocením ze strany respondentů (Plzeňský a Ústecký kraj) – detailněji viz následující tabulkový přehled č. 17 naměřených průměrných hodnot mapovaných aspektů oblasti komunikace s odborným zdravotnickým personálem.

Tabulka č. 17 **Hodnocení vybraných aspektů komunikace s odborným zdravotnickým personálem podle mapovaných krajů ČR (průměry)**

<i>Čerpání vybraných forem zdravotní péče v průběhu pobytu v ČR v souvislosti s vlastním zdravím</i>	Praha hl. město	Středočeský kraj	Jihomoravský kraj	Ústecký kraj	Plzeňský kraj	celkem
vysvětlení léčby srozumitelným způsobem	1,75	1,99	1,58	2,28	2,19	1,86
dostatek času klást dotazy na osobní zdravotní problémy či jejich léčbu	2,01	2,15	1,74	2,41	2,37	2,07
vysoká ochota zdravotního personálu naslouchat problémům pacienta	2,01	2,25	1,86	2,30	2,51	2,11
zapojení pacienta do rozhodování o léčbě či jejím plánování	2,04	2,29	1,87	2,37	2,67	2,15
nezatajování skutečností souvisejících s diagnostikou ze strany zdravotnického personálu	1,71	1,85	1,61	2,39	2,11	1,82
nezatajování skutečností souvisejících s možnostmi léčby ze strany zdravotnického personálu	1,75	1,92	1,61	2,28	2,07	1,84
dostatečně citlivý způsob komunikace ze strany lékařů	1,75	1,85	1,52	2,08	2,09	1,80
dostatečně citlivý způsob komunikace ze strany zdravotních sester/bratrů	1,82	1,89	1,58	2,25	2,13	1,87
celkový průměrný index spokojenosti respondentů s komunikací se zdravotním personálem	1,86	2,03	1,67	2,29	2,27	1,94

Pozn.: Použita hodnotící škála 1=rozhodně souhlasím, 4=ani souhlasím, ani nesouhlasím, 7=rozhodně nesouhlasím.

Testováním nebyly zjištěny významné rozdíly v hodnocení vybraných parametrů komunikace s odborným zdravotnickým personálem mezi muži a ženami.

Další baterie otázek zaměřených na kvalitu komunikace a spolupráce cizinců-pacientů s odborným zdravotnickým personálem byla věnována specifickým formám komunikace odborného zdravotnického personálu s cizinci, a to prostřednictvím tištěných informačních letáků v jazyce, kterému cizinci rozumí, dále pomocí využití profesionálních tlumočnických služeb. Pozornost byla věnována ovšem také možnosti, zdali v případě velmi citlivých zdravotních situací mají či nemají respondenti obavu využít profesionálních tlumočnických služeb, a také, zdali se obávají či neobávají zamlčování zdravotních problémů ze strany tlumočících rodinných příslušníků či známých. Respondenti měli možnost vyjádřit svůj postoj k následujícím čtyřem vybraným výroky napsaným na příslušné informační kartě:

- Mé zdravotní problémy jsou mi srozumitelně vysvětleny pomocí tištěných informačních materiálů v jazyce, kterému rozumím.
- Mé zdravotní problémy jsou mi srozumitelně vysvětleny pomocí tištěných informačních profesionálních tlumočnických služeb.
- Nemám obavu využít profesionálních tlumočnických služeb, a to ani v případě velmi citlivých zdravotních situací.
- Nemám obavu, že mé zdravotní problémy jsou zamlčovány, jestliže tlumočí někdo z mé rodiny či známý.

K jednotlivým výroky se tedy prostřednictvím středové hodnotící škály „1=rozhodně souhlasím, 4=ani souhlasím, ani nesouhlasím až 7=rozhodně nesouhlasím“ vyjadřovala cca třetina všech respondentů.

5. Výsledky smíšeného výzkumu

Respondenti, kteří se na základě svého sebehodnocení v úrovni znalosti českého jazyka považovali za „zdatnější“, měli možnost ke každému z uvedených čtyř výroků uvést následující odpověď: „netýká se mě, moje znalost češtiny je dostatečná“. Tuto možnost využily při každém výroku necelé dvě třetiny respondentů. Umožněna byla i možnost neuvedení konkrétní odpovědi k jednotlivým výročkům.

Velký rozptyl odpovědí vztahujících se k výroku o srozumitelném vysvětlování zdravotních problémů respondentů za pomoci tištěných informačních materiálů vypovídá o různosti zkušeností respondentů – viz níže uvedený tabulkový přehled č. 18. Dle odpovědí lze usuzovat, že tištěná forma materiálů ve srozumitelném jazyce pomohla k porozumění osobních zdravotních problémů necelé polovině respondentů, kteří usoudili, že jsou z důvodu své nedostatečné znalosti českého jazyka na tuto formu komunikace s odborným zdravotním personálem odkázáni – tato skupina ovšem v rámci skupiny respondentů, kteří se k danému výroku vyjádřili (976 osob) tvoří pouze 17,5 % všech dotázaných respondentů. Pouze cca třetina respondentů s deklarovanou nedostatečnou znalostí češtiny uvedla, že jí byly zdravotní problémy srozumitelně vysvětleny pomocí profesionálních tlumočnických služeb, naopak polovina dotčených respondentů tuto zkušenost nepotvrdila – tato skupina v rámci všech respondentů, kteří se k danému výroku vyjádřili (974 osob) tvořila pouze 10,8 %.

Co se možné obavy z využití profesionálních tlumočnických služeb, a to i při citlivých zdravotnických informacích týče, lze rovněž i v tomto případě konstatovat vysoký rozptyl odpovědí respondentů. Více než polovina jazykově nedostatečně vybavených respondentů s tímto způsobem zajištění srozumitelné komunikace s odborným zdravotnickým personálem nějakou mírou souhlasila, necelá pětina nebyla rozhodnuta, a naopak více než pětina profesionální tlumočení (u citlivých) otázek souvisejících s jejich zdravotním stavem nějakou mírou odmítla. V rámci respondentů, kteří se k otázce důvěry využít profesionálních tlumočnických služeb konkrétní formou vyjádřili (969 osob) tvořila tato skupina respondentů 21,6 %. Úplně jiná situace byla identifikována v případě důvěry respondentů s nedostatečnou znalostí češtiny v tlumočení zajištěném ze strany rodinného příslušníka či známého, této formě tlumočení důvěřovaly nějakou měrou více než tři čtvrtiny těchto respondentů – v rámci celku (972 osob) tvořili necelou třetinu (29,5 %).

Tabulka č. 18 Hodnocení vybraných oblastí komunikace a spolupráce respondentů s odborným zdravotnickým personálem

vybrané oblasti komunikace a spolupráce s odborným zdravotním personálem	stupně hodnotící škály (v %)			celkem (v %)	průměr	st. odchylka	N
	1 až 3	4	5 až 7				
	1=rozhodně souhlasím	ani souhlasím - ani nesouhlasím	7=rozhodně nesouhlasím				
srozumitelné vysvětlení zdravotních problémů pomocí tištěných informačních materiálů ve srozumitelném jazyce	46,1	15,6	38,3	100,0	4,06	2,210	371
srozumitelné vysvětlení zdravotních problémů pomocí profesionálních tlumočnických služeb	32,0	18,5	49,5	100,0	4,66	2,141	329
bez obavy využití profesionálních tlumočnických služeb, a to i v případě citlivých zdravotních informací	59,2	19,3	21,5	100,0	3,19	2,042	353
bez obavy ze zamlčování osobních zdravotních problémů v případě tlumočení ze strany člena rodiny či známého	78,0	13,6	8,4	100,0	2,32	1,662	368

Na základě vyhodnocení dat uvedených v předcházející tabulce lze konstatovat, že respondenti s nedostatečnou znalostí českého jazyka upřednostňovali spíše zajištění tlumočení (i citlivých) otázek spojených s jejich zdravotním stavem spíše neformální

cestou prostřednictvím známé osoby z rodiny či přátel, důvěra ve služby profesionálních tlumočnicků v případě takto choulostivých záležitostí, jakými je zdravotní stav a zdravotní problémy již byla nižší, ne však vyloučená.

Vyhodnocením odpovědí prostřednictvím parametrického a neparametrického testování bylo zjištěno, že mezi nedostatečně jazykově vybavenými respondenty měli (v průměru) větší zkušenost se zajištěním vysvětlení zdravotních problémů za pomoci tištěných informačních materiálů ve srozumitelném jazyce jazykově vzdálenější Vietnamci (průměr=3,34), nežli Ukrajinci (průměr=4,27) a zejména Rusové (průměr=4,50). Zajímavým zjištěním, týkajícím se 37,1 % všech respondentů, byla regionálně rozdílná zkušenost cizinců se zajištěním srozumitelné komunikace s odborným zdravotním personálem pomocí tištěných informací ve srozumitelném jazyce, přičemž „nejlépe na tom“ v tomto směru byli respondenti z Jihomoravského kraje (průměr=3,33), Ústeckého kraje (průměr=3,50) a Středočeského kraje (průměr=3,69), naopak relativně hůře respondenti Plzeňského kraje (průměr=4,32) a překvapivě kraje hlavního města Praha (průměr=4,48).

Pohlaví, věk a typ zdravotního pojištění signifikantně nevstupovaly do výše uvedených oblastí komunikace a spolupráce s odborným zdravotním personálem.

Závěrem tohoto tematického bloku měli respondenti možnost vyjádřit celkovou míru důvěry k odbornému zdravotnickému personálu (tj. k lékařům a zdravotním sestřím/bratrům) v ČR, a to prostřednictvím čtyřstupňové hodnotící škály „1=rozhodně ano až 4=rozhodně ne“. K otázce se vyjádřilo celkem 980 respondentů. Jak je patrné z následujícího tabulkového přehledu základních statistických ukazatelů, odborný zdravotní personál v ČR se těší relativně vysoké míře deklarované důvěry dotázaných skupin cizinců.

Tabulka č. 19 **Deklarace celkové důvěry v odborný zdravotnický personál v ČR**

Statistics		
Důvěřujete celkově odbornému zdravotnickému personálu (tj. lékařům a zdravotním sestřím/bratrům) v ČR?		
N	Valid	980
	Missing	20
průměr		1,47
medián		1,00
modus		1
st. odchylka		0,544
minimum		1
maximum		4
percentily	25	1,00
	50	1,00
	75	2,00

Pozn.: Výstup SPSS, škála 1=rozhodně ano, 2=spíše ano, 3=spíše ne, 4=rozhodně ne.

Testováním byl zjištěna relativně nejnižší míra důvěry v odborný zdravotnický personál – ovšem v pozitivním škálovém poli hodnocení – u respondentů z Plzeňského kraje (průměr=1,77), naopak relativně nejvyšší v Jihomoravském kraji (průměr=

1,31)⁴⁸, přičemž pocit důvěry respondentů rostl úměrně s délkou doby strávené na území ČR.⁴⁹ Na projevenou celkovou míru důvěry vůči lékařům a dalšímu odbornému zdravotnickému personálu nebyl identifikován vliv pohlaví a typu zdravotního pojištění.

5.4.6 Kulturní odlišnosti a diskriminace

V rámci dotazování byla pozornost zaměřena také na mapování otázek vztahujících se ke kulturním odlišnostem a k diskriminaci. Rozborem dat bylo zjištěno, že cizinci mapovaných skupin zažívali pocit znevýhodnění při poskytování ČR (relativně) spíše málokdy (11,0 %) nebo nikdy (78,2 %). Naopak pocit znevýhodnění se při poskytování zdravotní péče v ČR ve vyšší frekvenci (tj. vždy až někdy) deklarovalo 10,8 % dotázaných cizinců.

Tabulka č. 20 **Pocit znevýhodnění cizinců mapovaných skupin při poskytování zdravotní péče v ČR**

Statistics		
Co se týče poskytování zdravotní péče v ČR, cítíte se zde nějakým způsobem znevýhodněn/a?		
N	Valid	954
	Missing	46
průměr		4,62
medián		5,00
modus		5
st. odchylka		0,819
minimum		1
maximum		5
percentily	25	5,00
	50	5,00
	75	5,00

Pozn.: Výstup SPSS, škála 1=vždy (v každé situaci), 2=téměř vždy/často, 3=někdy, 4=málokdy, 5=nikdy.

Dalším rozborem dat bylo zjištěno, že pocit znevýhodnění při poskytování zdravotní péče:

- málokdy vnímali cizinci s komerčním zdravotním pojištěním (průměr=4,42), naopak cizinci s veřejným zdravotním pojištěním spíše nikdy (průměr=4,72) a
- málokdy tento pocit zaznamenali (relativně) pouze respondenti z Ústeckého kraje.

Signifikantní rozdíly v pocitu znevýhodnění v poskytování zdravotní péče v ČR mezi pohlavími, věkovými kategoriemi respondentů, či jejich státní příslušností identifikovány nebyly.

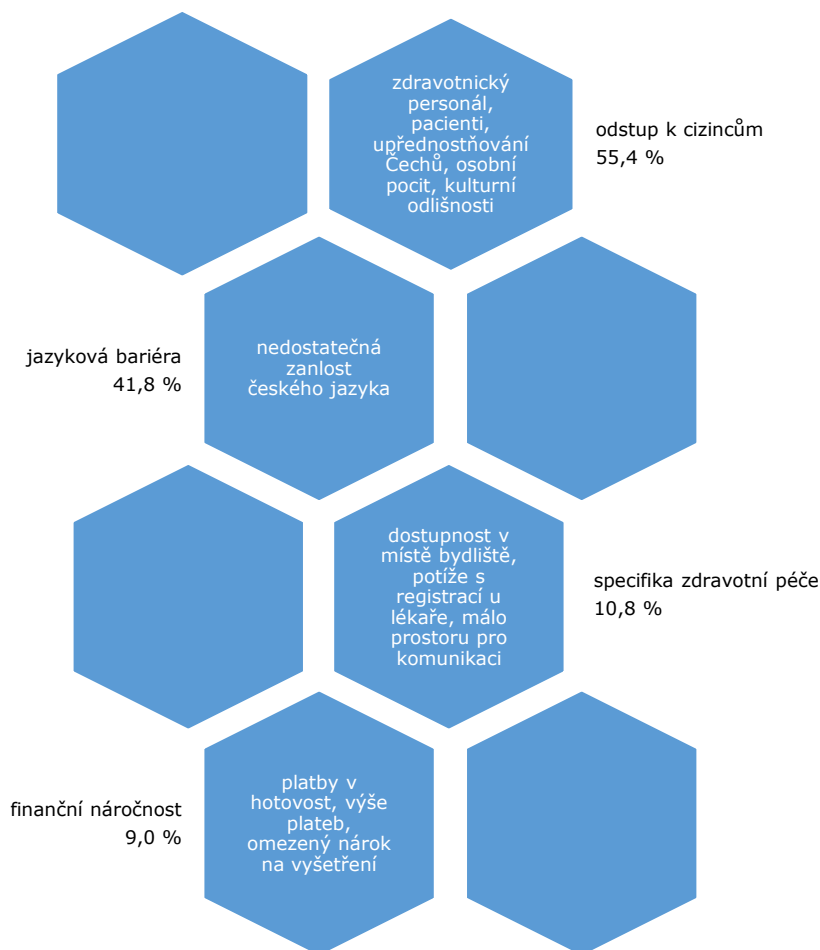
Respondenti, kteří na předcházející otázku odpověděli, že se při poskytování zdravotní péče v ČR cítí znevýhodněni, měli v následující otevřené otázce možnost uvést, v čem nebo v jakých oblastech či situacích tento pocit zažívají, přičemž respondenti mohli uvést dvě stručné odpovědi. Tohoto využila většina respondentů, kteří se s tímto

⁴⁸ Hodnoty za další mapované kraje: Středočeský kraj (průměr=1,44), Ústecký kraj (průměr=1,45) a Praha hlavní město (průměr=1,47).

⁴⁹ Srovnaj: délka pobytu 1 rok a méně (průměr=1,77): více než deset let (průměr=1,39).

pocitem v ČR setkali (celkem 176 respondentů). Na základě vyhodnocení získaných odpovědí (206 konkrétních volných odpovědí) a jejich kategorizace bylo možné sestavit pomyslnou mozaiku příčin či důvodů, na základě kterých se někteří z respondentů při čerpání zdravotní péče v ČR cítili oproti majoritě znevýhodnění. Respondenti zpravidla uvedli pouze jeden důvod, na základě kterého pro poskytování zdravotní péče v ČR nabyli pocitu znevýhodnění. Nejčastěji jmenovanou příčinou (více než polovina relevantních respondentů) byla demonstrace nebo osobní pocit odstupů majority vůči (kulturně či vzhledově „odlišným“) cizincům, a to jak ze strany profesionálů v oblasti veřejnosti, tak i ze strany – v tomto případě – laické veřejnosti, tj. ze strany pacientů. Další překážkou byla jazyková bariéra na straně cizinců (cca 42 % relevantních respondentů), kteří dostatečně neovládali český jazyk, a jejich komunikace s odborným zdravotnickým personálem i pacienty byla (značně) limitována. Tato skutečnost – kromě jiného – může u jazykově nedostatečně vybavených cizinců umocňovat pocit zmatenosti, frustrace, posilovat či umocňovat i pocit osobního znevýhodnění vůči ostatním, „kteří rozumějí“, na straně druhé lze předpokládat i to, že náročnost komunikace s nerozumějícím pacientem zvyšuje (psychickou) zátěž lékařů a dalšího odborného zdravotnického personálu, obdobná zjištění jsou obsažena v kapitolách 5.2 a 5.3. K pocitu znevýhodnění respondentů přispívala v menší míře také finanční náročnost poskytování zdravotní péče z důvodu vyžadování plateb v hotovosti při řešení situací spojených s jejich zdravotním stavem či omezený (přiznaný) nárok na vyšetření z blíže neurčených důvodů. K pocitu znevýhodnění ovšem mohou přispívat také objektivní skutečnosti, které vždy nemusí a priori souviset přímo s poskytováním zdravotní péče cizincům (cca 11 % relevantních respondentů), např. dostupnost zdravotní péče v místě bydliště, potíže s registrací u lékaře či nevytvoření dostatečného prostoru pro komunikaci s pacientem ze strany odborného zdravotnického personálu.

Schéma č. 2 **Příčiny pocitu znevýhodnění respondentů při poskytování zdravotní péče v ČR**



N=176

Pozn.: Multiple response – součet se nerovná 100 % z důvodu možnosti max. dvou odpovědí.

Autorské schéma

Dále měli všichni respondenti možnost odpovědět na přímou otázku, jak často se oni osobně v ČR setkali s negativním přístupem odborného zdravotnického personálu vůči jejich osobě kvůli tomu, že jsou cizinci – konkrétně se jednalo o situace, při kterých došlo ze strany lékařů a zdravotních sester/bratrů k jednostrannému tykání, uštěpačným poznámkám, ponižování či zastrašování. Necelé tři čtvrtiny respondentů (71,1 %, N=970) se s uvedenými projevy nevstřícného a ponižujícího chování ze strany lékařů a zdravotních sester/bratrů nesetkalo nikdy. Naopak spíše málokdy se s nějakou formou negativního přístupu odborného zdravotnického personálu v ČR setkala více než čtvrtina respondentů (28,9 %) – detailněji viz níže uvedený přehled základního frekvenčního třídění č. 20. Relativně se s obdobným negativním chováním při poskytování zdravotní péče ze strany odborného zdravotnického personálu v ČR respondenti setkávali spíše málokdy až nikdy (průměr=4,62 na středové hodnotící škále „1=vždy, 3=někdy až 5=nikdy“).

Tabulka č. 21 **Osobní setkání s negativním přístupem odborného zdravotnického personálu v ČR**

Setkal/a jste se Vy osobně v ČR s negativním přístupem odborného zdravotnického personálu vůči Vaší osobě kvůli tomu, že jste cizinec/cizinka – jednostranné tykání, uštěpačné poznámky, ponižování či zastrašování?					
N	Valid		970		
	Missing		30		
průměr			4,62		
medián			5,00		
modus			5		
st. odchylka			0,688		
minimum	1	frekvenční přehled		N	%
		vždy		4	0,4
maximum	5	téměř vždy / často		13	1,3
		někdy		52	5,4
percentily	25	4,00	málokdy	211	21,8
	50	5,00	nikdy	690	71,1
	75	5,00	celkem	970	100,0

Pozn.: 1=vždy, 2=téměř vždy/často, 3=někdy, 4=málokdy, 5=nikdy.

Signifikantní rozdíly dle testovaných proměnných mezi jednotlivými skupinami respondentů zkoumaného souboru identifikovány nebyly.

Zajímal nás také názor respondentů, zdali se naopak domnívají, že je s nimi jakožto cizinci při návštěvě lékaře či nemocnice v ČR ze strany odborného zdravotnického personálu zacházeno stejně jako s příslušníky majority. Jak je patrné z níže uvedeného frekvenčního přehledu č. 21, více než třetina respondentů (37,5 %), kteří na danou otázku uvedli odpověď, deklarovala rovný přístup při ošetření, zdravotních konzultací apod. a téměř polovina z nich (46,9 %) dojem stejného zacházení nabývala téměř vždy, resp. často (průměr=1,89 na středové hodnotící škále „1=vždy, 3=někdy, 5=nikdy“). Naopak pouze někdy až málokdy se s rovným zacházením při návštěvě lékaře či nemocnice v ČR setkala 11,5 % respondentů.

5. Výsledky smíšeného výzkumu

Tabulka č. 22 **Vnímání stejného zacházení s cizinci jako s příslušníky majority při poskytování zdravotní péče v ČR**

Domníváte se, že při návštěvě lékaře či nemocnice v ČR odborný zdravotnický personál s Vámi jakožto s cizincem/cizinkou zachází stejně jako s Čechy?					
N	Valid		959		
	Missing		41		
průměr			1,89		
medián			2,00		
modus			2		
st. odchylka			0,971		
minimum	1	frekvenční přehled		N	%
		vždy		360	37,5
maximum	5	téměř vždy / často		450	46,9
		někdy		79	8,2
percentily	25	1,00	málokdy	31	3,2
	50	2,00	nikdy	39	4,1
	75	2,00	celkem	959	100,0

Na základě provedených parametrických a neparametrických statistických testů a technik lze konstatovat, že frekvence vnímání nerovného zacházení při poskytování zdravotní péče se snižovala kontinuálně se stupněm vzdělání a dojem nerovného zacházení nabývali ve srovnání s ostatními vzdělanostními kategoriemi spíše cizinci s nejnižším stupněm vzdělání (srovnej průměr ZŠ=2,30: průměr VŠ=1,80). Z hlediska doby strávené na území ČR byly identifikované dvě skupiny cizinců, které se ve vnímání nerovného zacházení při návštěvě lékaře či nemocnice lišily, a to cizinci s délkou pobytu do pěti let (zejména ti s nejkratší dobou pobytu) a cizinci (zpravidla již trvale usazení) s délkou pobytu pět a více let – srovnej průměr do pěti let=2,17: cizinci s délkou pobytu 5 let a více – průměr=1,81). Signifikantně se ve vnímání rovného zacházení při ošetření lišili i cizinci mapovaných skupin pobývajících na území Plzeňského kraje (průměr=2,16) a Jihomoravského kraje (průměr=1,79)⁵⁰. Žádné další signifikantní rozdíly identifikovány (např. dle pohlaví, typu pojištění) identifikovány nebyly.

Otázka kulturních odlišností, specifik a rozmanitostí bývá v oblasti integrace cizinců řešena s vysokou frekvencí a různými způsoby, kterým se ovšem na tomto místě nebudeme hlouběji věnovat. Svoji troškou do této široké diskuse bez jakýchkoliv větších ambicí na určování směru jejího dalšího vývoje jsme přispěli i v rámci tohoto šetření. V závěru předposledního bloku dotazování zaměřeného na hodnocení vnímání kulturních odlišností a diskriminace byly položeny dvě otázky týkající se dílčí oblasti prolínání kulturních specifik odlišných kultur a poskytování zdravotní péče. Konkrétně měli respondenti možnost uvést, zdali je pro ně z kulturních nebo náboženských důvodů důležité, aby léčba či zdravotní péče v ČR byly poskytovány zdravotním personálem stejného pohlaví. Naprostá většina respondentů (96,4 %, N=969) z Ukrajiny, Vietnamu a Ruské federace nepovažovala za důležité, aby jim léčba či ošetření bylo poskytováno zdravotním personálem stejného pohlaví. Naopak poskytnutí zdravotní péče či léčby zdravotním personálem preferovalo celkem 3,6 % respondentů a tři procenta konkrétní odpověď na danou otázku nevedla. Preferenci zdravotního personálu stejného pohlaví deklarovala v tomto nižším podílu rozmanitá skupina jak mužů, tak žen rozmanité věkové skladby převážně z Vietnamu (20 respondentů, tj. deset procent Vietnamců

⁵⁰ Uvedeny jsou krajní průměrné hodnoty mapovaných krajů, tj. všechny ostatní mapované kraje se nacházejí v uvedeném intervalu.

zkoumaného souboru) a různého věrovyznání (19 osob) či bez něj (13 osob). Tato méně početná skupina byla dále dotázána, zdali jim bylo v případě požádání, aby vyšetření bylo provedeno lékařem stejného pohlaví i vyhověno. Část z nich o tuto možnost nežádala a více než polovině, která zažádala, bylo ze strany lékaře či nemocnice vyhověno téměř vždy, resp. často. Ani jeden z relevantních respondentů neuvedl, že by jeho žádosti v tomto směru nebylo nikdy vyhověno.

5.4.7 Strategie při řešení zdravotních problémů, přístup a zodpovědnost k vlastnímu zdraví

Poslední tematický zaměřený blok dotazování byl věnován otázkám vypovídajícím o strategiích cizinců mapovaných státních příslušností při řešení svých zdravotních problémů, a také se dotkl oblasti zdraví cizinců a jejich zodpovědnosti k vlastnímu zdraví.

Hodnoty

Úvodní baterie bloku byla zaměřena na vyjádření důležitosti vybraných životních hodnot respondentů. V rámci tohoto setu měli respondenti za pomoci informační karty určit důležitost jednotlivých vybraných skutečností v jejich životě. Na výběr byly uvedeny následující skutečnosti dvou úrovní:

- a) osobní – rodina, práce v ČR, majetek/peníze, zdraví a vzdělání;
- b) celospolečenské – životní prostředí, míra bezpečnosti v ČR a míra bezpečnosti v zemi původu, tj. na Ukrajině, Vietnamu a Ruské federace.

Důležitost výše uvedených skutečností respondenti hodnotili prostřednictvím středové sedmistupňové škály „1=nejvíce důležité, 4=ani důležité, ani nedůležité až 7=„nejméně důležité“. Všechny naměřené průměrné hodnoty se pohybovaly v tzv. „poli důležitosti“ v intervalu průměrných hodnot 1,30 až 2,57. Měřené hodnoty byly dále vzájemně poměřeny prostřednictvím One-Sample T testu na $p=0,000$ a roztrženy do celkem šesti skupin dle jejich míry důležitosti v osobním životě respondentů zkoumaného souboru – viz následující tabulkový přehled č. 23. Nejvíce důležitými hodnotami v osobním životě byla pro Ukrajince, Vietnamce a Rusy rodina a zdraví, více důležitou práce v ČR a bezpečnost v ČR, hodně důležitý byl majetek/peníze, velmi důležitá pro ně byla bezpečnost v zemi původu, vzdělání bylo důležité a životní prostředí hodnotili jako spíše důležité.

5. Výsledky smíšeného výzkumu

Tabulka č. 23 **Důležitost vybraných hodnot v osobním životě respondentů**

vybrané hodnoty	průměr	N	st. odchylka	stupně hodnotící škály (v %)			celkem (v %)
				1 až 3	4	5 až 7	
				1=nejvíce důležité	ani souhlasím - ani nesouhlasím	7=nejméně důležité	
nejvíce důležité v osobním životě							
rodina	1,30	992	0,742	96,9	2,6	0,5	100,0
zdraví	1,34	992	0,637	98,9	0,9	0,2	100,0
více důležité v osobním životě							
práce v ČR	1,78	992	1,057	91,4	6,7	1,9	100,0
bezpečnost v ČR	1,83	992	1,057	90,8	7,8	1,4	100,0
hodně důležité v osobním životě							
majetek/peníze	1,95	991	0,965	93,3	5,3	1,4	100,0
velmi důležité v osobním životě							
bezpečnost v zemi původu	2,12	991	1,246	85,2	11,4	3,4	100,0
důležité v osobním životě							
vzdělání	2,28	992	1,208	81,5	14,6	3,9	100,0
spíše důležité v osobním životě							
životní prostředí	2,57	992	1,371	73,6	17,4	9,0	100,0

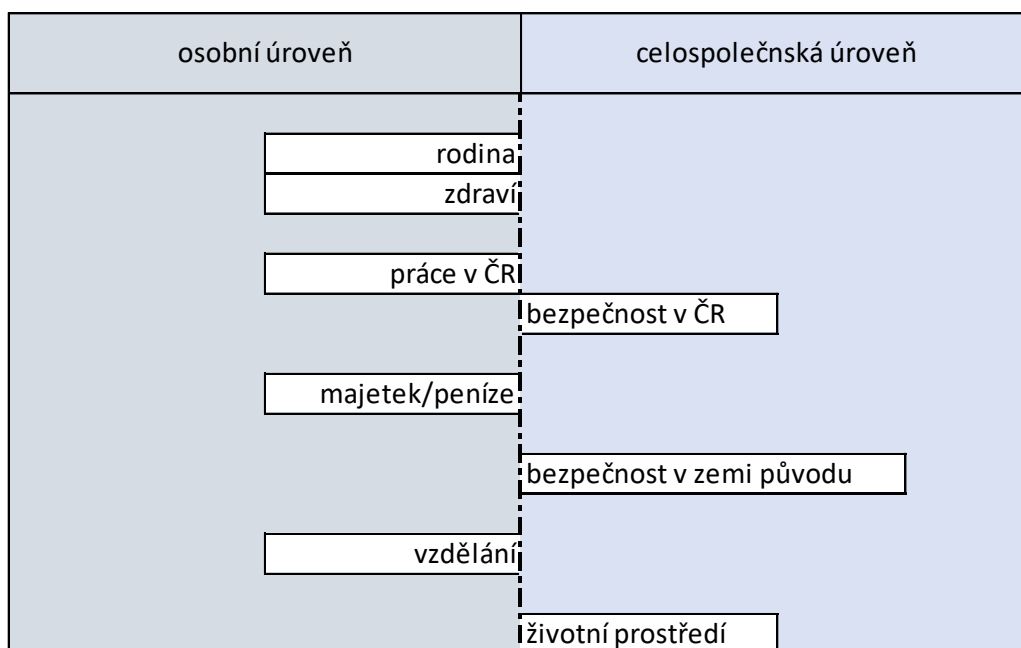
Parametrickým a neparametrickým testováním⁵¹ byla identifikována následující zjištění:

- vzdělání vnímali jako hodně důležité Rusové (průměr=1,98), Vietnamci jej cenili důležitým (průměr=2,21) a Ukrajinci spíše důležitým (průměr=2,41);
- důležitost rodiny v osobním životě rostla s věkem a nejvyšší hodnotu představovala pro osoby věkové kategorie 45 let a více (průměr=1,22), pro nejmladší věkovou kategorii 18 až 29 let byla rodina více důležitou (průměr=1,46);
- ženy považovaly rodinu za nejvíce důležitou hodnotu (průměr=1,20), muži za více důležitou (průměr=1,39);
- peníze/majetek rezonovaly jak u mužů, tak u žen, pro muže byly hodně důležité, pro ženy velmi důležité.

Další signifikantní rozdíly zjištěny nebyly.

V úvodu této podkapitoly jsme mapované hodnoty rozdělili do dvou rovin, a to do roviny osobní a do roviny celospolečenské. Respondenti přisuzovali vyšší míru důležitosti spíše vybraným hodnotám osobní úrovně (rodina, zdraví, práce v ČR). Zajímavým poznatkem je ovšem zjištění, že nejvíce ceněnou celospolečenskou hodnotou, která dokonce předčila v míře důležitosti i hodnoty osobní úrovně, jakými jsou majetek a vzdělání, byla bezpečnost v ČR. Nutno ovšem dodat, že bezpečnosti v zemi původu byla respondenty kladena větší důležitost, nežli tomu bylo u hodnocení vzdělání – viz následující schéma.

⁵¹ Analýzy rozptylu (ANOVA) a Kruskalův-Wallisův test

Schéma č. 3 **Prolínání hodnot osobní a celospolečenské úrovně dle hodnocení Ukrajinců, Vietnamců a Rusů**

Pozn.: Autorské schéma, řazeno sestupně dle dosaženého stupně hodnocení.

Závěrem této části je vhodné připomenout, že výsledky měření důležitosti výše uvedených osobních a celospolečenských hodnot jsou kromě dalších skutečností limitovány např. také vstupním výběrem do dotazování zařazených skutečností, nelze proto získaná zjištění srovnávat se skutečnostmi, které daná baterie otázek neobsahovala.

Územní a finanční dostupnost zdravotní péče

Otázka dostupnosti zdravotní péče byla zmiňována již v předcházející podkapitole a tvořila součást mozaiky analýzy příčin pocitu znevýhodnění dotazovaných Ukrajinců, Vietnamců a Rusů při poskytování zdravotní péče v ČR vůči příslušníkům majority. Vzhledem k tomu, že dostupnost lékařské péče patří mezi velmi diskutovaná témata zdravotnictví, oslovili jsme s tímto tématem také naše respondenty a položili jsme jim otázku, jestli se domnívají, že je zdravotní péče v případě potřeby v blízkosti jejich bydliště dostupná. Kromě územní dostupnosti byla pozornost věnována i finanční dostupnosti zdravotní péče. Finanční náročnost zdravotní péče také tvořila součást mozaiky příčin pocitu znevýhodnění cizinců ve zdravotní péči poskytované v ČR. K územní a finanční dostupnosti se respondenti vyjadřovali ve dvou oddělených otázkách řazených za sebou prostřednictvím středové pětimístní škály „1=ano vždy, 3=jak kdy až 5=nikdy“. Pro většinu respondentů byla jak zdravotní péče v ČR vždy nebo obvykle dostupnou, a to jak územně (88,1 %), tak i finančně (82,4 %). S dostupností zdravotní péče měli problémy spíše respondenti s nižším vzděláním, v závislé ekonomické činnosti, a to zejména agenturní pracovníci a osoby s komerčním zdravotním pojištěním. Zdravotní péče byla zejména jak kdy až málokdy dostupnou pro 42,6 % všech agenturních pracovníků zkoumaného souboru (N=101). S územní dostupností mělo potíže 21,8 % z nich. Pro část mimoagenturních zaměstnanců také nebyla

zdravotní péče vždy či obvykle územně (11,8 %, N=500) či finančně (15,4 %, N=499) bez problému dostupnou, avšak se jednalo o menší podíl, nežli tomu bylo u agenturních pracovníků. Závěrem tohoto tématu lze konstatovat, že relativně byla územní dostupnost dle průměrného hodnocení respondentů přece jenom vyšší než finanční. (průměry=1,70 a 1,80). Nejvíce respondentů, kteří měli problémy jak s územní, tak finanční dostupností byli respondenti z Plzeňského kraje (průměry=2,18 a 2,10). Naopak nejlepší situace byla dle hodnocení respondentů v Jihomoravském kraji (územní průměr=1,56, finanční průměr=1,68).

Pracovní úraz

Pracovním úrazem je dle Zákoníku práce a informací Státního úřadu inspekce práce (SUIP)⁵² poškození zdraví zaměstnance nebo jeho smrt při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s ním. Zaměstnavatel musí dle § 105 odst. 1 Zákoníku práce vyšetřit příčiny a okolnosti vzniku každého pracovního úrazu a dle § 105 odst. 2 (tétož) musí také v knize úrazů vést evidenci všech pracovních úrazů, i když jimi nebyla způsobena pracovní neschopnost delší než tři kalendářní dny (popř. žádná pracovní neschopnost). Při pracovní neschopnosti delší než tři kalendářní dny a při úmrtí zaměstnance dle § 105 odst. 3 musí zaměstnavatel nejpozději do pěti pracovních dnů po oznámení úrazu vyhotovit záznam o pracovním úrazu a vést o pracovním úrazu dokumentaci (dle Nařízení vlády č. 201/2010 Sb.). Rozlišujeme tři druhy pracovních úrazů dle jejich závažnosti, a to:

- smrtelný – takové poškození zdraví, na jehož následky úrazem postižený zaměstnanec nejpozději do 1 roku zemřel;
- hospitalizace delší než 5 dní – takové poškození zdraví, jehož ošetření si vyžádalo pobyt v nemocnici delší než 5 kalendářních dnů a
- ostatní pracovní úrazy – což jsou taková poškození zdraví, na jejichž následky byl postižený v dočasné pracovní neschopnosti.

Pracovní úraz s problematikou zdravotního stavu a zdravotní péče o cizince souvisí a údaje o pracovní úrazovosti a její struktuře pravidelně sleduje SUIP. Vzhledem k tomu, že u mužů ze zemí mimo EU představují úrazy a následky vnějších příčin hlavní důvod hospitalizace (14,6 %⁵³) a operací (20,7 %) (Část II., Žofka, J. a kol. 2019, str. 124), byla proto pozornost v druhé polovině dotazníku zaměřena i na tuto oblast. Závažnosti pracovních úrazů a problematice jejich nenahlašování se rovněž věnovala kapitola 5.2 s názvem sekundární analýza. K otázce o pracovním úrazu se nevyjádřilo 5,5 % respondentů, kteří v době dotazování nepracovali/neměli zaměstnání a 1,1 % procento všech cizinců zkoumaného souboru (varianta „neví/bez odpovědi“). Většinou respondentů, kteří uvedli konkrétní odpověď (N=934) se v průběhu současného zaměstnání v ČR při plnění pracovních povinností pracovní úraz nestal (87,7 %), ovšem 2,2 % z nich explicitně uvedlo možnost, že „nechce uvést konkrétní odpověď“. Pracovní úraz v současném zaměstnání tedy utrpělo deset procent respondentů, a to zejména jedenkrát (8,0 %), vícekrát ojediněle (1,9 %). Pracovní úrazy se týkaly všech věkových kategorií respondentů. Vzhledem k nízké četnosti pouze informativně uvádíme, že ve srovnání s odpověďmi respondentů z jiných krajů, četnější zastoupení jednorázových i opakovaných pracovních úrazů uvedli respondenti Středočeského kraje, a u respondentů Plzeňského kraje byl zaznamenán četnější výskyt jednorázových pracovních úrazů. Ve

⁵² Zdroj: <http://www.suip.cz/hlaseni-pracovnich-urazu/>

⁵³ Příčiny hospitalizace dle kap. MKN – 10, XIX Poranění a otravy, tabulkový přehled Část II., Žofka, J. a kol. 2019 str. 124, přepočítáno autoři.

srovnání se ženami se výrazněji lišil. Muži třikrát více uváděli více než jeden pracovní úraz u současného zaměstnavatele. U jednorázového úrazů rozdíly zjištěny nebyly. Pracovní úrazy uváděli Ukrajinci, Vietnamci i Rusové, Ukrajinci ovšem nejčastěji. Jednalo se zejména o ekonomicky závislé i nezávislé osoby pracující (řazeno sestupně dle výskytu pracovního úrazu) u zaměstnavatele či pracovní agentury, dále osoby podnikající na živnostenský list, sporadicky o osoby, které pracovaly v rodinném podniku s/bez nároku na mzdu, či brigádně. Srovnáním vnitřní struktury mapovaných forem ekonomické aktivity respondentů bylo zjištěno, že poměrová incidence pracovních úrazů zaměstnanců pracujících u zaměstnavatele a zaměstnanců pracovní agentury je prakticky totožná a pracovní úraz uvedlo:

- 13,2 % osob z 486 zaměstnanců u zaměstnavatele
- 11,7 % osob ze 102 zaměstnanců pracovní agentury.

Většina respondentů, kteří uvedli, že se jim v současném zaměstnání stal pracovní úraz, uvedla, že v souvislosti s pracovním úrazem navštívila lékaře či nemocnici. Ovšem pouze necelá třetina z nich dodržela lékařem doporučenou dobu léčení. Ostatní respondenti zvolili alternativní způsoby řešení pracovního úrazu a na místo pracovní neschopenky si vzali neplacené pracovní volno, nebo (méně již) pracovní dovolenou, nebo podepsali v nemocnici dobrovolné ukončení pobytu či byli v důsledku úrazu převedeni na jinou pracovní pozici. Ojedinele se vyskytly odpovědi, kdy si respondenti zranění ošetřili sami, popřípadě i pokračovali v práci – viz následující tabulkový přehled.

Tabulka č. 24 **Způsoby řešení pracovního úrazu**

způsoby řešení pracovního úrazu	N	%
Navštívil/a jsem lékaře či nemocnici.	62	69,7%
Dodržel/a jsem lékařem doporučenou dobu léčení.	26	29,2%
Namísto pracovní neschopenky jsem si vzal/a neplacené pracovní volno.	12	13,5%
Namísto pracovní neschopenky jsem si vzal/a dovolenou.	8	9,0%
Podepsal/a jsem v nemocnici dobrovolné ukončení mého pobytu v nemocnici ("reverz").	5	5,6%
V důsledku úrazu jsem byl/a převeden/a na jinou pracovní pozici.	4	4,5%
Ošetřil/a jsem sám/sama a dál pracoval/a (<i>volné odpovědi</i>).	2	2,2%
odpovědí celkem	119	133,7%
počet respondentů	89	

Pozn.: Multiple response, součet se nerovná 100 %, možnost více odpovědí.

Přecházení nemoci (např. nachlazení, chřipky atd.) je jev (nejen) v naší společnosti poměrně běžný, aniž by lidé vždy správně vyhodnotili možná rizika s tímto chováním spojené. Zajímalo nás proto, jestli se někdy v průběhu posledních 5 let v průběhu pobytu na území ČR respondentům stalo, že chodili do práce i přesto, že se necítili zdrávi. Cca třetina respondent v daném období nemoc nepřecházela, většina ovšem ano, a to zejména z důvodu obavy poklesu mzdy (43,1 %), méně již z důvodu obavy ze ztráty zaměstnání (18,0 %) či obavy z důvodu ztráty povolení k pobytu na území ČR (1,9 %). Nemoc ze zvyku, tj. z toho důvodu, že v zemi původu je takovéto

chování běžné, přecházelo celkem 7,1 % respondentů⁵⁴ (zejména z Ukrajiny a Vietnamu). Nemoc také respondenti přecházeli například z následujících jiných důvodů, které uvedli: potřeba dokončit pracovní úkol, nedostatek jiných pracovníků na pracovišti, zdravotní komplikace nebyly závažného charakteru. Nemoc z důvodu obavy z poklesu mzdy uváděli častěji muži nežli ženy.

Vyhledání zdravotní péče v zemi původu

Strategie cizinců žijících na území ČR z relativně geograficky blízké či transportně dostupné země původu (např. Ukrajina, Ruská federace) se zdravotním pojištěním byly popsány kapitole č. 5.4.2, kde bylo konstatováno, že část respondentů měla zdravotní pojištění uzavřené jak v ČR, tak v zemi původu, nebo pouze v zemi původu. V tomto směru jsou zajímavé nejenom strategie cizinců, co se zdravotního pojištění týče, ale také jejich strategie motivované zvyky či osobní vazbou. Respondenti proto měli možnost uvést, zda někdy v průběhu svého pobytu v ČR v případě nemoci odjeli vyhledat zdravotní péči do země původu a jak často. Následně byla pozornost respondentů zaměřena na uvedení maximálně dvou hlavních důvodů, kvůli kterým odjeli za daných okolností z ČR a rozhodli se raději vyhledat zdravotní péči v zemi původu. Vyhodnocení ze dvou otázek odpovídá zjištěním o zdravotním pojištění. Do země původu v případě nemoci odjelo vyhledat zdravotní péči spíše pouze občas či ojediněle 13,3 % respondentů. Většina dotázaných respondentů (86,7 %, N=979) v případě nemoci nikdy cíleně neodjela vyhledat zdravotní péči do země původu, bez signifikantních rozdílů mezi respondenty z Ukrajiny, Vietnamu a Ruské federace. Testováním dat byly zjištěny difference spojené s typem zdravotního pojištění, kdy respondenti s komerčním zdravotním pojištěním (relativně) spíše v případě nemoci volili vyhledání zdravotní péče v zemi původu. Respondenti, kteří někdy odjeli v případě nemoci z ČR vyhledat léčbu či zdravotní péči v zemi původu měli možnost uvedení důvodu tohoto rozhodnutí. Na tuto otázku odpověděla většina respondentů (128 osob) z těch, kteří uvedli hledání léčby či ošetření v zemi původu (N=130). Celkem bylo kategorizováno 151 volných odpovědí.

Nejčastějším důvodem vyhledání ošetření či léčby v případě nemoci v zemi původu byla finanční dostupnost (22,7 %), nebo z důvodu pobytu v zemi původu (14,8 %). Část respondentů tuto možnost řešení optimalizace svého zdravotního stavu volila také z důvodu osobních vazeb, zvyku, doporučení krajanů či z důvodu důvěry konkrétnímu lékaři či druhu léčby. Sporadicky v této situaci volili návrat do země původu z důvodu jazykové bariéry, nedostatečnému pokrytí léčby v ČR či absenci zdravotního pojištění. V jistých případech může sehrávat roli i možnost zajištění péče v době (zejména dlouhodobé) nemoci ze strany příbuzných. Tuto strategii mohou cizinci volit i v případě nestabilního nájemného bydlení, kdy např. v případě dlouhodobé nemoci nejsou schopni finančně pokrýt nájem či pronájem bytových prostor a mohou volit (dočasný) odjezd ke své rodině do země původu.

⁵⁴ Multiple set response, součet se nerovná 100 %, možnost více odpovědí, N=967.

Tabulka č. 25 **Důvody vyhledání zdravotní péče v případě nemoci v zemi původu**

<i>důvody vyhledání lékařské péče v zemi původu</i>	N	%
cenová dostupnost	29	22,7%
součást návštěvy země původu	19	14,8%
osobní vazba s lékařem (rodinný lékař...)	17	13,3%
lepší odbornost lékařů	15	11,7%
dlouhé čekací lhůty v ČR	13	10,2%
alternativní lékařský přístup	11	8,6%
nedostupnost lékařů v ČR	10	7,8%
nedostatečné pokrytí léčby v ČR	7	5,5%
jazyková bariéra v ČR	6	4,7%
akutní ošetření	6	4,7%
bez zdravotního pojištění v ČR	4	3,1%
nedůvěra v kvalitu léčby v ČR	4	3,1%
péče ze strany příbuzných	3	2,3%
doporučení krajanů	2	1,6%
zvyk	2	1,6%
konzultace	2	1,6%
příjemnější přístup	1	0,8%
celkem (128 respondentů)	151	118,0%

K uvedenému lze pouze pro zamyšlení uvést připomínku, že možnost čerpání zdravotní péče ve dvou zemích, tj. v ČR a zemi původu, je specifikem zejména cizinců s dvojitým typem pojištění. U majority taková možnost volby již (nejen poměrově) obecně není a pokud ano, tak pouze ve specifických případech. Majorita tudíž zůstává odkázána pouze a ve větší míře výhradně na stav a kvalitu poskytované zdravotní péče v ČR, a to i v rámci EU.

Sebehodnocení zdravotního stavu a zdravotní prevence

Při dotazování byli respondenti také osloveni otázkou, zda o sobě mohou říci, že se o své zdraví starají aktivně a zodpovědně. Většina respondentů byla přesvědčena, že se o svoje zdraví v nějaké míře stará (94,6 %). Aktivitu a zodpovědnost za své zdraví potvrzovaly spíše ženy (průměr=1,93), muži (průměr=2,20) se více klonili k přiměřené starostlivosti a častěji, než ženy uváděli, že se o své zdraví spíše či vůbec nestarají. V úplném závěru dotazníku měli respondenti možnost prostřednictvím středové škály „1=velmi dobré, 3=ani dobré, ani špatné až 5=velmi špatné“ sebehodnocení vlastního zdraví za posledních 12 měsíců. Většina respondentů (85,5 %) ohodnotila svůj zdravotní stav pozitivně, v průměru rovnému hodnotě 1,74 jako spíše dobré. Zdravotně ne pouze dobře, tj. ani dobře, ani špatně až spíše špatně se cítilo 13,8 % respondentů, ani jedna osoba svůj zdravotní stav neohodnotila jako velmi špatný. Nejlépe se cítili respondenti kraje Praha hlavní město (průměr=1,67), oproti Ústeckému kraji (průměr=2,00), což ovšem může být ovlivněno vyšším zastoupením mladších osob (např. studentů) na území hlavního města a jeho okolí. Mladí cizinci se cítili být ve výborné zdravotní kondici (průměr=1,36), osoby středního věku a starší se klonili ke spíše dobrému hodnocení (průměr=2,03). Toto pozitivní hodnocení střední a starší generace bylo pravděpodobně ovlivněno i věkovou skladbou zkoumaného souboru, a de facto věkovou skladbou cizinců v ČR obecně, která je odlišná od věkové skladby majority s nižším zastoupením starších osob tzv. důchodového věku a vyšším zastoupením střední ekonomicky aktivní

5. Výsledky smíšeného výzkumu

generace. Tato skutečnost se tedy odrazila i ve věkové skladbě zkoumaného souboru, kde se počet osob ve věku 65 let a více rovnal jedenácti osobám.

Pro stav a vývoj zdravotního stavu člověka není důležitá jenom zdravotní péče zajišťovaná a poskytovaná poskytovateli zdravotní péče, tj. lékaři a nemocnicemi. Nesmírně důležitým faktorem harmonického zdravotního stavu je zázemí člověka a vědomost, že v případě potřeby jsou okolo něho lidé, kteří budou ochotni a schopni se o něj postarat. Zajímalo nás proto, zdali v situacích, kdy respondenti mají nějaké zdravotní problémy a nejsou úplně soběstační, existuje někdo z okruhu jejich blízkých rodinných příslušníků, přátel či známých, kdo jim na území ČR pomáhá. Z vyhodnocení této otázky byly vyřazeni respondenti, kteří se v průběhu svého života do takového situace, kdy byli v nevyhovujícím zdravotním stavu odkázáni na jiné lidi, prozatím ještě nedostali. Ukrajinci, Vietnamci a Rusové se v případě zdravotních problémů a potřeby starostlivosti ostatních blízkých lidí obracejí zejména buď na své životní partnery nebo na své přátele, známé či kolegy či rodinné příbuzné z širšího rodinného kruhu. I vzhledem ke specifikám složení populace cizinců na území ČR, tj. slabšímu zastoupení starších osob a silnějšímu zastoupení mladší a střední generace, s pomocí ze strany rodičů může počítat jenom menší část cizinců. Pouze minimálně v případě nouze se obracejí na své sousedy. Tři procenta respondentů se v případě zdravotních komplikací a omezení soběstačnosti nemá na koho obrátit.

Tabulka č. 26 **Okruhy lidí, na které se respondenti v ČR obracejí v situaci neúplné zdravotní soběstačnosti**

okruhy lidí, na které se lze obrátit v ČR v případě zdravotní nouze		
	N	%
partner/partnerka	592	67,0
přátelé, známí či kolegové	312	35,3
jiní rodinní příbuzní	242	27,4
děti	213	24,1
rodiče	157	17,8
sousedé	39	4,4
ne, nikdo	26	2,9
odpovědi celkem	1 581	178,8
počet respondentů	884	

Pozn.: Multiple response, součet se nerovná 100 %, možnost více odpovědí.

Jedním z ukazatelů péče o své zdraví bývá i návštěvnost zdravotnických zařízení – v tomto případě zejména lékařů konkrétního zaměření. Dle statistik ÚZIS za rok 2018, tvořily děti ve věku do 15 let věku 12 % ošetřených cizinců ze zemí mimo EU a dospívající do 20 let 7 %, největší podíl patřil dospělým osobám do 60 let 72 %, naopak nejmenší podíl seniorům - 9 % ošetřených cizinců ze zemí mimo EU (Část II., Žofka, J. a kol. 2019, str. 137). Zajímalo nás tedy, jak často respondenti v ČR navštěvují praktického lékaře pro dospělé, praktického lékaře pro děti a dorost, zubaře, ženy gynekologa a muži urologa⁵⁵. Vyhodnocením zaznamenaných dat bylo zjištěno, že zejména z důvodu častější nemoci dětí, cizinci nejčastěji, a to v průměru alespoň jedenkrát za rok, navštěvují tzv. dětského lékaře. Mezi cizince s vysokým podílem ošetřovaných

⁵⁵ U respondentů nebyla dotazovaná znalost, co je urologické a gynekologické vyšetření, což nevylučuje možné zkreslení části odpovědí zejména u mužské populace zkoumaného souboru.

děti v ČR se dle Zprávy ÚZIS vyznačovali kromě Japonců i Vietnamci (Část II., Žofka, J. a kol. 2019, str. 137). V průměru alespoň jednou za rok až za dva roky pak navštěvují svého praktického lékaře a zubaře. Co se další frekvence návštěv dalších specialistů týče, bylo zjištěno, že více než polovina (62,6 %) mužů (ve věku 18 a více let) urologa v ČR nikdy nenavštívila, ve věkové kategorii se tento podíl mužů snížil na 59,5 % a v kategorii 45 let a více let urologa v ČR nenavštívila rovněž více než polovina mužů dané věkové kategorie (53, %). Muži, kteří urologické vyšetření v ČR absolvovali tak činili v průměru před více než třemi, ale méně než pěti lety (průměr=3,42). Naopak, ženy jsou v návštěvách ženského specialisty daleko aktivnější, zřejmě také z důvodu řešení otázek spojených s těhotenstvím (včetně antikoncepce) a porodem. V průměru docházely ženy cizinky na vyšetření gynekologa alespoň jednou za rok až dva roky – detailně viz následující tabulkový přehled č. 27.

Tabulka č. 27 **Frekvence návštěv vybraných lékařů v ČR**

frekvence návštěv vybraných lékařů	stupně hodnotící škály (v %)					celkem (v %)	průměr	st. odchylka	N	nikdy	bez odpovědi
	1 alespoň 1x za půl roku	2 alespoň 1x za rok	3 alespoň 1x za 2 roky	4 alespoň 1x za 5 let	5 méně často než 1x za 5 let						
praktický lékař pro dospělé	17,7	47,7	25,5	6,5	2,6	100,0	2,29	0,919	1 000	7,8	3,4
praktický lékař pro děti a dorost	41,9	34,2	12,2	5,9	5,9	100,0	2,00	1,144	1 000	62,1	15,7
stomatolog/zubař	15,5	42,7	29,4	8,7	3,6	100,0	2,42	0,972	1 000	15,7	3,8
gynekolog (u žen)	7,2	20,3	26,1	15,7	30,7	100,0	2,38	0,946	478	15,3	4,6
urolog (u mužů)	7,2	20,3	26,1	15,7	30,7	100,0	3,42	1,306	522	62,6	8,0

Testováním dat byly zjištěny následující skutečnosti. Průměrná návštěvnost vybraných lékařů Ukrajinců, Vietnamců a Rusů zkoumaného souboru se výrazně nelišila. Naopak v případě mapovaných regionů byla zjištěna odlišná frekvence návštěv praktického lékaře mezi cizinci bydlícími na území kraje hlavní město Praha a na území Plzeňského kraje. Zatímco cizinci v Praze navštěvovali praktika v průměru alespoň jednou za rok (průměr=2,18), v Plzeňském kraji spíše alespoň jednou za dva roky (průměr=3,10). Ženy navštěvovaly častěji všechny vybrané lékaře, zejména jako doprovod dětí při návštěvách lékaře pro děti a dorost (ženy průměr=1,74, muži průměr=2,35). Frekvence návštěv stomatologa klesala s ukazatelem čistého příjmu domácnosti respondenta, cizinci s nižšími příjmy domácnosti (do navštěvovali zubaře v průměru alespoň jednou za dva roky, průměr=2,38, N=138), cizinci s vyššími příjmy domácnosti nad 46 tisíc Kč v průměru alespoň jednou za rok, průměr=2,09, N=136). Frekvence návštěv stomatologa u cizinců s komplexním zdravotním pojištěním byla nižší (v průměru spíše alespoň jednou za dva roky), nežli tomu bylo u cizinců s veřejným zdravotním pojištěním (v průměru alespoň jednou za rok).

Druhy preventivních prohlídek, jejich obsah, časovou frekvenci, určení poskytovatelů, kteří je provádějí a kategorizaci (např. podle věku, pohlaví) obyvatel, kterých se tyto preventivní prohlídky týkají, stanovuje vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách naposled měněná vyhláškou č. 317/2016 ze dne 21. září 2016. Vyhláška o preventivních prohlídkách stanovuje následující preventivní prohlídky v daných oborech:

- všeobecnou preventivní prohlídku v rámci všeobecného praktického lékařství,
- všeobecnou preventivní prohlídku dětí praktického lékařství pro děti a dorost v rámci praktického lékařství pro děti a dorost,

5. Výsledky smíšeného výzkumu

- zubní preventivní prohlídku v rámci zubního lékařství a
- gynekologickou preventivní prohlídku v rámci gynekologie a porodnictví.

Bezplatné preventivní prohlídky jsou v současné době součástí komplexního zdravotního pojištění cizinců (tzv. komerčního zdravotního pojištění) pobývajících na území ČR.

Z důvodu skladby zkoumaného souboru a možnostem dotazování byly mapovány tři druhy zdravotní prevence, a tím je všeobecná preventivní prohlídka u praktického lékaře, dále gynekologická prevence u žen a zubní prevence. Mapování tudíž nezahrnovalo všeobecnou preventivní prohlídku dětí u praktických lékařů pro děti a dorost.

Všeobecná preventivní prohlídka u praktického lékaře se má provádět jednou za dva roky, zpravidla po uplynutí 23 měsíců po provedení poslední všeobecné preventivní prohlídky.

Například Veřejná zdravotní pojišťovna na svých stránkách své klientky informuje o bezplatné gynekologické preventivní prohlídce a jejím obsahu, na kterou má nárok každá žena, a to jedenkrát za rok (po uplynutí 11 měsíců) – zdroj stránky VZP ČR,⁵⁶ přičemž obdobné informace poskytují nejenom ostatní zdravotní pojišťovny, ale také gynekologické ambulance. Zajímavý by byl v tomto směru analytický průzkum např. internetových stránek poskytovatelů o způsobu informování o preventivní bezplatné gynekologické prohlídce a mapování nabízení prevence ovšem jako součásti tzv. „balíčku“ jiných dalších vyšetření, který již pacientka musí hradit sama. Toto však není téma naší studie, výsledky této analýzy by však mohly být přínosné nejen pro cizinky, ale také pro majoritu.

Dle výše uvedené vyhlášky se zubní preventivní prohlídka provádí (zpravidla, např. vyjma dětí v prvním roce života či dorostu) u dospělé populace zpravidla jednou ročně (zpravidla po uplynutí 11 měsíců po provedení poslední zubní preventivní prohlídky).

Respondenti měli možnost pomocí informační karty určit frekvenci, jak často docházejí k preventivním prohlídkám k praktickému lékaři, k zubaři, ženy ke gynekologovi a muži k urologovi, a to bez rozdílu v ČR nebo i v zemi původu. Muži byli dotazováni na preventivní návštěvu urologa, ačkoliv toto preventivní vyšetření není ve vyhlášce č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách obsaženo. Vyhodnocením výpovědí respondentů bylo zjištěno, že v průměru absolvovali vyhláškou doporučené preventivní prohlídky zpravidla před více než jedním rokem, ale méně než před třemi roky, a to shodně u všech – v následujícím tabulkovém přehledu uvedených – typech lékařů. Zubní prevenci a gynekologickou prevenci tak z tohoto hlediska dodržovala necelá třetina všech respondentů (31,1 %) a více než třetina všech žen (35,4 %). Cca každý sedmý cizinec zkoumaného souboru uvedl, že na preventivní všeobecné zdravotní prohlídce a zubní prohlídce nebyl doposud nikdy. Cca třetina mužů uvedla, že preventivně navštívila urologa před více než třemi lety, ale méně než pěti lety (průměr=3,07), zpravidla se jednalo o muže 30 a více let. Dvě třetiny mužů urologické vyšetření dle svého vyjádření neabsolvovalo nikdy, a to ani v ČR, ani na Ukrajině. Pro srovnání uvádíme výsledky studie (Tomášková, H., a kol. 2020, str. 71), která uvádí, že „pravidelná účast cizinců na preventivních prohlídkách (49 %) by se dala ve srovnání s občany České republiky označit, jako vyšší, ale je nutno vzít v úvahu nízké procento registrovaných cizinců u praktických lékařů.

⁵⁶ link VZP ČR: <https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky/gynekologicka-preventivni-prohlidka>

Tabulka č. 28 **Frekvence návštěv preventivních prohlídek stanovených vyhláškou č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách a mužů u urologa**

frekvence preventivních prohlídek	stupně hodnotící škály (v %)				celkem (v %)	průměr	st. odchylka	N	nikdy	bez odpovědi
	1	2	3	4						
	v posledních dvanácti měsících	před více než 1 rokem, ale méně než 3 roky	před více než 3, ale méně než 5 lety	před více než pěti lety						
praktický lékař pro dospělé	32,5	47,5	16,7	3,2	100,0	1,91	0,783	1 000	14,9	4,5
stomatol/zubař	31,1	47,2	15,7	6,0	100,0	1,97	0,842	1 000	14,7	4,3
gynekolog (u žen)	35,4	41,2	16,4	7,1	100,0	1,95	0,895	478	12,6	2,2
urolog (u mužů)	11,0	16,2	27,9	44,9	100,0	3,07	1,027	522	64,4	5,0

Dále bylo parametrickým a neparametrickým testováním zjištěno, že zubní prevenci v horizontu posledních dvanácti měsíců plnily častěji ženy (průměr=1,87) nežli muži (průměr=2,07), a také cizinci s veřejným zdravotním pojištěním (průměr=1,88), než cizinci s komplexním zdravotním pojištěním (průměr=2,21).

Závěrem otázek zaměřených na oblast péče o vlastní zdraví a prevenci byl prostor tří otázek věnován zjištění důvodu, či příčin, které mohou respondenty v návštěvě lékařů limitovat. Cizinci měli tedy možnost vyjádřit maximálně dvě volné odpovědi na otevřenou otázku, jestli jsou nějaké skutečnosti, které jim na zdravotní péči nevyhovují. Uvedení konkrétní odpovědi měli všichni respondenti zkoumaného souboru, kteří však během svého pobytu v ČR čerpali ambulantní nebo lůžkovou zdravotní péči. Možnost uvedení konkrétních problematických skutečností, které nějakým negativním způsobem ovlivňují respondenty v čerpání zdravotní péče v ČR, využilo celkem 219 osob, tj. více než pětina (21,9 %) zkoumaného souboru. Byl proveden rozbor srovnání získaných a kategorizovaných odpovědí s příčinami pocitu znevýhodnění cizinců uvedenými v kapitole 5.4.6 věnované kulturním odlišnostem a diskriminaci. Na základě tohoto srovnání lze konstatovat, že cizincům na zdravotní péči v ČR nevyhovují zejména ty skutečnosti, kvůli kterým se zároveň cítí být v poskytování zdravotní péče v ČR vůči majoritě nějakým způsobem znevýhodnění a které je zároveň nějakým způsobem limitují v jejím čerpání. Tímto prvkem je například finanční náročnost v podobě vysokých doplatků či výše pojistného, špatná dostupnost lékařů, dlouhé objednací termíny či doba strávená v čekárně, odstup odborného zdravotnického personálu či jazyková bariéra atp. – detailněji viz následující přehled kategorizace volných odpovědí.

5. Výsledky smíšeného výzkumu

Tabulka č. 29 **Skutečnosti nevyhovující respondentům na zdravotní péči v ČR**

skutečnosti nevyhovující na zdravotnictví	N	%
finanční náročnost-vysoké doplatky	59	26,9
špatná dostupnost lékařů	44	20,1
dlouhé objednací termíny	42	19,2
doba strávená v čekárně	32	15,0
odstup k cizincům (lékaři, zdravotní personál)	29	13,2
jazyková bariéra	12	5,5
výše pojistného	12	5,5
nedůvěra v kvalitu poskytované péče	10	4,6
náročná administrativa	6	2,7
chybějící alternativní lékařský přístup	6	2,7
doba strávená v čekárně	5	2,3
podmínky hospitalizace v nemocnici	1	0,5
počet odpovědí	253	115,5
N	219	

Pozn.: Multiple response, součet odpovědí se nerovná 100,0 %, max. dvě odpovědi.

Zároveň však většina respondentů (90,8 %, průměr=3,56) uvedla, že v současnosti neexistují spíše žádné až žádné důvody, kvůli kterým by se vyhýbali návštěvě lékaře. Respondenti měli možnost uvést odpověď pomocí čtyřstupňové škály „1=rozhodně ano až 4=rozhodně ne“. Respondenti, kteří se naopak v návštěvě lékaře na území ČR cítili rozhodně či spíše limitováni, měli možnost uvést maximálně tři tyto důvody v navazující otevřené otázce. Ačkoliv konkrétní skutečnosti, které jim nevyhovovaly na zdravotní péči v ČR, uvedla cca pětina respondentů, důvody, kvůli kterým se v současnosti vyhýbali návštěvě lékaře v ČR, uvedlo pouze 82 osob, tj. 8,2 % zkoumaného souboru. Tito cizinci se vyhýbali návštěvě lékaře na území české republiky z následujících důvodů, které jsou řazeny sestupně dle váhy jejich odpovědí u této skupiny respondentů: finanční náročnost ošetření či léčby, zejména z důvodu vysokých doplatků, špatná dostupnost lékařů, dlouhé objednací termíny, odstup odborného zdravotnického personálu k cizincům, čekací doba v čekárně, jazyková bariéra, výše pojistného, nedůvěra v kvalitu poskytované zdravotní péče, náročná administrativa, chybějící alternativní lékařský přístup, a podmínky hospitalizace v nemocnici.

Část II

1. Metodický a legislativní rámec sledování cizinců v NZIS

1.1 Základní informace o NZIS

Národní zdravotnický informační systém (NZIS) je jednotný celostátní informační systém veřejné správy, v němž jsou shromažďovány a zpracovávány osobní a další údaje ze základních registrů orgánů veřejné správy, ministerstev, od poskytovatelů zdravotních služeb, případně dalších osob předávajících údaje do NZIS. Podrobnější údaje o NZIS jsou zveřejněny na internetových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen „ÚZIS ČR“) viz <https://www.uzis.cz/index.php?pg=nzis>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) je na základě § 70 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“), zejména vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 373/2016 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška 373/2016 Sb.“), pověřen správou Národního zdravotnického informačního systému (NZIS), jehož součástí jsou popsány v témže zákoně. Součástí NZIS jsou:

- Program statistických zjišťování Ministerstva zdravotnictví,
- Národní zdravotní registry,
- Národní registr poskytovatelů,
- Národní registr zdravotnických pracovníků,
- Národní zdravotní registry vedené podle zákona upravujícího transplantace,
- data přebíraná z informačních systémů infekčních nemocí vedených podle zákona o ochraně veřejného zdraví,
- Národní registr hrazených zdravotních služeb,
- data z Listů o prohlídce zemřelého,
- data o nákladovosti hospitalizací předaná poskytovateli z referenční sítě poskytovatelů podle zákona o veřejném zdravotním pojištění,
- data ze statistických zjišťování prováděných statistickým ústavem (ÚZIS ČR).

Mezi národní zdravotní registry spravované a provozované ÚZIS ČR patří:

- Národní onkologický registr
- Národní registr hospitalizovaných
- Národní registr reprodukčního zdraví
- Národní registr kardiovaskulárních operací a intervencí
- Národní registr kloubních náhrad
- Národní registr nemocí z povolání

- Národní registr léčby uživatelů drog
- Národní registr úrazů
- Národní registr osob trvale vyloučených z dárcovství krve
- Národní registr pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství
- Národní diabetologický registr
- Národní registr intenzivní péče

Podrobnější informace o Národních zdravotních registrech se nacházejí na internetových stránkách ÚZIS ČR: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--narodni-zdravotni-registry>

Do NZIS jsou předávány údaje i z informačních systémů orgánů ochrany veřejného zdraví (Registr tuberkulózy, Registr pohlavních nemocí a Informačního systému infekčních nemocí), které vycházejí ze zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. ÚZIS ČR zajišťuje technické zázemí pro další registry a informační systémy hygienické služby viz: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--ochrana-verejneho-zdravi>

Registry a Informační systémy NZIS zahrnují široké spektrum informačních systémů, a to nejen zdrojů, které ÚZIS ČR přímo spravuje, ale i když (Věta je neúplná) pouze přebírá datové podklady od jiných institucí, které tyto informační systémy provozují, a to informační systémy z datových souborů ČSÚ a ČSSZ.

ÚZIS ČR při zpracování osobních údajů v NZIS a jejich ochraně postupuje podle platných právních předpisů, zejména podle Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů a podle zákona o zdravotních službách. Podrobnější informace o NZIS a legislativě jsou uvedeny na stránkách ÚZIS ČR: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=nzis--legislativa>.

Informace o registrech a sběru dat, vč. podrobného výčtu všech informačních systémů spadajících do NZIS jsou uvedeny zde: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=nzis--komponenty-nzis>. Statistické, analytické a publikační výstupy z NZIS jsou k dispozici zde: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy>.

1.2 Identifikace cizinců v datech NZIS

Získání informace o cizincích je limitováno definicí cizince dle metodiky daného informačního zdroje a také kvalitou sběru tohoto identifikátoru z hlediska úplnosti i správnosti naplňování. Za primární zdroj identifikace pro účely této analýzy považujeme identifikaci státního občanství osoby, která byla nositelem předmětu sledování daným informačním systémem, přičemž v případě více druhů občanství se primárně při výběru zpravidla upřednostňuje české občanství a následně státní příslušnost k zemím v EU v rozsahu 28 zemí. Přehled využívaných identifikátorů cizinců uvádí následující rozdělení:

a) Přímá identifikace cizince:

- Stanovení státní příslušnosti ve smyslu občanství prostřednictvím konkrétního výběru státu z aktuálního číselníku zemí dle ČSÚ.
- Příslušnost k EU stanovaná výběrem z číselníku:
1 - občan ČR, 2 - občan jiné země EU, 3 - občan země mimo EU

b) Nepřímé identifikátory cizinců

- Identifikační číslo pacienta
 - RČ – rodné číslo u cizinců s dlouhodobým/trvalým pobytem vedené v ROB
 - ČP – číslo pojištěnce u cizinců (10 míst, 50+ ve dni) vedené v CRP
 - AP CMU – číslo pojištěnce pro mezistátní úhradu v rámci EU (přiděluje Kancelář ZP, 20+ v měsíci a 50+ ve dni) vedené také v CRP
 - Uměle vytvořené RČ (u cizinců zpravidla koncovka 9999 nebo 999)
- Kód obce trvalého bydliště u cizinců s krátkodobým pobytem (999999)
- Země původu – země narození, etnikum, země narození matky apod.

Přímá identifikace cizince dle státní příslušnosti či alespoň nepřímo dle země původu není dostupná ve všech registrech. Výčet hodnocených registrů dle dostupnosti těchto informací je uveden v příloze č. 4. Nepřímé identifikátory cizince přes položky země původu či etnikum bývají nespolehlivě vyplněné nebo nepovinné, nelze je validovat a mohou být uvedeny i u osob s českým občanstvím.

Rozsah zemí v rámci proměnné sledující státní příslušnost k zemím EU a mimo EU se v průběhu sledovaného období touto studií změnil, a to v roce 2013, kdy k původním 27 zemím EU přistoupilo i Chorvatsko viz: https://europa.eu/european-union/about-eu/countries_cs#tab-0-0. Mezi země EU nejsou v této studii zahrnuty ostatní země EHP, např. Švýcarsko, Norsko a další.

Kvalita identifikace pacienta je u některých registrů provozovaných pod jednotnou technologickou platformou EREG zajišťována prostřednictvím ztotožnění s registrem obyvatel (ROB) MV ČR. Předpokladem tohoto ztotožnění je však to, že registr musí sledovat jméno, příjmení a rodné číslo pacienta ev. datum narození pacienta. Pokud dojde ke ztotožnění, je zajištěna validita vyplnění informací o bydlišti pacienta ev. i státní příslušnosti. Ztotožnění však nemůže být podmínkou pro vstup údajů do registru a některé informační systémy nesledují výše uvedené nezbytné položky pro ztotožnění. Velkým omezením u cizinců je, že ztotožnění u nich může být uplatněno pouze v případě, že dané osobě bylo přiděleno rodné číslo a je tak evidováno v ROB.

U cizinců neregistrovaných v ROB, ale pojištěných v rámci veřejného zdravotního pojištění se vyskytují tzv. čísla pojištěnců (ČP), která jsou evidována v Centrálním registru pojištěnců veřejného zdravotního pojištění (CRP), který je ze zákona veden Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Na tento registr však není jednotná technologická platforma EREG napojena a tato čísla není možné validovat. Jsou validovány pouze na základě předem definované konstrukce podobné rodnému číslu s přidáním čísla +50 ve dni narození a celkem 10 pozicemi s koncovkou zaručující dělitelnost celého čísla beze zbytku 11. Další možností je u cizinců ze zemí v rámci EU uplatnit číslo pojištěnce přidělené ve formátu AP CMU, který se od výše uvedeného ČP s 50+ ve dni narození odlišuje navíc přičtením hodnoty +20 k měsíci narození. Oba tyto formáty jsou

evidovány v CRP. Centrální registr pojištěnců přebírá standardní rodná čísla z ROB a v případě přidělení občanství tato čísla převádí, viz více v kapitole 1.3.

Ve výjimečných případech informační systémy NZIS i pod JTP zpravidla akceptují uměle vytvořené rodné číslo s koncovkou 0000/000 nebo 9999/999. Nulové hodnoty se dle metodiky daného registru mohou krom cizinců s trvalým či dlouhodobým pobytem také využívat u českých občanů, pokud není rodné číslo z nějakých důvodů dostupné. Tato čísla se využívají nejčastěji u cizinců s krátkodobým pobytem v ČR a nahrazují také nestandardní číslo smluvního pojištění cizince, které v rámci JTP již neakceptujeme, protože neumožňuje ověřit či získat pohlaví a datum narození, nezbytné pro určení či validaci věku.

Trvalý, dlouhodobý nebo přechodný pobyt cizince čerpajícího zdravotní péči lze identifikovat zpravidla pouze nepřímo a nespolehlivě dle použitého kódu obce trvalého bydliště. Pokud je uvedena konkrétní obec trvalého bydliště prostřednictvím kódu obce dle číselníku obcí, který je přebírán a aktualizován dle ČSÚ. Tito cizinci jsou považováni za trvale či dlouhodobě pobývajících na území ČR a počítá se, že jsou součástí evidence obyvatel jako tuzemci a jako rezidenti ČR jsou vedeni statistikami ČSÚ. U cizinců s krátkodobým pobytem v ČR, kteří nemají trvalé bydliště v ČR, se zpravidla uvádí zástupný kód 999999. Spolehlivost vyplnění a zařazení cizince dle druhu pobytu však nelze spolehlivě ověřit. V případě standardního rodného čísla cizince se očekává také trvalý pobyt a vyplněný kód obce. U těchto cizinců pak může být vyplněn i kód pro bezdomovce 888888 a naopak u českých občanů s trvalým bydlištěm mimo území ČR může být užit kód 999999, což není metodicky tvrdě určeno a kontrolováno validacemi.

Teoreticky lze v datech NZIS nepřímo rozlišovat pobyt cizinců takto:

- a) **Krátkodobý pobyt cizince:** obec=999999, číslo pojištěnce VZP, ev. AP CMÚ v rámci EU nebo koncovka 9999/999, nestandardní číslo smluvního pojištění.
- b) **Dlouhodobý pobyt cizince:** obec=kód obce, ev. 888888, standardní RČ, ev. umělé RČ s koncovkou 0000/000.

U agregovaných sběrů dat z výkazů v rámci programu statistických zjišťování MZ se osoby vůbec neidentifikují, pacienti se zde sledují pouze anonymizovaně.

1.3 Pravidla pro přidělování standardního rodného čísla cizincům a dětem narozeným cizincům na území ČR ze strany MVČR

Rodná čísla jsou evidována v centrálním registru obyvatel (ROB), jehož provoz je v kompetenci Ministerstva vnitra ČR. Rodné číslo je desetimístné číslo, které je dělitelné jedenácti beze zbytku; první dvojčíslí vyjadřuje poslední dvě číslice roku narození, druhé dvojčíslí vyjadřuje měsíc narození, u žen zvýšené o 50, třetí dvojčíslí vyjadřuje den narození; čtyřmístná koncovka je rozlišujícím znakem fyzických osob narozených v tomtéž kalendářním dnu. Rodná čísla přidělená fyzickým osobám narozeným před 1. 1. 1954 mají stejnou strukturu, jsou však devítimístná s třímístnou koncovkou a nesplňují podmínku dělitelnosti jedenácti. Pravidla pro přidělení rodného čísla obecně uvádí MV ČR na svých internetových stránkách zde: <https://www.mvcr.cz/clanek/rady-a-sluzby-dokumenty-rodne-cislo.aspx>.

Na základě zde uvedených informací je rodné číslo přidělováno:

- fyzické osobě při narození nebo osvojení nezletilé fyzické osoby,
- občanu, který dosud rodné číslo neměl,
- cizinci s povolením k pobytu na území České republiky,
- cizinci, kterému byla na území České republiky udělena mezinárodní ochrana formou azylu nebo doplňkové ochrany,
- cizinci, který o přidělení rodného čísla požádal pro splnění podmínek podle zvláštního právního předpisu, např. studium na vysoké škole, zaměstnání apod.,
- fyzické osobě, pro kterou o přidělení rodného čísla požádala Česká správa sociálního zabezpečení nebo okresní správa sociálního zabezpečení podle zvláštního právního předpisu.

Přidělování rodného čísla cizincům se řídí pravidly, která jsou zveřejněna na internetových stránkách MVČR viz: <https://www.mvcr.cz/clanek/prideleni-rodneho-cisla-931400.aspx>.

Žádost o přidělení rodného čísla může podat:

- cizinec, který nemá na území České republiky povolen pobyt na dobu delší než 90 dnů, a o přidělení rodného čísla požádal pro splnění podmínek podle zvláštních právních předpisů (např. pro účely studia, zaměstnání).
- jeho zákonný zástupce,
- opatrovník,
- zmocněnec na základě zvláštní plné moci s úředně ověřeným podpisem zmocnitele, nebo
- člen domácnosti, jehož oprávnění k zastupování cizince bylo schváleno soudem.

Proces přidělování a správy rodných čísel se řídí zákonem č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných číslech a o změně některých zákonů (zákon o evidenci obyvatel), ve znění pozdějších předpisů, a vyhláškou č. 296/2004 Sb., kterou se provádí zákon o evidenci obyvatel, ve znění pozdějších předpisů.

Zvláštní postavení z hlediska přidělování rodného čísla mají občané EU a jejich rodinní příslušníci, kterým je přiděleno rodné číslo, pokud je vyhověno žádosti cizince o:

- udělení dlouhodobého víza,
- vydání povolení k dlouhodobému pobytu,
- vydání potvrzení o přechodném pobytu občana EU,
- vydání povolení k přechodnému pobytu rodinného příslušníka občana EU, nebo
- vydání povolení k trvalému pobytu.

Poskytnutí rodného čísla zajistí pro cizince odbor azylové a migrační politiky MV ČR. O rodné číslo si tedy cizinec sám nežádá, nýbrž mu je přiděleno a zpravidla je mu do průkazu zapsáno při vydání průkazu o povolení k pobytu.

Výše uvedené tedy stanovuje pro data NZIS interpretaci povahy pobytu cizinců v případech, pokud jsou v datech uváděni s rodným číslem. V případech přidělení státního

občanství se osoba evidovaná v registrech NZIS nedá odlišit od původních obyvatel ČR až na výjimečné případy informačních systémů, které sledují zemi původu či etnikum. Přidělení státního občanství cizincům je též blíže popsáno na internetových stránkách MVČR viz: <https://www.mvcr.cz/clanek/udeleni-statniho-obcanstvi-ceske-republiky.aspx>. Zvláštním případem je získávání rodného čísla a státního občanství v případě narození dítěte cizincům na území ČR viz: <https://www.mvcr.cz/clanek/nabyvani-statniho-obcanstvi-ceske-republiky-narozenim.aspx>

Dítě nabývá státní občanství České republiky narozením, je-li v den jeho narození alespoň jeden z jeho rodičů státním občanem České republiky. V tomto případě místo narození dítěte nemá na nabytí českého státního občanství narozením žádný vliv. Rovněž skutečnost, že dítě nabude automaticky ze zákona vedle českého státního občanství i státní občanství cizího státu, nic nemění na nabytí státního občanství České republiky dítětem. Český právní řád připouští, aby v takovém případě mělo dítě dvojí popř. vícere státní občanství. Nabytí státního občanství České republiky probíhá v tomto případě automaticky ze zákona již narozením.

Státní občanství ČR dále získává dítě narozené v ČR, které by se jinak stalo osobou bez státního občanství. Dítě v tomto případě nabývá české státní občanství narozením, jsou-li oba rodiče osobami bez státního občanství a zároveň pokud má alespoň jeden z rodičů povolen pobyt na území České republiky na dobu delší než 90 dnů.

1.4 Pravidla pro přidělování čísla pojištěnce cizincům, vedení a aktualizace Centrálního registru pojištěnců veřejného zdravotního pojištění (CRP) ve správě VZP

Zdravotní pojišťovny v České republice pracují s čísly pojištěnců, která se nicméně v případě českých občanů shodují s rodnými čísly. Při generování čísel pojištěnců cizinců se pak vychází z data narození pojištěnce. V současné době se tedy setkáváme se třemi typy čísel pojištěnců:

- ve formátu rodného čísla,
- v podobě původního generování čísel pojištěnců z aplikace Registr subjektů zdravotního pojištění (RSZP),
- generovaná z aplikace AP CMU (aplikace vytvořená dle legislativy EU, přes kterou je část pojištěnců registrována do informačního systému VZP ČR, resp. zdravotních pojišťoven).

Číslo pojištěnce, které je generováno a posléze uloženo do informačního systému VZP ČR, má ve dni přidáno +50 a u ženy navíc +50 v měsíci. Číslo pojištěnce, které je generováno přímo v aplikaci AP CMU a posléze uloženo do informačního systému VZP ČR, je ve formátu +50 ve dni a +20 v měsíci u mužů nebo +70 v měsíci u žen. Podrobnější informace uvádí VZP na svých internetových stránkách.

Generovaná (přidělená) čísla pojištěnců se uvádějí na průkazu pojištěnce. Rodné číslo pojištěnce používá VZP ČR v případě, kdy se jedná o občana České republiky, případně o osobu s trvalým pobytem v České republice. Z tohoto důvodu je možné, že v případě, že má osoba v České republice přiděleno rodné číslo, ale nemá v České republice trvalý pobyt, není číslo pojištěnce shodné s rodným číslem.

Dle sdělení VZP pro vstup do systému VZP není směrodatné státní občanství, ale dle § 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, jsou zdravotně pojištěny osoby, které mají trvalý pobyt na území ČR a dále osoby, které na území ČR nemají trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR.

Číslo pojištěnce generuje zdravotní pojišťovna, pokud cizince nahlašuje zaměstnavatel na základě vzniku zaměstnaneckého vztahu, a to pod jménem, příjmením, pohlavím a datem narození. Číslo z APCMU se generuje pod záštitou Kanceláře zdravotního pojištění. Tento systém generování čísel pojištěnců je určen pro všechny zdravotní pojišťovny, které tak pracují ve stejném prostředí AP CMU, jen má každá svou vlastní schránku oddělenou od ostatních. APCMU generuje čísla pojištěncům ze zemí EU.

Ze základních registrů jsou osoby s novým rodným číslem hlášeny do Centrálního registru pojištěnců, což je registr všech pojištěnců vedený nad všemi zdravotními pojišťovnami a dle zákona je spravovaný VZP ČR. Dle zákona má pojištěnec právo si svobodně zvolit zdravotní pojišťovnu, a pokud je již v některé evidovaný, tak je jeho generované číslo pojištěnce převedeno pod přidělené rodné číslo. V případě, že pojištěnec nenahlásí na zdravotní pojišťovnu, že mu bylo přiděleno rodné číslo, tak pracovníci VZP na základě zákona prověřují, zda nejsou již u jiné zdravotní pojišťovny evidováni s rodným číslem. Ostatní jsou prostřednictvím VZP osloveni dopisem a zaregistrováni u VZP.

2. Zhodnocení dostupnosti a využitelnosti dat o cizincích v NZIS

V rámci projektu mapování zdrojů Národního zdravotnického informačního systému bylo v první fázi projektu provedeno vyhodnocení dostupnosti, vhodnosti, nahraditelnosti a kvality dat jednotlivých zdrojů dat vč. hygienických registrů a výkazů, které zahrnujeme do NZIS. Tato první fáze byla provedena v termínu do 31. 8. 2019. Hodnocení bylo zaměřeno na klíčové parametry registru umožňující identifikaci cizince a jeho charakteristik pro anonymizované agregované zpracování. Pro tento účel byl vytvořen soubor otázek mapujících následující oblasti:

- 1) Metodická identifikace cizinců v datovém zdroji.
- 2) Definice sledované statistické jednotky daného zdroje dat.
- 3) Časová dostupnost dat.
- 4) Základní kvantitativní statistiky registru.
- 5) Dostupnost základních statistických charakteristik pro populaci cizinců.
- 6) Návrh dalších specifických ukazatelů za cizince, které daný datový zdroj obsahuje a jsou relevantní k projektu.
- 7) Případné významné omezení vypovídací schopnosti daného zdroje dat o cizincích (neúplnost pokrytí populace cizinců, neúplnost sběru apod.).
- 8) Dále bylo provedeno zhodnocení výskytu druhů formátu identifikačních čísel vůči uvedenému občanství registrů, které obsahují identifikaci cizince.

Rozsah zhodnocení zdrojů dat s ohledem na dostupnost a kvalitu dat o cizincích se zaměřením na cizince mimo EU uvádí následující výčet informačních systémů v kapitole 2.1. Základní statistiky získané na základě první fáze projektu jsou relevantních registrů uvedeny v příloze č. 4.

2.1 Přehled zdrojů Národního zdravotnického informačního systému NZIS

informační systémy NZIS	identifikace cizinců (ANO/NE)	cizinci ze zemí mimo EU	zahrnutí zdroje do analýzy
Národní onkologický registr	ANO	ANO	INFO
NR kloubních náhrad	ANO	ANO	DUPL
NR hospitalizovaných	ANO	ANO	ANO
NR nemocí z povolání	ANO	ANO	INFO
V (MZ) 1-01 - Roční výkaz o čerpání zdravotních služeb cizinci	ANO	ANO	ANO
NR asistované reprodukce	ANO	ANO	ANO
NR novorozenců	ANO	ANO	ANO
NR potratů	ANO	ANO	ANO
NR rodiček	ANO	ANO	ANO
NR vrozených vad	ANO	ANO	ANO
Informační systém Narození (IS NAR)	ANO	ANO	DUPL
NR léčby uživatelů drog	ANO	ANO	INFO
NR pitev a toxikologických vyšetření (NRPATV)	ANO	ANO	DUPL
NR úrazů	NE	NE	DUPL
NR kardiovaskulárních intervencí	NE	NE	DUPL
Národní kardiochirurgický registr	NE	NE	DUPL
Informační systém infekční nemoci (IS IN)	ANO	NE	INFO
Registr pohlavních nemocí (RPN)	ANO	ANO	ANO
Registr tuberkulózy (RTBC)	ANO	ANO	ANO
Informační systém Zemřelí (IS ZEM)	ANO	ANO	ANO
IS List o prohlídce zeměděleho (IS LPZ)	ANO	ANO	DUPL
L (MZ) 2-01 - Roční výkaz o činnosti poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče (s přílohou)	ANO	NE	INFO
Národní diabetologický registr	ANO	NE	INFO
Národní registr hrazených zdravotních služeb	ANO	NE	INFO

Podrobnější výsledky hodnocení první fáze jsou součástí **přílohy č. 4**.

Ze seznamu byly také zcela vyřazeny registry, které nejsou ještě v provozu a nebylo možné provést jejich vyhodnocení a zařazení do analýzy, a to Národní registr intenzivní péče a Národní registr osob trvale vyloučených z dárkovství krve. Dále byly zcela vyloučeny z hodnocení registry, které neslouží k účelu statistického zpracování výstupů ze strany ÚZIS ČR. Pro tyto registry provozuje zpravidla ÚZIS ČR pouze technické zázemí anebo jejich předmětem není sledování zdravotního stavu a péče o fyzické osoby. Převážně se jedná o informační systémy hygienické služby, jejichž výčet je k dispozici zde: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--ochrana-verejne-ho-zdravi>. Do podrobného analytického zpracování bylo zahrnuto 10 informačních systémů označených ANO. Ostatní zdroje jsou popsány v následující kapitole.

3. Základní informace o registrech vyřazených ze zpracování podrobné analýzy

Z podrobného analytického zpracování byly vyřazeny registry označené v přehledové tabulce a příloze č. 4 zkratkou „INFO“, a to vzhledem k nízké validitě či nedostupnosti dat o cizincích nebo jejich nízkému počtu. Dále byly z podrobného zpracování vyřazeny registry označené zkratkou „DUPL“, a to vzhledem k duplicitním datům nahraditelným z jiného zdroje, který byl zahrnut do tohoto zpracování.

3.1 Národní onkologický registr (NOR)

Národní onkologický registr (NOR) obsahuje konzistentní data za období od poloviny roku 1976 do současnosti, posledním uzavřeným rokem pro statistické výstupy je rok 2017. Statistickou jednotkou je každý nově diagnostikovaný novotvar, který podle metodiky NOR podléhá povinnosti hlášení do NOR. Jedna osoba potom může mít evidováno více novotvarů. Primárním cílem NOR je sledování výskytu novotvarů u osob, které mají na území ČR trvalý pobyt nebo mají povolení k dlouhodobému pobytu na území ČR. Do statistik epidemiologie novotvarů v ČR nejsou cizinci zahrnováni, údaje o nádorech u cizinců nejsou v NOR reprezentativní a nejsou statisticky zpracovávány. Podrobnější informace o registru NOR jsou uvedeny na stránkách ÚZIS ČR: <https://www.uzis.cz/registry-nzis/nor>.

Cizinec s trvalým nebo dlouhodobým pobytem, který je pojištěncem v ČR a má číslo pojištěnce nebo má přidělené rodné číslo, je také evidován v NOR s tím, že je mu uvedena země původu (nikoliv státní příslušnost). Tento údaj však může být značně nevalidní a není využíván pro statistické zpracování. Z celkového počtu 86,8 tisíc záznamů v roce 2017 se 86,5 tisíc týkalo českých občanů a pouze 326 cizinců, z nichž bylo 208 cizinců ze zemí mimo EU. Na základě ověření dle formátu rodného čísla, resp. čísla pojištěnce, bylo za rok 2017 identifikováno celkem 80,5 tisíc osob z nichž ve 310 případech šlo o formát čísla pojištěnce, ovšem 201 z nich bylo zařazeno mezi občany ČR. Naopak bylo mezi cizince zahrnuto 191 osob se standardním rodným číslem. Celkový počet osob s novotvarem s uvedenou zemí původu mimo EU je 203 osob z 319 cizinců celkem. S ohledem k této nízké validitě sledování cizinců a s ohledem na to, že o rozsahu péče o cizince v souvislosti s novotvary poskytuje základní informace také NRHOSP, byl tento registr vyřazen z podrobnějšího zpracování analýzy.

3.2 Národní registr kloubních náhrad (NRKN)

Národní registr kloubních náhrad (NRKN) je registrem zaměřeným na získávání a shromažďování informací o provedených operacích s užitím umělé kloubní náhrady. Úlohou registru je registrace údajů o nemocných léčených operativně s užitím endoprotézy a specifických informací blíže upřesňujících tuto léčbu.

Národní registr kloubních náhrad poskytuje souhrnné údaje pro statistické přehledy jak na národní úrovni, tak i pro mezinárodní srovnávání, pro epidemiologické studie a zdravotnický výzkum. Poskytuje také informace o vlastnostech použitých implantačních materiálů především z hlediska jejich životnosti a nákladů na tyto materiály.

Provoz registru byl zahájen 1. března 2015. Povinnost předávat do něj údaje má každý poskytovatel, který poskytl zdravotní služby pacientovi v souvislosti s implantací nebo reimplantací umělé kloubní náhrady (viz vyhláška č. 373/2016 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému, ve znění pozdějších předpisů). Vedle náhrady kyčelního kloubu se hlásí i náhrady kolenního, ramenního, loketního a hlezenního kloubu.

Sledování dat národních registrů se řídí zákonem o zdravotních službách, vyhláškou č. 373/2016 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému, ve znění pozdějších předpisů. NRKN byl vyhlášen ve Věstníku MZ, částka 6, Ročník 2002.

Registr obsahuje data za období 01/2003-08/2019 celé populace, z toho cizinci se registrují až od roku 2015. Cizinci jsou identifikováni na základě kódu státní příslušnosti, který obsahuje mezinárodní kód země. Lze tak zjistit, z jakého státu cizinec pochází a zda pochází ze zemí EU. Jiné specifické ukazatele zde nejsou uvedeny. Nicméně statistická jednotka registru kloubních náhrad je operace a počet operací se nerovná počtu klientů. V roce 2018 bylo uskutečněno 31 054 operací 30 143 klientům, z toho pouze v 93 případech se jednalo o operace cizinců (0,3 %) a nevyplněná státní příslušnost byla celkem u 17 operací (0,1 %) z celkového počtu operací. Cizinců ze zemí mimo EU bylo identifikováno pouze 45. Od roku 2015 do roku 2018 bylo v NRKN z celkového počtu 346 operací cizinců identifikováno celkem 213 operací cizinců ze zemí mimo EU a tyto operace se týkaly celkem 189 osob. S ohledem na hlavní účel registru – sledování úspěšnosti implantací kloubních náhrad – lze předpokládat, že sledování budou především občané s českým občanstvím nebo s dlouhodobým/trvalým pobytem v ČR a údaje o operacích cizinců nebudou reprezentativní.

Národní registr kloubních náhrad byl vyřazen z celkového zpracování jednak s ohledem na nízký počet záznamů u cizinců a také s ohledem na neúplnost údajů v případě nenahlašování operací cizinců, u některých cizinců není uveden kód pro konkrétní stát, ale obecný kód pro cizince. Registr je doplňován postupně i více let zpětně a vzhledem k výraznému překryvu s daty NRHOSP se tak stává spíše doplňkovým registrem se specifickými údaji za kloubní náhrady pro úzce zaměřené analýzy. Více informací o registru je uvedeno zde: <https://www.uzis.cz/registry-nzis/nrkn>.

3.3 Národní registr nemocí z povolání (NRNP)

NRNP monitoruje vývoj výskytu a struktury nemocí z povolání (NzP), resp. ohrožení nemocí z povolání. Účelem zjišťování požadovaných údajů je získávání informací o nemocech z povolání jako podkladu pro tvorbu národní zdravotní politiky, pro analýzy problémů v oblasti ochrany zdraví při práci, pro vědecký výzkum, pro vzdělávání v oboru a k mezinárodnímu srovnávání.

Od svého založení v roce 1991 byl registr veden Centrem pracovního lékařství Státního zdravotního ústavu v Praze jako Centrální registr nemocí z povolání. Zákonem č. 156/2004 Sb. byl pod názvem „Národní registr nemocí z povolání“ zařazen mezi zdravotní registry, které tvoří Národní zdravotnický informační systém (NZIS), nyní zakotvený v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Správcem NRNP je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, zpracovatelem je Centrum hygieny práce a pracovního lékařství Státního zdravotního ústavu v Praze.

V rámci mezinárodní spolupráce se informace o nemocech z povolání a ohrožení nemocí z povolání hlášených v ČR každoročně předávají Eurostatu do systému European

3. Základní informace o registrech vyřazených ze zpracování podrobné analýzy

Occupational Diseases Statistics (EODS), dále Světové zdravotnické organizací (WHO), do evropského systému Health for all (HFA) a do International Labour Organization (ILO).

Na základě vyhlášky MZ č. 373/2016 Sb., hlášení podléhá každá uznaná nemoc z povolání či ohrožení nemocí z povolání dle platného Seznamu nemocí z povolání, vzniklá v souvislosti s výkonem práce pro zaměstnavatele se sídlem na území ČR. Příklad nemoci z povolání nebo ohrožení NzP podléhá hlášení poté, co lékařský posudek o uznání nemoci, vydaný oprávněným poskytovatelem zdravotních služeb, nabyl právních účinků. Hlášení podléhá i rozhodnutí oprávněného střediska nemocí z povolání o ukončení NzP či ohrožení NzP. V tomto případě se ke stávajícímu případu v evidenci NRNP hlásí datum, od kterého již osoba NzP či ohrožením NzP netrpí.

Povinnost hlásit má dle přílohy k vyhlášce č. 373/2016 Sb., každý poskytovatel, který uznal nemoc z povolání podle § 66 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. Na základě tohoto právního předpisu podávají hlášení do registru poskytovatelé v oboru pracovní lékařství, kterým bylo Ministerstvem zdravotnictví uděleno povolení uznávat nemoci z povolání, tzv. střediska nemocí z povolání. Jejich seznam a územní gesce jsou v průběžně aktualizované podobě dostupné na stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR.

Okruhy položek nezbytných pro účely hlášení případu NzP do NRNP: Identifikace poskytovatele - identifikace hlásícího zdravotnického zařízení a lékaře, identifikace KHS. Údaje o pacientovi - osobní údaje potřebné pro identifikaci pacienta a sociodemografické statistiky (rodné číslo, pohlaví a datum narození, bydliště). Údaje o zaměstnavateli - identifikace zaměstnavatele (název, sídlo, IČO, klasifikace ekonomických činností CZ-NACE, adresa provozovny - místa výkonu práce, kategorie velikosti podniku podle OECD). Údaje o onemocnění - související se zdravotním stavem pacienta ve vztahu k nemoci z povolání (ohrožení či NzP, diagnóza nemoci dle MKN-10 a slovně, latence vzniku onemocnění, příslušná kapitola a položka seznamu NzP, evidenční kód NzP, závažnost, datum zjištění, datum odhlášení, datum úmrtí v souvislosti s nemocí z povolání, datum lékařského posudku a nabytí právních účinků). Výsledky šetření pracovních podmínek - údaje potřebné pro charakterizaci rizika a podmínek práce (profese, klasifikace zaměstnání CZ-ISCO, rizikový faktor - noxa, doba expozice, kategorie práce, ověření rizika nákazy, očkování, závěr hygienického šetření).

Registr identifikuje pacienty na základě rodného čísla, a pokud není dostupné, tak se uvádí uměle vytvořené číslo s nulami na konci u českých občanů a s devítkami u cizinců. Registr využívá validaci identifikací pacienta v rámci základního registru obyvatel ČR tzv. ztotožnění. Tato možnost je k dispozici pouze u cizinců s přiděleným standardním rodným číslem. Cizinci s krátkodobým pobytem, kteří nejsou pojištěni zákonným zdravotním pojištěním v ČR, nemohou být součástí registru NRNP. Důvodem je, že nemoc z povolání se šetří pouze u osob se zaměstnaneckým poměrem na území ČR a v tomto případě je zákonné zdravotní pojištění podmínkou takového pracovního poměru. Registr rozlišuje cizince pouze na EU a mimo EU, ale tento údaj byl zaveden počínaje sběrem dat za rok 2016.

V letech 2016 až 2018 bylo z celkového počtu 3790 hlášení, 131 případů u cizinců ze zemí EU a pouze 28 případů cizinců ze zemí mimo EU, tj. 0,7 % ze všech hlášení a 17,6 % ze všech hlášení u cizinců. Ze všech případů cizinců se 116 hlášení týkalo mužů a 43 žen, 51 % bylo způsobeno fyzikálními faktory, 36 % se týkalo nemocí dýchací soustavy, 8 % kožních nemocí a 6 % infekčních nemocí. Z hlediska odvětví ekonomických činností se nejvíce hlášení týkalo cizinců pracujících v oblasti těžby a zpracování uhlí (38 %), dalších 13 % ve výrobě kovových konstrukcí a kovodělných výrobků, 8 % ve výrobě motorových vozidel, 7 % ve slévárenství a 5 % v oblasti

zdravotní péče. V roce 2018 se z celkového počtu 1237 případů NzP či ohrožení NzP u 992 osob týkalo 45 případů 40 cizinců, z toho ze zemí mimo EU bylo hlášeno pouze 7 případů u 5 osob. S ohledem na takto nízké počty nebyl tento zdroj zařazen do podrobnějšího statického zpracování.

NRNP pokrývá pouze evidované zákonně zdravotně pojištěné zaměstnance, kteří požadují prošetření NzP a nepokrývá OSVČ. Vzhledem k tomu, že u cizinců je daleko nižší motivace a obtížnější podmínky pro získání nemoci z povolání, bude skutečný počet onemocnění způsobených prací u cizinců vyšší, než registr NRNP může podchytit. Nezbytnou podmínku vzniku nemoci z povolání je proces hygienického šetření u zaměstnavatele, které musí u daného onemocnění prokázat příčinnou souvislost s vykonávanou prací. Podezření na nemoci z povolání se nehlásí.

Více informací o NRNP je k dispozici na stránkách ÚZIS ČR: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nrnp>.

Společná publikace správce a zpracovatele registru je každoročně zveřejňována na internetových stránkách Státního zdravotního ústavu: <http://www.szu.cz/publikace/data/nemoci-z-povolani-a-ohrozeni-nemoci-z-povolani-v-ceske-republice>.

3.4 Informační systém narození (IS NAR)

Statistiku narozených zpracovává také Český statistický úřad (ČSÚ). Tyto údaje se od dat ÚZIS ČR sbíraných v Národním registru reprodukčního zdraví liší metodicky, jsou méně podrobnější a obsahují méně zdravotnických charakteristik. V databázi ČSÚ jsou sledovány převážně demografické charakteristiky narozeného dítěte a rodičů (například rodinný stav matky, vzdělání a státní občanství rodičů, narození v manželství, pořadí dítěte, místo porodu a jiné), nesledují se zdravotnické charakteristiky související s průběhem porodu. V datovém zdroji ČSÚ lze cizince identifikovat pomocí státní příslušnosti novorozence a státní příslušnosti matky a otce.

Rozdíly v obou statistikách jsou dány metodicky a odlišnostmi ve zdrojových formulářích. ČSÚ používá tiskopis „Hlášení o narození“ OBYV 2–12 a sleduje obyvatelstvo České republiky, tedy občany ČR, včetně těch, které se narodí mimo území ČR, a cizince s trvalým nebo dlouhodobým pobytem v ČR. České státní občanství je uváděno u narozených, které mají alespoň jednoho rodiče s českým státním občanstvím. V případě, že mají oba rodiče cizí státní občanství, pak je u dítěte uvedeno státní občanství matky. V datovém zdroji ČSÚ nejsou evidováni cizinci s krátkodobým pobytem. Například dítě narozené matce, která přijede do ČR jen odrodit. Z tohoto důvodu byla upřednostněna databáze novorozenců ÚZIS ČR.

Českou státní příslušnost nabývá dítě narozením buď, je-li v den jeho narození alespoň jeden z jeho rodičů státním občanem České republiky, místo narození zde nehraje roli. Nebo jsou-li oba rodiče osobami bez státního občanství ČR a zároveň alespoň jeden z rodičů má povolen pobyt na území ČR na dobu delší než 90 dní a dítě se na území ČR narodí.

Stejně jako v databázi NRRZ ÚZIS ČR jsou i zde pojmy živě a mrtvě narození definované zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), který vstoupil v účinnost 1. 4. 2012.

Za živě narozené dítě se považuje plod, bez ohledu na délku těhotenství, který po narození dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života, to je srdeční činnost,

3. Základní informace o registrech vyřazených ze zpracování podrobné analýzy

pulsaci pupečníku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva bez ohledu na to, zda byl pupečník přerušen nebo placenta připojena.

Za mrtvě narozené dítě se považuje plod, který neprojevuje ani jednu známku života a má porodní hmotnost 500 gramů a vyšší, nelze-li porodní hmotnost určit, narozený po 22. dokončeném týdnu těhotenství, a nelze-li délku těhotenství určit, nejméně 25 cm dlouhý.

Pokud plod, neprojevující žádnou známku života, váží méně než 500 g, a pokud ji nelze zjistit, je-li těhotenství kratší než 22 týdnů, je ukončení těhotenství považováno za potrat.

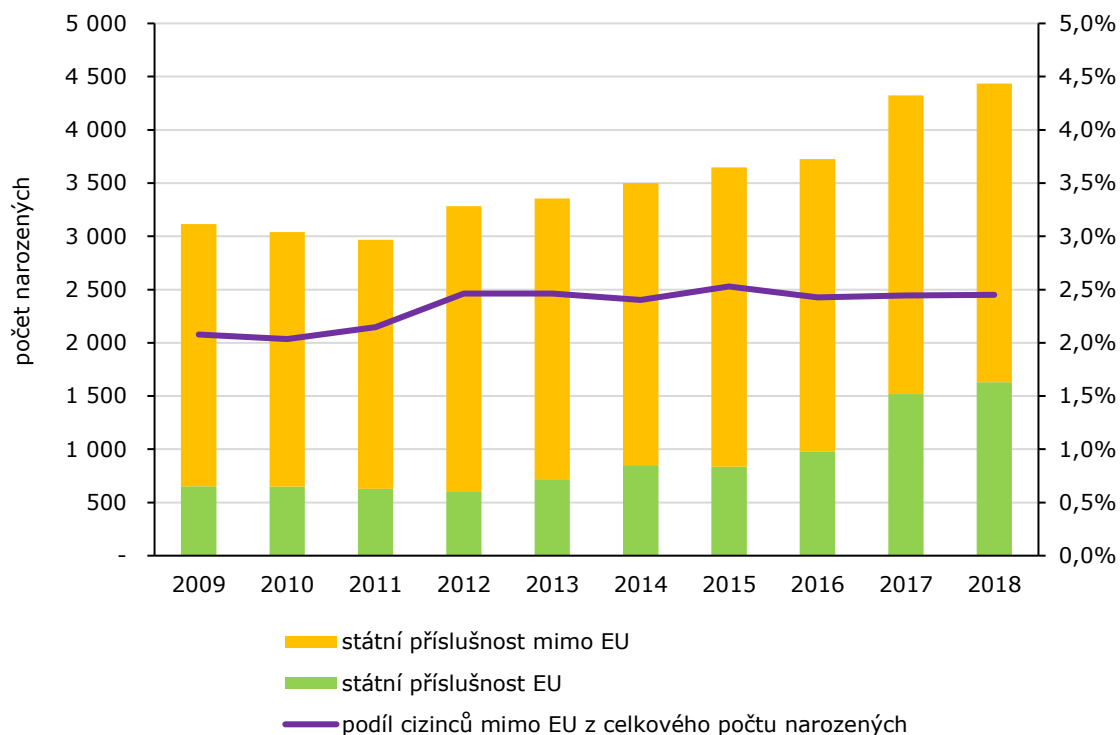
Pro porovnání databáze ČSÚ s databází NRRZ je zde uveden vývoj počtu narozených dle dat ČSÚ v letech 2009-2018. Cizinci jsou zde rozlišeni podle státního občanství novorozence. V číselníku lze zvolit možnost 999 – „neudáno, ostatní“. Tito narození jsou započítáni v kategorii „Jiná státní příslušnost“. Počet narozených dětí se od devadesátých let minulého století rapidně měnil. Nárůst a pokles počtu narozených do značné míry kopíruje demografickou křivku žen v plodném věku. Za výkyvy v počtech narozených stojí populačně silnější ročníky žen narozených v 70. letech. Od roku 2013 díky relativně stabilní struktuře žen počet narozených stoupá.

Podíl narozených se státním občanstvím ze zemí mimo EU se pohybuje v posledních deseti letech v rozmezí 2–2,5 %. V roce 2009 to bylo 2,08 % a v roce 2018 2,45 %. Zároveň cizinci ze zemí mimo EU tvoří více jak polovinu všech cizinců evidovaných v databázi.

Další informace ke zdroji dat jsou na stránkách ÚZIS ČR: <https://www.uzis.cz/registry/datovych-souboru-csu/narozeni>.

Tabulka č. 30 **Narození podle státní příslušnosti novorozence v letech 2009–2018**

rok narození	narození celkem	česká státní příslušnost	jiná státní příslušnost	z toho státní příslušnost EU	z toho státní příslušnost mimo EU	podíl narozených se státní příslušnosti ze zemí mimo EU z celkového počtu narozených	podíl narozených se státní příslušnosti ze zemí mimo EU z narozených s občanstvím mimo ČR
2009	118 667	115 551	3 116	652	2 464	2,08%	79,08%
2010	117 446	114 406	3 040	650	2 390	2,03%	78,62%
2011	108 990	106 021	2 969	629	2 340	2,15%	78,81%
2012	108 955	105 672	3 283	599	2 684	2,46%	81,75%
2013	107 117	103 760	3 357	719	2 638	2,46%	78,58%
2014	110 252	106 753	3 499	851	2 648	2,40%	75,68%
2015	111 162	107 514	3 648	837	2 811	2,53%	77,06%
2016	113 083	109 358	3 725	981	2 744	2,43%	73,66%
2017	114 789	110 465	4 324	1 519	2 805	2,44%	64,87%
2018	114 419	109 984	4 435	1 630	2 805	2,45%	63,25%

Graf č. 8 **Narození se státním občanstvím mimo ČR podle státní příslušnosti novorozence v letech 2009–2018**

3.5 Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD)

Národní registr léčby uživatelů drog je registrem zaměřeným na shromažďování údajů o pacientech při vstupu do a výstupu z léčby závislosti včetně kontaktních, poradenských a resocializačních programů pro uživatele drog, tj. shromažďování dat, jejich verifikace, ukládání, ochrana a zpracování. Tento registr poskytuje souhrnné údaje pro statistické přehledy jak na národní, tak i mezinárodní úrovni, dále pro epidemiologické studie a zdravotnický výzkum. Údaje slouží pro tvorbu protidrogové politiky a strategie ČR a v mezinárodním kontextu i v EU.

Statistickou jednotkou je osoba s problémy způsobenými užíváním návykových látek nebo osoba na nich závislá, která vstoupila nebo byla zařazena do programu zaměřeného na poradenství a léčbu závislosti prováděného léčebnými a poradenskými zařízeními.

Zpravodajskou jednotkou je každý poskytovatel zdravotních služeb poskytující odbornou péči osobám užívajícím návykové látky a osobám na těchto látkách závislým formou: ambulantní péče, jednodenní péče, lůžkové péče, detoxifikace prováděné v rámci ambulantní nebo lůžkové péče, substituční léčby, kterou poskytují všichni poskytovatelé zdravotních služeb bez ohledu na jejich obor či odbornost. Dále každý poskytovatel sociálních služeb poskytující odbornou péči osobám užívajícím návykové látky a osobám na těchto látkách závislým podle zákona upravujícího opatření k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami,

formou služeb sociální péče, sociální prevence a programů sociálního poradenství. Další informace o registru jsou k dispozici zde: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nrlud>.

Z pohledu evidence cizinců data tohoto registru neumožňují jejich spolehlivou identifikaci. Občanství se konkrétně nesleduje, pouze země původu, ale tato položka je nepovinná a často nevyplněná. Spolehlivá identifikace není ani nepřímou metodou přes formát rodného čísla. U substituční léčby se uvádí umělé RČ, kde je formát datum narození /9999 a ostatní léčby jsou zcela bez RČ. Cizince s krátkodobým pobytem lze zjistit podle kódu 999999. Na základě nepovinné položky země původu bylo z 14 187 osob identifikováno 115 cizinců, z toho žádný ze země mimo EU.

3.6 Národní registr pitev a toxikologických vyšetření (NRPATV)

Účelem zjišťování požadovaných údajů je registrace údajů získaných z pitev a jejich toxikologických vyšetření na soudnělékařských odděleních. Registr je zdrojem informací jak o podrobnostech a okolnostech náhlých a násilných úmrtí, tak o jejich příčinách. Registr je zároveň zdrojem informací o tzv. drogových úmrtích, tj. úmrtích na předávkování návykovými látkami a úmrtích z jiných příčin za jejich přítomnosti.

Statistickou jednotkou je každá provedená pitva včetně výsledků toxikologických vyšetření získaných při pitvě. Zpravodajskou jednotkou je každé pracoviště soudního lékařství, ve kterém byla provedena pitva a toxikologická vyšetření.

Tento registr nebyl zařazen do analytického zpracování ze dvou důvodů, jednak z důvodu specifického účelu údajů tohoto registru a také z důvodu, že jsou předmětem jeho sledování vybrané zemřelé osoby, které jsou zahrnuty v analytickém zpracování dat za zemřelé z oficiálního zveřejňovaného zdroje ve spolupráci s ČSÚ v rámci informačního systému zemřelí (IS ZEM) viz kapitola 9.

Další informace o metodice registru jsou uvedeny na stránkách ÚZIS ČR: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nrptv>.

3.7 Národní registr úrazů (NRÚ)

Účelem zjišťování požadovaných údajů je registrace údajů týkající se úrazů ošetřených při hospitalizaci, údajů související se zdravotním stavem pacienta ve vztahu k úrazu a jeho diagnostice a léčbě, okolností, za kterých se úraz stal, jeho příčiny, podrobný popis místa a času úrazu, rychlost zásahu poskytovatele zdravotnické záchranné služby, údajů o primárním transportu, podrobný záznam o péči na urgentním příjmu a následném poskytování zdravotních služeb, a údajů potřebných pro identifikaci poskytovatele lůžkové zdravotní péče, v jehož zdravotnickém zařízení byl pacient hospitalizován.

Každý úraz je zaznamenán jednotlivě, z hlediska příčin jeho vzniku a vývoje, charakteru postižení, postupu léčby, výsledků léčby i možných zdravotních komplikací případně ve vazbě na jiné zdravotní problémy nositele. Zaznamenávají se pouze závažnější úrazy, které vyžadují hospitalizaci pacienta.

Národní registr úrazů byl zřízen na základě zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (§ 127 odst. 1 písm. b). Statistickou jednotkou je každý pacient hospitalizovaný pro úraz. Zpravodajskou jednotkou je každý poskytovatel lůžkové

zdravotní péče, který hospitalizoval pacienta s úrazem. Více informací k registru se nachází zde: <http://www.uzis.cz/registry/narodni-zdravotni-registry/nr-urazu>.

Data úrazového registru zpracováváme vždy v anonymizované podobě a jakákoli informace o cizincích chybí. Místo bydliště není sledováno. Z důvodu nedostupnosti identifikace cizince a z důvodu téměř 100 % překryvu počtu případů s daty NRHOSP nebyl tento registr zařazen do zpracování analýzy za cizince.

V rámci dat NRHOSP bylo v roce 2018 ze 174 tisíc hospitalizovaných v nemocnicích ČR pro úrazy evidováno 1 576 cizinců ze zemí mimo EU, z toho 1 113 mužů a 463 žen. V 746 případech úrazů byla nutná operace. Úrazy představují u mužů cizinců ze zemí mimo EU nejčastější příčinu hospitalizace, která u nich v roce 2018 dosáhla podílu 14,6 % hospitalizovaných. Hospitalizované ženy pro úrazy tvořily v roce 2018 pouze 4 % hospitalizací cizinek ze zemí mimo EU a úrazy jsou tak u nich z hlediska rozložení hospitalizačních příčin dle kapitol MKN-10 až na sedmém místě.

3.8 Národní registr kardiovaskulárních intervencí (NRKI)

Účelem zjišťování požadovaných údajů je vytvořit národní centrálně vedenou zdravotnickou dokumentaci osob se společensky závažným onemocněním ischemickou chorobou srdeční, u kterých byla provedena kardiovaskulární intervence (katetrizace, angioplastika). Registr napomáhá k hodnocení vývoje nemoci a kvality poskytované péče v oblasti kardiovaskulárních intervencí. V akutních případech umožňuje zjistit informace o předchozí léčbě pacienta.

V registru jsou zpracovávány údaje potřebné pro identifikaci případu a pacienta; údaje související se zdravotním stavem pacienta ve vztahu k onemocnění a provedení kardiovaskulární intervence koronárních cév katetrizací (indikace, průběh obtíží, osobní anamnéza, výsledky angiografie, popis výkonu včetně procedur, přidružených výkonů a status), údaje o případných nekoronárních cévních intervencích (končetin) a údaje potřebné pro identifikaci zdravotnického zařízení, ve kterém byla intervence provedena.

Registr obsahuje celopopulační data za období 01/2005–12/2018. Ve sledovacím období byla registrováno 321 332 intervencí z čehož 536 (0,2 %) bylo označených za cizince dle čísla pojištěnce a 2 815 (0,9 %) byli anonymizovaní pacienti bez uvedení validního RČ. V registru není jednoznačný identifikátor státní občanství. U cizinců, kteří mají v ČR trvalý pobyt, příp. dlouhodobý pobyt, se vyplňuje obec trvalého bydliště, stejně jako u občanů ČR, příp. obec hlášeného pobytu v ČR. U cizinců na víza do 90 dnů se místo kódu obce uvede konstanta 999999. Shodný kód se použije u osob s českým občanstvím, které dlouhodobě (vízum nad 90 dní) pobývají mimo ČR. U bezdomovců se místo kódu obce uvede konstanta 888888. Položka ale není povinná a vyplněnost je pouze cca 70 %. Do 31. 12. 2018 bylo možné zadat pouze standardní RČ a umělé RČ (koncovka 9999/999) u pacientů s jiným typem ČP. Od 1. 1. 2019 je možné zadat (i pro záznamy za 2018) Standardní RČ, Umělé RČ (koncovka 9999/999), APC CMU a Číslo pojištěnce v CRP. Primární data za rok 2018 obsahují rodná čísla, kterých bylo v roce 2018 celkem 24 494, z toho 24 461 osob bylo se standardním rodným číslem a pouze 33 osob mělo uvedeno číslo pojištěnce cizince, 297 umělé RČ s 9999/999 a 26 bydliště 999999.

Registr vyřazen z detailního zpracování pro absenci položky sledující občanství a nemožnost jednoznačně identifikovat cizince dle státní příslušnosti ani ve vztahu k EU a s ohledem na nízké počty případů a obecnou nahraditelnost z dat NRHOSP.

Podrobnější informace k obsahu a metodice registru jsou na stránkách ÚZIS ČR viz zdroj: <https://www.uzis.cz/registry-nzis/nrki>.

3.9 Národní kardiochirurgický registr (NKR)

NKR je pokračováním Národního registru kardiovaskulárních intervencí, který byl provozován od roku 1997 Střediskem MEDICON - IKEM. NKR vznikl v roce 2002 z potřeby všech zúčastněných kardiochirurgických pracovišť získat informace o počtu srdečních operací v jednotlivých centrech a umožnit přesnější hodnocení a analýzu kvality výkonů včetně mortality, doby hospitalizace a stratifikace rizikových faktorů.

V registru jsou zpracovávány osobní údaje potřebné pro identifikaci pacienta, údaje související se zdravotním stavem pacienta ve vztahu k onemocnění - předoperační informace (kardiální anamnéza, předchozí intervence, rizikové změny pro rozvoj ICHS, srdeční vyšetření a předoperační stav a podpora vč. důvodu současné operace), operační informace (datum operace, věk v době operace, identifikace operátora, odborné údaje o provedené operaci) a pooperační informace (odborné údaje o pobytu na jednotce intenzivní péče zdravotnického zařízení, o pooperačních komplikacích, o propuštění ze zdravotnického zařízení, popřípadě o úmrtí pacienta.) Registr taktéž obsahuje údaje potřebné k identifikaci zdravotnického zařízení, ve kterém byly provedeny kardiochirurgické operace.

Registr obsahuje celopopulační data za období 01/2007–12/2018. V sledovacím období bylo v registrováno 102 253 intervencí, z čehož jen 79 (0,1 %) bylo označených za cizince dle formátu čísla pojištěnce a 701 (0,7 %) byli anonymizovaní pacienti, u kterých nebylo získáno validní rodné číslo. V registru není jednoznačný identifikátor státní občanství. U cizinců, které mají v ČR trvalý pobyt, příp. dlouhodobý pobyt, se vyplňuje obec trvalého bydliště, stejně jako u občanů ČR, příp. obec hlášeného pobytu v ČR. U cizinců na víza do 90 dnů se místo kódu obce uvede konstanta 999999. Shodný kód se použije u osob s českým občanstvím, které dlouhodobě (vízum nad 90 dní) pobývají mimo ČR. U bezdomovců se místo kódu obce uvede konstanta 888888. Položka ale není povinná a vyplněnost je pouze cca 70 %. Do 31. 12. 2018 bylo možné zadat pouze standardní RČ a umělé RČ (koncovka 9999/999) u pacientů s jiným typem ČP než RČ. Od 1. 1. 2019 je možné zadat (i pro záznamy za 2018) standardní RČ, umělé RČ (koncovka 9999/999), APC CMU a číslo pojištěnce v CRP. Primární data za rok 2018 obsahují rodná čísla, kterých bylo v roce 2018 celkem 8 175, z toho 8 153 osob bylo se standardním rodným číslem a pouze 22 osob mělo uvedeno číslo pojištěnce cizince 61 umělé RČ s 9999/999, 16 bydliště 999999.

Registr vyřazen z detailního zpracování pro absenci položky sledující občanství a nemožnost jednoznačně identifikovat cizince dle státní příslušnosti ani ve vztahu k EU a s ohledem na nízké počty případů a obecnou nahraditelnost z dat NRHOSP. Podrobnější informace k obsahu a metodice registru jsou na stránkách ÚZIS ČR viz zdroj: <https://www.uzis.cz/registry-nzis/nkchr>.

3.10 Informační systém infekční nemoci (IS IN)

Účelem zjišťování je získávání informací o výskytu infekčních onemocnění k posouzení vývoje epidemiologické situace na území ČR, ke sledování zdravotního stavu obyvatelstva a k řízení poskytovaní zdravotní péče. K zajištění povinného hlášení, evidence a analýzy výskytu infekcí byl v roce 1991 vypracován program EPIDAT, který

3. Základní informace o registrech vyřazených ze zpracování podrobné analýzy

navazuje na ISPO (Informační systém přenosných onemocnění). Od roku 1993 do roku 2017 byl EPIDAT celostátně používán na všech hygienických stanicích jako základ místní, regionální a národní surveillance infekčních nemocí.

Statistickou jednotkou je vybraná infekční nemoc. Hlásí se potvrzené onemocnění, podezření z onemocnění, nosičství, úmrtí. Jednotlivé případy jsou statisticky sledovány dle MKN-10. Předmětem hlášení nejsou některá závažná infekční onemocnění sledovaná jinými samostatnými informačními systémy a registry. Jedná se o infekce přenášené převážně sexuálním stykem (dg. A50–A64) a onemocnění virem lidské imunodeficiency HIV (dg. B20–B24) viz: <http://www.szu.cz/tema/prevence/rocni-zpravy-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-v-cr>. Dále jsou to onemocnění tuberkulózou (dg. A15–A19). Samostatný informační systém mají také akutní respirační infekce (ARI) a chřipce podobná onemocnění (ILI) viz: <http://www.szu.cz/publikace/data/akutni-respiracni-infekce-chripka>. Zcela samostatnou problematiku tvoří Registr nozokomiálních infekcí. V informačním systému EPIDAT jsou dále sledována některá onemocnění uvedená v jiných kapitolách IV., X. a XX. MKN-10, která s infekčními nemocemi souvisí. V této analýze byly samostatně zpracované informace o onemocnění tuberkulózou z Registru tuberkulózy (RTB) a pohlavně přenosnými chorobami z Registru pohlavních nemocí (RPN).

Zpravodajskou jednotkou je každý lékař (zdravotnické zařízení), který zjistil infekční onemocnění podléhající hlášení. Infekční onemocnění se sledují na základě zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Dále se IS IN řídí vyhláškou č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, ve znění pozdějších předpisů a vyhláškou č. 473/2008 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce ve znění pozdějších předpisů (Vyhláška č. 275/2010 Sb. a Vyhláška č. 233/2011 Sb.).

Osoby se zahraničním původem je možné identifikovat na základě nominální proměnné „OBCAN“ se dvěma možnými hodnotami, a to „A“ (Čech) a „C“ (cizinec). Uvedená proměnná je dostupná v letech 2009–2018 a v tomto rozsahu má vyplněnost 100 %. Za uvedený časový úsek bylo ročně evidováno průměrně 1 156 případů cizinců, což z průměrného ročního počtu všech případů činí 0,86 %. Kvalita dat dostupných pro osoby zahraničního původu je srovnatelná s daty o obyvatelích ČR. Příznak „cizinec“ však neumožňuje rozlišení cizinců dle země původu a není tudíž možné zjistit počty cizinců ze zemí mimo EU. Navíc položka cizinec není jednoznačně určující pro občanství, protože pouze vychází z položky odlišující české a jiné etnikum. Dle dat za první zkušební zprávy zpracovaný rok 2018 v rámci nově zavedené elektronické aplikace pro sběr dat bylo zjištěno onemocnění u 2 101 cizinců, kteří mají v 1921 případech uvedeno bydliště v ČR a nelze určit, kolik z nich má již české občanství, nebo se zde i narodilo. Z epidemiologických důvodů jsou relevantní jiné sledované položky, jako je příznak, zda se jednalo o import nákazy ze zemí mimo ČR. Nákaza byla u výše uvedených cizinců importována pouze v 171 případech. Naprostá většina 1 067 importovaných nákaz ze zahraničí se týkala českých občanů. Informace importu však v těchto zkušebních datech u 3,6 % záznamů chybí. Z důvodu nemožnosti jednoznačné identifikace cizince v datech a jejich rozlišení na EU a mimo EU bylo od detailnější analýzy upuštěno. Další informace o zdroji dat jsou k dispozici na internetových stránkách ÚZIS ČR:

<http://www.uzis.cz/registry/organu-ochrany-verejneho-zdravi/infekcni-nemoci>

a Státního zdravotního ústavu:

<http://www.szu.cz/publikace/data/infekce-v-cr>

3.11 Informační systém List o prohlídce zemřelého (IS LPZ)

IS LPZ je systémem, který slouží ke sběru informací o zemřelých, zejména však o příčinách smrti. Informace se sbírají prostřednictvím formuláře List o prohlídce zemřelého. Ten má několik částí, které se liší dle místa, kterému jsou určeny. Do IS LPZ je předávána poskytovateli část A LPZ (část A1 – prohlídka zemřelého, část A2 – pitva zemřelého). List o prohlídce zemřelého se vyplňuje za každý případ smrti na území ČR, a to včetně mrtvě narozeného dítěte. Na rozdíl od oficiální statistiky o zemřelých, kterou na podkladě LPZ a Hlášení Obyv. 3-12 zpracovává ČSÚ, jsou v IS LPZ zahrnuty i informace o úmrtích cizinců s krátkodobým pobytem, kteří však nejsou zahrnováni do populace ČR. Cizinci jsou v rámci tohoto zdroje identifikováni na základě položky občanství, kterou na LPZ vyplňuje lékař. Vzhledem ke skutečnosti, že IS LPZ představuje pouze podklad k produkci oficiální statistiky zemřelých vedené ČSÚ, není zde tento zdroj samostatně zpracováván v kapitole 9. Bližší informace o IS LPZ jsou uvedeny na stránkách ÚZIS ČR: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/list-prohlidce-zemreleho>.

3.12 Roční výkaz o činnosti poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče L (MZ) 2-01

Výkaz L (MZ) 2-01 je součástí statistického zjišťování Ministerstva zdravotnictví, který je součástí Programu statistických zjišťování v České republice. Tento program je každoročně zveřejněn ve Sbírce zákonů ČR, vyhlášky, která v příloze 4 obsahuje seznam statistických zjišťování prováděných ministerstvy. Program byl sestaven v souladu se zákonem č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů.

Výkaz vyplňují všichni poskytovatelé lázeňské léčebně rehabilitační péče bez ohledu na jejich zřizovatele (dále ZJ). V oddíle I., II., III. se sleduje počet přijatých pacientů a ošetřovacích dnů podle indikačních skupin. Indikační skupiny včetně lázeňských míst u jednotlivých indikací jsou dle zákona č. 1/2015 Sb., příloha č. 5, ve které je uveden indikační seznam pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost. V lázeňských zařízeních se počítá skutečný počet ošetřovacích dnů, tzn. den nástupu = 1 den, den odjezdu = 1 den, celkem 2 dny.

Sleduje se poskytnutá lázeňská léčebně rehabilitační péče komplexní a příspěvková, členěná dále podle zdravotní pojišťovny. Rozlišuje se lázeňská léčebně rehabilitační péče poskytnutá pacientům domácím platícím, cizincům samoplátcům a doprovodu hrazenému ZP.

Tento zdroj dat se sbírá formou výkazu agregovaných anonymizovaných dat za každého poskytovatele za celý rok. Žádná identifikace pacienta se tudíž nesleduje a cizinec zde sledují se pouze obecně bez dalšího bližšího rozlišení či specifikace. V roce 2018 byla poskytnuta péče celkem 370,6 tisíc pacientům, z toho 140,9 tisícům cizinců 38,8 %. Informace o výkazu a metodických pokynech k jeho sběru jsou k dispozici zde: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--vykazy--2018#ostatni>.

Tabulka č. 31 **Poskytnutá lázeňská léčebně rehabilitační péče cizincům v ČR v letech 2018**

ROK	počet přijatých cizinců		počet ošetrovacích dnů v tisících		průměrná ošetrovací doba ve dnech		návratnost výkazu
	pacienti celkem	z toho děti do 14 let	pacienti celkem	z toho děti do 14 let	pacienti celkem	z toho děti do 14 let	
2009	143 922	334	1 839,6	5,2	12,8	15,7	x
2010	138 810	477	1 808,9	8,5	13,0	17,9	x
2011	133 630	1 018	1 774,8	14,3	13,3	14,0	x
2012	158 884	1 214	1 890,8	16,5	11,9	13,6	94,3%
2013	165 623	1 260	2 086,4	21,1	12,6	16,8	94,1%
2014	131 425	1 186	1 714,1	20,4	13,0	17,2	74,4%
2015	126 458	1 076	1 599,7	15,7	12,7	14,6	93,1%
2016	149 346	453	1 561,8	6,3	10,5	13,9	89,1%
2017	151 663	1 648	1 930,7	28,5	12,7	17,3	91,3%
2018	140 870	1 474	1 646,6	17,9	11,7	12,2	92,5%

Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz L (MZ) 2-01

3.13 Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZZS)

Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZZS) je právně zakotven v novele Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, dále jen „Zákon o zdravotních službách“, a to zákonem č. 147/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, s účinností od 1. 7. 2016. Rozsah předávaných dat je určen v § 77a Zákona o zdravotních službách.

NRHZZS shromažďuje data vykázaná všemi poskytovateli zdravotních služeb sedmi zdravotním pojišťovnám, které přispívají do registru. Registr obsahuje údaje o úhradách poskytovatelům zdravotní péče, data o poskytovatelích zdravotních služeb, data o personálním, technickém a věcném vybavení pracovišť a nezbytné seznamy a číselníky. Na základě obsahu registru lze analyzovat veškeré vykázané a uznané výkony, přípravky a materiál, které byly danému pacientovi u daného poskytovatele zdravotních služeb v rámci péče o něj poskytnuty.

Základním účelem sběru dat do NRHZZS je naplnění Zákona o zdravotních službách, a to v oblasti:

- Produkce oficiálních statistik populačního zdraví a zdravotních služeb,
- Tvorby indikátorů kvality a efektivity poskytovaných zdravotních služeb,
- Realizace a zpracování výběrových šetření o potřebě a spotřebě zdravotních služeb,
- Validace obsahu zdravotnických registrů NZIS a dat z rezortního Programu statistických zjišťování sbíraná podle zákona o státní statistické službě, která jsou součástí NZIS,
- Tvorby podkladů pro optimalizaci systému úhrad zdravotních služeb v ČR,
- Potřeb vědy a výzkumu v oblasti zdravotnictví,

3. Základní informace o registrech vyřazených ze zpracování podrobné analýzy

- Zpracování údajů pro statistické účely, včetně poskytování informací pro mezinárodní instituce.

Zdroj: <http://www.uzis.cz/registry/dalsi-registry/narodni-registr-hrazenych-zdravotnich-sluzeb>

Registr obsahuje celopopulační data za období 01/2010–06/2019. Každé osobě přísluší unikátní identifikátor předávaný jednotlivými zdravotními pojišťovnami; dle formátu identifikátoru nelze odlišit cizince od občana ČR. Za cizince považujeme osoby s mezistátním pojištěním včetně EU (druh pojištění 4), konkrétní státní příslušnost nelze rozpoznat. Cizince, kteří jsou účastníky veřejného zdravotního pojištění (druh pojištění 1; v případě trvalého pobytu / zaměstnání), nelze odlišit od ostatních občanů ČR. V registru se nenachází informace o cizincích, kteří čerpají zdravotní péči v rámci cestovního připojištění (druh pojištění 3). V roce 2018 byla poskytnuta zdravotní péče 10 670 841 osobám, z toho 161 714 (1,5 %) osob bylo identifikováno jako cizinec dle uvedeného mezistátního pojištění. Z důvodu, že nelze jednoznačně definovat cizince, ale pouze nepřímo dle jednoho z více druhů možných způsobů hrazení péče, nebyl tento registr zahrnut do dalšího zpracování podrobnější analýzy. Druhy pojištění definuje VZP viz: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/druh-pojistneho-vztahu>

3.14 Národní diabetologický registr (NDR)

Národní diabetologický registr byl zaveden v roce 2016 novelizací zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), a to zákonem č. 147/2016 Sb., s účinností od 1. 7. 2016. Registr vychází z údajů obsažených v Národním registru hrazených zdravotních služeb, proto jsou i možnosti identifikace cizinců v obou registrech shodné. Další informace o registru jsou k dispozici na internetových stránkách ÚZIS ČR: <http://www.uzis.cz/registry/narodni-zdravotni-registry/narodni-diabetologicky-registr>.

Národní diabetologický registr obsahuje celopopulační data za období 01/2010–06/2019. Každé osobě přísluší unikátní identifikátor předávaný jednotlivými zdravotními pojišťovnami; dle formátu identifikátoru nelze odlišit cizince od občana ČR. Za cizince považujeme osoby s mezistátním pojištěním včetně EU (druh pojištění 4), konkrétní státní příslušnost nelze rozpoznat. Cizince, kteří jsou účastníky veřejného zdravotního pojištění (druh pojištění 1; v případě trvalého pobytu / zaměstnání), nelze odlišit od ostatních občanů ČR. V registru se nenachází informace o cizincích, kteří čerpají zdravotní péči v rámci cestovního připojištění (druh pojištění 3). V roce 2018 byl zaznamenán diabetes mellitus u 1 018 283 osob, z toho 5 924 (0,6 %) osob bylo identifikováno jako cizinec. Z důvodu, že nelze jednoznačně definovat cizince, ale pouze nepřímo dle jednoho z více druhů možných způsobů hrazení péče, nebyl tento registr zahrnut do dalšího zpracování podrobnější analýzy.

4. Cizinci v Národním registru hospitalizovaných (NRHOSP)

4.1 Informace o metodice a dostupnosti dat o cizincích v NRHOSP

NRHOSP byl vyhlášen ve Věstníku MZ, částka 14, Ročník 2001 a přebírá od poskytovatelů data na základě vyhlášky č. 373/2016 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému. NRHOSP sleduje činnost poskytovatelů lůžkové zdravotnické péče a je zdrojem informací o zdravotním stavu populace.

NRHOSP je celoplošným populačním registrem, který navazuje na Informační systém Hospitalizace provozovaný v ÚZIS ČR od roku 1960. V NRHOSP jsou evidovány osoby, které byly hospitalizované na lůžkových odděleních a jejichž hospitalizace byla ve sledovaném období ukončena. Sběr za všechna oddělení lůžkových zařízení probíhá každoročně od roku 1992 a od roku 1994 nahradila v evidenci základních hospitalizačních diagnóz devátou revizi Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. Do roku 1997 byla sbírána data za lůžková zařízení bez zdravotnických zařízení ostatních centrálních orgánů (dopravy, obrany a spravedlnosti), která do té doby data neposkytovala.

Základní statistickou jednotkou je ukončený pobyt hospitalizovaného na oddělení, tzv. případ hospitalizace. Povinným hlášením se tedy stává každá ukončená hospitalizace pacienta (tuzemce i cizince) na jednom lůžkovém oddělení poskytovatele lůžkové péče bez ohledu na způsob přijetí a ukončení (propuštění, překlad, úmrtí). NRHOSP částečně pokrývá i jednodenní péči.

NRHOSP sleduje údaje o lůžkovém zdravotnickém zařízení, identifikační a demografické údaje o pacientovi, údaje týkající se přijetí, zdravotního stavu, zdravotní péče a propuštění pacienta. Podrobnější informace jsou uvedeny na stránkách ÚZS ČR a v metodických dokumentech viz: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nrhosp>.

Zpravodajskou jednotkou je každé zdravotnické zařízení ústavní péče s výjimkou lázeňských léčeben a ozdravoven, ve kterém došlo k ukončení poskytování ústavní péče pacientovi.

V NRHOSP je možné získat informace o cizincích na základě proměnné „příslušnost k EU“. Proměnná je naplňována dle číselníku o rozsahu tří položek 1 – Občan ČR, 2 – Občan země EU, 3 – Občan země mimo EU na základě státní příslušnosti hospitalizovaného pacienta. V roce 2018 se jednalo o 1,44 mil. osob s českým občanstvím, 51 tisíc cizinců, z toho 16 tisíc cizinců ze zemí mimo EU. V případě více občanství dané osoby se volí přednostně státní příslušnost k ČR a následně k zemi EU. Konkrétní země státní příslušnosti není registrem sledována.

Jako doplňující údaj lze pro sledování cizinců v NRHOSP využít identifikaci na základě formátu uvedeného čísla pojištění. Ve většině případů se jedná o rodné číslo českých občanů (1,43 mil. v roce 2018) nebo cizinců s trvalým nebo dlouhodobým pobytem (32 tis. osob, z toho 10 tis. cizinci ze zemí mimo EU), kterým bylo rodné číslo také přiděleno MV ČR. V případě cizinců s přechodným či krátkodobým pobytem (19 tis. osob), kteří jsou ze zákona či na základě vlastní iniciativy pojištěni, NRHOSP přijímá také číslo pojištění dle formátu zdravotních pojišťoven (50+ ve dni, 9 tis. osob), dále ve formátu AP CMÚ (20+ v měsíci a 50+ ve dni, 1 tis. osob) Kanceláře zdravotního pojištění (dříve CMÚ – Centrum mezistátních úhrad). Ve výjimečných případech, kdy

není ani jedno z uvedených druhů identifikačních čísel dostupné je možné vytvořit i uměle vytvořená čísla, kde jsou cizinci identifikováni na základě tří až čtyř devítek v koncovce (7 tis. osob).

Krátkodobý a dlouhodobý pobyt se u cizince odvozuje nepřímo na základě kódu obce trvalého bydliště v ČR. V případě cizinců s krátkodobým pobytem se uvádí zástupný kód 999999. V roce 2018 bylo za cizince bez trvalého bydliště v ČR označeno 14,5 tisíce cizinců, z toho 3,4 tisíce cizinců ze zemí mimo EU. Obec bydliště v ČR byla uvedena až u 44 tisíc pacientů označených za cizince, z toho 14 tisíc u cizinců ze zemí mimo EU.

NRHOSP neumožňuje ztotožnění z důvodu toho, že nesleduje jméno ani příjmení pacienta. Údaje o bydlišti ani občanství pacienta nejsou tudíž ověřené. Pohlaví a datum narození nebylo do roku 2018 sledováno, ale pouze odvozováno na základě uvedeného rodného čísla, resp. čísla pojištěnce nebo uměle vytvořeného čísla. V rozporu s metodikou se zřídka vykazovala čísla komerčních pojištění, která evidují zdravotnická zařízení, pokud na základě nich byla péče hrazena. Celkem v roce 2018 neodpovídalo identifikační číslo žádnému formátu dle metodiky, ze kterého lze zjistit pohlaví a věk pacienta, u 2,5 tisíce osob, z toho bylo 2 tisíce osob značeno za cizince, z toho bylo tisíc cizinců ze zemí mimo EU. Bez možnosti ztotožnění nelze prokázat správnost uvedeného občanství u standardních rodných čísel, která byla uvedena u 32 tisíc deklarovaných cizinců. Naopak lze uvažovat chybné uvedení českého občanství u 4,4 tisíc osob, u kterých bylo uvedeno číslo pojištěnce místo rodného čísla. U dalších 2,4 tisíce občanů ČR bylo uvedeno uměle vytvořené rodné číslo a v pěti stech případech číslo vůbec neodpovídalo žádnému z výše uvedených validních formátů a nebylo možné odvodit ani věk ani pohlaví pacienta. Na datech za rok 2018 doznívá také probíhající řešení problémů s opravou nepřesné evidence cizinců ze zemí EU způsobených jedním z dodavatelů nemocničních informačních systémů zejména v letech 2016 a 2017.

Použitá data z NRHOSP v roce 2018 obsahovala údaje o poskytované lůžkové zdravotnické péči za 302 zdravotnická zařízení na úrovni identifikačního čísla organizace (IČO) a pořadového čísla jeho zařízení (PČZ). Data v roce 2018 neodevzdalo pouze 6 menších poskytovatelů, z toho jedna nemocnice, jeden rehabilitační ústav a 6 jiných odborných léčebných ústavů. Podrobnější statistiky dle zařízení poskytovatelů zdravotních služeb jsou uvedeny v kapitole 4.7.

4.3 Vývoj hospitalizací pacientů dle příslušnosti k EU v lůžkových zdravotnických zařízeních v ČR

Za posledních deset let od roku 2009 do roku 2018 se celkový počet osob s ukončenou hospitalizací u poskytovatelů lůžkové zdravotnické péče v ČR mírně snížil o 4 % z 1,552 mil. na 1,492 mil. Počet hospitalizovaných cizinců se však výrazně zvýšil z 28 tis. až na 58 tisíc. Nelze však přesně určit, v jaké míře je nárůst dán nárůstem cizinců ze zemí EU mezi obyvatelstvem, rostoucím zájmem obyvatel EU o zdravotní péči, původním podhodnocením počtu cizinců či pochybeními v evidenci občanství v NRHOSP. Položku momentálně nelze validovat prostřednictvím ztotožnění s centrálním registrem obyvatel. V roce 2018 na jedné straně máme 32 tis. standardních rodných čísel obyvatel ČR u cizinců, ale na druhou stranu bylo uvedeno občanství ČR u 7,4 tisíc osob, u kterých nebylo uvedeno standardní nebo validní rodné číslo. Pokud však bereme cizince ze zemí mimo EU, tak je jejich počet v evidenci NRHOSP v celém sledovaném období poměrně stabilní a jejich nárůst od roku 2009 po poklesu v mezidobí činil 8,6 % z necelých 16 tisíc na 17 tisíc osob.

Tabulka č. 32 **Vývoj hospitalizovaných osob v lůžkových zdravotnických zařízeních ČR dle občanství v letech 2009–2018**

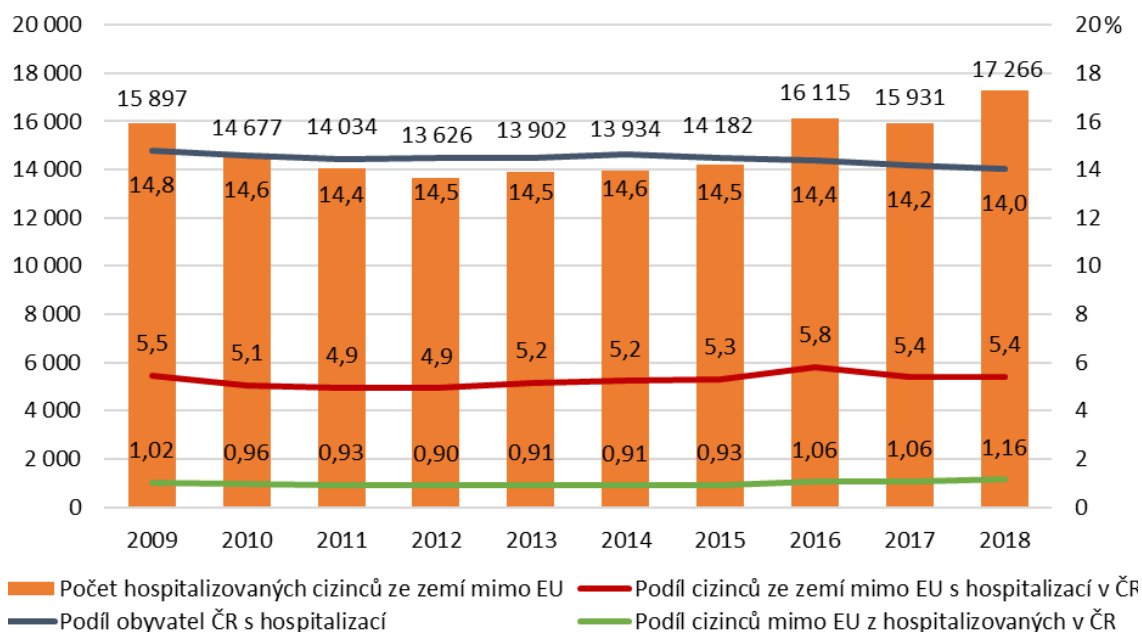
hospitalizovaní v ČR v letech	2009	2012	2015	2018
počet hospitalizovaných osob v ČR celkem	1 552 484	1 520 231	1 527 517	1 492 008
z toho cizinci celkem	27 959	26 714	30 632	58 295
z toho cizinci ze zemí mimo EU	15 897	13 626	14 182	17 266
podíl cizinců ze zemí mimo EU z hospitalizovaných v ČR (v %)	1,02	0,90	0,93	1,16
podíl obyvatel s hospitalizací v ČR (v %)	14,8	14,5	14,5	14,0
podíl cizinců ze zemí mimo EU s hospitalizací v ČR (v %)	5,5	4,9	5,3	5,4
průměrná ošetrovací doba na osobu v ČR (ve dnech)	14,3	14,0	13,5	13,5
průměrná ošetrovací doba cizinců ze zemí mimo EU v ČR (ve dnech)	10,5	9,0	7,3	7,9

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

Celkový podíl hospitalizovaných osob z obyvatel v ČR poklesl z necelých 15 % na 14 %. Oproti tomu u cizinců ze zemí mimo EU vychází tento podíl vůči evidovaným obyvatelům s cizí státní příslušností k zemi mimo EU relativně stabilně pouze na 5,4 % v roce 2018, a to i s ohledem na zahrnutí hospitalizací cizinců, kteří nejsou součástí evidovaných obyvatel ČR. Podíl cizinců z celkového počtu hospitalizovaných osob se mírně zvýšil z 1,0 na 1,2 % v roce 2018. Průměrná ošetrovací doba na osobu za rok se celkově snížila z 14,3 dnů na 13,5 dnů. Oproti tomu u cizinců ze zemí mimo EU byl pokles výraznější z 10,5 na 7,9 dne. Roli v počtu hospitalizací na obyvatele a průměrné ošetrovací době hraje výrazně věk pacientů a také charakter poskytované péče. Výrazný nárůst počtu hospitalizací cizinců celkem v roce 2018 byl způsoben zejména nárůstem vykázaných cizinců ze zemí EU, jejichž počet se s ohledem na kvalitativní anýzu uvedenou v kapitole 4.1 jeví jako nadhodnocený a nebudou proto využity v dalších podrobnějších statistikách.

4. Cizinci v Národním registru hospitalizovaných

Graf č. 9 **Hospitalizovaní cizinci v lůžkových zdravotnických zařízeních v ČR v letech 2009–2018**



Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

Tabulka č. 33 **Hospitalizovaní v lůžkových zařízeních ČR dle občanství v letech 2009–2018**

hospitalizovaní v ČR v letech	2009	2012	2015	2018
hospitalizovaní cizinci ze zemí mimo EU				
počet hospitalizací	20 291	16 922	17 683	21 880
počet operovaných	6 266	5 154	5 686	7 381
počet zemřelých v LZ	353	222	152	250
ošetřovací doba v tisících (dny)	167,1	123,3	103,9	136,7
počet hospitalizací na tisíc obyvatel	69,6	61,1	66,1	68,7
průměrná ošetřovací doba případu	8,2	7,3	5,9	6,2
podíl operovaných	30,9 %	30,5 %	32,2 %	33,7 %
podíl zemřelých z hospitalizovaných v LZ	2,2 %	1,6 %	1,1 %	1,4 %
prům. denní stav hospitalizovaných	458	338	285	375
hospitalizovaní v ČR celkem				
počet hospitalizací	2 383 115	2 366 496	2 383 046	2 323 290
počet operovaných	659 191	669 995	668 553	672 582
počet zemřelých v LZ	71 502	69 229	71 065	70 418
ošetřovací doba v tisících (dny)	22 195,2	21 265,3	20 645,7	20 131,8
počet hospitalizací na tisíc obyvatel	227,1	225,2	226,0	218,6
průměrná ošetřovací doba případu	9,3	9,0	8,7	8,7
podíl operovaných	27,7 %	28,3 %	28,1 %	28,9 %
podíl zemřelých z hospitalizovaných v LZ	4,6%	4,5%	4,6%	4,7%
prům. denní stav hospitalizovaných	60 809	58 261	56 564	55 155

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

Základní statistikou jednotkou sledování je v NRHOSP ukončený hospitalizační případ na oddělení, kterých je výrazně více než osob, protože jedna osoba může mít několik hospitalizačních pobytů za rok a v rámci jednoho pobytu může mít několik překladů mezi odděleními, případně může být pacient přeložen do jiného zdravotnického zařízení, např. od poskytovatele akutní péče k poskytovateli následné péče apod. Na 100 osobu připadalo v NRHOSP v roce 2018 téměř 156 případů hospitalizace a u cizinců ze zemí mimo EU to bylo 127 případů hospitalizace.

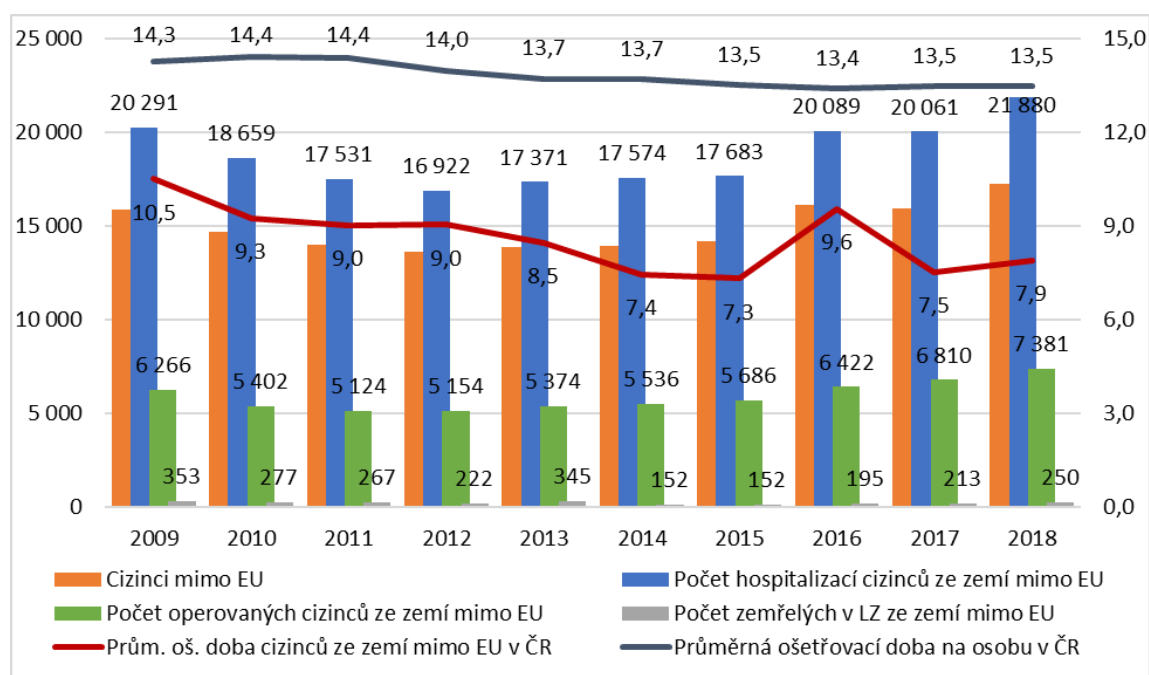
V dalším textu, tabulkách a grafech se místo počtu případů hospitalizace užívá počet hospitalizovaných, který v této analýze vychází z počtu osob, ale počítá další záznamy v případě, změny poskytovatele dle DRZAR, změny kraje hospitalizace a změny druhu diagnózy v rámci kapitol MKN-10. První navýšení je v případě tabulky č. 35 s daty dle věkových skupin, kdy jedna osoba může přejít mezi různými hospitalizačními epizodami do vyšší věkové skupiny. Následují tabulky, kde už z výše uvedených důvodů dochází dalšímu načítání osob až z původního počtu 17 266 až na počet 19 188 hospitalizovaných cizinců ze zemí mimo EU celkem. Průměrná ošetrovací doba se pro účely této analýzy přepočítává na tyto počty hospitalizovaných a nikoliv na hospitalizační případy na oddělení.

Počtem operovaných se dále rozumí počet případů hospitalizace, při které byla provedena operace. Počet operací, pro které NRHOSP nesleduje statistickou jednotku, by byl vlivem opakovaných operací jednoho pacienta v rámci jedné hospitalizace daleko vyšší. Počet operovaných zohledňuje více samostatných případů hospitalizace na oddělení, kdy byla nutná operace, což lépe vyjadřuje závažnost onemocnění než příznak operace v rámci celého roku.

Celkový počet hospitalizací v rámci všech druhů zařízení činil v roce 2018 více než 2,3 mil., z toho necelé procento (21,9 tis.) tvořily případy hospitalizace cizinců ze zemí mimo EU. U cizinců ze zemí mimo EU roste výrazněji počet hospitalizací s operací, který v roce 2018 dosáhl téměř 34 % oproti 29 % v rámci celého NRHOSP. Podíl zemřelých z hospitalizovaných dosahuje u cizinců ze zemí mimo EU pouze 1,4 %, celkově je to 4,7 % v roce 2018. Zvláštním ukazatelem je průměrný denní stav pacientů, který vychází z počtu ošetrovacích dnů připadajících na jeden den v roce. Celkem čerpalo lůžkovou zdravotní péči v roce 2018 průměrně 55 tisíc osob, o 4 tisíce méně než v roce 2009. Z tohoto počtu tvořili cizinci ze zemí mimo EU 375 osob, tj. o 18 % méně než v roce 2019.

4. Cizinci v Národním registru hospitalizovaných

Graf č. 10 Hospitalizace cizinců ze zemí mimo EU v ČR v letech 2009–2018



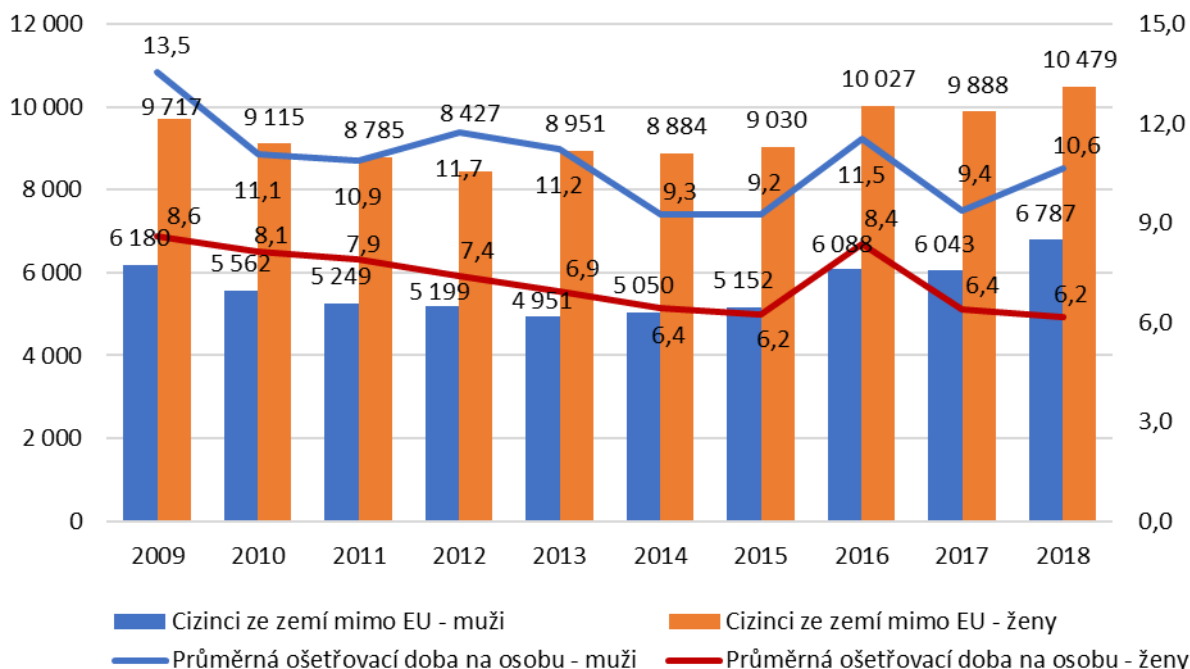
Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

Tabulka č. 34 Hospitalizovaní cizinci ze zemí mimo EU v lůžkových zařízeních ČR dle pohlaví v letech 2009–2018

hospitalizovaní cizinci v ČR dle pohlaví v letech	2009	2012	2015	2018
cizinci ze zemí mimo EU – muži				
počet hospitalizovaných osob	6 180	5 199	5 152	6 787
počet hospitalizací	8 102	6 506	6 510	8 884
počet operovaných	2 387	1 758	1 876	2 627
počet zemřelých v LZ	192	120	78	144
ošetřovací doba ve dnech	83 645	61 020	47 619	72 186
průměrná ošetřovací doba na osobu	13,5	11,7	9,2	10,6
podíl operovaných	29,5%	27,0%	28,8%	29,6%
podíl zemřelých z hospitalizovaných v LZ	3,1%	2,3%	1,5%	2,1%
prům. denní stav hospitalizovaných	229	167	130	198
cizinci ze zemí mimo EU – ženy				
počet hospitalizovaných osob	9 717	8 427	9 030	10 479
počet hospitalizací	12 189	10 416	11 173	12 996
počet operovaných	3 879	3 396	3 810	4 754
počet zemřelých v LZ	161	102	74	106
ošetřovací doba ve dnech	83 487	62 277	56 261	64 535
průměrná ošetřovací doba na osobu	8,6	7,4	6,2	6,2
podíl operovaných	31,8%	32,6%	34,1%	36,6%
podíl zemřelých z hospitalizovaných v LZ	1,7%	1,2%	0,8%	1,0%
prům. denní stav hospitalizovaných	229	171	154	177

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

Graf č. 11 Hospitalizovaní cizinci ze zemí mimo EU v ČR dle pohlaví v letech 2009–2018



Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

Mezi hospitalizovanými výrazně převládají ženy, a to i v případě cizinců ze zemí mimo EU. V roce 2018 bylo hospitalizováno 10,5 tisíce žen a pouze 6,8 tisíc mužů. Ženy mají vyšší podíl hospitalizací s operací, a to 37 % oproti necelým 30 % u mužů. U žen navíc podíl operací výrazněji roste. Úmrtnost je naopak dvojnásobná u mužů. Průměrná ošetrovací doba na osobu poklesla u mužů na necelých 11 dní v roce 2018 oproti 6 dnům u žen. Rozdíl mezi pohlavími je dán jiným druhem čerpané péče dle příčin hospitalizace viz kapitola 4.5. Pro ženy jsou nejčastější hospitalizace v souvislosti s porody a pro muže úrazy a jiné vnější příčiny.

Tabulka č. 35 Hospitalizovaní cizinci ze zemí mimo EU v lůžkových zařízeních ČR dle věku v letech 2009–2018

hospitalizovaní cizinci v ČR dle věku v letech	2009	2012	2015	2018
cizinci ze zemí mimo EU ve věku 0–14				
počet hospitalizovaných osob	2 481	2 239	2 234	2 432
počet hospitalizací	2 851	2 512	2 549	2 800
počet operovaných	350	314	355	433
počet zemřelých v LZ	2	3	3	7
ošetrovací doba ve dnech	15 556	11 981	11 106	12 034
průměrná ošetrovací doba na osobu	6,3	5,4	5,0	4,9
podíl operovaných	12,3 %	12,5 %	13,9 %	15,5 %
podíl zemřelých z hospitalizovaných v LZ	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %
prům. denní stav hospitalizovaných	43	33	30	33

4. Cizinci v Národním registru hospitalizovaných

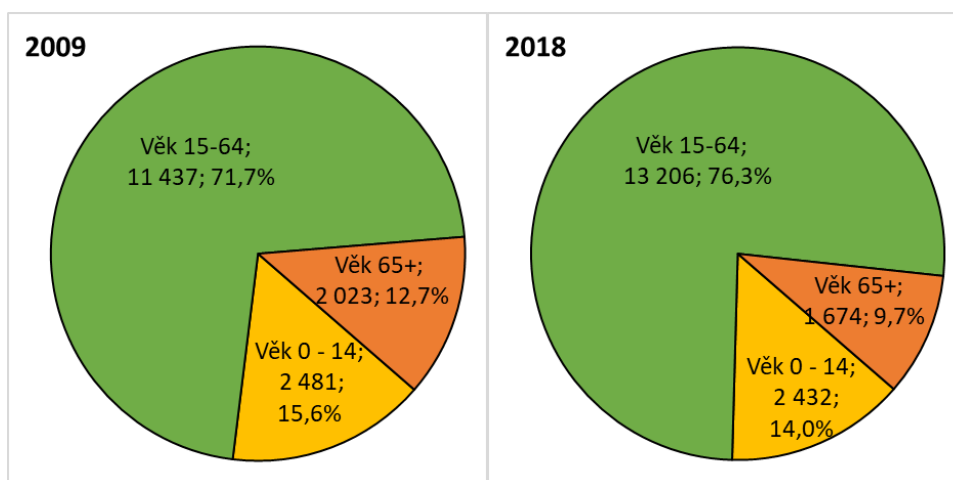
pokračování tabulky

hospitalizovaní cizinci v ČR dle věku v letech	2009	2012	2015	2018
cizinci ze zemí mimo EU ve věku 15–64				
počet hospitalizovaných osob	11 437	9 978	10 751	13 206
počet hospitalizací	14 227	12 293	13 308	16 481
počet operovaných	5 107	4 412	4 934	6 357
počet zemřelých v LZ	114	80	50	107
ošetřovací doba ve dnech	105 690	85 399	74 897	101 924
průměrná ošetřovací doba na osobu	9,2	8,6	7,0	7,7
podíl operovaných	35,9%	35,9%	37,1%	38,6%
podíl zemřelých z hospitalizovaných v LZ	1,0%	0,8%	0,5%	0,8%
prům. denní stav hospitalizovaných	290	234	205	279
cizinci ze zemí mimo EU ve věku 65+				
počet hospitalizovaných osob	2 023	1 448	1 236	1 674
počet hospitalizací	3 213	2 117	1 826	2 599
počet operovaných	809	428	397	591
počet zemřelých v LZ	237	139	99	136
ošetřovací doba ve dnech	45 886	25 917	17 877	22 763
průměrná ošetřovací doba na osobu	22,7	17,9	14,5	13,6
podíl operovaných	25,2%	20,2%	21,7%	22,7%
podíl zemřelých z hospitalizovaných v LZ	11,7%	9,6%	8,0%	8,1%
prům. denní stav hospitalizovaných	126	71	49	62

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

Z hlediska věku tvořily děti v roce 2018 přes 2,4 tisíc hospitalizovaných cizinců ze zemí mimo EU obdobně jako v roce 2009, ale jejich podíl se za posledních 10 let snížil z necelých 16 % na 14 %. Kromě podílu dětí se snížil i podíl seniorů z 13 % (2 tis.) na necelých 10 % (1,7 tis.). Hlavní nárůst počtu cizinců se tedy odehrál v počtu dospělých osob (15–65 let), a to z 11,4 tisíc (72 %) na 13,2 tisíc (76 %). Největší podíl operovaných je ve věkové skupině dospělých osob (39 %). Podíl zemřelých poklesl z 12 % na 8 % u osob v důchodovém věku.

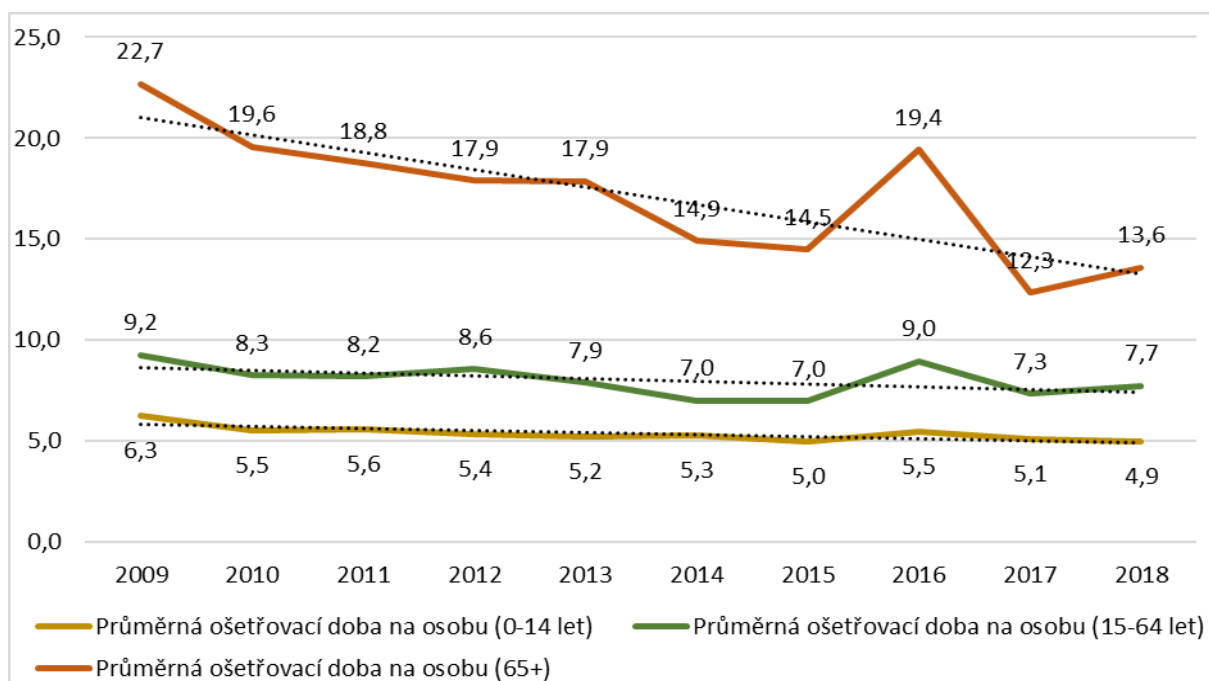
Graf č. 12 Hospitalizovaní cizinci ze zemí mimo EU v ČR dle věku v letech 2009 a 2018



Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

Průměrná ošetrovací doba na osobu ročně poklesla v posledních 10 letech především u osob v důchodovém věku, a to až o 40 % z 23 dnů na necelých 14 dnů. Nejnižší ošetrovací dobou se vyznačují děti, u kterých poklesla mírně z 6 dnů na necelých 5 dnů. U dospělých ve věku 15-64 let se ošetrovací doba snížila z 9 na necelých 8 dnů.

Graf č. 13 Průměrný počet ošetrovacích dnů na cizince ze zemí mimo EU v ČR dle věku v letech 2009-2018

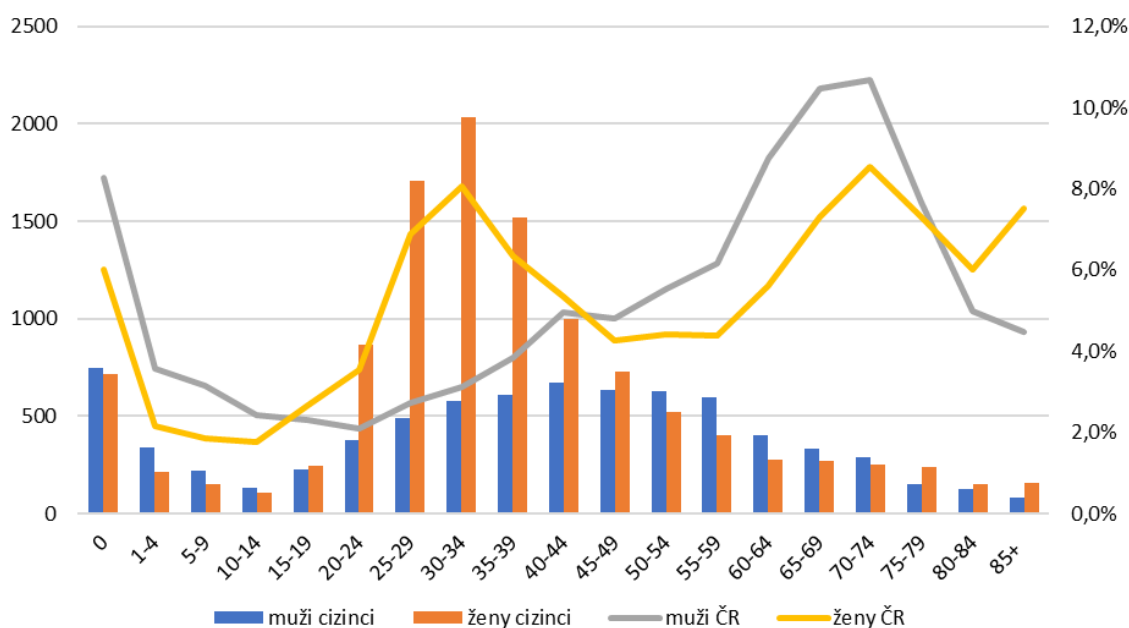


Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

4.4 Hospitalizace cizinců ze zemí mimo EU podle věku a pohlaví

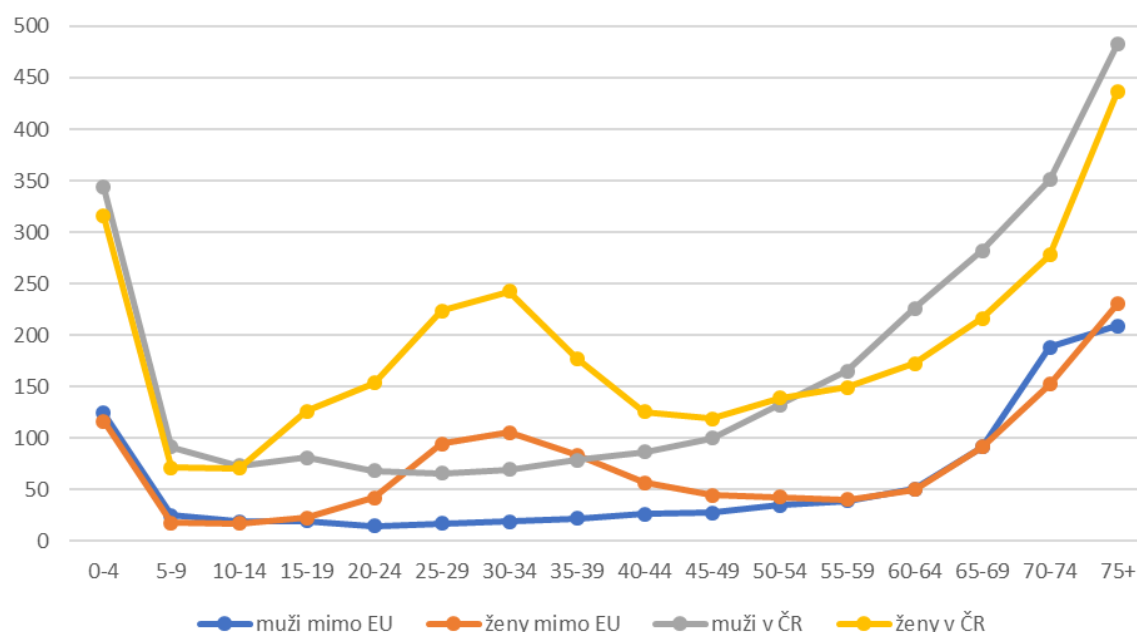
Graf č. 14 s rozložením počtu pacientů ze zemí mimo EU a v rámci celé ČR dle pětiletých věkových skupin poukazuje na vysoký počet hospitalizací novorozenců a žen v reprodukčním věku. Muži mezi hospitalizovanými cizinci převažují kromě dětského věku až mezi 50 až 74 roky věku. Rozložení pacientů dle věkových skupin (graf č. 13) je značně odlišné od rozložení pacientů z celé populace ČR, kde převažují především věkové skupiny nad 60 let a počty pacientů s přibývajícím věkem rostou. Tento rozdíl je dán především výrazně mladší věkovou strukturou cizinců rezidentů a zejména cizinců s krátkodobým pobytem. Ošetřovací doba roste s přibývajícím věkem u obou pohlaví bez ohledu na občanství. Muži se vyznačují především výrazně vyšší počtem ošetřovacích dní na osobu ve věku od 15 do 70 let.

Graf č. 14 **Počet hospitalizovaných cizinců ze zemí mimo EU a podíly všech pacientů dle věku v ČR v roce 2018**



Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

Graf č. 15 Počet hospitalizovaných cizinců ze zemí mimo EU a všech pacientů



Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

Kromě toho, že jsou v populaci cizinců nízké počty ve věkových skupinách nad 60 let, výše uvedený graf č. 15 poukazuje také na to, že cizinci ze zemí mimo EU vyhledávají hospitalizační péči podstatně méně než celková populace ČR. Uvedené výpočty zahrnují pouze hospitalizované osoby, které uvedly bydliště v ČR s ohledem k přepočtu na evidované obyvatelstvo ČR. Po provedení standardizace na populaci celé ČR vychází u cizinců mimo EU 54 hospitalizovaných mužů (161 u mužů v ČR) 83 hospitalizovaných žen (198 u žen v ČR) z tisíce obyvatel, tj. pouze 34 % úrovně intenzity hospitalizovaných mužů a 42 % intenzity hospitalizovaných žen v rámci celé populace ČR.

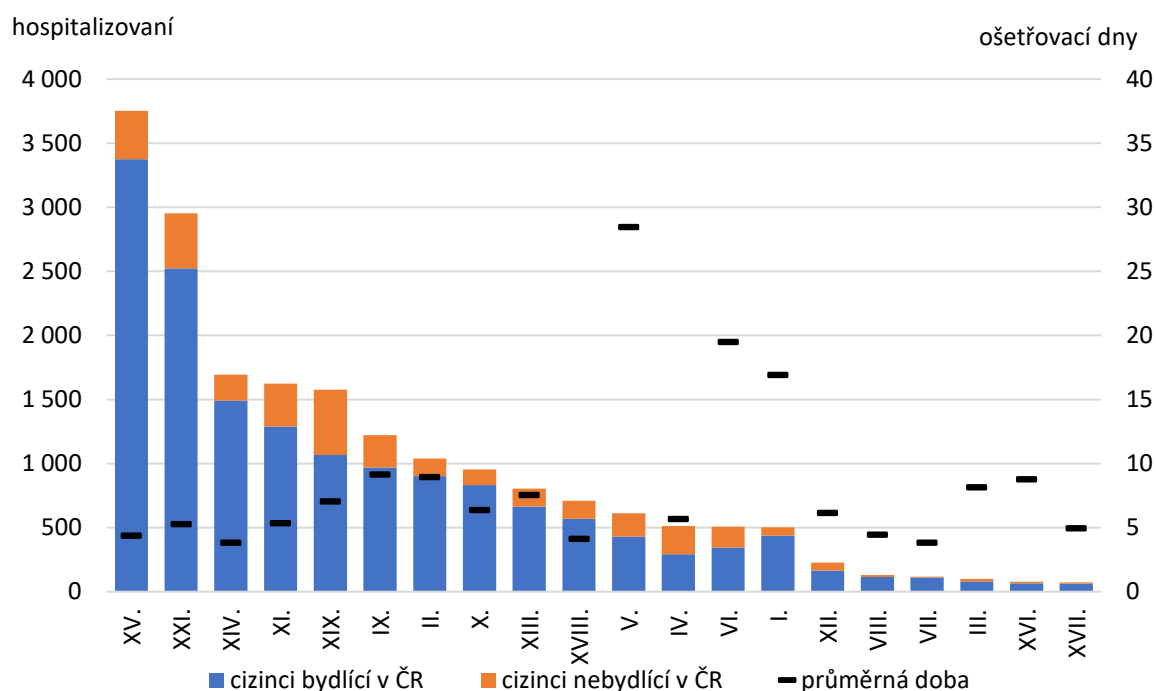
4.5 Hospitalizace cizinců ze zemí mimo EU dle příčin (kapitol MKN-10)

Nejčastěji jsou cizinci ze zemí mimo EU hospitalizováni z důvodu porodů, těhotenství nebo šestinedělí (kap. 15). V roce 2018 se jednalo o 32,5 % hospitalizovaných cizinek ze zemí mimo EU, tj. celkově 19,6 % hospitalizovaných cizinců mimo EU. Druhou nejčastější příčinou (15,4 %) byla skupina faktorů ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami (kap. 21), které z velké části tvoří zdravě narozené děti, doprovázející osoby a jiné důvody nepřímo související se zdravotním stavem. U žen tato skupina příčin tvořila 16,7 % pacientů a u mužů 13,3 % pacientů. Dále byly u žen na třetím místě s 10,8 % hospitalizovaných nemoci močové a pohlavní soustavy (kap. 14) a na čtvrtém místě s 6,1 % novotvary (kap. 2). U mužů byly na třetím místě s 12,8 % nemoci trávicí soustavy (kap. 11) a na čtvrtém místě s 9,6 % nemoci oběhové soustavy (kap. 9), ale na prvním místě u nich dominují úrazy a jiné následky vnějších příčin (kap. 19) s podílem 14,6 % hospitalizovaných. U žen jsou úrazy se 4 % hospitalizovaných až na sedmém místě. Průměrně nejvíce ošetřovacích dní

4. Cizinci v Národním registru hospitalizovaných

připadalo na osoby s duševními poruchami (kap. 5), a to 29,7 dnů u mužů a 26,4 dnů u žen. U mužů následují v průměrné délce 26 dnů nemoci nervové soustavy (kap. 6). U žen byly na druhém místě s 9,7 dny infekční nemoci (kap. 1), které u mužů dosahovaly průměrně 21,5 dnů na osobu.

Graf č. 16 **Počet hospitalizovaných cizinců ze zemí mimo EU a průměrná ošetrovací doba dle příčin (kapitoly MKN-10) v ČR v roce 2018**



Názvy kapitol MKN-10 a jejich definice viz: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

Graf č. 16 dále rozlišuje v jednotlivých příčinách hospitalizace, resp. kapitolách MKN-10, kolik případů bylo u cizinců ze zemí EU bydlících v ČR a kolik případů se týkalo cizinců, kteří v ČR nebydlí a je možné, za účelem tohoto zdravotního problému do ČR přicestovali. Největší podíl cizinců bez bydliště v ČR byl zaznamenán v případě endokrinních nemocí, výživy či přeměny látek (43 %), což může souviset s nedostatkem potravin. Dále to jsou úrazy a vnější příčiny (32 %), stejný podíl cizinců nebydlících v ČR na hospitalizovaných cizincích ze zemí mimo EU tvoří nemoci nervové soustavy následované duševními poruchami (30 %).

Častým důvodem hospitalizace bylo u cizinců ze zemí mimo EU provedení operačních výkonů. V poměru k počtu hospitalizovaných činil v ČR v roce 2018 průměr 35 %. U cizinců ze zemí mimo EU činí podíl 34,4 % u mužů a 41,2 % u žen. Absolutně nejvíce hospitalizací s operací bylo zaznamenáno v souvislosti s porody, které u žen v roce 2018 zaujímaly více než třetinu (34 %). Dále u žen více než pětinu operovaných představovaly cizinky hospitalizované pro nemoci močové a pohlavní soustavy (20,9 %), u mužů se tyto nemoci týkaly 10,4 % operovaných. Dalších 12,5 % operovaných žen bylo hospitalizováno pro novotvary. U mužů dosáhly největšího podílu (21,2 %) operace

4. Cizinci v Národním registru hospitalizovaných

pro nemoci trávicí soustavy, 20,7 % pak operace pro úrazy a jiné vnější příčiny. Z hlediska počtu hospitalizací s operací v přepočtu na hospitalizované osoby vychází u cizinců ze zemí mimo EU více než 80 % podíl operovaných u hospitalizovaných žen pro novotvary, vrozené vady a nemoci močové a pohlavní soustavy. Muži byly nejčastěji operováni v případě hospitalizací pro nemoci oka (80 %), novotvary (62 %) a nemoci močové a pohlavní soustavy (60 %).

Tabulka č. 36 **Hospitalizovaní cizinci ze zemí mimo EU dle příčin v ČR v roce 2018**

příčiny hospitalizace dle kap. MKN-10	počet hospitalizovaných		počet operovaných		počet zemřelých		prům. ošetrovací doba (dny)	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
I. Infekční nemoci	306	196	11	15	6	3	21,5	9,7
II. Novotvary	340	699	210	593	25	20	12,5	7,2
III. Nemoci krve	46	55	2	5	2	1	10,4	6,2
IV. Endokrinní nemoci	209	302	59	183	2	3	6,1	5,4
V. Duševní poruchy	390	223	2	0	1	0	29,7	26,4
VI. Nemoci nervové	334	174	36	14	4	4	26,0	7,0
VII. Nemoci oka	70	47	56	31	0	0	4,7	2,5
VIII. Nemoci ucha	62	67	27	23	0	0	4,5	4,4
IX. Oběhové nemoci	732	490	149	127	38	25	9,7	8,4
X. Nemoci dýchací	591	363	235	128	26	20	6,6	5,9
XI. Nemoci trávicí	975	649	558	356	15	10	5,4	5,2
XII. Nemoci kůže	145	82	67	36	0	0	6,2	6,1
XIII. N. svalové a kosterní	416	388	225	199	1	1	7,3	7,8
XIV. N. močové a pohlavní	452	1 242	272	993	6	9	5,0	3,4
XIX. Poranění a otravy	1 113	463	543	203	8	3	7,1	7,1
XV. Těhotenství, porod	x	3 753	x	1 609	x	0	x	4,4
XVI. Perinatální nemoci	38	40	0	0	0	1	9,8	7,8
XVII. Vrozené vady	43	30	32	25	0	0	4,9	5,0
XVIII. Ab. nálezy a znaky	355	355	34	47	5	6	4,6	3,7
XXI. Ostatní faktory	1 019	1 934	109	167	5	0	6,1	4,8
celkem	7 636	11 552	2 627	4 754	144	106	9,5	5,6

Plné názvy kapitol MKN-10 a jejich definice jsou zde: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

Celkem 250 hospitalizovaných cizinců ze zemí mimo EU v lůžkovém zdravotnickém zařízení v roce 2018 zemřelo (1,3 %). Nejvíce úmrtí nastalo u hospitalizovaných pro nemoci oběhové soustavy (63), nemoci dýchací soustavy (46), novotvary (45) a nemoci trávicí soustavy (25). Z hlediska podílu zemřelých z hospitalizovaných vychází nevyšší úmrtnost na nemoci oběhové soustavy (5,2 %), nemoci dýchací soustavy (4,8 %), novotvary (4,3 %) a nemoci krve a krvetvorných orgánů (3,0 %).

4.6 Hospitalizace cizinců ze zemí mimo EU v krajích ČR

Tabulka č. 37 Hospitalizovaní cizinci ze zemí mimo EU dle kraje bydliště v ČR v roce 2018

kraj bydliště v ČR	počet hospitalizovaných		průměrná ošetrovací doba (dny)	denní stav hospitalizovaných	
	absolutně	na tis. obyv.		průměr	na 10 tis. obyv.
Hl. m. Praha	4 267	32,0	6,3	73,6	5,5
Středočeský	1 997	50,0	8,1	44,4	11,1
Jihočeský	718	59,7	6,9	13,6	11,3
Plzeňský	1 228	73,7	7,1	24,0	14,4
Karlovarský	645	47,3	6,3	11,2	8,2
Ústecký	1 317	69,3	7,4	26,8	14,1
Liberecký	720	62,8	6,2	12,3	10,7
Královéhradecký	658	72,8	6,9	12,5	13,8
Pardubický	506	60,3	7,4	10,2	12,2
Vysočina	693	116,3	5,4	10,2	17,2
Jihomoravský	1 792	64,3	6,6	32,4	11,6
Olomoucký	433	70,8	6,7	7,9	13,0
Zlínský	361	89,9	7,3	7,2	17,9
Moravskoslezský	445	43,9	5,6	6,9	6,8
celkem	15 780	49,7	6,8	293,3	9,2
bez bydliště	absolutně	podíl (v %)	dny	průměr	podíl (v %)
bezdomovci	11	0,1 %	5,1	0,2	0,0 %
nerezidenti	3 397	17,7 %	8,7	81,2	21,7 %

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

Mezikrajské srovnání v tab. č. 37 poukazuje na výrazné rozdíly v počtech hospitalizovaných osob dle kraje bydliště cizinců ze zemí mimo EU. Více než pětina hospitalizovaných cizinců v roce 2018 (22 %) měla uvedeno bydliště v hl. m. Praze, desetina ve Středočeském kraji a 9 % v Jihomoravském kraji. Velký podíl hospitalizovaných cizinců dosahující téměř 18 % tvořili cizinci bez bydliště v ČR, kteří nejsou součástí evidovaného obyvatelstva.

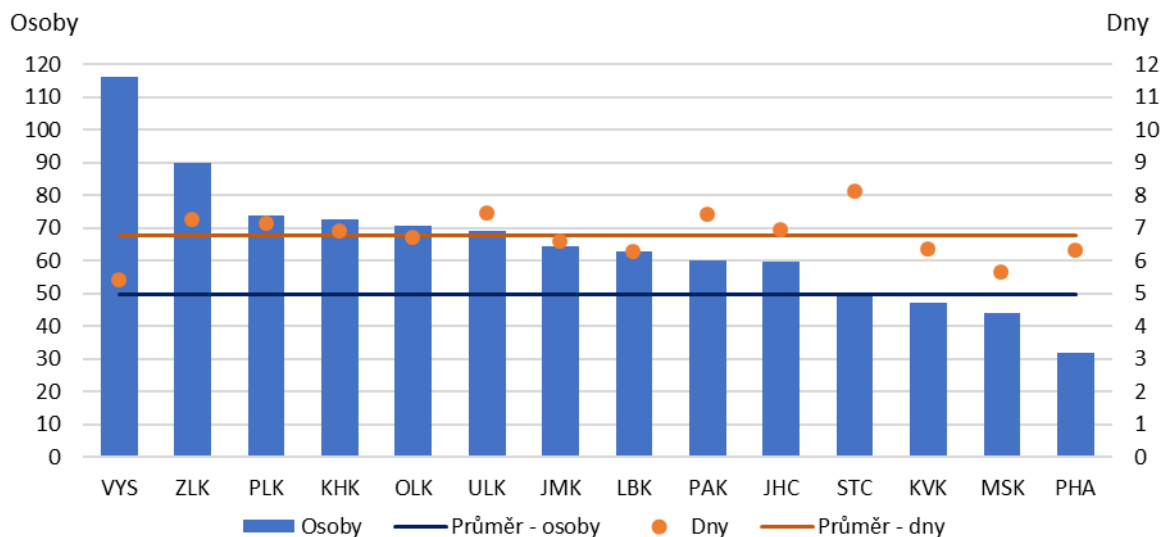
Průměrný denní stav hospitalizovaných přepočítává vykázané ošetrovací dny na dny v roce, a tak získáváme představu, kolik cizinců ze zemí mimo EU pocházejících z jednotlivých krajů bylo během dne průměrně hospitalizováno. Po přepočtu na evidované cizince dle bydliště v jednotlivých krajích vychází nejvíce hospitalizovaných z obyvatel Zlínského kraje (17,9 ciz./10 000 obyv.) a Kraje Vysočina (17,2/10 000). Nejmenší počet hospitalizovaných byl zaznamenán v přepočtu na 10 tis. cizinců ze zemí mimo EU bydlících v hl. m. Praze (5,5) a v Moravskoslezském kraji (6,8).

Z hlediska intenzity bylo nejvíce hospitalizovaných z tisíce cizinců ze zemí mimo EU z Kraje Vysočina (116), ale s nejkratší průměrnou ošetrovací dobou (5,4 dne). S odstupem pak následuje Zlínský kraj s 90 hospitalizovanými cizinci s bydlištěm v tomto kraji. Naopak nejméně hospitalizací bylo zaznamenáno na tisíc cizinců žijících v hl. m. Praze (32) a v Moravskoslezském kraji (44). Průměrná ošetrovací doba poukazuje na zvýšenou potřebu hospitalizační péče u hospitalizovaných cizinců ze Středočeského kraje (8,1 dne) a u cizinců s krátkodobým pobytem bez uvedeného

4. Cizinci v Národním registru hospitalizovaných

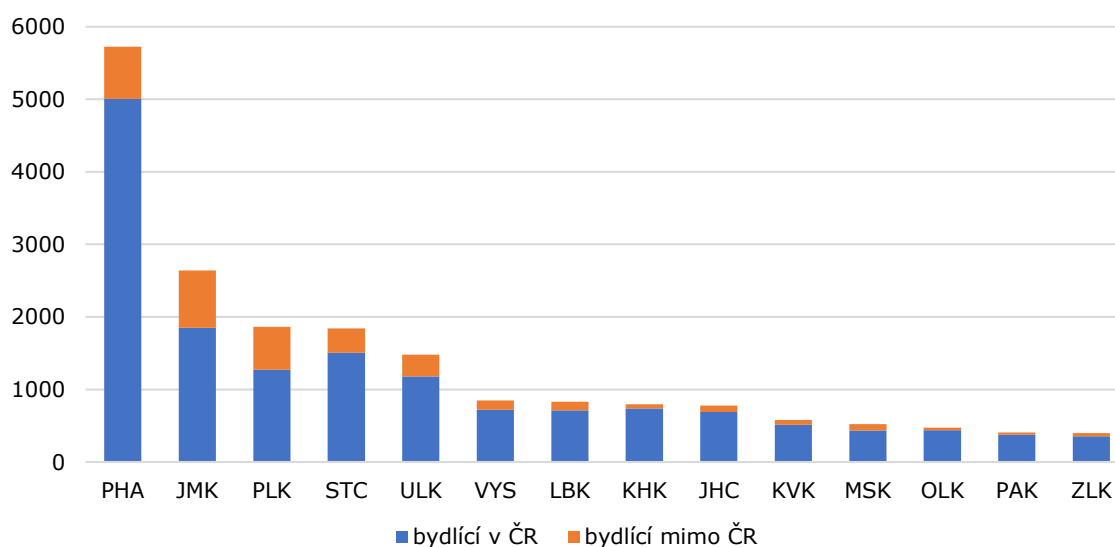
bydliště v ČR (8,7 dne). Se 7,4 dny pak shodně následuje v nadprůměrné délce ošetrovací doby Ústecký a Pardubický kraj.

Graf č. 17 Počet hospitalizovaných na tisíc cizinců ze zemí mimo EU a jejich průměrná ošetrovací doba dle krajů bydliště v ČR v roce 2018



Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

Graf č. 18 Počet hospitalizovaných cizinců ze zemí mimo EU dle kraje hospitalizace a druhu pobytu v ČR v roce 2018



Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

4. Cizinci v Národním registru hospitalizovaných

Hospitalizované cizince ze zemí mimo EU lze rozdělit do krajů nejen dle jejich deklarovaného bydliště, ale také na základě místa hospitalizace ve zdravotnických zařízeních. Tito cizinci s bydlištěm na území ČR jsou uvedeni v grafu č. 17 modře. Cizinci, kteří nemají uvedenu obec bydliště, lze zařadit do krajů pouze dle místa hospitalizace, tito jsou pak v tomto grafu uvedeni oranžovou barvou. Z uvedeného pořadí je zřejmý krom vysokého počtu hospitalizovaných cizinců v hl. m. Praze s bydlištěm v ČR také vysoký počet cizinců bez uvedeného bydliště v ČR (21,2 %). Následuje v pořadí druhý kraj s nejvyššími kapacitami lůžkové péče, a to Jihomoravský kraj, který hospitalizoval těchto cizinců nerezidentů v roce 2018 vůbec nejvíce (23,2 %). Další významný kraj s vysokým počtem krátkodobých cizinců je Plzeňský kraj (17,4 %). Vysoké počty hospitalizovaných cizinců jsou dále ve Středočeském a Ústeckém kraji.

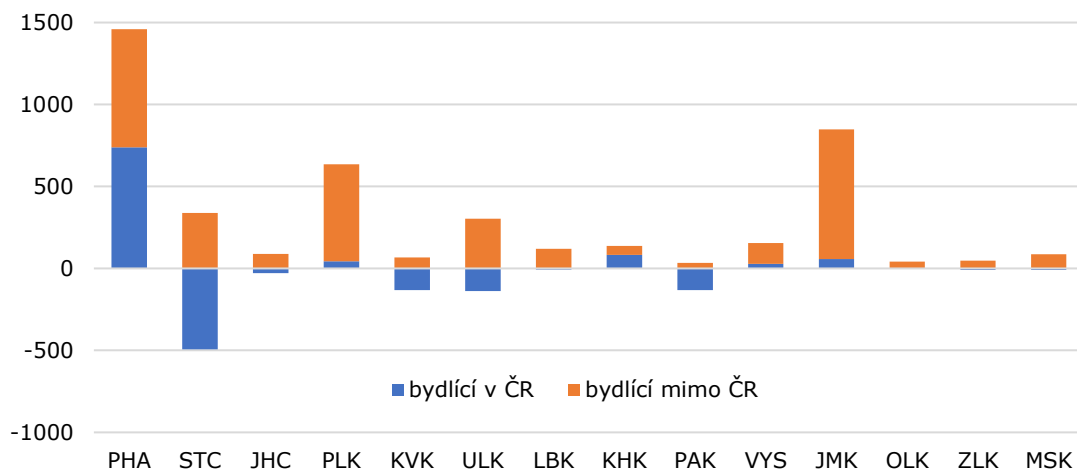
Tabulka č. 38 **Hospitalizovaní cizinci ze zemí mimo EU dle kraje hospitalizace v ČR v roce 2018**

kraj hospitalizace v ČR	počet hospitalizovaných		počet případů hospitalizace	počet operovaných cizinců	průměrná ošetrovací doba (dny)	průměrný denní stav pacientů
	cizinců celkem	nebydlící v ČR				
Hl. m. Praha	5 726	721	6 522	2509	7,0	110,5
Středočeský	1 843	339	2 080	685	8,7	44,1
Jihočeský	777	88	890	297	6,1	13,1
Plzeňský	1 864	592	2 096	741	8,0	40,6
Karlovarský	579	67	655	146	5,1	8,1
Ústecký	1 481	303	1 781	458	8,7	35,1
Liberecký	831	119	911	342	6,4	14,6
Královéhradecký	796	56	885	293	6,6	14,4
Pardubický	408	34	479	119	7,5	8,4
Vysočina	847	126	952	319	6,7	15,5
Jihomoravský	2 640	790	3 026	1045	6,5	46,9
Olomoucký	474	38	542	166	5,8	7,5
Zlínský	400	48	451	118	6,4	7,0
Moravskoslezský	522	87	610	143	6,1	8,7
celkový součet	19 188	3 408	21 880	7381	7,1	374,6

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

Další zajímavé srovnání představuje porovnání obou pohledů na distribuci cizinců v čerpané péči dle bydliště a poskytované péči dle místa hospitalizace vznikne, pokud odečteme počet hospitalizovaných dle bydliště od hospitalizovaných dle místa hospitalizace v rámci stejného kraje. Graf č. 18 ukazuje v modrých sloupcích, jak moc pacienti migrovali za péčí. Hl. m. Praha ukazuje vysoký přesah 738 hospitalizovaných nad počtem hospitalizovaných zde bydlících a dalších 721 hospitalizovaných mimo bydliště v ČR. Naopak ve Středočeském kraji minimálně 493 hospitalizovaných cizinců s bydlištěm v tomto kraji čerpalo péči v jiném kraji, přičemž zde byla poskytnuta péče 339 cizincům bez dlouhodobého bydliště v ČR. Nejvíce cizinců ze zemí mimo EU nebydlících v ČR bylo však hospitalizováno v Jihomoravském kraji (790), dále po Praze následoval Plzeňský kraj (592).

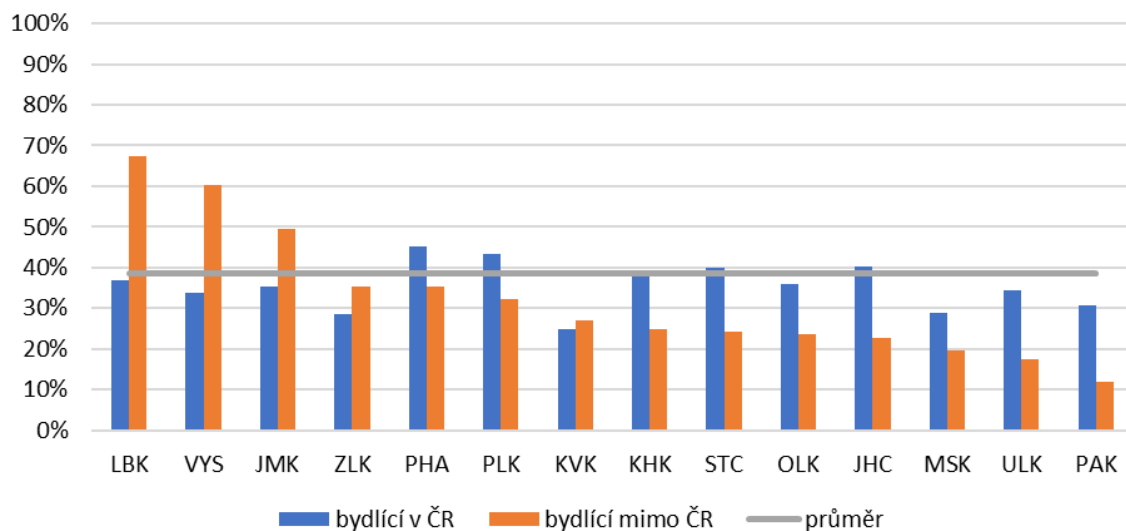
Graf č. 19 Počet hospitalizovaných cizinců ze zemí mimo EU dle krajů hospitalizace v ČR v roce 2018



Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

Určitý rozdíl v krajích je také v charakteristice poskytovaných zdravotních služeb cizincům. V roce 2018 byl největší počet 2,3 tisíce operovaných cizinců ze zemí mimo EU dlouhodobě bydlících v ČR zaznamenán v hl. m. Praze (37 %), následoval s 654 operovanými cizinci Jihomoravský (11 %) a s 603 operovanými cizinci Středočeský kraj (10 %). V případě cizinců ze zemí mimo EU s krátkodobým pobytem v ČR zaujímá s 391 případy třetinu operovaných Jihomoravský kraj, následovaný s 255 operovanými hl. m. Prahou (21 %) a s 190 operovanými Plzeňským krajem (15 %).

Graf č. 20 Podíl operovaných cizinců ze zemí mimo EU dle druhu pobytu a krajů hospitalizace v ČR v roce 2018



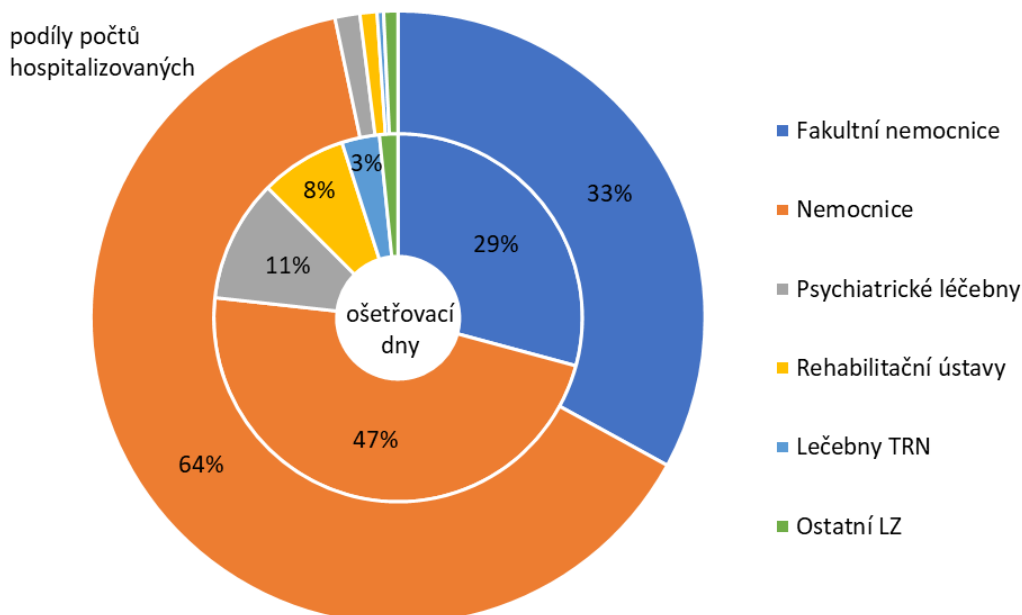
Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

Graf č. 19 poukazuje na vysoký podíl operovaných pacientů s krátkodobým pobytem, u kterých lze nejvíce očekávat návštěvu ČR právě z důvodu plánované potřeby chirurgického zákroku. Největším podílem operovaných cizinců s krátkodobým pobytem se vyznačovali poskytovatelé lůžkové zdravotní péče v Libereckém kraji, v Kraji Vysočina a Jihomoravském kraji. Hl. m. Praha se umístila až na čtvrtém místě spolu se Zlínským krajem. Hl. m. Praha má spolu s Plzeňským krajem největší podíl operovaných cizinců z hospitalizovaných cizinců ze zemí mimo EU s bydlištěm v ČR.

4.7 Hospitalizace cizinců ze zemí mimo EU podle druhů poskytovatelů lůžkové zdravotnické péče

Naprostou většinu poskytované péče cizincům ze zemí mimo EU zajišťují poskytovatelé lůžkové zdravotní péče provozující zdravotnická zařízení typu nemocnice. Jedná se o fakultní a ostatní nemocnice (DRZAR 101 a 102), kde bylo hospitalizováno 97 % pacientů ze zemí mimo EU (94 % u obyvatel ČR). V těchto zdravotnických zařízeních pacienti tráví obvykle daleko kratší dobu než v ostatních odborných léčebných ústavech, a to průměrně 5 až 6 dnů. Z tohoto důvodu má celkový objem poskytované péče v počtu ošetřovacích dní v nemocnicích nižší podíl oproti podílu pacientů, a to úhrnem 76 %. V přepočtu na kalendářní dny leželo v nemocnicích ČR v roce 2018 průměrně denně 287 cizinců ze zemí mimo EU. Významný podíl ošetřovací doby cizinců dále zaujímaly psychiatrické léčebny (11 %) s průměrným počtem 40 pacientů cizinců ze zemí mimo EU denně a průměrnou ošetřovací dobou 58 dní. Následovaly rehabilitační ústavy s průměrným denním stavem 28 cizinců mimo EU (8 %) a průměrnou ošetřovací dobou 60 dní a léčebny tuberkulózy a respiračních onemocnění s denním stavem 12 pacientů ze zemí mimo EU (3 %) a průměrnou ošetřovací dobou až 69 dní.

Graf č. 21 **Podíly hospitalizovaných cizinců ze zemí mimo EU a jejich ošetřovací doby dle druhů poskytovatelů lůžkové péče v ČR v roce 2018**



Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

Tabulka č. 39 **Hospitalizovaní cizinci ze zemí mimo EU dle druhu poskytovatele lůžkové péče v ČR v roce 2018**

lůžková zařízení	počet LZ	počet hospitalizovaných		počet hospitalizací	
		absolutně	relativně	absolutně	relativně
fakultní nemocnice	10	6 330	33,0 %	7 413	33,9 %
nemocnice	143	12 224	63,7 %	13 789	63,0 %
psychiatrické léčebny	22	252	1,3 %	273	1,2 %
rehabilitační ústavy	11	172	0,9 %	184	0,8 %
léčebny TRN	8	66	0,3 %	69	0,3 %
ostatní LZ	108	144	0,8 %	152	0,7 %
celkový součet	302	19 188	100,0 %	21 880	100,0 %
lůžková zařízení	počet operovaných	počet zemřelých	ošetřovací dny v tis.	průměrná ošetřovací doba	průměrný denní stav pacientů
fakultní nemocnice	2567	82	39,9	6,3	109,4
nemocnice	4727	159	65,0	5,3	178,1
psychiatrické léčebny	-	1	14,7	58,3	40,2
rehabilitační ústavy	-	-	10,4	60,3	28,4
léčebny TRN	-	2	4,5	68,5	12,4
ostatní LZ	87	6	2,2	15,4	6,1
celkový součet	7381	250	136,7	7,1	374,6

Dzroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

Pacienti jsou operováni prakticky pouze v nemocnicích, a to v roce 2018 v případě cizinců ze zemí mimo EU z 35 % ve fakultních nemocnicích a z 64 % v ostatních nemocnicích. Ve vztahu k počtu hospitalizovaných osob vychází mírně vyšší podíl operovaných cizinců ve fakultních nemocnicích (41 %). Kromě nemocnic jsou úmrtí cizinců ze zemí mimo EU v jiných lůžkových zdravotnických zařízeních ojedinělá. V nemocnicích v roce 2018 zemřelo cca 1,3 % hospitalizovaných cizinců.

Cizinci ze zemí mimo EU tvořili v roce 2018 celkem 1 % hospitalizovaných pacientů v ČR. Větší podíl tito cizinci představovali mezi hospitalizovanými ve fakultních nemocnicích (1,5 %), léčebnách respiračních onemocnění a tuberkulózy (1,8 %) a rehabilitačních ústavech (1,3 %). Na celkové ošetřovací době se vzhledem ke své mladší věkové struktuře a průměrně kratší ošetřovací době podílely 0,7 % poskytnuté péče a tvořili 1,1 % operovaných pacientů. Největší podíl 2,4 % ošetřovací doby zaujímali shodně tito cizinci ve zmiňovaných léčebnách respiračních nemocí a rehabilitačních ústavech.

4.8 Závěr

Naprostá většina lůžkové zdravotnické péče, a to až 97 % hospitalizovaných cizincům, byla poskytnuta poskytovateli akutní lůžkové péče typu nemocnice (64 %) či fakultní nemocnice (33 %). S ohledem na rozložení kapacit poskytovatelů lůžkové zdravotnické péče v krajích, migrovalo za touto péčí nejvíce pacientů ze zemí mimo EU do hl. m. Prahy, a to zejména u cizinců s pobytem v ČR. Z cizinců ze zemí mimo EU nebydlících v ČR mírně převýšil v počtu hospitalizovaných hl. m. Prahu Jihomoravský kraj a jako třetí následoval Plzeňský kraj.

4. Cizinci v Národním registru hospitalizovaných

Mírný nárůst počtu cizinců ze zemí mimo EU v populaci ČR se v roce 2018 také odrazil v mírném zvýšení počtu hospitalizovaných, které dosáhly podílu 1,2 % na všech hospitalizovaných. Zásadní rozdíl v počtu hospitalizací na obyvatele v ČR a cizince ze zemí mimo EU je zejména v jejich daleko mladší věkové struktuře. Z tohoto důvodu mají cizinci výrazně odlišnou strukturu příčin nemocnosti oproti populaci ČR a zároveň čerpají lůžkovou péči výrazně méně často. U cizinců ze zemí mimo EU jsou pro ženy nejčastější hospitalizace v souvislosti s porody a péčí o děti a až poté následují nemoci močové a pohlavní soustavy a novotvary. Pro muže jsou nejčastější úrazy a jiné vnější příčiny. V rámci celé populace ČR jsou u žen také nejčetnější hospitalizace v souvislosti s reprodukcí, ale z hlediska nemocnosti převažují u obou pohlaví především nemoci oběhové soustavy. Nemoci oběhové soustavy jsou vlivem mladší věkové struktury u cizinců ze zemí mimo EU u mužů až na čtvrtém místě a u žen na sedmém místě.

Pro srovnání intenzit počtu hospitalizací mezi populací obyvatel s českým občanstvím a cizinci v populaci je nutné nezahrnovat cizince s krátkodobým pobytem. Ale i přes následné provedení standardizace vychází u cizinců ze zemí mimo EU 54 hospitalizovaných mužů oproti 161 mužům v ČR celkem a 83 hospitalizovaných žen oproti 198 ženám v ČR z tisíce obyvatel celkem, tj. pouze 34 % úrovně intenzity hospitalizovaných mužů a 42 % intenzity hospitalizovaných žen v rámci celé populace ČR. Cizinci ze zemí mimo EU vykazují nižší počty hospitalizací na obyvatele ve všech věkových skupinách. Vzhledem k takto vysokému rozdílu a nemožnosti vyloučení podhlášenosti, bylo od dalších standardizací dle příčin upuštěno.

5. Zdravotní péče o cizince z dat ročního výkazu V (MZ) 1-01

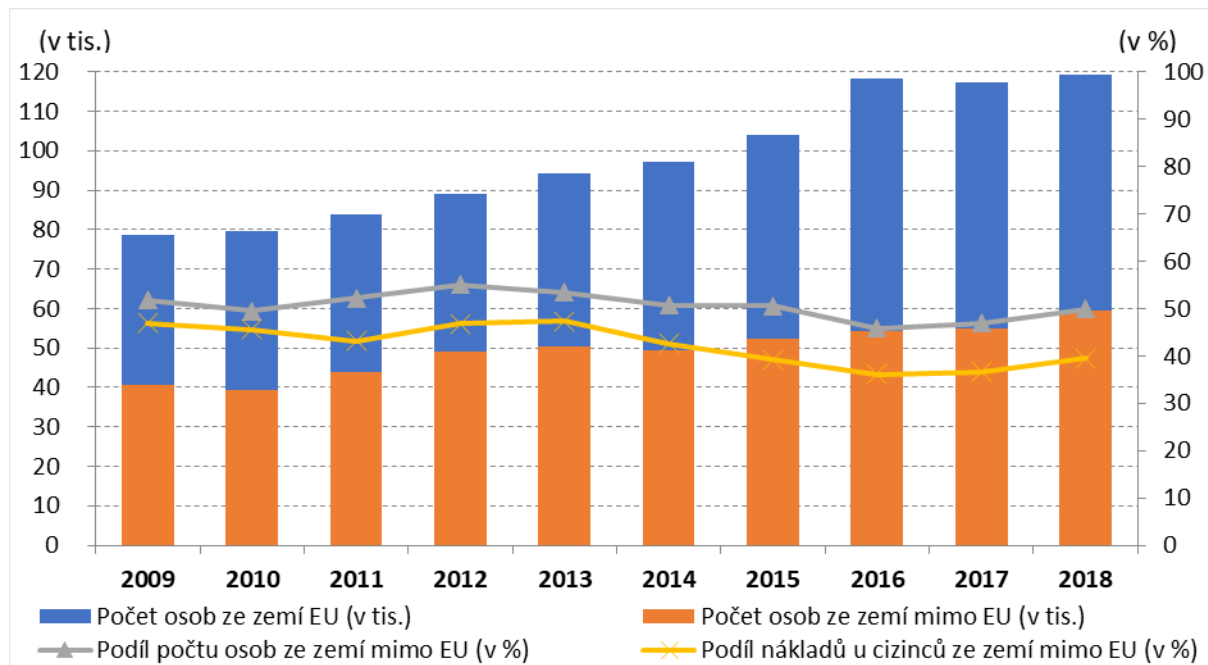
5.1 Metodika výkazu o čerpání zdravotních služeb cizinci

Výkaz V (MZ) 1-01 (dále jen V1) sbírá jednou ročně agregovaná data o čerpání zdravotní péče cizinci. Zpravodajskými jednotkami jsou však pouze poskytovatelé akutní lůžkové péče (DRZAR 101 – fakultní nemocnice, 102 – nemocnice) a vybraní poskytovatelé následné péče (DRZAR 105 – nemocnice následné péče). Předmětem sběru dat jsou informace o cizincích a nákladech na péči o ně, bez ohledu na to, zda cizinci čerpali u těchto poskytovatelů zdravotní služby formou ambulantní, jednodenní nebo lůžkové péče. Počty pacientů jsou k jednotlivým názvům zemí přiřazovány podle státní příslušnosti k danému státu. Výkaz V1 nesleduje cizince a náklady za poskytnuté zdravotní služby hrazené ze zákonného veřejného zdravotního pojištění zdravotními pojišťovnami ČR. Jedná se tedy o péči poskytovanou zejména cizincům s krátkodobým pobytem bez trvalého bydliště v ČR, kteří nemusí být ze zákona povinně pojištěni v rámci veřejného zdravotního pojištění. Z tohoto důvodu nelze počty těchto cizinců vztahovat k počtu cizinců, kteří jsou součástí evidovaných obyvatel ČR. Do evidence výkazu se zahrnují i cizinci ze zemí EU, kteří uplatňují zákonné zdravotní pojištění v rámci EU.

5.2 Vývoj čerpání zdravotní péče cizinci v nemocnicích ČR

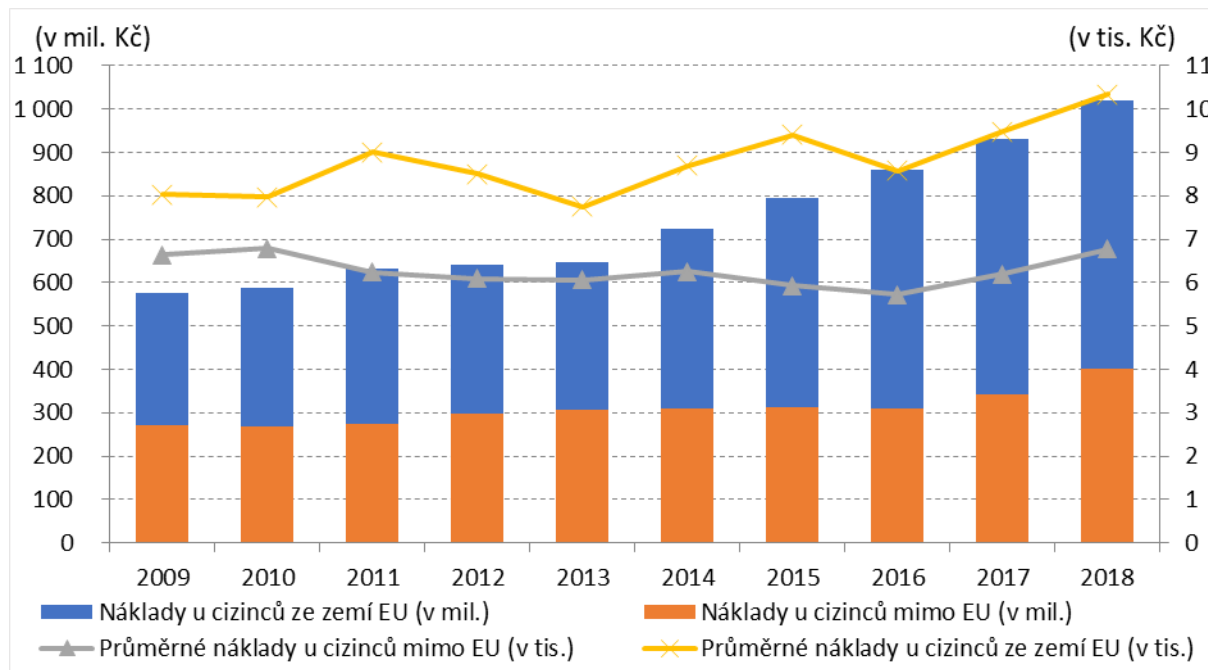
Z dlouhodobého hlediska dochází k postupnému nárůstu počtu cizinců čerpajících zdravotní péči, a to o 52 % z 79 tisíc osob v roce 2009 na 119 tisíc osob v roce 2018. Ještě výraznější je nárůst úhrnu nákladů vynaložených za tuto zdravotní péči, a to o 78 % z 575 mil. Kč na 1,021 mld. Kč. Podíl cizinců ze zemí mimo EU kolísá od roku 2009 v rozmezí 46 % až 54 % a v roce 2018 vzrostl na 50 %. Důvodem je, že zatímco počet cizinců ze zemí EU v posledních třech letech poklesl o 4,3 tisíce (7 %), počet cizinců ze zemí mimo EU pokračoval v růstu o 5,1 tisíc (9 %). Náklady na zdravotní péči o cizince z EU do roku 2016 rostly výrazněji než u cizinců mimo EU, a to z 53 % v roce 2009 na více než 64 %, poté se zvyšujícím se podílem cizinců mimo EU poklesl také podíl nákladů na cizince z EU na 61 %. V důsledku rychlejšího růstu nákladů oproti počtu cizinců vzrostl v letech 2005 až 2018 průměrný roční náklad na jednoho cizince z EU z 5,6 tisíc Kč na 10,3 tisíc Kč. U cizinců ze zemí mimo EU došlo v tomto období k nárůstu z 5,3 tisíc Kč pouze na 6,8 tisíc Kč – viz níže uvedená grafická znázornění č. 22 a 23.

Graf č. 22 **Vývoj počtu cizinců čerpajících zdravotní péči v nemocnicích ČR v letech 2009–2018**



Zdroj: ÚZIS ČR, Roční výkaz V (MZ) 1-01

Graf č. 23 **Vývoj nákladů na čerpání zdravotní péče cizinci v nemocnicích ČR, 2009–2018**



Zdroj: ÚZIS ČR, Roční výkaz V (MZ) 1-01

Výše nákladů za zdravotní péči o cizince za roky 2015 a 2016 byla zpětně přepočítána na základě zjištěných pochybení několika poskytovatelů v datech za rok 2017, kteří v rozporu s metodickými pokyny výkazu uváděli částky v jednotkách, a nikoliv v tisících Kč. Přehled vývoje nákladů a opravné částky v tisících Kč za roky 2015 a 2016 jsou uvedeny v grafu č. 23 a v následující tabulce č. 40. Z celkového počtu 194 zpravodajských jednotek v roce 2018 pouze 1 poskytovatel výkaz neodevzdal.

Tabulka č. 40 **Počty ošetřených cizinců a náklady na jejich ošetření v nemocnicích ČR v letech 2009–2018**

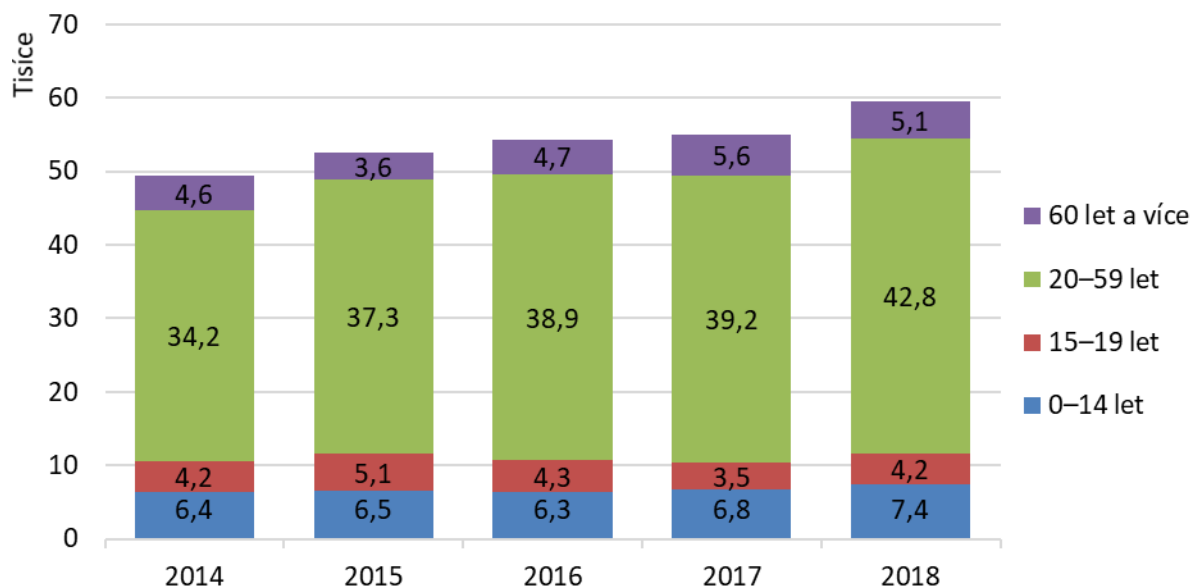
ukazatel	2009	2012	2015	2018
počet ošetřených cizinců celkem	78 665	89 156	103 887	119 212
z toho počet osob ze zemí EU	37 951	40 084	51 403	59 770
z toho počet osob ze zemí mimo EU	40 714	49 072	52 484	59 442
podíl počtu osob ze zemí mimo EU na počtu ošetřených cizinců celkem v %	51,8	55,0	50,5	49,9
náklady na ošetření cizinců celkem v tis. Kč	575 060	640 222	795 137	1 021 139
z toho náklady na ošetření osob ze zemí EU v tis. Kč	304 861	340 926	483 741	618 347
z toho náklady na ošetření osob ze zemí mimo EU v tis. Kč	270 199	299 296	311 397	402 792
podíl nákladů na ošetření osob ze zemí mimo EU na celkové výši nákladů na ošetření cizinců v %	47,0	46,7	39,2	39,4
průměrné náklady na cizince z EU v Kč	8 033	8 505	9 411	10 345
průměrné náklady na cizince ze zemí mimo EU v Kč	6 637	6 099	5 933	6 776

Zdroj: ÚZIS ČR, Roční výkaz V (MZ) 1-01

5.3 Charakteristiky cizinců mimo EU čerpajících zdravotní péči v nemocnicích ČR

Výkaz sleduje z demografických charakteristik cizinců pouze 4 základní věkové skupiny. Níže uvedený graf č. 24 ukazuje vývoj počtu ošetřených cizinců ze zemí mimo EU v posledních 5 letech a ukazuje nárůst zejména v rámci nejširší věkové skupiny osob v produktivním věku 20–59 let, a to o 8,6 tisíce osob (25 %). Počet ošetřených dětí mladších než 15 let vzrostl o 16 % a o 9 % se také zvýšil počet seniorů ve věku 60 a více let. Celkový nárůst ošetřených cizinců ze zemí mimo EU činil za posledních pět let 10,1 tisíce osob – detailněji graf č. 24.

Graf č. 24 Vývoj počtu cizinců ze zemí mimo EU dle věkových skupin, čerpajících péči v nemocnicích ČR v letech 2014–2018



Zdroj: ÚZIS ČR, Roční výkaz V (MZ) 1-01

Tabulka č. 41 Počty ošetřených cizinců dle věku v nemocnicích ČR dle občanství v roce 2018

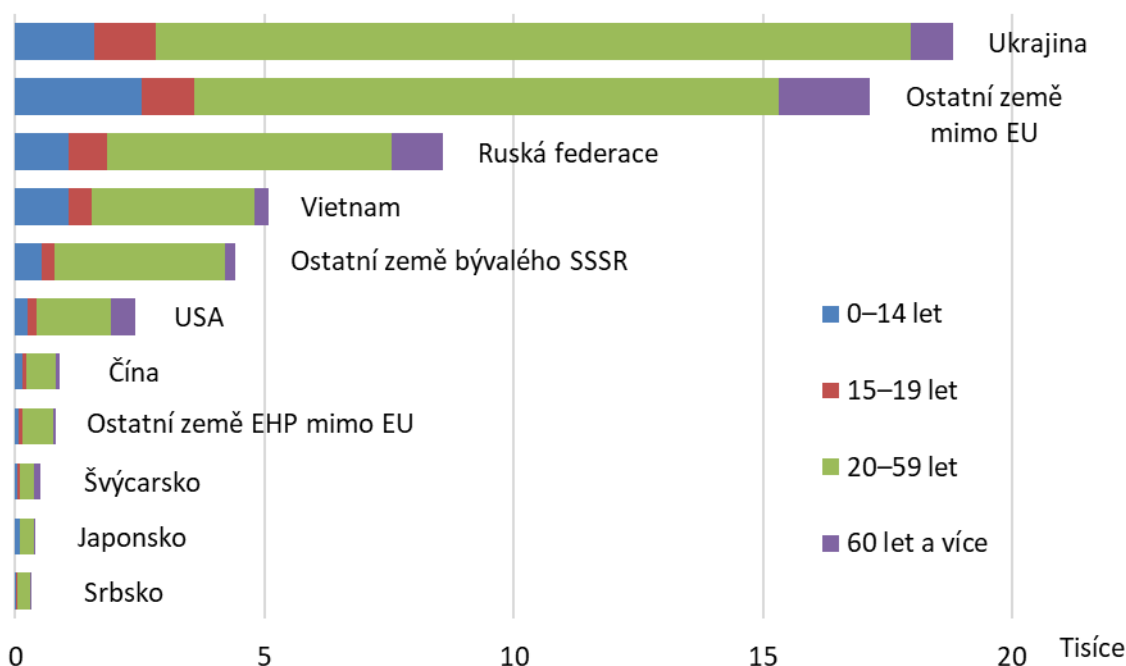
země původu	počet cizinců celkem	Věková skupina			
		0–14 let	15–19 let	20–59 let	60 a více
cizinci celkem	119 212	14 042	7 626	83 651	13 893
země EU celkem	59 770	6 635	3 409	40 886	8 840
země mimo EU celkem	59 442	7 407	4 217	42 765	5 053
ostatní země EHP mimo EU	822	64	79	618	61
Švýcarsko	509	51	34	284	140
Srbsko	319	26	21	255	17
Ruská federace	8 574	1 070	767	5 723	1 014
Ukrajina	18 819	1 583	1 234	15 151	851
ostatní země bývalého SSSR	4 424	528	268	3 401	227
Čína	901	146	78	598	79
Vietnam	5 096	1 064	475	3 260	297
Japonsko	408	85	18	270	35
USA	2 419	258	175	1 498	488
ostatní země mimo EU a EHP	17 151	2 532	1 068	11 707	1 844

Zdroj: ÚZIS ČR, Roční výkaz V (MZ) 1-01

Jak dokládá výše uvedený tabulkový přehled č. 41, nejčastěji ošetřovanými cizinci byli v roce 2018 občané Slovenské republiky, kterých bylo 26,3 tisíc (22 %), dále bylo ošetřeno 18,8 tisíc Ukrajinců (16 %), 8,6 tisíc Rusů (7 %) a 8,5 tisíc Němců (7 %). Pokud vezmeme v potaz pouze cizince ze zemí mimo EU, tak Ukrajinci tvoří 32 % a Rusové 14 % pacientů. Třetí nejčastější ošetřovaní cizinci ze zemí mimo EU byli

občané Vietnamu s 5,1 tisíci pacientů (8,6 %). Významnou skupinu cizinců představují ostatní země mimo EU a evropský hospodářský prostor s 17,1 tisíci pacientů (29 %), kteří nejsou národnostně blíže specifikováni. Občané Ukrajiny se vyznačovali nejvyšším zastoupením osob v produktivním věku (81 %) – graf č. 25. Nejméně naopak občané Švýcarska (56 %), kteří se vyznačovali vysokým podílem seniorů (28 %). Vysokým podílem ošetřovaných dětí v ČR (21 %) se vyznačovali Vietnamci a Japonci. V roce 2018 tvořily děti ve věku do 15 let věku 12 %, dospívající do 20 let 7 %, dospělí do 60 let 72 % a senioři 9 % ošetřených cizinců ze zemí mimo EU.

Graf č. 25 **Počet cizinců ze zemí mimo EU dle občanství a věkových skupin, čerpajících péči v nemocnicích ČR v roce 2018**



Zdroj: ÚZIS ČR, Roční výkaz V (MZ) 1-01

Průměrné náklady dle věku poukazují na zvýšené náklady na seniory, a naopak významně nižší průměrné náklady u dospívajících. U cizinců ze zemí mimo EU v roce 2018 vycházelo průměrně více než 15 tisíc na pacienta ve věku nad 60 let a pouze necelé 4 tisíce na dospívající ve věku 15-19 let.

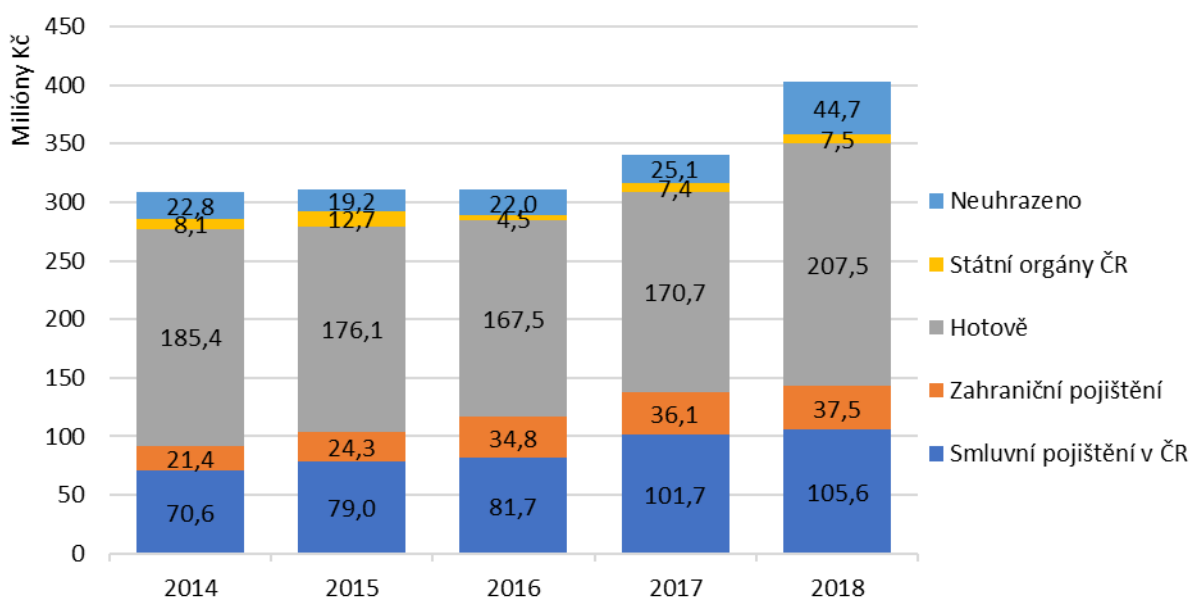
5.4 Způsob úhrady nákladů na zdravotní péči o cizince v nemocnicích ČR

V rámci úhrad zdravotní péče poskytnuté cizincům tvořila v roce 2018 nejvyšší podíl platba ze zahraničního pojištění, kterou využilo sice pouze 26 % pacientů, tj. 21 tis. osob, ale v hodnotovém vyjádření činil podíl zahraničního pojištění 34 % objemu úhrad (341 mil. Kč). Z hlediska počtu osob byly náklady nejčastěji hrazeny v hotovosti, a to v případě 47 % pacientů (56 tis. osob). Platba hotově tvořila celkem sumu 341 mil. Kč, což bylo 33 % celkových nákladů za cizince. Z grafu č. 26 je patrné, že třetím

5. Zdravotní péče o cizince z dat ročního výkazu V (MZ) 1-01

nejčastějším zdrojem úhrad bylo využití smluvního pojištění v ČR, což se týkalo 25 tis. osob (21 %) v celkové hodnotě 243 mil. Kč (24 %). Podíl pacientů ze zemí EU, kterým byla poskytnuta zdravotní péče hrazená zahraničním pojištěním (zahrnuje i možnost uplatnění zdravotního pojištění v rámci EU, Nařízení Rady EHS 1408/71 a následné předpisy), činil na celkovém počtu pacientů z EU 43 %, tj. 26 tisíc osob. Hodnota úhrad ze zahraničního pojištění za pacienty ze zemí EU dosáhla 51 % celkových nákladů na cizince z EU, tj. téměř 313 mil. Kč.

Graf č. 26 **Vývoj nákladů na zdravotní péči za cizince ze zemí mimo EU dle způsobu úhrady v nemocnicích ČR v letech 2014–2018**



Zdroj: ÚZIS ČR, Roční výkaz V (MZ) 1-01

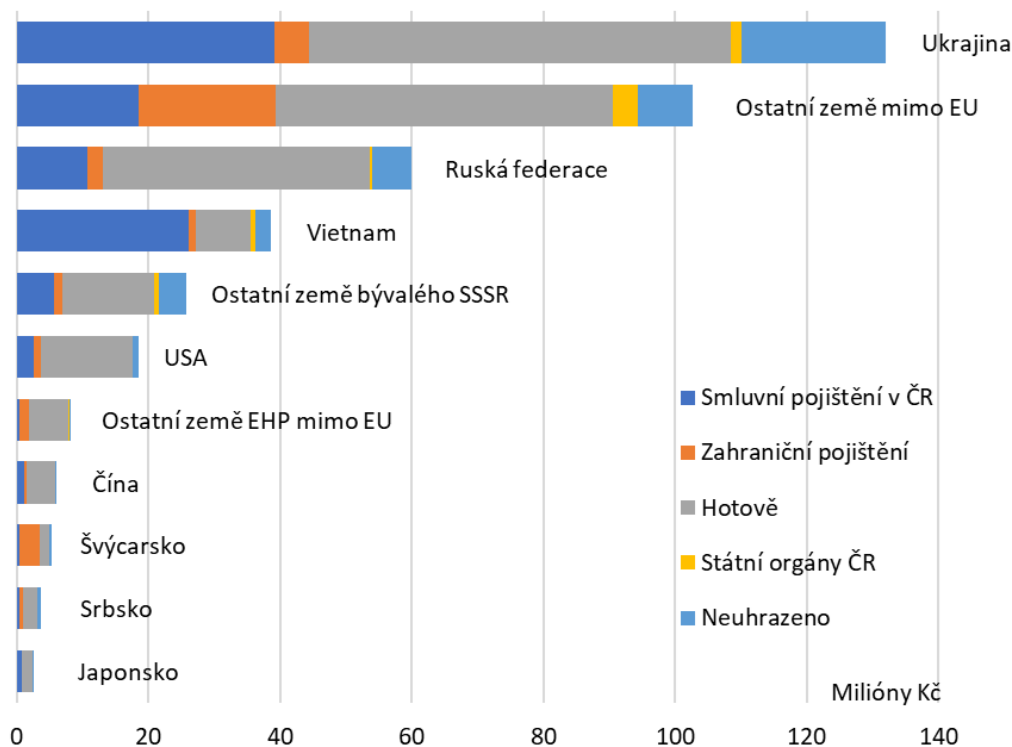
Tabulka č. 42 **Náklady na zdravotní péči o cizince v nemocnicích ČR dle občanství a způsobu úhrady v roce 2018 (v tis. Kč)**

země původu	náklady v tis. Kč celkem	zdravotní péče poskytnutá cizincům (v tis. Kč)					
		uhrazena				neuhrazena	
		ze smluvního pojištění v ČR	ze zahra- ničního pojištění	hotově	státními orgány	celkem	z toho po lhůtě splatnosti
cizinci celkem	1 021 139	243 344	350 091	341 329	9 701	76 674	49 284
země EU celkem	618 347	137 791	312 613	133 813	2 161	31 969	20 960
země mimo EU celkem	402 792	105 553	37 479	207 516	7 540	44 704	28 324
ostatní země EHP mimo EU	8 101	398	1 378	5 978	274	73	48
Švýcarsko	5 229	418	3 090	1 431	2	288	271
Srbsko	3 639	375	587	2 121	76	481	419
Ruská federace	59 906	10 735	2 277	40 658	313	5 923	812
Ukrajina	131 962	39 129	5 214	64 200	1 494	21 926	15 752
Ostatní země bývalého SSSR	25 796	5 590	1 351	13 955	668	4 232	2 851
Čína	5 954	1 193	222	4 340	33	167	102
Vietnam	38 529	26 032	1 221	8 318	743	2 215	1 673
Japonsko	2 434	689	149	1 471	2	123	116
USA	18 570	2 549	1 067	13 891	87	975	646
ostatní země mimo EU a EHP	102 671	18 445	20 923	51 154	3 848	8 301	5 635

Zdroj: ÚZIS ČR, Roční výkaz V (MZ) 1-01

V případě cizinců ze zemí mimo EU vzrostl celkový objem nákladů za poslední tři roky téměř o 30 % - viz předcházející tabulkový přehled č. 42. V přepočtu na pacienty se v tomto období zvýšil průměrný náklad na pacienta ze zemí mimo EU o 18 % z 5,7 tisíc na 6,8 tisíc. Z hlediska úhrad se od roku 2014 nejvíce zvýšil objem neuhrazené péče, a to téměř na dvojnásobek (11 %). O 75 % dále vzrostl objem úhrad ze zahraničního pojištění s podílem 9 % v roce 2018. Téměř o polovinu a největší objem peněz se zvýšily úhrady ze smluvního pojištění v ČR, které tak v roce 2018 pokryly 26 % nákladů. Přesto je u cizinců ze zemí mimo EU s podílem 52 % nákladů stále nejvýznamnějším způsobem úhrady hotovost. V uvedeném období stagnovaly pouze úhrady ze strany státních orgánů ČR.

Zdravotní péče poskytnutá cizincům si v roce 2018 vyžádala náklady v celkové výši 1,021 miliardy Kč, z toho pouze 39 % (403 mil. Kč) představovaly náklady na pacienty ze zemí mimo EU. Nejvyšší náklady byly vynaloženy za občany Slovenska (343 mil. Kč), Ukrajiny (94,7 mil. Kč) a Německa (75,4 mil. Kč). V rámci zemí mimo EU představují Ukrajinci nejčastější pacienty v nemocnicích ČR (33 %) a kromě široké skupiny blíže nespecifikovaných cizinců ze zemí mimo EU a EHP, která tvořila čtvrtinu všech úhrad, jsou druhou nejvýznamnější skupinou občané Ruské federace s objemem 59,9 mil. Kč (15 %). Následují je Vietnamci s nákladem 38,5 mil. Kč (9,6 %). Pokud přepočteme náklady na osoby, tak nejvyšší průměrný náklad 11,4 tisíce vyšel na občany Srbska a následně 10,3 tisíce na občany Švýcarska.

Graf č. 27 **Náklady na cizince ze zemí mimo EU dle občanství a věkových skupin v nemocnicích ČR v roce 2018**

Zdroj: ÚZIS ČR, Roční výkaz V (MZ) 1-01

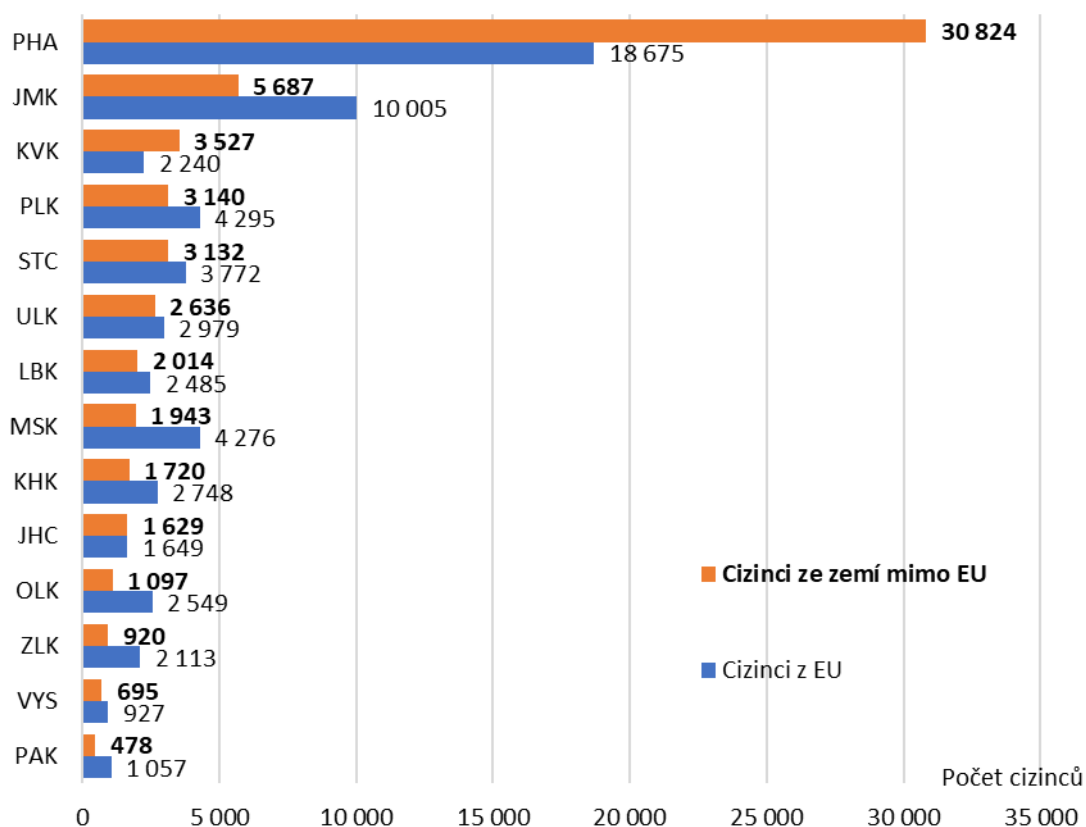
Co se týče způsobu úhrady nákladů za pacienty ze zemí mimo EU, byly v roce 2018 mezi jednotlivými národnostmi významné rozdíly. Smluvní pojištění v ČR využívali z 68 % Vietnamci a z 30 % Ukrajinci. Zahraniční pojištění bylo nejvíce využíváno k úhradě Švýcaři (59 %). V hotovosti vč. bankovního převodu hradili péči hlavně Američané (75 %), Číňané (73 %) a Rusové (68 %). Jak dokládá výše uvedený graf č. 27, největší podíl neuhrazených nákladů byl vykázán u Ukrajinců (17 %) a občanů ostatních zemí bývalého SSSR (16 %).

Rostoucí náklady na péči o cizince jsou i nadále kryty buď formou pojištění nebo hrazeny v hotovosti. V roce 2018 bylo takto uhrazeno téměř 92 % nákladů na péči o cizince (935 mil. Kč). Neuhrazené náklady v roce 2018 vzrostly o 62 % na 77 mil. Kč, tj. 7,5 % všech nákladů, z toho bylo po lhůtě splatnosti 49 mil. Kč oproti 28 mil. Kč v roce 2017. Zbývajících 9,7 mil. Kč (1,0 %) nákladů bylo za cizince uhrazeno státními orgány ČR. Nezaplacené pohledávky po lhůtě splatnosti za zdravotní péči poskytnutou 2,9 tis. cizincům činily k 31. 12. 2018 celkem 49,3 mil. Kč, což představuje 4,8 % celkových nákladů za zdravotní péči o cizince. U 1,5 tis. cizinců ze zemí EU nebylo ve lhůtě splatnosti uhrazeno téměř 21 mil. Kč (3,4 %) a u 1,4 tis. cizinců ze zemí mimo EU představovaly pohledávky po lhůtě splatnosti celkem 28,3 mil. Kč (7,0 %).

5.5 Čerpání zdravotní péče cizinci v nemocnicích v krajích ČR

V roce 2018 vyhledalo lékařskou péči u poskytovatelů lůžkové péče celkem 119,2 tisíc cizinců, z tohoto počtu bylo 59,4 tisíc osob (50 %) ze zemí mimo EU. Z pohledu územního rozložení bylo nejvíce cizinců ošetřeno v nemocnicích v hl. m. Praze, a to 49,5 tisíc osob (41 %). Následuje kraj Jihomoravský s 15,7 tisíci (13 %), Plzeňský s 7,4 tisíci (6 %), Středočeský s 6,9 tisíci (6 %) a Moravskoslezský 6,2 tisíci (5 %) osob – viz graf č. 28.

Graf č. 28 **Počty léčených cizinců dle příslušnosti k EU v nemocnicích ČR v roce 2018**



Zdroj: ÚZIS ČR, Roční výkaz V (MZ) 1-01

Tabulkový přehled č. 43 přináší informace o počtech ošetřených cizinců v nemocnicích v krajích ČR dle jejich věku. Co se týče cizinců ze zemí mimo EU, zaujímali v roce 2018 největší podíl 52 % pacienti, kterým byla poskytnuta péče v nemocnicích hl. m. Prahy, a to až (30,8 tisíc). S velkým odstupem následují nemocnice Jihomoravského kraje, kde bylo léčeno 5,7 tisíce cizinců (10 %). Nemocnice zbývajících krajů se podílely na péči o cizince ze zemí mimo EU méně než po 6 % na kraj. V hl. m. Praze bylo 67 % léčených cizinců ze zemí mimo EU v produktivním věku 20–59 let (20,7 tisíc), 15 % dětí mladších 15 let (4,6 tis.) a 10 % dospívajících do 20 let věku (3,0 tis.)

5. Zdravotní péče o cizince z dat ročního výkazu V (MZ) 1-01

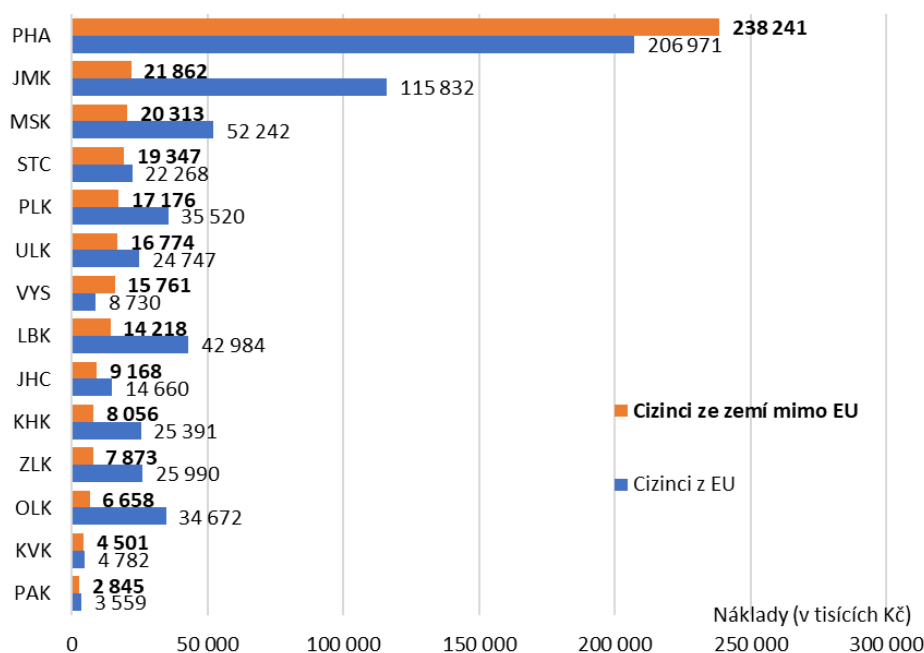
a pouze 8 % seniorů ve věku 60 a více let (2,5 tis.). V Jihomoravském kraji tvořili pacienti v produktivním věku až 80 % léčených cizinců ze zemí mimo EU (4,6 tisíc), 11 % děti, 4 % dospívající a pouze 5 % senioři. Z hlediska národností v hl. m. Praze největší podíl 28 % pacientů ze zemí mimo EU představovala široká skupina občanů ostatních zemí mimo EU a EHP a až poté s 27 % zaujímali Ukrajinci (8,2 tisíc), s 17 % Rusové (5,2 tisíc) a s 8,3 % Vietnamci (2,6 tisíc). V Jihomoravském kraji činil podíl Ukrajinských občanů na cizincích ze zemí mimo EU 36 % (2,0 tisíce), pak následoval podíl občanů ze zemí bývalého SSSR (12,4 %) a Ruských občanů (11,9 %).

Tabulka č. 43 **Počty ošetřených cizinců dle věku v nemocnicích ČR dle krajů v roce 2018**

země původu	počet cizinců celkem	věková skupina			
		0–14 let	15–19 let	20–59 let	60 a více
cizinci ze zemí mimo EU celkem	59 442	7 407	4 217	42 765	5 053
Hl. m. Praha	30 824	4 604	3 016	20 724	2 480
Středočeský	3 132	299	136	2 503	194
Jihočeský	1 629	170	88	1 192	179
Plzeňský	3 140	171	106	2 763	100
Karlovarský	3 527	122	160	2 201	1 044
Ústecký	2 636	415	101	1 887	233
Liberecký	2 014	168	42	1 728	76
Královéhradecký	1 720	111	119	1 388	102
Pardubický	478	155	36	265	22
Kraj Vysočina	695	57	34	548	56
Jihomoravský	5 687	619	245	4 560	263
Olomoucký	1 097	174	57	807	59
Zlínský	920	155	22	670	73

Zdroj: ÚZIS ČR, Roční výkaz V (MZ) 1-01

Náklady na cizince ze zemí mimo EU jsou ještě výrazněji lokalizovány v hl. m. Praze oproti distribuci počtu cizinců v krajích. Hodnota nákladů v nemocnicích hl. m. Prahy v roce 2018 dosáhla 238 mil. Kč (59 %). Ve srovnání s tím činil druhý nejvyšší podíl pouze 5 % nákladů, a to 22 mil. Kč v Jihomoravském kraji. Přitom z hlediska výpočtu průměrných nákladů na osobu dosáhl největší hodnoty s 22,7 tisíci Kraj Vysočina a 10,5 tisíci Moravskoslezský kraj. Oproti tomu v hl. m. Praze průměrný náklad na osobu činil pouze 7,7 tisíc a v Jihomoravském kraji dokonce pouze 3,8 tisíc. Detailněji viz následující graf č. 29.

Graf č. 29 **Náklady na cizince dle příslušnosti k EU v nemocnicích ČR v roce 2018**

Zdroj: ÚZIS ČR, Roční výkaz V (MZ) 1-01

Tabulka č. 44 **Náklady na zdravotní péči o cizince v nemocnicích v krajích ČR dle způsobu úhrady v roce 2018 (v tis. Kč)**

z původu	náklady v tis. Kč celkem	zdravotní péče poskytnutá cizincům (v tis. Kč)					
		uhrazena				neuhrazena	
		ze smluvního pojištění v ČR	ze zahraničního pojištění	hotově	státními orgány	celkem	z toho po lhůtě splatnosti
náklady za cizince ze zemí mimo EU	402 792	105 553	37 479	207 516	7 540	44 704	28 324
Hl. m. Praha	238 241	69 284	15 160	125 067	5 142	23 589	10 000
Středočeský	19 347	4 529	1 242	12 142	135	1 300	717
Jihočeský	9 168	2 068	1 376	4 219	-	1 505	1 500
Plzeňský	17 176	3 286	33	8 811	895	4 151	2 529
Karlovarský	4 501	406	1 043	2 873	-	179	175
Ústecký	16 774	4 459	2 206	4 820	51	5 237	5 162
Liberecký	14 218	465	4 170	8 588	45	950	919
Královéhradecký	8 056	3 487	506	3 586	24	453	431
Pardubický	2 845	422	363	949	32	1 079	1 036
Vysočina	15 761	838	164	14 472	0	286	237
Jihomoravský	21 862	9 488	840	10 193	1 081	260	124
Olomoucký	6 658	2 015	30	3 450	2	1 161	1 074
Zlínský	7 873	1 781	3 577	693	-	1 822	1 703

Zdroj: ÚZIS ČR, Roční výkaz V (MZ) 1-01

Úhrady v hl. m. Praze mají obdobnou strukturu jako v celé ČR – viz předcházející tabulka č. 44. Převažuje způsob úhrady v hotovosti 52 %, následuje smluvní pojištění (29 %), zahraniční pojištění (6,4 %) a desetina nákladů nebyla uhrazena, v tom 4,2 % činily pohledávky po lhůtě splatnosti.

Z hlediska národnosti v rámci zemí mimo EU byl největší objem nákladů v hl. Praze vyúčtován cizincům ze zemí bývalého SSSR vyjma Ruska, a to až 73,6 mil. Kč (31 %). Pak teprve následovali Ukrajinci s 39,5 mil. Kč (17 %). V přepočtu na osobu vycházel průměrný náklad na osobu v hl. m. Praze nejvyšší na občany Srbska, a to až 32 tisíc, dále 31 tisíc na občany zemím bývalého SSSR vyjma Ruska a 23,5 tisíce na občany Číny.

5.6 Vztah dat o čerpání zdravotní péče cizinci v nemocnicích ČR z dat výkazu V (MZ) 1-01 a NRHOSP

Data z tohoto výkazu se částečně překrývají s daty Národního registru hospitalizovaných. Přesto použitá data o hospitalizacích z dat NRHOSP a léčených pacientech z dat výkazu V (MZ) 1-01 nelze navzájem jednoznačně srovnávat, a to z těchto důvodů. Data z NRHOSP se týkají pouze hospitalizovaných cizinců, a nikoliv ambulantně léčených pacientů, kteří vyhledali tento druh zdravotních služeb v zařízení lůžkové péče. NRHOSP nerozlišuje a nesleduje způsob úhrady péče a zahrnuje jak lůžkovou péči hrazenou z vlastních zdrojů cizince, tak lůžkovou péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. NRHOSP se neomezuje pouze na nemocnice, ale sleduje poskytované zdravotní služby v rámci všech poskytovatelů lůžkové péče vyjma lánů a ozdraven.

Oproti tomu rozsah dat z výkazu V1 je oproti NRHOSP nižší v tom, že zahrnuje pouze péči o pacienty a náklady, které nejsou hrazeny ze zákonného zdravotního pojištění pojišťovnami ČR a data poskytují pouze poskytovatelé lůžkové péče typu nemocnice. Na druhou stranu výkaz V1 zahrnuje větší rozsah péče oproti NRHOSP, protože se neomezuje pouze na lůžkovou péči, ale měl by odrážet i péči ambulantní.

6. Národní registr reprodukčního zdraví (NRRZ)

Národní registr reprodukčního zdraví sdružuje pět modulů Novorozence, Rodička, Potraty, Vrozené vady a Asistovaná reprodukce. Toto spojení umožňuje lepší provázanost a hodnocení kvality poskytované péče v oblasti reprodukčního zdraví. Ačkoliv se jedná o jeden registr, tak v této publikaci bude každá jeho část rozebírána zvlášť, jelikož jednotlivé analýzy vycházejí vždy z jednoho registru. Jednotlivé specifikace modulů jsou popsány níže. Cizince lze v registru identifikovat pomocí státního občanství, kódu obce bydliště a rodného čísla. Analýzy zde uvedené používají k identifikaci cizince položku státní občanství.

V každé níže uvedené části je nejdříve představen registr. Je uvedeno jeho legislativní zakotvení a jsou vymezené důležité termíny pro analýzy. Dále je popsáno, jak lze v registru identifikovat cizince. Na závěr jsou zhodnoceny výsledky zde provedených analýz.

6.1 Národní registr potratů

Sběr údajů týkajících se potratů v České republice má dlouholetou tradici a je nezbytnou součástí demografických a perinatologických informací. Národní registr reprodukčního zdraví – Potraty (NRRZ – Potraty) je celoplošným populačním registrem, který navazuje na Informační systém Potraty, který byl provozovaný v ÚZIS ČR od roku 1960. V elektronické podobě jsou údaje z tohoto registru dostupné od roku 1994.

Vstupním formulářem pro informace o potratech je tiskopis „Žádost o umělé přerušení těhotenství (UPT), hlášení potratu a mimoděložního těhotenství“. Hlášení je povinné a podléhá mu jak české státní příslušnice s trvalým bydlištěm na území ČR, tak i cizinky bez ohledu na formu a délku pobytu.

Povinnost hlásit všechny druhy potratů vyplývá z legislativních norem. Definice potratů byly dány vyhl. MZ 11/1988 Sb., o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky, kterou zrušil zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotnických službách). V současné době platná definice vychází ze Závazných pokynů Národního zdravotnického informačního systému (NZIS):

1. **potratem rozumí ukončení těhotenství ženy**, při němž:
 - a) plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 500 g a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů,
 - b) z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu, anebo těhotenská sliznice.
2. **potratem rozumí též ukončení mimoděložního těhotenství anebo umělé přerušení těhotenství provedené podle zvláštních předpisů** (Zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Vyhláška MZ ČSR č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství).

Druh potratu

1. samovolný: spontánní vypuzení plodu z dělohy před ukončením 22. týdne těhotenství.

2. mimoděložní těhotenství (MDT): umělé ukončení mimoděložního těhotenství.

Vzniká při uhnízdění oplodněného vajíčka mimo dělohu, většinou ve vejcovodu, popř. též ve vaječníku či dutině břišní.

3. umělé přerušování těhotenství (UPT): se provádí na základě písemné žádosti ženy. V této publikaci se UPT rozlišují na miniinterrupce a interrupce po 8. t. t. (jiné legální UPT).

Miniinterrupce jsou umělé ukončení těhotenství prováděné vakuovou aspirací. Tato metoda je pro ženu šetrnější a lze ji provést v raném stádiu těhotenství, tj. do sedmého týdne u prvorodičky a do osmého týdne u druhorodičky.

Interrupce po 8. t. t. zahrnuje ukončení těhotenství jinou metodou než interrupcí do 12 t. t. a u zdravotních důvodů do 24. t. t. Po uplynutí 12 týdnů těhotenství, jen je-li ohrožen život ženy, nebo je prokázáno těžké poškození plodu, nebo je prokázáno, že plod je neschopen života. Nepatří sem ukončení mimoděložního těhotenství.

4. ostatní potraty: tj. potrat, který si žena přivodila sama nebo potrat provedený či iniciovaný nedovoleně jinou osobou - jedná se převážně o tzv. kriminální potraty.

Povinnému hlášení podléhají **všechny druhy potratů** (samovolné, miniinterrupce, ostatní umělá přerušování těhotenství a ostatní potraty vč. případů ukončení mimoděložního těhotenství) provedené v zařízeních poskytovatelů lůžkové péče v ČR nebo v něm ošetřené po potratu mimo lůžkové zařízení.

Povinné hlášení o potratu se vyplňovalo/vyplňuje za **ženy s trvalým pobytem na území ČR a za cizinky s trvalým nebo dlouhodobým pobytem na území ČR**. Takto jsou data publikována a předávána na Český statistický úřad. **Od roku 2005** jsou sledovány navíc **i cizinky s krátkodobým pobytem na území ČR**. Data o **cizinkách s krátkodobým pobytem** nejsou publikována v oficiálních počtech o potratech ČR.

Identifikátor státní příslušnosti se v průběhu let lišil. Do roku 2015 se sledovala státní příslušnost (položka **Občan příslušnost k EU**) s hodnotami – 1 "občan ČR", 2 "občan zemí EU" a 3 "občan zemí mimo EU". Od roku 2016 se sleduje položka **Státní občanství**, kde se vybírá z číselníku zemí. Je možné zvolit možnost 99 „ostatní země, neudáno“. Cizinky s touto možností státního občanství jsou započítány v celkových počtech cizinek.

Cizinky lze dále rozeznat podle kódu obce, který odpovídá číselníku ČSÚ. U cizinek, které mají v ČR trvalý nebo dlouhodobý pobyt (na víza nad 90 dní, na zvláštní víza, s přiznaným statutem uprchlíka, se statutem žadatele o azyl) se trvalé bydliště vyplňuje stejně jako u občanek ČR. U cizinek na víza do 90 dnů se místo kódu obce uvádí konstanta 999999. Shodný kód se použije u osob s českým občanstvím, které dlouhodobě (vízum nad 90 dní) pobývají mimo ČR. U bezdomovkyň se místo kódu obce uvádí konstanta 888888.

Cizinky v registru lze identifikovat také pomocí rodného čísla. Akceptovatelné formáty se v průběhu let lišily. Do roku 2015 byla akceptována pojišťovací rodná čísla. Rodné číslo bylo nutné vyplnit přesně a celé. Cizinky s trvalým pobytem na území České republiky mají rovněž přiděleno rodné číslo (zapsáno v povolení k trvalému pobytu v ČR). U cizinek s jiným než trvalým pobytem se vytvořila pouze datová část. Do koncovky se vložila konstanta 9999. V rodném čísle pojištěné cizinky nebo zaměstnankyně bez trvalého pobytu v ČR se výjimečně mohly vyskytnout na 5. a 6. pozici (dvojčíslí dne narození) den narození zvýšený o 50 (tj. v intervalu 51–81) nebo 3. a 4. pozice (dvojčíslí měsíce narození) mohla nabýt hodnot v intervalu 70–99 (RČ přiděleno podle metodiky VZP).

V letech 2016–2019 nebyla akceptována pojišťovací rodná čísla. U občanek České republiky se uvádí v tomto období přesně podle občanského průkazu nebo podle jiného dokladu určujícího totožnost (rodný list, osobní průkaz u vojáků z povolání, identifikační karta zdravotní pojišťovny). Cizinky s trvalým pobytem na území České republiky mají rovněž přiděleno rodné číslo (zapsáno v povolení k trvalému pobytu v ČR). U cizinek s jiným, než trvalým pobytem se vytvořila pouze datová část. Do koncovky se vkládala dle metodiky konstanta 9999. Od konce roku 2019 jsou v registru akceptována evidenční pojišťovací rodná čísla.

V analýze potratů cizinek ze zemí mimo EU je nejprve zobrazen vývoj počtu potratů podle druhu v ČR a potratů zkoumaných cizinek v ČR. Dále jsou analyzovány potraty za rok 2018. Nejprve je zobrazeno územní rozložení dle bydliště pacientky. U cizinek s krátkodobým pobytem se nevyplňuje bydliště (je uvedena konstanta 999999), tudíž nemohou být zhodnoceny podle kraje bydliště. Cizinky s krátkodobým pobytem jsou analyzovány podle kraje zdravotnického zařízení, kde byl výkon proveden. V hlášení o potratu je uvedeno zdravotnické zařízení, kde byl potrat proveden a které potrat provedlo, tato dvě iča se mohou lišit. Dále jsou analyzovány potraty podle věku pacientky. Na závěr jsou ukázány uměle přerušená těhotenství podle státního občanství cizinek s trvalým nebo dlouhodobým pobytem na území ČR ze zemí mimo EU.

V posledních letech pokračuje v České republice kontinuální pokles umělé potratovosti, oproti tomu narůstá samovolná potratovost. Samovolná potratovost je oproti umělé odrazem zdravotního stavu těhotných. Její nárůst je významně ovlivňován stále stoupajícím věkem rodiček. K nárůstu samovolné potratovosti dochází zejména z důvodu stoupajícího věku těhotných.

Potraty cizinek s dlouhodobým nebo trvalým pobytem na území ČR ze zemí mimo EU tvoří v roce 2018 3,0 % potratů. Potraty cizinek mají mírně odlišnou strukturu podle druhu než potraty českých občanek. V posledních letech se ale každoročně struktura potratů cizinek pomalu přibližuje struktuře potratů českých občanek. Větší část u nich představují interrupce. Nejvyšší podíl cizinek s trvalým nebo dlouhodobým pobytem ze zemí mimo EU na všech uměle přerušovaných těhotenstvích v kraji v roce 2018 byl v hl. m. Praze a činil 11,6 % (republikový průměr je 3,2 %). U cizinek ze zemí mimo EU tvoří v roce 2018 UPT 60,2 % (oproti 50,9 % u českých občanek) a samovolné potraty tvoří 35,9 % (oproti 37,1 % u českých občanek). Trend nárůstu samovolných potratů vykazují také cizinky s dlouhodobým nebo trvalým pobytem ze zemí mimo EU.

Nejvíce potratů cizinek v roce 2018, stejně jako v předchozích letech, bylo hlášeno v Praze a ve Středočeském kraji, což jsou kraje s nejvyššími počty cizinců. Potratů cizinek s trvalým nebo dlouhodobým pobytem ze zemí mimo EU bylo hlášeno 424 v hl. m. Praha a 115 ve Středočeském kraji.

Stejně jako se trvale zvyšuje věk matek při porodu, zvyšuje se i věk žen při potratu. Nejvíce potratů bylo v roce 2018 hlášeno u žen ve věku 30–34 let. U cizinek s dlouhodobým nebo trvalým pobytem na území ČR ze zemí mimo EU je tomu také tak.

V roce 2018 nejvyšší zastoupení na uměle přerušovaných těhotenstvích cizinek s trvalým nebo dlouhodobým pobytem ze zemí mimo EU tvořily UPT žen z Ukrajiny (35,8 %), dále z Vietnamu (20,9 %) a Ruska (9,3 %). V celkových počtech v následujících tabulkách jsou započteny potraty bezdomovkyň.

6. Národní registr reprodukčního zdraví

Tabulka č. 45 **Vývoj potratů českých občerek a cizinek s trvalým nebo dlouhodobým pobytem na území ČR podle druhu v letech 2009–2018**

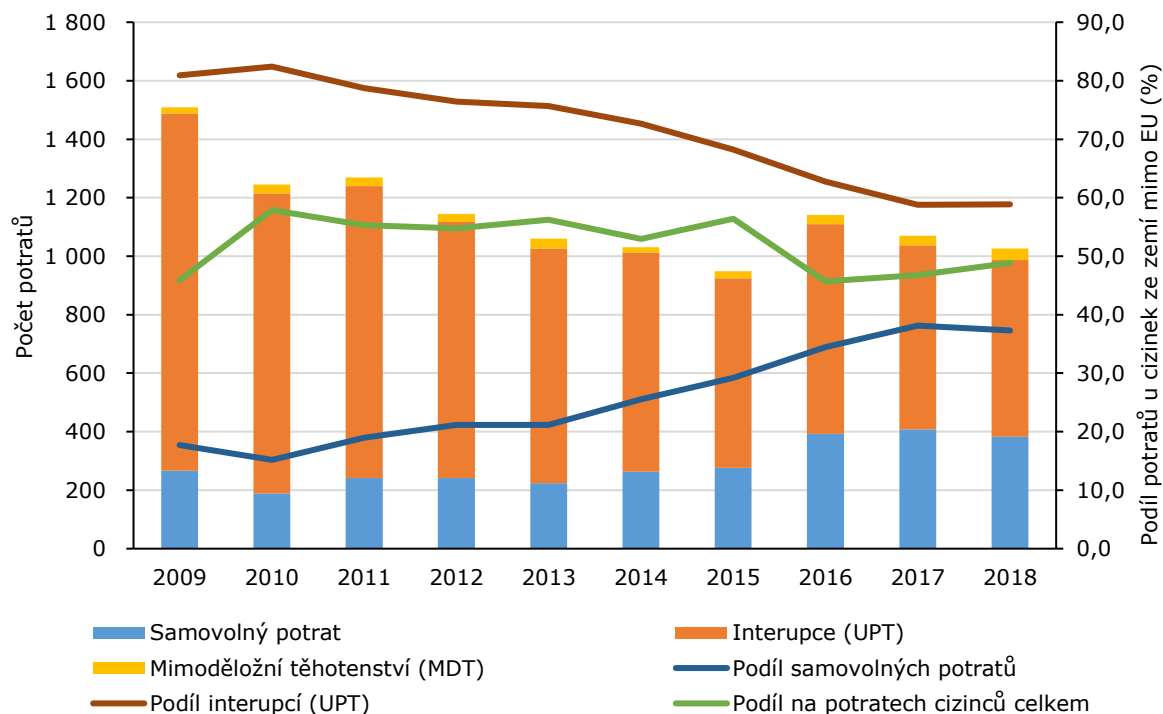
rok	české občanky a cizinky s trvalým nebo dlouhodobým pobytem						
	samovolné	umělá přerušení těhotenství				mimodělož. těhot. (MDT)	potraty celkem vč. ostatních
		miniinterupce	jiné legální	celkem	z toho ze zdrav. důvodů		
2009	14 629	18 211	6 425	24 636	4 567	1 263	40 528
2010	13 981	17 797	6 201	23 998	4 423	1 287	39 273
2011	13 637	17 701	6 354	24 055	4 400	1 172	38 864
2012	13 516	16 768	6 264	23 032	4 488	1 186	37 734
2013	13 708	16 439	6 275	22 714	4 350	1 265	37 687
2014	13 857	15 664	6 229	21 893	4 430	1 207	36 957
2015	14 082	14 413	5 990	20 403	4 114	1 276	35 761
2016	14 212	13 847	6 559	20 406	4 228	1 300	35 921
2017	14 190	13 296	6 119	19 415	3 918	1 405	35 012
2018	13 328	12 649	5 649	18 298	3 716	1 321	32 952
rok	z toho cizinky s trvalým nebo dlouhodobým pobytem						
	samovolné	umělá přerušení těhotenství				mimodělož. těhot. (MDT)	potraty celkem vč. ostatních
		miniinterupce	jiné legální	celkem	z toho ze zdrav. důvodů		
2009	698	1 732	536	2 268	186	54	3 020
2010	591	1 504	486	1 990	174	78	2 659
2011	621	1 460	425	1 885	195	65	2 571
2012	599	1 237	422	1 659	193	61	2 319
2013	608	1 121	373	1 494	212	69	2 171
2014	581	952	385	1 337	205	37	1 955
2015	645	894	301	1 195	152	69	1 909
2016	625	763	328	1 091	180	57	1 773
2017	656	694	287	981	175	54	1 691
2018	637	699	317	1 016	193	59	1 712

Tabulka č. 46 **Vývoj potratů cizinek (s dlouhodobým nebo krátkodobým pobytem) v ČR dle příslušnosti k EU a druhu potratu v letech 2009–2018**

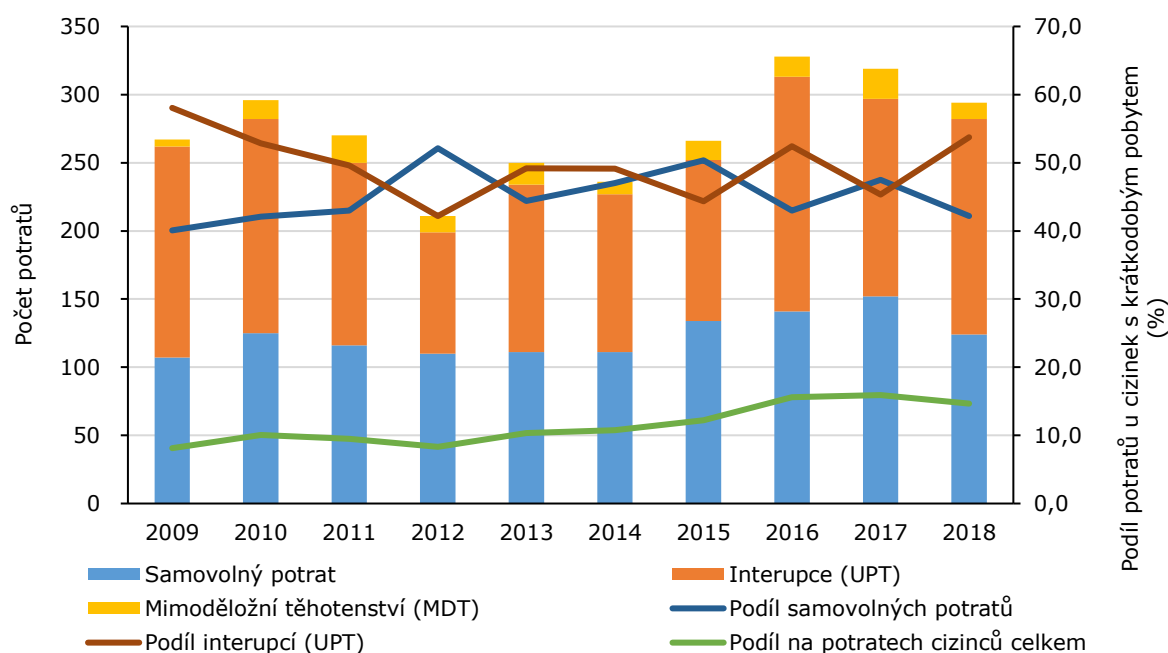
rok	cizinky celkem						
	samovolné	umělá přerušení těhotenství				mimodělož. těhot. (MDT)	potraty celkem vč. ostatních
		miniinterupce	jiné legální	celkem	z toho ze zdrav. důvodů		
2009	805	1 844	579	2 423	203	59	3 287
2010	716	1 607	540	2 147	194	92	2 956
2011	737	1 547	472	2 019	215	85	2 841
2012	709	1 291	457	1 748	206	73	2 530
2013	719	1 203	414	1 617	231	85	2 421
2014	692	1 022	431	1 453	221	46	2 191
2015	779	958	355	1 313	170	83	2 175
2016	766	863	400	1 263	215	72	2 101
2017	808	778	348	1 126	200	76	2 011
2018	761	783	391	1 174	220	71	2 006
rok	z toho cizinky ze zemí EU						
	samovolné	umělá přerušení těhotenství				mimodělož. těhot. (MDT)	potraty celkem vč. ostatních
		miniinterupce	jiné legální	celkem	z toho ze zdrav. důvodů		
2009	538	884	318	1 202	123	38	1 778
2010	527	831	290	1 121	132	62	1 711
2011	496	771	249	1 020	136	56	1 572
2012	467	623	250	873	118	45	1 385
2013	495	587	228	815	129	51	1 361
2014	429	472	232	704	135	27	1 160
2015	502	465	201	666	82	59	1 227
2016	373	328	205	547	106	40	960
2017	400	304	193	497	98	43	941
2018	378	358	212	570	109	32	980
rok	z toho cizinky ze zemí mimo EU						
	samovolné	umělá přerušení těhotenství				mimodělož. těhot. (MDT)	potraty celkem vč. ostatních
		miniinterupce	jiné legální	celkem	z toho ze zdrav. důvodů		
2009	267	960	261	1 221	80	21	1 509
2010	189	776	250	1 026	62	30	1 245
2011	241	776	223	999	79	29	1 269
2012	242	668	207	875	88	28	1 145
2013	224	616	186	802	102	34	1 060
2014	263	550	199	749	86	19	1 031
2015	277	493	154	647	88	24	948
2016	393	535	195	716	109	32	1 141
2017	408	474	155	629	102	33	1 070
2018	383	425	179	604	111	39	1 026

Pozn.: Uvedené počty vývoje potratů cizinek odpovídají součtu potratů za cizinky s dlouhodobým a krátkodobým pobytem. Data neodpovídají oficiálně uváděným statistikám ÚZIS ČR, jelikož ty jsou publikované jen za cizinky s dlouhodobým pobytem.

Graf č. 30 **Potravy cizinek ze zemí mimo EU podle druhu potratu v ČR v letech 2009–2018**



Graf č. 31 **Potravy cizinek s krátkodobým pobytem na území ČR podle druhu potratu v ČR v letech 2009–2018**



Tabulka č. 47 **Vývoj potratů cizinek s krátkodobým pobytem v ČR podle druhu v letech 2009–2018**

rok	cizinky s krátkodobým pobytem na území ČR						
	samovolné	umělá přerušení těhotenství				mimodělož. těhot. (MDT)	potraty celkem vč. ostatních
		miniinterupce	jiné legální	celkem	z toho ze zdrav. důvodů		
2009	107	112	43	155	17	5	267
2010	125	103	54	157	20	14	297
2011	116	87	47	134	20	20	270
2012	110	54	35	89	13	12	211
2013	111	82	41	123	19	16	250
2014	111	70	46	116	16	9	236
2015	134	64	54	118	18	14	266
2016	141	100	72	172	35	15	328
2017	152	84	61	145	25	22	320
2018	124	84	74	158	27	12	294

Tabulka č. 48 **Potraty cizinek s krátkodobým pobytem podle druhu potratu a kraje zdravotnického zařízení v roce 2018**

cizinky s krátkodobým pobytem na území ČR					
kraj bydliště pacientky	samovolné potraty	umělá přerušení těhotenství	mimoděložní těhotenství	ostatní potraty	potraty celkem
Hl. m. Praha	30	10	2	-	42
Středočeský	19	33	3	-	55
Jihočeský	4	4	3	-	11
Plzeňský	31	26	-	-	57
Karlovarský	-	4	-	-	4
Ústecký	8	7	-	-	15
Liberecký	2	7	1	-	10
Královehradecký	5	7	-	-	12
Pardubický	1	1	1	-	3
Vysočina	-	-	-	-	-
Jihomoravský	2	3	-	-	5
Olomoucký	3	-	-	-	3
Zlínský	7	7	1	-	15
Moravskoslezský	12	49	1	-	62
celkem	124	158	12	-	294

6. Národní registr reprodukčního zdraví

Tabulka č. 49 **Potraty českých občanek a cizinek s trvalým nebo dlouhodobým pobytem podle druhu potratu a kraje bydliště pacientky v roce 2018**

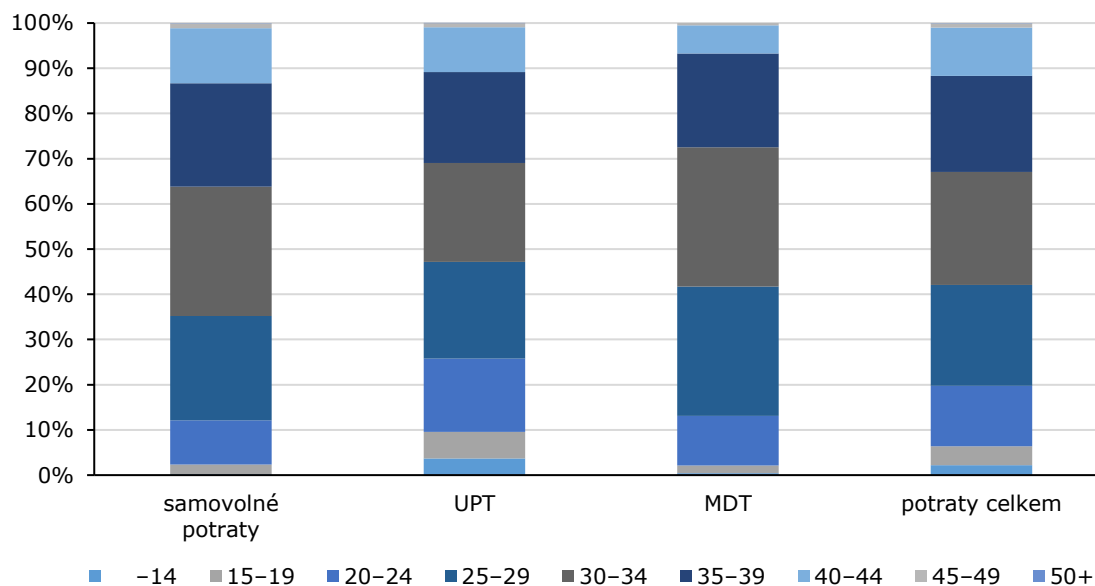
české občanky a cizinky s dlouhodobým nebo trvalým pobytem na území ČR					
kraj bydliště pacientky	samovolné potraty	umělé přerušení těhotenství	mimoděložní těhotenství	ostatní potraty	potraty celkem
Hl. m. Praha	1 593	2 345	166	-	4 104
Středočeský	1 572	2 466	194	-	4 232
Jihočeský	860	1 178	125	-	2 163
Plzeňský	771	859	33	-	1 663
Karlovarský	248	695	32	-	975
Ústecký	1 236	1 962	122	1	3 321
Liberecký	668	979	52	3	1 702
Královehradecký	675	871	95	-	1 641
Pardubický	594	689	56	-	1 339
Vysočina	591	676	68	-	1 335
Jihomoravský	1 281	1 822	115	-	3 218
Olomoucký	839	983	74	-	1 896
Zlínský	806	823	54	-	1 683
Moravskoslezský	1 593	1 950	135	1	3 679
celkem	13 328	18 298	1 321	5	32 952
z toho cizinky s trvalým nebo dlouhodobým pobytem na území ČR ze zemí mimo EU					
kraj bydliště pacientky	samovolné potraty	umělé přerušení těhotenství	mimoděložní těhotenství	ostatní potraty	potraty celkem
Hl. m. Praha	143	271	10	-	424
Středočeský	46	62	7	-	115
Jihočeský	11	26	5	-	42
Plzeňský	28	37	-	-	65
Karlovarský	15	24	2	-	41
Ústecký	22	49	1	-	72
Liberecký	19	20	3	-	42
Královehradecký	13	26	3	-	42
Pardubický	8	13	1	-	22
Vysočina	3	12	1	-	16
Jihomoravský	19	30	5	-	54
Olomoucký	7	7	-	-	14
Zlínský	11	6	-	-	17
Moravskoslezský	6	6	-	-	12
celkem	351	589	38	-	978

Pozn.: V celkových počtech jsou započítány potraty bezdomovkyň.

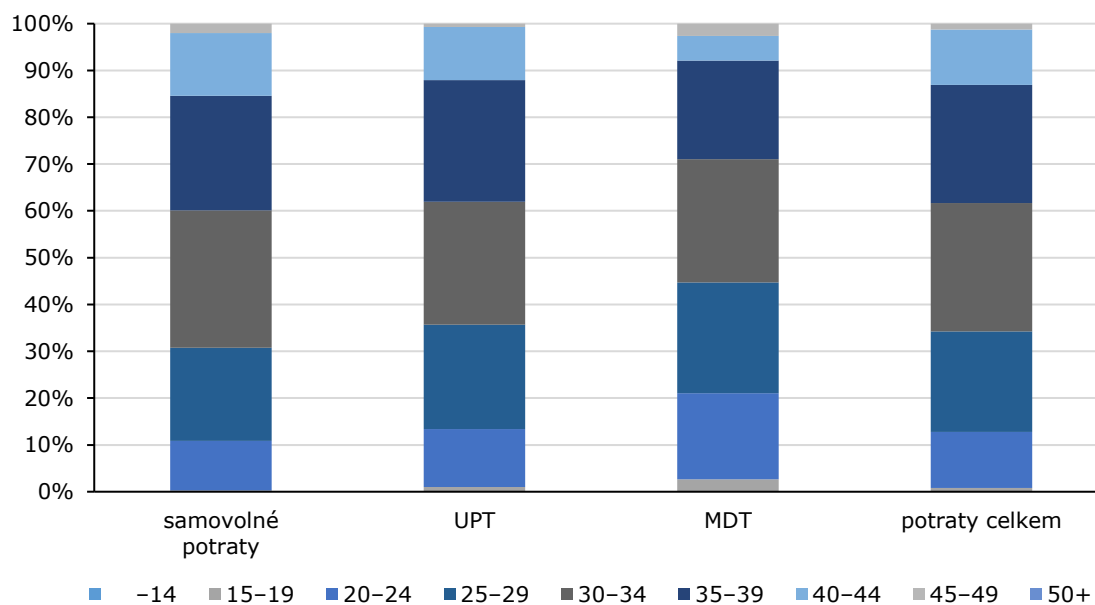
Tabulka č. 50 **Potraty českých občanek a cizinek s dlouhodobým pobytem na území ČR podle věku pacientky a druhu potratu v roce 2018**

české občanky a cizinky s dlouhodobým nebo trvalým pobytem na území ČR									
věk ženy	samo- volné potraty	umělá přerušená těhotenství					mimodě- ložní těho- tenství	ostatní potraty	potraty celkem
		mini- interupce	interupce po 8. t. t.	celkem	z toho ze zdr. důvodů	z toho farmako- logické UPT			
-14	27	321	359	680	664	25	6	-	713
15-19	282	703	373	1 076	41	317	22	-	1 380
20-24	1 305	2 006	960	2 966	187	832	145	1	4 417
25-29	3 077	2 648	1 257	3 905	485	1 031	378	1	7 361
30-34	3 816	2 767	1 234	4 001	597	1 028	407	2	8 226
35-39	3 043	2 729	955	3 684	556	972	274	-	7 001
40-44	1 622	1 348	472	1 820	1 074	367	82	1	3 525
45-49	146	124	36	160	108	25	7	-	313
50+	10	3	3	6	4	1	-	-	16
celkem	13 328	12 649	5 649	18 298	3 716	4 598	1 321	5	32 952
cizinky s dlouhodobým nebo trvalým pobytem na území ČR ze zemí mimo EU									
věk ženy	samo- volné potraty	umělá přerušená těhotenství					mimodě- ložní těho- tenství	ostatní potraty	potraty celkem
		mini- interupce	interupce po 8. t. t.	celkem	z toho ze zdr. důvodů	z toho farmako- logické UPT			
-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-19	1	5	1	6	-	4	1	-	8
20-24	37	46	27	73	6	18	7	-	117
25-29	70	100	31	131	13	47	9	-	210
30-34	103	105	50	155	26	39	10	-	268
35-39	86	106	47	153	17	32	8	-	247
40-44	47	51	16	67	44	9	2	-	116
45-49	7	4	-	4	2	1	1	-	12
50+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
celkem	351	417	172	589	108	150	38	-	978

Graf č. 32 **Potratty podle druhu a věku pacientky v roce 2018 – české občanky a cizinky s dlouhodobým nebo trvalým pobytem na území ČR**

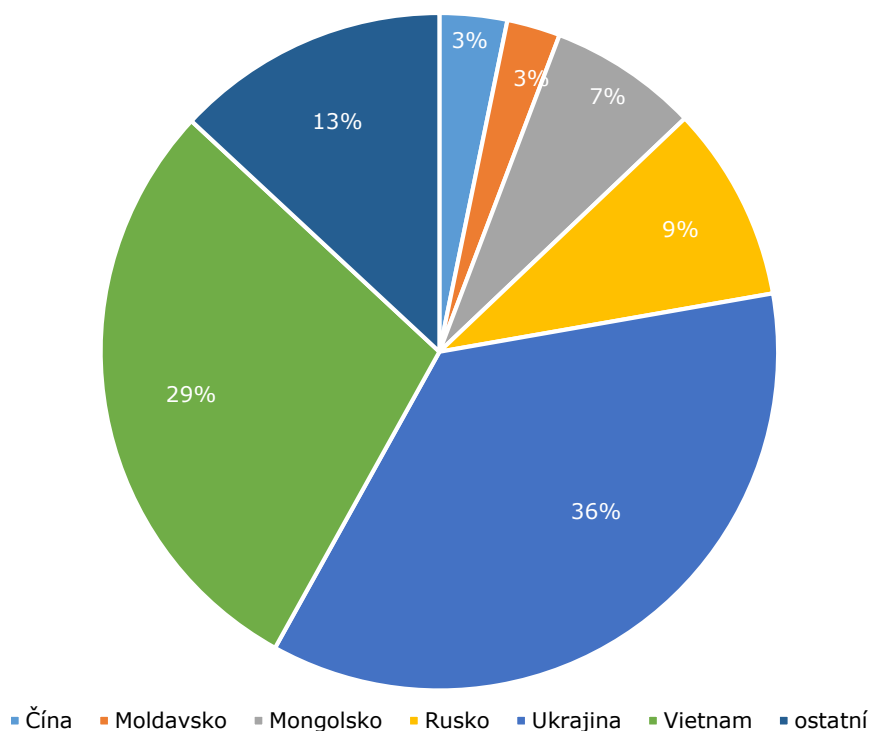


Graf č. 33 **Potratty podle druhu a věku pacientky v roce 2018 – cizinky s dlouhodobým nebo trvalým pobytem na území ČR ze zemí mimo EU**



Tabulka č. 51 **Potraty cizinek s krátkodobým pobytem na území ČR podle věku pacientky a druhu potratu v roce 2018**

cizinky s krátkodobým pobytem na území ČR									
věk ženy	samo- volné potraty	umělá přerušená těhotenství					mimodě- ložní těho- tenství	ostatní potraty	potraty celkem
		mini- interupce	interupce po 8. t. t.	celkem	z toho ze zdr. důvodů	z toho farmako- logické UPT			
-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-19	7	5	8	13	1	2	-	-	20
20-24	22	12	11	23	2	4	3	-	48
25-29	26	22	17	39	8	10	5	-	70
30-34	32	21	15	36	7	7	3	-	71
35-39	21	15	17	32	6	3	1	-	54
40-44	15	7	6	13	3	2	-	-	28
45-49	1	2	-	2	-	-	-	-	3
50+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
celkem	124	84	74	158	27	28	12	-	294

Graf č. 34 **Umělá přerušení těhotenství cizinek s dlouhodobým nebo trvalým pobytem na území ČR ze zemí mimo EU podle státního občanství v roce 2018**

6.2 Národní registr asistované reprodukce

Národní registr reprodukčního zdraví – Asistovaná reprodukce (NRRZ – Asistovaná reprodukce) je celoplošným populačním registrem. Tento modul je nejmladší z pěti registrů NRRZ, je v provozu od roku 2007. V rámci registru jsou evidovány ženy, u kterých byla zahájena ovariální stimulace nebo bylo zahájeno monitorování za účelem léčby sterility (sterility vlastní nebo sterility jiné ženy v případě darování oocytů) metodou mimotělního oplodnění (IVF) nebo příbuznými technikami, nebo za účelem provedení preimplantační genetické diagnostiky. Do registru jsou hlášeny údaje o umělém oplodnění, konkrétně o všech cyklech in vitro fertilizace (IVF/ICSI) a příbuzných metodách. Sledování NRAR zajišťuje nezbytné informace o způsobu, průběhu, výsledcích a případných komplikacích pro potřeby odborných zdravotnických pracovníků, MZ ČR, ZP i pro mezinárodní vykazování údajů. Získané informace umožňují hodnocení léčebných postupů a jsou využívány pro řízení a zkvalitňování péče o neplodné páry a pro realizaci státní politiky v oblasti asistované reprodukce a léčby sterility.

Právní předpisy související s NRRZ – Asistovaná reprodukce:

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 373/2016 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému
- Zákon č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů)
- Zákon č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů (zákon o lidských tkáních a buňkách), ve znění pozdějších předpisů
- Závazné pokyny NZIS – Metodický pokyn pro správné vyplnění položek registru – Národní registr asistované reprodukce <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nrar>.

Základní **sledovanou jednotkou** je **cyklus asistované reprodukce**. **Cyklus** je proces sledování/léčby směřující za pomoci metod asistované reprodukce k otěhotnění dané ženy, většinou v období od jedné menstruace k další. Cykly se rozlišují podle **cíle cyklu**.

Registr eviduje cykly s cílem **IVF**. V těchto cyklech bylo provedeno mimotělní oplození (in vitro fertilizace). Samo oplození se provádí buď přidáním spermií k vajíčku (což se označuje jako „oplození IVF“), nebo vpíchnutím spermií do vajíček (metoda ICSI). Tuto nejednoznačnost názvu „IVF“ zatím registr ve shodě se světovými registry respektuje. Embrya vzniklá v rámci mimotělního oplození náleží páru, který o jejich

vytvoření požádal, a to bez ohledu na to, zda zárodečné buňky k vytvoření embryí použité byly jejich vlastní, nebo přijaté spermie nebo oocyty, či obojí. Pokud se embrya zmrazí, bude následovat KET vlastních embryí (už embrya nepřijímají, jsou totiž už jejich).

Cyklus s cílem **KET** (kryoembryotransfer) je cyklus s transferem rozmražených embryí. Cyklus s cílem **ED** je poskytnutí oocytů jiné osobě. Cyklus **OoR** je akce reciproční k darování oocytů. V České republice přijímá oocyt vždy neplodný pár. Cyklus **EmR** je cyklus přijímací embryo jiného páru, které bylo primárně vytvořeno s cílem léčby jejich neplodnosti a pár se posléze rozhodl embryo nepoužít a darovat je jinému plodnému páru. Cyklus **Freez** má za cíl zamrazit všechny oocyty nebo embrya s cílem uchování plodnosti do budoucna. Cyklus **PGD** má za cíl provést preimplantační diagnostiku, jako samostatný cyklus byl evidován do roku 2015. Od roku 2016 je součástí kteréhokoliv cyklu.

Cizinky mohou být v registru identifikovány pomocí rodného čísla, státní příslušnosti a státu současného pobytu. Rodná čísla pacientek se evidují od roku 2013, v roce 2013 nebyla kontrolována. U cyklů s cílem darování vajíček se rodná čísla neuvádějí. Stejně jako tomu je v ostatních modulech NRRZ, byla i v asistované reprodukci do roku 2015 akceptována evidenční pojišťovací čísla, v letech 2016–2019 registr tato čísla nepřijímal a od konce roku 2019 tato čísla zase přijímá. Stát současného pobytu je v registru sbírán od roku 2016, stát je zde tedy nejnižší možnou sledovanou jednotkou, podle které lze analyzovat územní rozložení.

Identifikátor státní příslušnosti se v průběhu let lišil. Do roku 2015 se sledovala státní příslušnost (položka **Občan příslušnost k EU**) s hodnotami 1 "občan ČR", 2 "občan země EU" a 3 "občan země mimo EU", k této položce bylo také sledováno bydliště pacientky. Obec bydliště se v následujících letech již neeviduje. Od roku 2016 je evidováno státní občanství a země současného pobytu. V těchto dvou položkách je možno vybrat z číselníku zemí. Země současného pobytu může být jiná než země v položce Státní občanství. Přípustné je vyplnit možnost 99 „neudáno, ostatní země“. Tato možnost je v následujících tabulkách u cyklů od roku 2016 vyčleněna zvlášť.

Dostupné údaje jsou v současnosti od roku 2007 do roku 2017. Data v registru se uzavírají s dvouročním zpožděním, jelikož dle metodiky se vyplňují výsledky cyklů. Údaje jsou prezentovány **podle roku zahájení cyklu**. Registr primárně, jako je tomu všude jinde ve světě, **sleduje jednotlivé cykly asistované reprodukce**, nikoli jednotlivé pacientky. Měla-li **žena v jednom roce více cyklů**, je **započítána** v grafech a tabulkách **vícekrát**.

Analýza cizinek ze zemí mimo EU je zde provedena na základě položek státní příslušnost a stát bydliště pacientky. Jelikož se neeviduje kraj bydliště pacientky a počet center asistované reprodukce není v některých krajích větší než tři, není k dispozici územní rozložení podrobnější než za ČR.

Nejprve jsou zde prezentovány tabulky a grafy za vývoj počtu cyklů podle státní příslušnosti pacientky a cíle cyklu. Následně je uvedeno porovnání cílů cyklů podle státní příslušnosti pacientky a státu bydliště pacientky u cyklů zahájených v roce 2016 a 2017. Závěrem jsou prezentované cykly zahájené v roce 2017 podle věku pacientky a státní příslušnosti/bydliště pacientky. Cykly s cílem Ed nejsou podle věku analyzovány, jelikož jsou prováděny převážně českým pacientkám.

Počty klasických „IVF“ cyklů v ČR jsou relativně stabilní. Narůstá počet ostatních cyklů. Zatímco dárkyněmi vajíček jsou téměř vždy občanky ČR, příjemkyněmi vajíček jsou naopak v naprosté většině cizinky. U cyklů s cílem OoR zahájených v roce 2017 tvořily cykly pacientek se státním občanstvím ze zemí mimo EU 15,76 %, v roce 2010

6. Národní registr reprodukčního zdraví

to bylo dokonce 20,22 %. Trend odpovídá všeobecně známé skutečnosti, že Česko je cizinkami vyhledáváno jako zdroj darovaných vajíček, což je spojeno s tím, že uvedená léčba je v ČR povolena, a s dostupností dárkyň v systému anonymního darování.

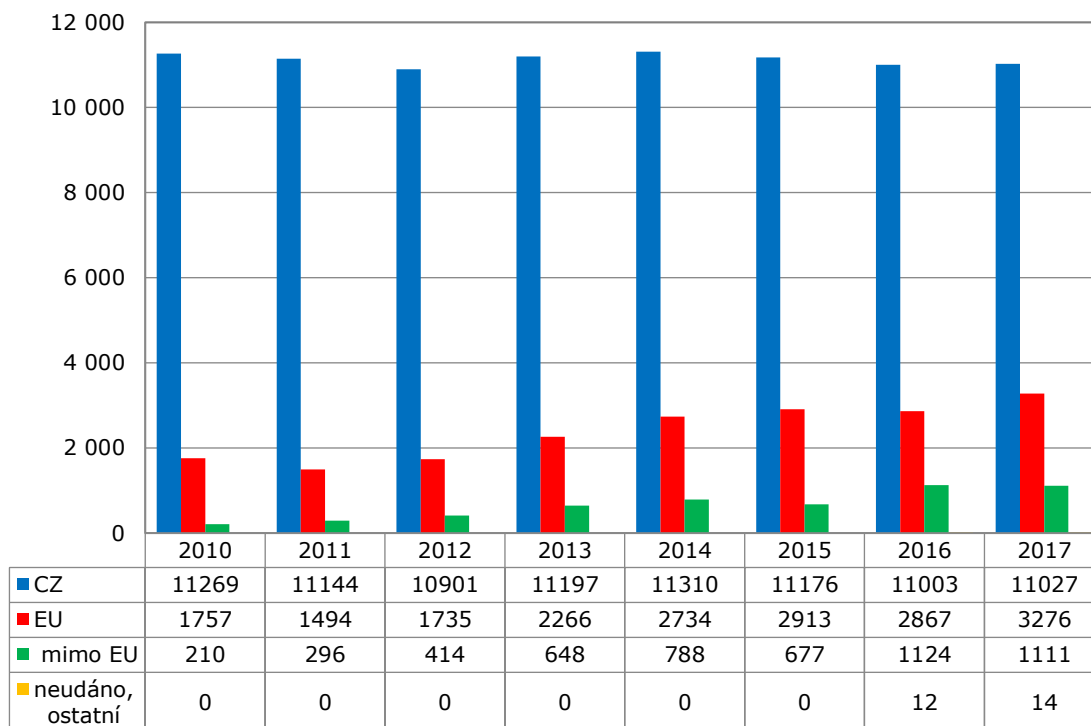
Je jednoznačně prokázáno, že **výsledek** asistované reprodukce **závisí na věku ženy**. U všech cílů cyklů pacientek ze zemí mimo EU zahájených v roce 2017 tvoří pacientky ve věku 40+ vyšší zastoupení, než je tomu u českých občanek. Nejvíce patrné je to u cyklů s cílem KET, OoR a Freez. U cyklů s cílem KET tato věková kategorie těchto cizinek tvořila 52,3 %, oproti tomu jen 12,9 % u českých občanek. Cykly OoR těchto cizinek ve věkové kategorii 40+ tvořily 71,9 %, u českých občanek to bylo 50,1 %. U cyklů cílem IVF už netvoří pacientky ve věku 40+ tak výraznější zastoupení oproti českým občankám. Cykly ve věku 40+ měly podíl 28,4 % u cyklů cizinek, oproti 16,0 % u občanek ČR.

Cykly s cílem otěhotnět (IVF, KET, OoR a EmR) v roce 2017 podstoupilo 2 258 cizinek ze zemí mimo EU. Z toho cykly s cílem IVF (mimotělní oplození) byly provedeny u 793 pacientek ze zemí mimo EU a cykly s cílem KET (kryobryotransfer) byly zahájeny u 630 pacientek. Cykly s cílem Freez (zamrazit vše) podstoupilo 118 těchto cizinek. Jednotlivé cizinky byly definovány pomocí rodného čísla, kontrolní koncovky cyklu (první čtyři písmena příjmení pacientky) a státu současného pobytu. Rodné číslo cizinek je v registru tvořeno pomocí koncovky 9999. Pokud by se dvě cizinky narodily ve stejný den, měly stejná čtyři písmena příjmení a stejnou zemi pobytu, bude započítána jen jedna. Zároveň pokud při předání dat do registru došlo k překlepu v kontrolní koncovce, byla by pacientka započítána duplicitně.

Tabulka č. 52 **Cykly s cílem "IVF – mimotělní oplodnění" (včetně "PGD" – preimplantační diagnostika do roku 2015) podle státního občanství pacientky a roku zahájení cyklu v letech 2010-2017**

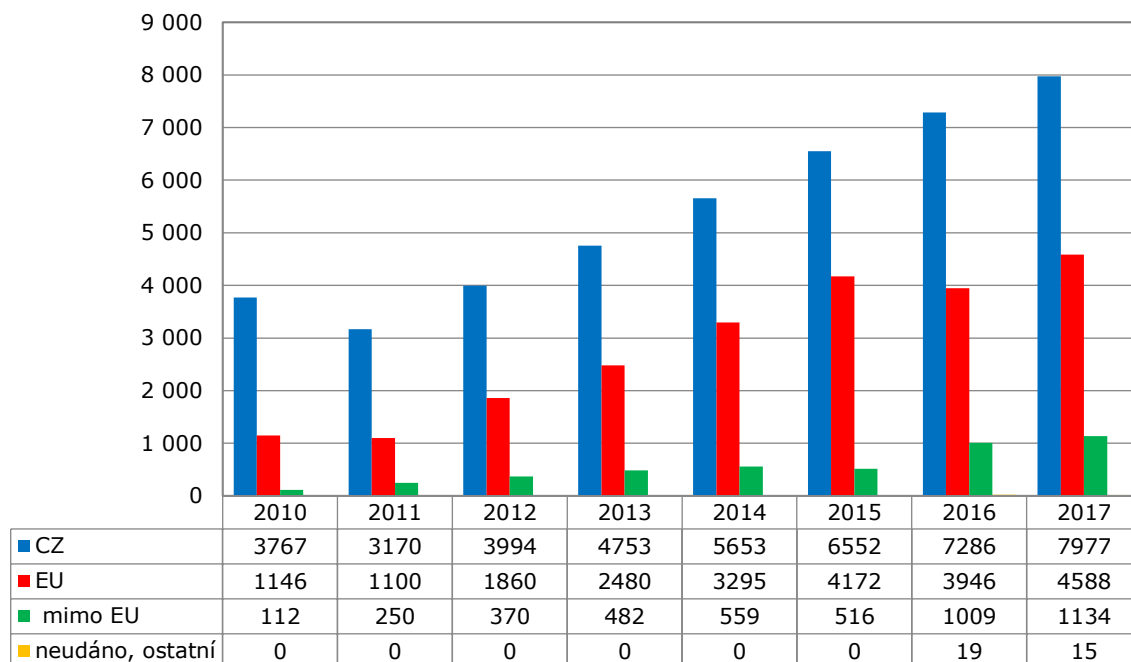
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CZ	11 269	11 144	10 901	11 197	11 310	11 176	11 003	11 027
EU	1 757	1 494	1 735	2 266	2 734	2 913	2 867	3 276
mimo EU	210	296	414	648	788	677	1 124	1 111
neudáno, ostatní	.	.	.	.	.	.	12	14
celkem	13 236	12 934	13 050	14 111	14 832	14 766	15 006	15 428
% mimo EU	1,59 %	2,29 %	3,17 %	4,59 %	5,31 %	4,58 %	7,49 %	7,20 %

Graf č. 35 **Cykly s cílem "IVF – mimotělní oplodnění" (včetně "PGD" – preimplantační diagnostika do roku 2015) podle státního občanství pacientky a roku zahájení cyklu v letech 2010–2017**



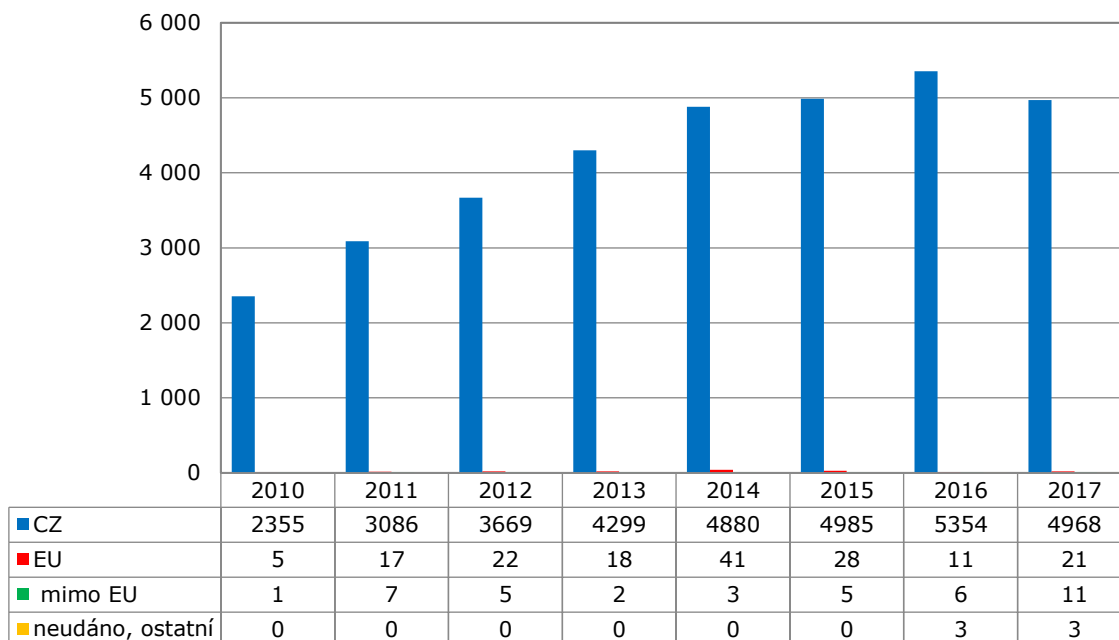
Tabulka č. 53 **Cykly s cílem "KET – kryoembryotransfer" podle státního občanství pacientky a roku zahájení cyklu v letech 2010–2017**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CZ	3 767	3 170	3 994	4 753	5 653	6 552	7 286	7 977
EU	1 146	1 100	1 860	2 480	3 295	4 172	3 946	4 588
mimo EU	112	250	370	482	559	516	1 009	1 134
neudáno, ostatní	.	.	.	.	.	.	19	15
celkem	5 025	4 520	6 224	7 715	9 507	11 240	12 260	13 714
% mimo EU	2,23 %	5,53 %	5,94 %	6,25 %	5,88 %	4,59 %	8,23 %	8,27 %

Graf č. 36 **Cykly s cílem "KET – kryoembryotransfer" podle státního občanství pacientky a roku zahájení cyklu v letech 2010–2017**Tabulka č. 54 **Cykly s cílem "ED – Darování oocytů" podle státního občanství pacientky a roku zahájení cyklu v letech 2010–2017**

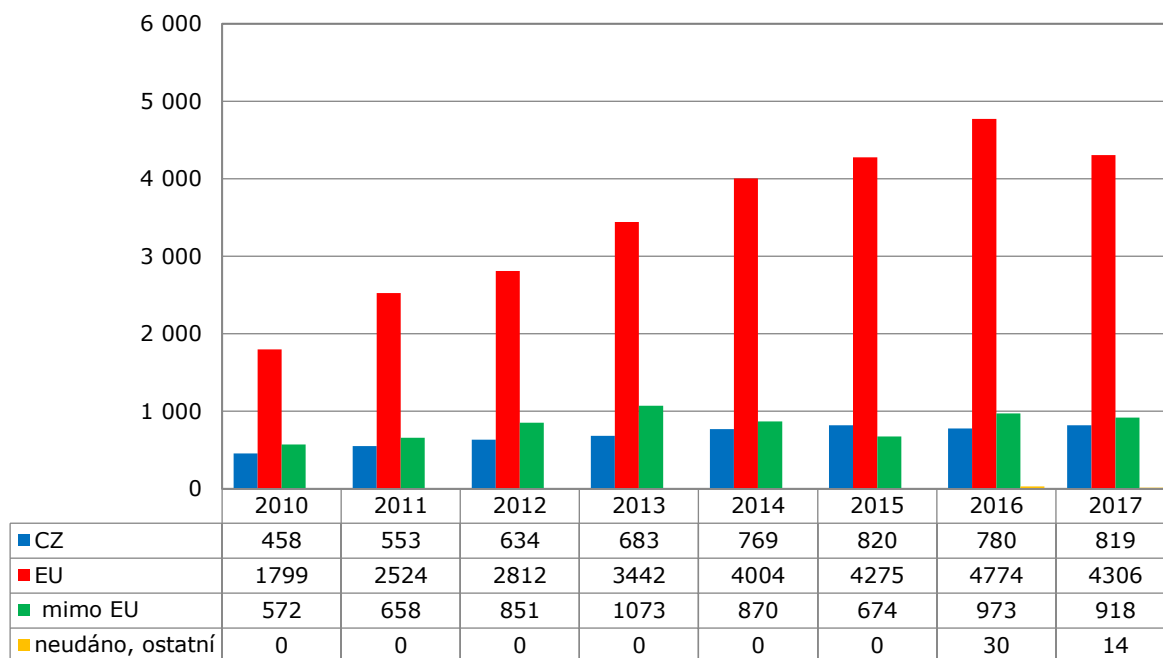
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CZ	2 355	3 086	3 669	4 299	4 880	4 985	5 354	4 968
EU	5	17	22	18	41	28	11	21
mimo EU	1	7	5	2	3	5	6	11
neudáno, ostatní	.	.	.	.	.	.	3	3
celkem	2 361	3 110	3 696	4 319	4 924	5 018	5 374	5 003
% mimo EU	0,04 %	0,23 %	0,14 %	0,05 %	0,06 %	0,10 %	0,11 %	0,22 %

Graf č. 37 **Cykly s cílem "ED – Darování oocytů" podle státního občanství pacientky a roku zahájení cyklu v letech 2010–2017**

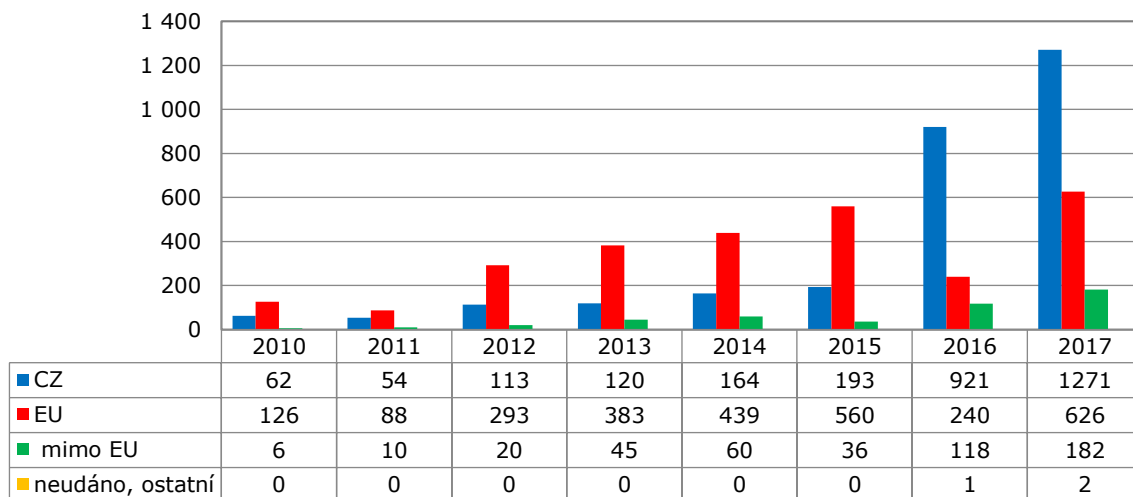


Tabulka č. 55 **Cykly s cílem "OoR – Přijetí darovaných oocytů" podle státního občanství pacientky a roku zahájení cyklu v letech 2010–2017**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CZ	458	553	634	683	769	820	780	819
EU	1 799	2 524	2 812	3 442	4 004	4 275	4 774	4 306
mimo EU	572	658	851	1 073	870	674	973	918
neudáno, ostatní	.	.	.	.	.	.	30	14
celkem	2 829	3 735	4 297	5 198	5 643	5 769	6 557	6 057
% mimo EU	20,22 %	17,62 %	19,80 %	20,64 %	15,42 %	11,68 %	14,84 %	15,16 %

Graf č. 38 **Cykly s cílem "OoR – Přijetí darovaných oocytů" podle státního občanství pacientky a roku zahájení cyklu v letech 2010–2017**Tabulka č. 56 **Cykly s cílem "Freez – Zamrazit vše" podle státního občanství pacientky a roku zahájení cyklu v letech 2010-2017**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CZ	62	54	113	120	164	193	921	1 271
EU	126	88	293	383	439	560	240	626
mimo EU	6	10	20	45	60	36	118	182
neudáno, ostatní	.	.	.	.	.	.	1	2
celkem	194	152	426	548	663	789	1 280	2 081
% mimo EU	3,09 %	6,58 %	4,69 %	8,21 %	9,05 %	4,56 %	9,22 %	8,75 %

Graf č. 39 **Cykly s cílem "Freez – Zamrazit vše" podle státního občanství pacientky a roku zahájení cyklu v letech 2010–2017**Tabulka č. 57 **Cykly podle cíle cyklu a státní příslušnosti pacientky zahájené v roce 2016**

cíl cyklu	celkový počet cyklů	cykly pacientek se státním občanstvím ČR	cykly pacientek se státním občanstvím ze zemí mimo ČR	z toho cykly pacientek se státním občanstvím ze zemí EU	z toho cykly pacientek se státním občanstvím mimo země EU	z toho cykly pacientek se státním občanstvím neudáno, ostatní země	podíl cyklů pacientek s občanstvím mimo EU z celkového počtu cyklů	podíl cyklů pacientek s občanstvím mimo ČR
ed	5 374	5 354	20	11	6	3	0,1 %	30,0 %
EmR	476	85	391	330	49	12	10,3 %	12,5 %
freez	1 280	921	359	240	118	1	9,2 %	32,9 %
ivf	15 006	11 003	4 003	2 867	1 124	12	7,5 %	28,1 %
jine	64	29	35	32	3	-	4,7 %	8,6 %
ket	12 260	7 286	4 974	3 946	1 009	19	8,2 %	20,3 %
OoR	6 557	780	5 777	4 774	973	30	14,8 %	16,8 %
celkem	41 017	25 458	15 559	12 200	3 282	77	8,0 %	21,1 %

Tabulka č. 58 **Cykly podle cíle cyklu a bydliště pacientky zahájené v roce 2016**

cíl cyklu	celkový počet cyklů	cykly pacientek se státním občanstvím ČR	cykly pacientek se státním občanstvím ze zemí mimo ČR	z toho cykly pacientek se státním občanstvím ze zemí EU	z toho cykly pacientek se státním občanstvím mimo země EU	z toho cykly pacientek se státním občanstvím neudáno, ostatní země	podíl cyklů pacientek s občanstvím mimo EU z celkového počtu cyklů	podíl cyklů pacientek s občanstvím mimo ČR
ed	5 374	5 366	8	7	-	1	0,0 %	0,0 %
EmR	476	84	392	337	52	3	10,9 %	13,3 %
freez	1 280	940	340	245	94	1	7,3 %	27,6 %
ivf	15 006	11 313	3 693	2 804	884	5	5,9 %	23,9 %
jine	64	30	34	32	2	-	3,1 %	5,9 %
ket	12 260	7 426	4 834	3 931	895	8	7,3 %	18,5 %
OoR	6 557	783	5 774	4 836	924	14	14,1 %	16,0 %
celkem	41 017	25 942	15 075	12 192	2 851	32	7,0 %	18,9 %

6. Národní registr reprodukčního zdraví

Tabulka č. 59 **Cykly podle cíle cyklu a státní příslušnosti pacientky zahájené v roce 2017**

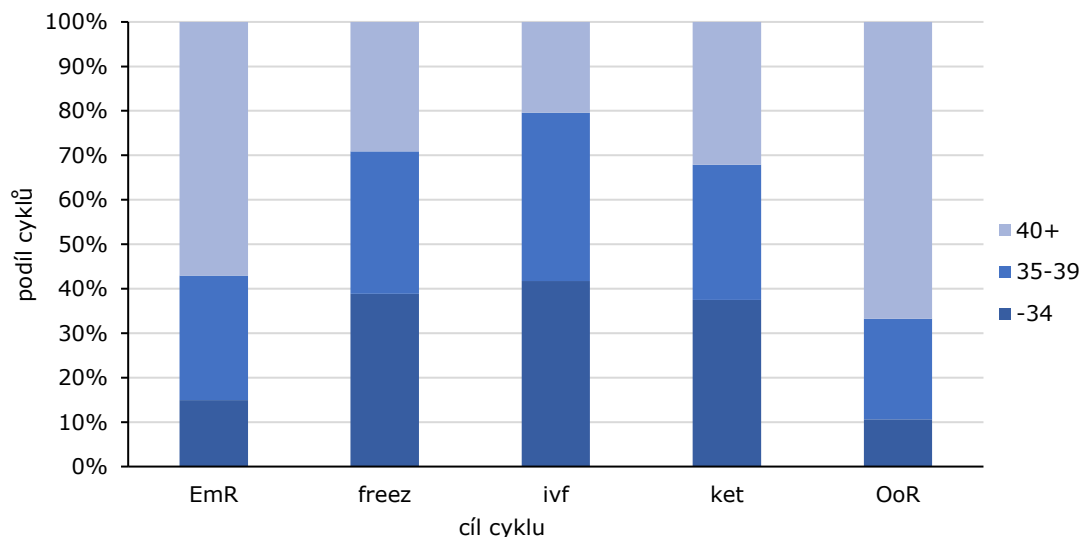
cíl cyklu	celkový počet cyklů	cykly pacientek se státním občanstvím ČR	cykly pacientek se státním občanstvím ze zemí mimo ČR	z toho cykly pacientek se státním občanstvím ze zemí EU	z toho cykly pacientek se státním občanstvím mimo země EU	z toho cykly pacientek se státním občanstvím neudáno, ostatní země	podíl cyklů pacientek s občanstvím mimo EU z celkového počtu cyklů	podíl cyklů pacientek s občanstvím mimo EU z počtu cyklů pacientek s občanstvím mimo ČR
ed	5 003	4 968	35	21	11	3	0,2 %	31,4 %
EmR	475	88	387	336	41	10	8,6 %	10,6 %
freez	2 081	1 271	810	626	182	2	8,7 %	22,5 %
ivf	15 428	11 027	4 401	3 276	1 111	14	7,2 %	25,2 %
jine	15	15	-	-	-	-	-	-
ket	13 714	7 977	5 737	4 588	1 134	15	8,3 %	19,8 %
OoR	6 057	819	5 238	4 306	918	14	15,2 %	17,5 %
celkem	42 773	26 165	16 608	13 153	3 397	58	7,9 %	20,5 %

Tabulka č. 60 **Cykly podle cíle cyklu a bydliště pacientky zahájené v roce 2017**

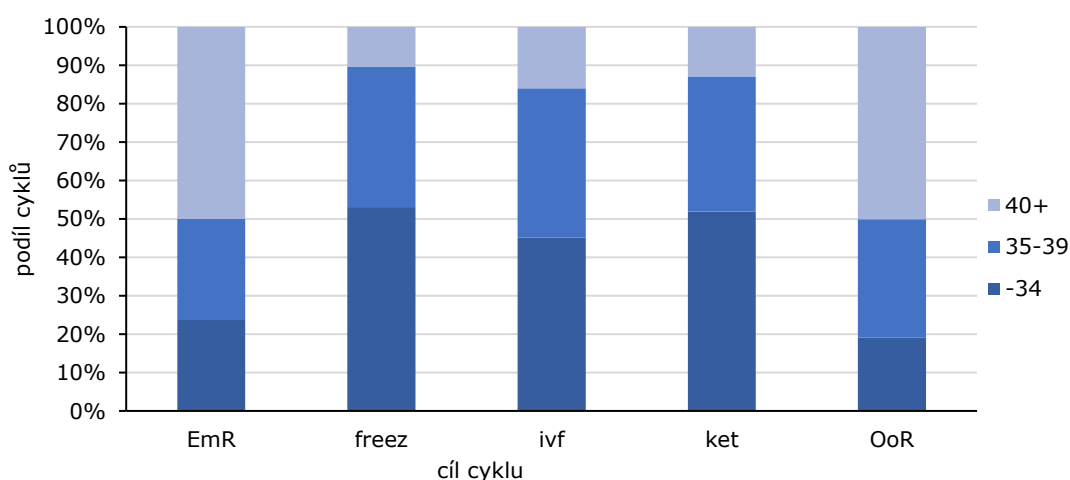
cíl cyklu	celkový počet cyklů	cykly pacientek se státním občanstvím ČR	cykly pacientek se státním občanstvím ze zemí mimo ČR	z toho cykly pacientek se státním občanstvím ze zemí EU	z toho cykly pacientek se státním občanstvím mimo země EU	z toho cykly pacientek se státním občanstvím neudáno, ostatní země	podíl cyklů pacientek s občanstvím mimo EU z celkového počtu cyklů	podíl cyklů pacientek s občanstvím mimo EU z počtu cyklů pacientek s občanstvím mimo ČR
ed	5 003	4 988	15	11	4	-	0,1 %	26,7 %
EmR	475	92	383	335	41	7	8,6 %	10,7 %
freez	2 081	1 284	797	626	169	2	8,1 %	21,2 %
ivf	15 428	11 378	4 050	3 177	864	9	5,6 %	21,3 %
jine	15	15	-	-	-	-	-	-
ket	13 714	8 139	5 575	4 560	1 007	8	7,3 %	18,1 %
OoR	6 057	828	5 229	4 340	881	8	14,5 %	16,8 %
celkem	42 773	26 724	16 049	13 049	2 966	34	6,9 %	18,5 %

Tabulka č. 61 **Cykly podle cíle cyklu a věku pacientky zahájené v roce 2017 – všechny pacientky**

věk pacientky	cíl cyklu				
	EmR	freez	ivf	ket	OoR
-34	71	809	6 437	5 141	645
35-39	133	666	5 841	4 163	1 369
40+	271	606	3 150	4 410	4 043
celkem	475	2 081	15 428	13 714	6 057

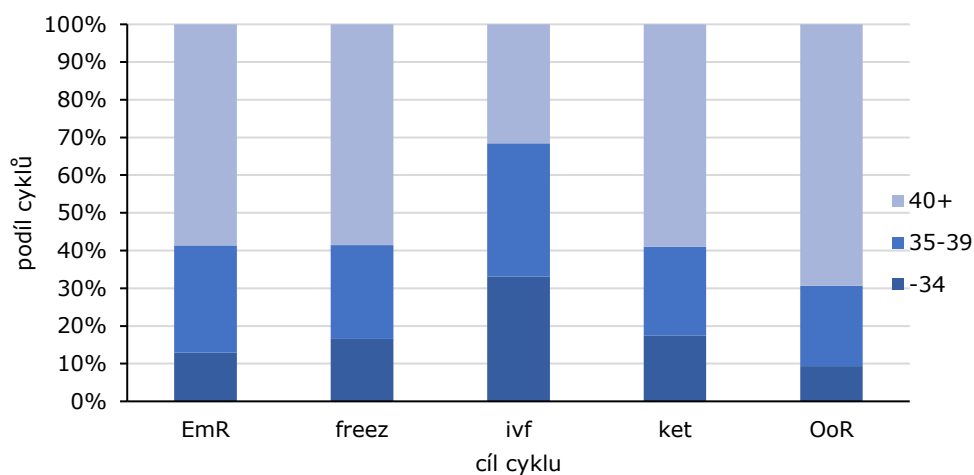
Graf č. 40 **Cykly podle cíle cyklu a věku pacientky zahájené v roce 2017 – všechny pacientky**Tabulka č. 62 **Cykly podle cíle cyklu a věku pacientky zahájené v roce 2017 – státní občanství pacientky ČR**

věk pacientky	cíl cyklu				
	EmR	freez	ivf	ket	OoR
-34	21	675	4 981	4 139	156
35-39	23	464	4 286	2 810	253
40+	44	132	1 760	1 028	410
celkem	88	1 271	11 027	7 977	819

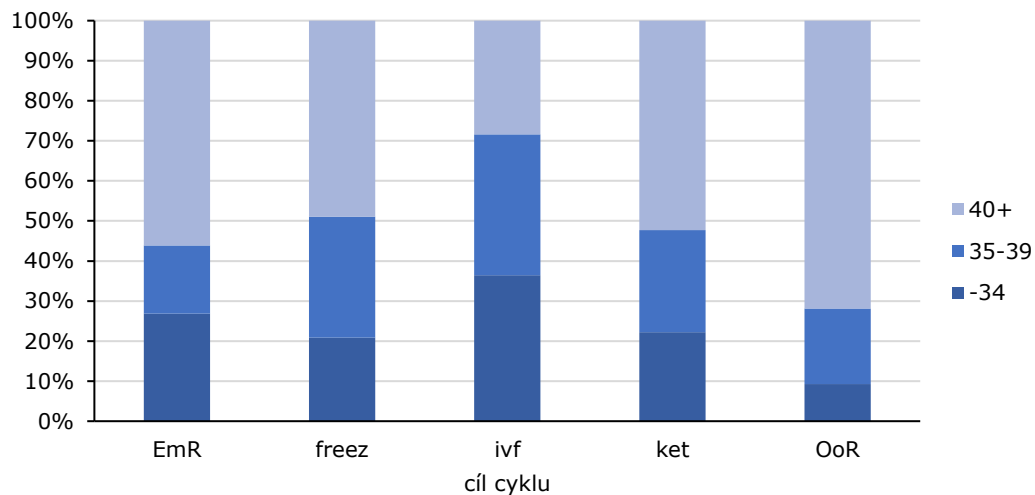
Graf č. 41 **Cykly podle cíle cyklu a věku pacientky zahájené v roce 2017 – státní občanství pacientky ČR**

Tabulka č. 63 **Cykly podle cíle cyklu a věku pacientky zahájené v roce 2017 – státní občanství pacientky jiné než ČR**

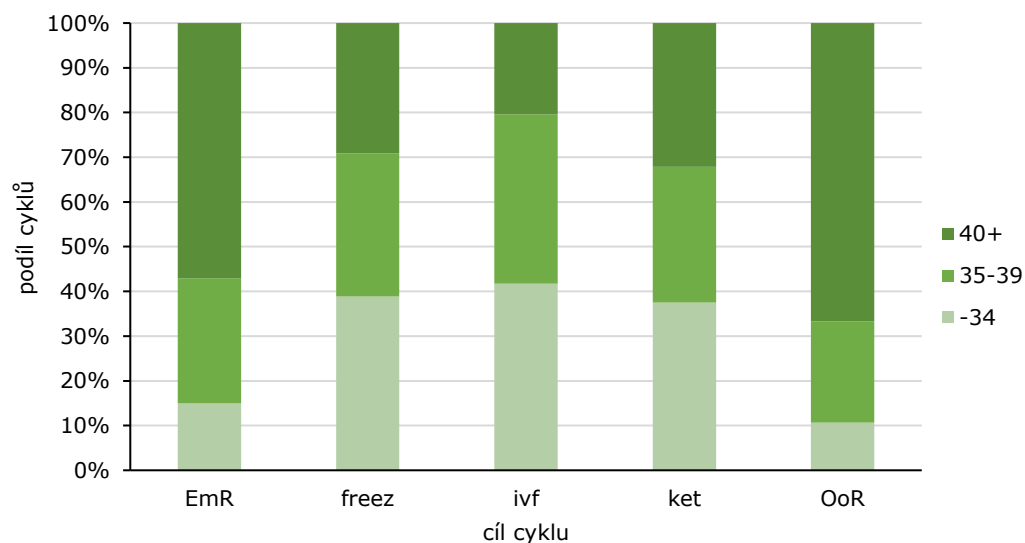
věk pacientky	cíl cyklu				
	EmR	freez	ivf	ket	OoR
-34	50	134	1 456	1 002	489
35-39	110	202	1 555	1 353	1 116
40+	227	474	1 390	3 382	3 633
celkem	387	810	4 401	5 737	5 238

Graf č. 42 **Cykly podle cíle cyklu a věku pacientky zahájené v roce 2017 – státní občanství pacientky jiné než ČR**Tabulka č. 64 **Cykly podle cíle cyklu a věku pacientky zahájené v roce 2017 – státní občanství pacientky v zemích mimo EU**

věk pacientky	cíl cyklu				
	EmR	freez	ivf	ket	OoR
-34	11	38	405	252	85
35-39	7	55	391	289	173
40+	23	89	315	593	660
celkem	41	182	1 111	1 134	918

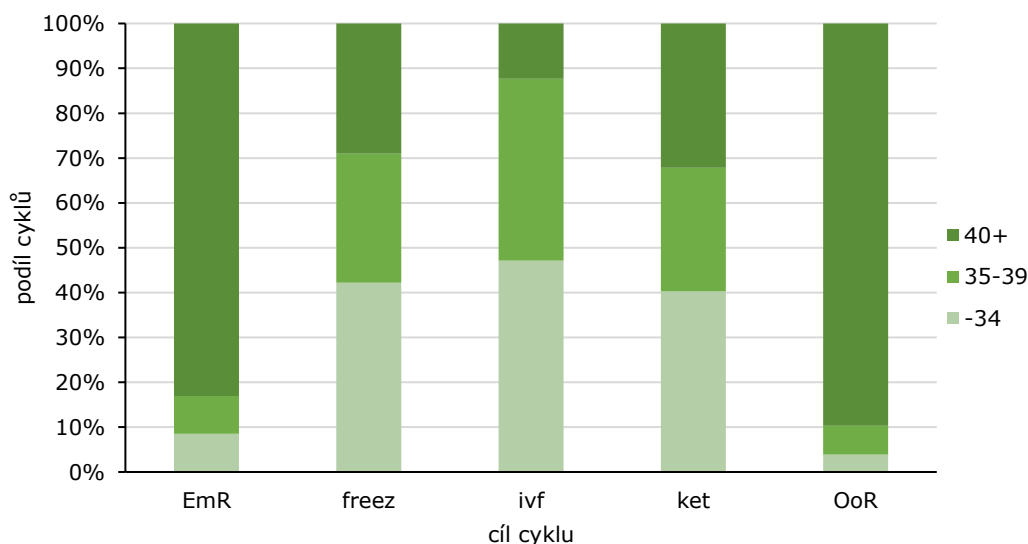
Graf č. 43 **Cykly podle cíle cyklu a věku pacientky zahájené v roce 2017 – státní občanství pacientky v zemích mimo EU**Tabulka č. 65 **Cykly podle cíle cyklu a věku pacientky zahájené v roce 2017 – všechny pacientky**

věk pacientky	cíl cyklu				
	EmR	freez	ivf	ket	OoR
-34	71	809	6 437	5 141	645
35-39	133	666	5 841	4 163	1 369
40+	271	606	3 150	4 410	4 043
celkem	475	2 081	15 428	13 714	6 057

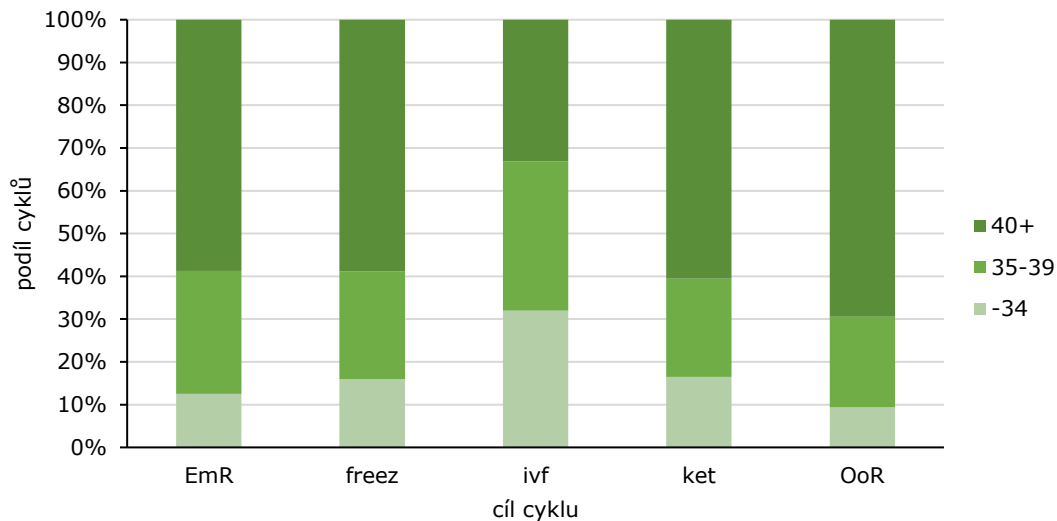
Graf č. 44 **Cykly podle cíle cyklu a věku pacientky zahájené v roce 2017 – všechny pacientky**

Tabulka č. 66 **Cykly podle cíle cyklu a věku pacientky zahájené v roce 2017 – bydliště pacientky ČR**

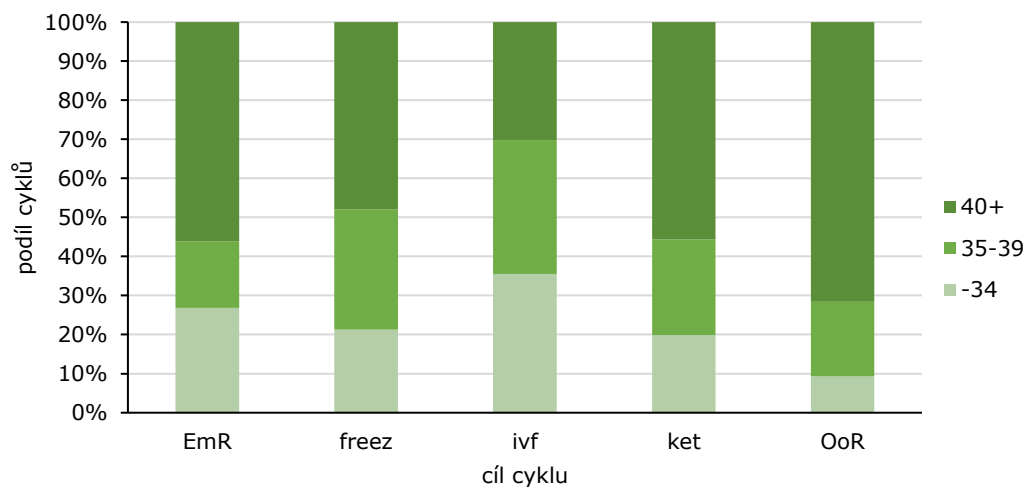
věk pacientky	cíl cyklu				
	EmR	freez	ivf	ket	OoR
-34	23	682	5 142	4 221	156
35-39	23	465	4 427	2 881	261
40+	46	137	1 809	1 037	411
celkem	92	1 284	11 378	8 139	828

Graf č. 45 **Cykly podle cíle cyklu a věku pacientky zahájené v roce 2017 – bydliště pacientky ČR**Tabulka č. 67 **Cykly podle cíle cyklu a věku pacientky zahájené v roce 2017 – bydliště pacientky jiné než ČR**

věk pacientky	cíl cyklu				
	EmR	freez	ivf	ket	OoR
-34	48	127	1 295	920	489
35-39	110	201	1 414	1 282	1 108
40+	225	469	1 341	3 373	3 632
celkem	383	797	4 050	5 575	5 229

Graf č. 46 **Cykly podle cíle cyklu a věku pacientky zahájené v roce 2017 – bydliště pacientky jiné než ČR**Tabulka č. 68 **Cykly podle cíle cyklu a věku pacientky zahájené v roce 2017 – bydliště pacientky v zemích mimo EU**

věk pacientky	cíl cyklu				
	EmR	freez	ivf	ket	OoR
-34	11	36	307	200	82
35-39	7	52	296	247	168
40+	23	81	261	560	631
celkem	41	169	864	1 007	881

Graf č. 47 **Cykly podle cíle cyklu a věku pacientky zahájené v roce 2017 – bydliště pacientky v zemích mimo EU**

6.3 Národní registr rodiček

Registrace údajů o zdraví žen a dětí má v českém prostředí dlouhou tradici a v systému vykazování dat je hluboce zakořeněná. Národní registr reprodukčního zdraví – Rodička (NRRZ – Rodička) přináší důležité informace o reprodukční anamnéze ženy, o průběhu jejího těhotenství, porodu a o novorozenci. Získané informace jsou velmi cenným zdrojem informací pro koordinaci a řízení gynekologicko-porodnické péče a pro řadu výzkumných projektů a grantů. V elektronické podobě jsou data z tohoto registru k dispozici od roku 1994.

Pro registr platí závazné pokyny NZIS – Pokyny k obsahu datové struktury, které jsou uvedené na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví. Hlášení se vyplňuje za rodičku, vyplňují ho gynekologicko-porodnická oddělení poskytovatelů lůžkové péče a dále poskytovatelé lůžkové péče (bez ohledu na zřizovatele), kde byla žena po porodu hospitalizována nebo ošetřena v termínu do posledního dne šestinedělí. V případě porodu mimo zdravotnické zařízení (porod doma, v dopravním prostředku, ve veřejných prostorách apod.) má oznamovací povinnost zdravotnický pracovník, který byl při porodu nebo provedl první poporodní ošetření rodičky a první poporodní ošetření novorozence. Zpráva o rodičce se povinně vyplňuje **za všechny rodičky, které porodily v ČR**. Evidují se tedy i cizinky s krátkodobým pobytem, které sem například přijely jen odrodit. Cizinky lze v registru identifikovat podle rodného čísla, státního občanství a bydliště rodičky. V uvedených analýzách jsou cizinky definované pomocí jejich státního občanství.

Formáty rodných čísel, které byly registrem akceptovány se v průběhu let lišily. Do roku 2015 byla akceptována evidenční pojišťovací čísla. Rodné číslo bylo nutné vyplnit přesně a celé. Cizinky s trvalým pobytem na území České republiky mají rovněž přiděleno rodné číslo (zapsáno v povolení k trvalému pobytu v ČR). U cizinek s jiným, než trvalým pobytem se vytvořila pouze datová část. Do koncovky se pak vložila konstanta 9999. V rodném čísle pojištěné cizinky nebo zaměstnankyně bez trvalého pobytu v ČR se výjimečně mohly vyskytnout na 5. a 6. pozici (dvojcísle dne narození) den narození zvýšený o 50 (tj. v intervalu 51–81) nebo 3. a 4. pozice (dvojcísle měsíce narození) mohla nabýt hodnot v intervalu 70–99 (RČ přiděleno podle metodiky VZP). V letech 2016–2019 nebyla akceptována pojišťovací rodná čísla. U občanek České republiky se uvádí v tomto období přesně podle občanského průkazu nebo podle jiného dokladu určujícího totožnost (rodný list, osobní průkaz u vojáků z povolání, identifikační karta zdravotní pojišťovny). Cizinky s trvalým pobytem na území České republiky mají rovněž přiděleno rodné číslo (zapsáno v povolení k trvalému pobytu v ČR). U cizinek s jiným, než trvalým pobytem se vytvořila pouze datová část. Do koncovky se vkládala dle metodiky konstanta 9999. Od konce roku 2019 jsou v registru akceptována evidenční pojišťovací rodná čísla.

Identifikátor státní příslušnosti rodičky se v průběhu let lišil. Do roku 2015 se sledovala státní příslušnost (položka **Občan příslušnost k EU**) s hodnotami - 1 "občan ČR", 2 "občan země EU" a 3 "občan země mimo EU". Od roku 2016 se sleduje položka **Státní občanství**, kde se vybírá z číselníku zemí. V položce státní občanství je možno zvolit hodnotu - 99 „neudáno, ostatní“. Tyto rodičky jsou započítány v kategorii „Rodičky jiné státní příslušnosti“.

Cizinky lze dále rozeznat podle kódu obce, který odpovídá číselníku ČSÚ. U cizinek, které mají v ČR trvalý pobyt nebo dlouhodobý pobyt (na víza nad 90 dní, na zvláštní víza, s přiznaným statutem uprchlíka, se statutem žadatele o azyl) se trvalé bydliště vyplňuje stejně jako u občanek ČR. U cizinek na víza do 90 dnů se místo kódu obce uvede konstanta 999999. Shodný kód se použije u osob s českým občanstvím,

kteřé dlouhodobě (vízum nad 90 dní) pobývají mimo ČR. U bezdomovkyň se místo kódu obce uvede konstanta 888888. Z vyplněné obce se určují čísla kraje a okresu. U cizinek na víza do 90 dnů se místo kraje a okresu uvede konstanta 99Y. Shodný kód se použije u osob s českým občanstvím, které dlouhodobě (vízum nad 90 dní) pobývají mimo ČR.

V analýze porodů cizinek ze zemí mimo EU je nejdříve zobrazen vývoj počtu porodů v letech 2009-2018. Porody jsou zde analyzovány podle způsobu porodu a státního občanství rodičky. Dále je zobrazeno územní rozložení porodů v roce 2018. Nejprve jsou uvedeny porody podle kraje zdravotnického zařízení a následně podle kraje bydliště rodičky. Na závěr je zobrazeno věkové rozložení rodiček v roce 2018, jednak v ČR, tak i rodiček ze zemí mimo EU.

Vývoj počtu porodů je nutné sledovat v závislosti na věkové struktuře populace. Za výkyvy v počtech porodů stojí populačně silnější ročníky žen, narozených v 70. letech. Od roku 2013 díky relativně stabilní struktuře žen počet porodů stoupá. Tento trend kopírují porody cizinek ze zemí mimo EU. Podíl porodů cizinek se státním občanstvím ze zemí mimo EU v posledních 10 letech nepatrně roste (2,5 % v roce 2009, 2,8 % v roce 2018).

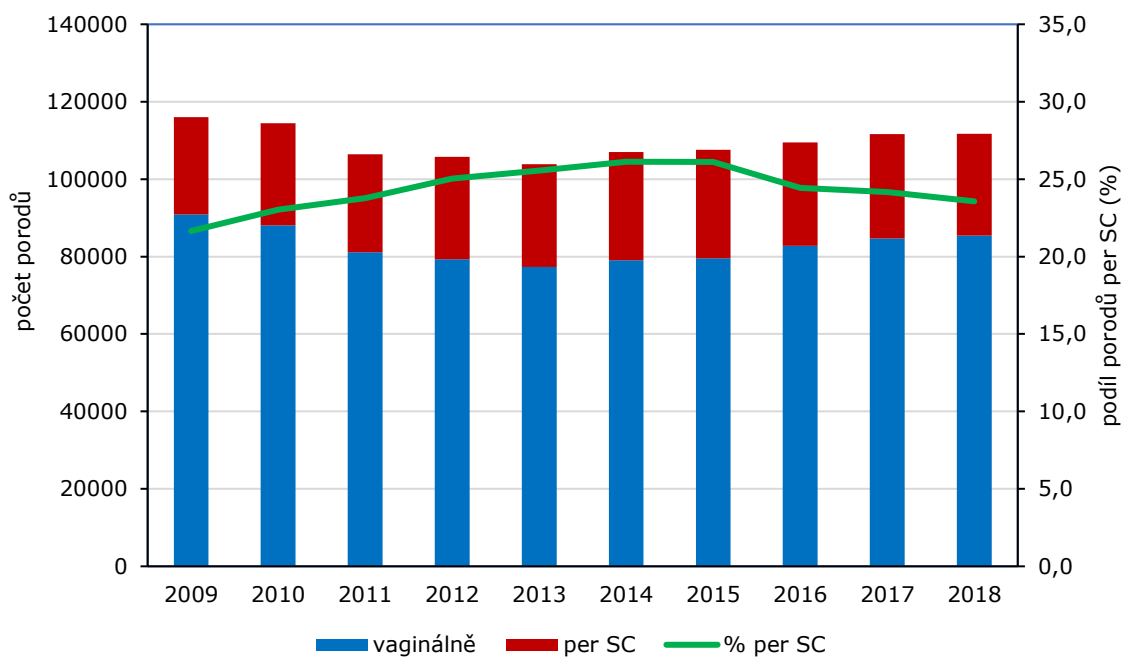
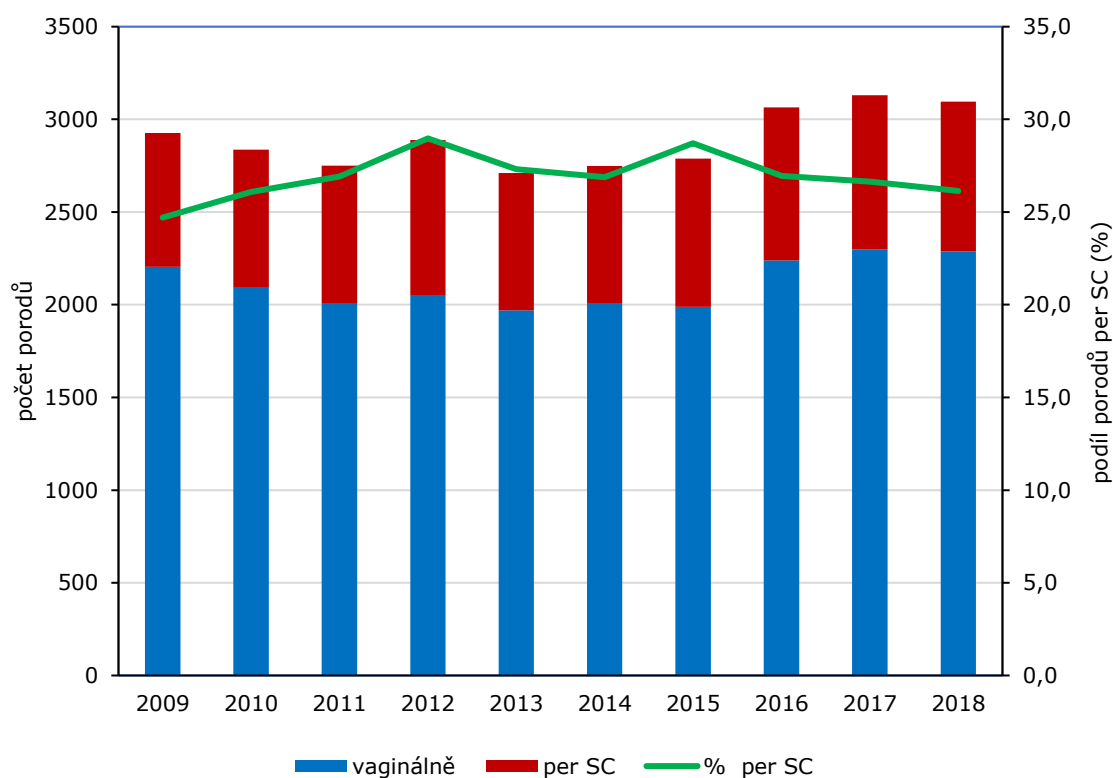
Poměrně nepříznivým jevem v posledních dvaceti letech byl kontinuální a zrychlující se nárůst počtu císařských řezů (per SC). K zastavení nárůstu v ČR došlo v roce 2015 (na hodnotě 26,1 %). V roce 2018 činily císařské řezy 23,6 % porodů. Teprve další vývoj ukáže, zda je jedná o pokles trvalý nebo jen o lokální kolísání. Doporučené rozmezí pro četnost císařských řezů uvádí WHO 10–15 %. Tento kontinuální a zrychlující se nárůst vykazují také rodičky ze zemí mimo EU (24,7 % v roce 2009, 29,0 % v roce 2012 a 28,7 % v roce 2015). Nejvyšší hodnoty podílu císařských řezů bylo u sledovaných cizinek dosaženo v roce 2012. Nutné zdůraznit, že podíl císařských řezů se u těchto cizinek v posledních letech pohybuje výrazně nad celorepublikovým průměrem. U cizinek ze zemí mimo EU podíl císařských řezů v roce 2018 činí 26,1 %.

Největší podíl rodiček se státním občanstvím mimo EU na celkovém počtu rodiček je v roce 2018 evidován ve zdravotnických zařízeních hl. m. Prahy (6,4 %) a Karlovarského kraje (5,0 %). Z hlediska územního rozložení počtu porodů cizinek ze zemí mimo EU jich bylo nejvíce ve zdravotnických zařízeních hl. m. Prahy (38,5 %) a Středočeského kraje (11,4 %). Tyto dva kraje jsou také kraji s největším počtem cizinců. Podle kraje bydliště rodičky je také největší podíl porodů cizinek mimo EU na celkovém počtu porodů v krajích tvořen v krajích hl. m. Praha (7,0 %) a Karlovarském (2,6 %).

Věkové rozložení rodiček ze zemí mimo EU odpovídá celorepublikovému rozložení. Největší podíl tvoří rodičky ve věku 30–34 let. U rodiček české státní příslušnosti ve věku 30–34 let tvoří 34,5 %, u cizinek ze zemí mimo EU tento podíl činí 33,8 %.

Tabulka č. 69 **Porody podle způsobu porodu v ČR v letech 2009–2018**

porody všechny rodičky				
rok porodu	vaginálně	per SC	porody celkem	% per SC
2009	90 870	25 114	115 984	21,7
2010	88 066	26 340	114 406	23,0
2011	81 101	25 291	106 392	23,8
2012	79 313	26 477	105 790	25,0
2013	77 351	26 551	103 902	25,6
2014	79 026	27 945	106 971	26,1
2015	79 529	28 089	107 618	26,1
2016	82 766	26 754	109 520	24,4
2017	84 655	26 979	111 634	24,2
2018	85 408	26 341	111 749	23,6
z toho porody cizinek ze zemí mimo EU				
rok porodu	vaginálně	per SC	porody celkem	% per SC
2009	2 204	723	2 927	24,7
2010	2 096	740	2 836	26,1
2011	2 010	740	2 750	26,9
2012	2 052	837	2 889	29,0
2013	1 970	740	2 710	27,3
2014	2 010	739	2 749	26,9
2015	1 988	801	2 789	28,7
2016	2 239	826	3 065	26,9
2017	2 297	834	3 131	26,6
2018	2 287	809	3 096	26,1
podíl cizinek ze zemí mimo EU z celkového počtu porodů (%)				
rok porodu	vaginálně	per SC	porody celkem	
2009	2,4	2,9	2,5	
2010	2,4	2,8	2,5	
2011	2,5	2,9	2,6	
2012	2,6	3,2	2,7	
2013	2,5	2,8	2,6	
2014	2,5	2,6	2,6	
2015	2,5	2,9	2,6	
2016	2,7	3,1	2,8	
2017	2,7	3,1	2,8	
2018	2,7	3,1	2,8	

Graf č. 48 **Porody podle způsobu porodu v ČR v letech 2009–2018**Graf č. 49 **Porody cizinek ze zemí mimo EU podle způsobu porodu v letech 2009–2018**

6. Národní registr reprodukčního zdraví

Tabulka č. 70 **Porody podle kraje zdravotnického zařízení a státní příslušnosti rodičky v roce 2018 absolutně**

kraj zdrav. zařízení	porody v ČR celkem			porody cizinek se státní příslušností ze zemí mimo EU			podíl rodiček ze zemí mimo EU z celkového počtu rodiček	podíl rodiček ze zemí mimo EU z celkového počtu cizinek
	porody celkem	rodičky české občanství	rodičky jiné občanství	rodičky s občanstvím zemí mimo EU	cizinky mimo EU - dlouhodobý pobyt	cizinky mimo EU - krátkodobý pobyt		
PHA	18 574	16 331	2 243	1 191	1 118	73	6,4%	53,1%
STC	12 731	11 885	846	353	307	46	2,8%	41,7%
JHC	6 459	6 203	256	150	145	5	2,3%	58,6%
PLK	5 886	5 416	470	195	146	49	3,3%	41,5%
KVK	2 413	2 248	165	121	117	4	5,0%	73,3%
ULK	6 972	6 744	228	132	120	12	1,9%	57,9%
LBK	5 128	4 834	294	153	123	30	3,0%	52,0%
HKK	5 424	5 219	205	103	101	2	1,9%	50,2%
PLK	4 643	4 467	176	71	68	3	1,5%	40,3%
VYS	5 368	5 224	144	79	75	4	1,5%	54,9%
JMK	13 862	12 741	1 121	350	322	28	2,5%	31,2%
OLK	6 439	6 300	139	64	44	20	1,0%	46,0%
ZLK	6 197	5 880	317	63	51	12	1,0%	19,9%
MSK	11 653	11 343	310	71	59	12	0,6%	22,9%
celkem	111 749	104 835	6 914	3 096	2 796	300	2,8%	44,8%

Tabulka č. 71 **Porody podle kraje zdravotnického zařízení a státní příslušnosti rodičky v roce 2018 – relativně**

kraj zdrav. zařízení	porody celkem	rodičky české státní příslušnosti	rodičky jiné státní příslušnosti	rodičky státní příslušnosti ze zemí mimo EU	cizinky mimo EU - dlouhodobý pobyt	cizinky mimo EU - krátkodobý pobyt
PHA	16,6%	15,6%	32,4%	38,5%	40,0%	24,3%
STC	11,4%	11,3%	12,2%	11,4%	11,0%	15,3%
JHC	5,8%	5,9%	3,7%	4,8%	5,2%	1,7%
PLK	5,3%	5,2%	6,8%	6,3%	5,2%	16,3%
KVK	2,2%	2,1%	2,4%	3,9%	4,2%	1,3%
ULK	6,2%	6,4%	3,3%	4,3%	4,3%	4,0%
LBK	4,6%	4,6%	4,3%	4,9%	4,4%	10,0%
HKK	4,9%	5,0%	3,0%	3,3%	3,6%	0,7%
PLK	4,2%	4,3%	2,5%	2,3%	2,4%	1,0%
VYS	4,8%	5,0%	2,1%	2,6%	2,7%	1,3%
JMK	12,4%	12,2%	16,2%	11,3%	11,5%	9,3%
OLK	5,8%	6,0%	2,0%	2,1%	1,6%	6,7%
ZLK	5,5%	5,6%	4,6%	2,0%	1,8%	4,0%
MSK	10,4%	10,8%	4,5%	2,3%	2,1%	4,0%
celkem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabulka č. 72 **Porody podle kraje bydliště a státní příslušnosti rodičky v roce 2018 - absolutně**

kraj bydliště rodičky	porody celkem	rodičky české státní příslušnosti	rodičky jiné státní příslušnosti	rodičky státní příslušnosti ze zemí mimo EU	podíl rodiček ze zemí mimo EU z celkového počtu rodiček	podíl rodiček ze zemí mimo EU z celkového počtu cizinek
PHA	14 659	12 846	1 813	1 031	7,0%	56,9%
STC	14 167	13 484	683	344	2,4%	50,4%
JHC	6 447	6 243	204	143	2,2%	70,1%
PLK	5 864	5 600	264	151	2,6%	57,2%
KVK	2 701	2 536	165	123	4,6%	74,5%
ULK	7 834	7 619	215	149	1,9%	69,3%
LBK	4 498	4 302	196	119	2,6%	60,7%
HKK	5 473	5 326	147	90	1,6%	61,2%
PLK	5 350	5 186	164	81	1,5%	49,4%
VYS	5 301	5 188	113	72	1,4%	63,7%
JMK	12 847	12 317	530	318	2,5%	60,0%
OLK	6 508	6 406	102	58	0,9%	56,9%
ZLK	5 891	5 779	112	49	0,8%	43,8%
MSK	12 062	11 898	164	68	0,6%	41,5%
bezdomovci	10	6	4	-	0,0%	0,0%
mimo území ČR	2 137	99	2 038	300	14,0%	14,7%
celkem	111 749	104 835	6 914	3 096	2,8%	44,8%

Tabulka č. 73 **Porody podle kraje bydliště a státní příslušnosti rodičky v roce 2018 - relativně**

kraj bydliště rodičky	porody celkem	rodičky české státní příslušnosti	rodičky jiné státní příslušnosti	rodičky státní příslušnosti ze zemí mimo EU
PHA	13,1%	12,3%	26,2%	26,2%
STC	12,7%	12,9%	9,9%	9,9%
JHC	5,8%	6,0%	3,0%	3,0%
PLK	5,2%	5,3%	3,8%	3,8%
KVK	2,4%	2,4%	2,4%	2,4%
ULK	7,0%	7,3%	3,1%	3,1%
LBK	4,0%	4,1%	2,8%	2,8%
HKK	4,9%	5,1%	2,1%	2,1%
PLK	4,8%	4,9%	2,4%	2,4%
VYS	4,7%	4,9%	1,6%	1,6%
JMK	11,5%	11,7%	7,7%	7,7%
OLK	5,8%	6,1%	1,5%	1,5%
ZLK	5,3%	5,5%	1,6%	1,6%
MSK	10,8%	11,3%	2,4%	2,4%
bezdomovci	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
mimo území ČR	1,9%	0,1%	29,5%	29,5%
celkem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabulka č. 74 **Porody podle věku rodičky a státní příslušnosti v roce 2018 – absolutně**

věk ženy	porody celkem	rodičky české státní příslušnosti	rodičky jiné státní příslušnosti	z toho rodičky státní příslušnosti ze zemí mimo EU	podíl rodiček ze zemí mimo EU z celkového počtu rodiček	podíl rodiček ze zemí mimo EU z celkového počtu cizinek
-14	15	14	1	-	-	-
15-19	2 427	2 298	129	36	1,5	1,5
20-24	12 690	11 945	745	405	3,2	3,3
25-29	34 060	32 184	1 876	927	2,7	2,8
30-34	38 643	36 125	2 518	1 047	2,7	2,8
35-39	19 376	18 019	1 357	548	2,8	2,9
40-44	4 298	4 036	262	118	2,7	2,8
45-49	232	209	23	13	5,6	5,9
50+	8	5	3	2	25,0	33,3
celkem	111 749	104 835	6 914	3 096	2,8	2,8

Tabulka č. 75 **Porody podle věku rodičky a státní příslušnosti v roce 2018 – relativně**

věk ženy	porody celkem	rodičky české státní příslušnosti	rodičky jiné státní příslušnosti	z toho rodičky státní příslušnosti ze zemí mimo EU
-14	0,0	0,0	0,0	-
15-19	2,2	2,2	1,9	1,2
20-24	11,4	11,4	10,8	13,1
25-29	30,5	30,7	27,1	29,9
30-34	34,6	34,5	36,4	33,8
35-39	17,3	17,2	19,6	17,7
40-44	3,8	3,8	3,8	3,8
45-49	0,2	0,2	0,3	0,4
50+	0,0	0,0	0,0	0,1
celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

6.4 Národní registr novorozenců

Registrace údajů o zdraví žen a dětí má v českém prostředí dlouhou tradici a v systému vykazování dat je hluboce zakořeněná. Národní registr reprodukčního zdraví – Novorozenec (NRRZ – Novorozenec) představuje celoplošný populační registr, který navazuje na informační systém o novorozenci, provozovaný Ustavem zdravotnických informací a statistiky České republiky od roku 1991. Přináší důležité informace o okamžitém stavu novorozence po porodu, o jeho dalším zdravotním stavu, komplikacích při porodu, léčbě a další. Sledování novorozenců zajišťuje nezbytné informace z oblasti perinatální péče, jak pro potřeby odborných zdravotnických pracovníků, Ministerstva zdravotnictví, tak pro mezinárodní vykazování údajů. Údaje v elektronické podobě jsou z tohoto registru dostupné od roku 1994.

Pro registr platí závazné pokyny NZIS – Pokyny k obsahu datové struktury, které jsou uvedené na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví. Oproti databázi ČSÚ jsou v registru NRRZ **evidováni i cizinci s krátkodobým pobytem**. Hlášení vyplňují novorozenecké úseky dětských a ženských oddělení a novorozenecká oddělení poskytovatelů lůžkové péče a dále poskytovatelé lůžkové péče, kde bylo dítě hospitalizováno do 3 měsíců svého života. V případě porodu mimo prostor poskytovatele zdravotních služeb (porod doma, v dopravním prostředku, ve veřejných prostorách apod.) má oznamovací povinnost zdravotnický pracovník, který byl při porodu nebo provedl první poporodní ošetření rodičky a první poporodní ošetření novorozence.

V NRRZ – Novorozenecké jsou evidováni všichni novorozenci včetně mrtvě narozených. Za **živě narozené dítě** se považuje plod, bez ohledu na délku těhotenství, který po narození dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života, to je srdeční činnost, pulsaci pupečnicku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva bez ohledu na to, zda byl pupečník přerušen nebo placenta připojena. Za **mrtvě narozené dítě** se považuje plod, který neprojevuje ani jednu známku života a má porodní hmotnost 500 gramů a vyšší, nelze-li porodní hmotnost určit, narozený po 22. dokončeném týdnu těhotenství, a nelze-li délku těhotenství určit, nejméně 25 cm dlouhý. Pokud plod, neprojevující žádnou známku života, váží méně než 500 g, a pokud ji nelze zjistit, je-li těhotenství kratší než 22 týdnů, je ukončení těhotenství považováno za **potrat**.

Cizince lze v registru identifikovat pomocí rodného čísla matky a dítěte, státního občanství novorozence a bydliště matky. „Cizinec ze zemí mimo EU“ je v těchto analýzách rozlišen pomocí státního občanství novorozence. V registru se eviduje státní občanství novorozence na základě prohlášení matky. Identifikátor státní příslušnosti novorozence se v průběhu let lišil. Do roku 2015 se sledovala státní příslušnost (položka **Občan příslušnost k EU**) s hodnotami - 1 "občan ČR", 2 "občan zemí EU" a 3 "občan zemí mimo EU". Od roku 2016 se sleduje položka **Státní občanství**, kde se vybírá z číselníku zemí. V položce státní občanství je možnost - 99 „neudáno, ostatní“.

Obec bydliště matky se vyplňuje se dle číselníku ČSÚ. U cizinek, které mají v ČR trvalý pobyt nebo dlouhodobý pobyt (na víza nad 90 dní, na zvláštní víza, s přiznaným statutem uprchlíka, se statutem žadatele o azyl) se trvalé bydliště vyplňuje stejně jako u občanek ČR. U cizinek na víza do 90 dnů se místo kódu obce uvede konstanta 999999. Shodný kód se použije u osob s českým občanstvím, které dlouhodobě (vízum nad 90 dní) pobývají mimo ČR. U bezdomovkyň se místo kódu obce uvede konstanta 888888. Z vyplněné obce se určují čísla kraje a okresu. U cizinek na víza do 90 dnů se místo kraje a okresu uvede konstanta 99Y. Shodný kód se použije u osob s českým občanstvím, které dlouhodobě (vízum nad 90 dní) pobývají mimo ČR.

Formáty rodných čísel, které bylo možné do registru zadat, se v průběhu let lišily. Do roku 2015 přijímal registr evidenční pojišťovací čísla. V letech 2016-2019 tento formát nepřijímal a rodné číslo cizince/cizinky se tvořilo pomocí data narození a koncovky 9999. Od konce roku 2019 jsou znovu přijímána evidenční pojišťovací čísla.

V uvedených analýzách jsou cizinci mimo EU vybráni pomocí položky Státní příslušnost. Nejprve je zde uveden vývoj počtu narozených. Následně je zobrazeno územní rozložení živě narozených podle kraje zdravotnického zařízení a kraje bydliště matky v roce 2018. Na závěr je uvedeno zastoupení státního občanství živě narozených ze zemí mimo EU v roce 2018.

Počet narozených v ČR se od roku 2013 zvyšuje. Podíl narozených se státním občanstvím mimo země EU se v posledních deseti letech pohybuje kolem 2 % (1,93 % v roce 2009 a 2,03 % v roce 2018). Podíl narozených se státním občanstvím mimo země

6. Národní registr reprodukčního zdraví

EU na celkovém počtu narozených cizinců v posledních deseti letech klesá (63,27 % v roce 2009, 43,36 % v roce 2018).

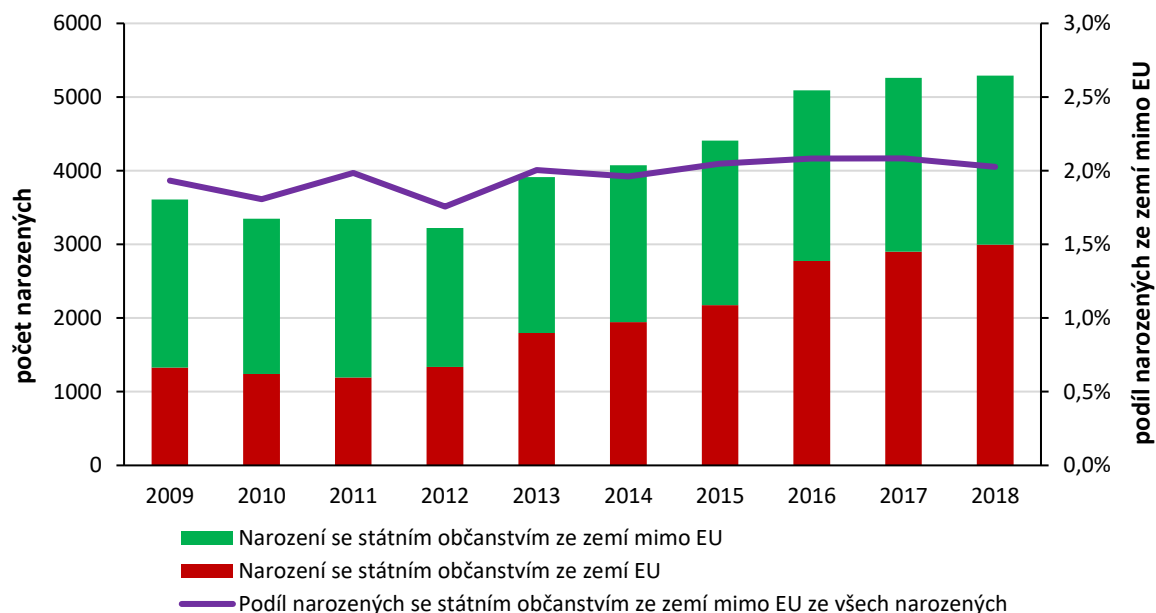
Největší podíl živě narozených se státním občanstvím ze zemí mimo EU je v roce 2018 evidován ve zdravotnických zařízeních Karlovarského kraje (4,6 %), následuje hl. m. Praha (4,0 %). V Karlovarském kraji tvoří také největší podíl ze všech narozených cizinců (72,0 %).

Podle kraje bydliště matky jsou výsledky v roce 2018 podobné. Největší podíl živě narozených se státním občanstvím ze zemí mimo EU je evidován v hl. m. Praha (4,9 %) a na druhém místě v Karlovarském kraji (4,0 %), kde tvoří i největší podíl ze všech cizinců (72,8 %).

Zastoupení živě narozených se státním občanstvím ze zemí mimo EU kopíruje zastoupení těchto cizinců v ČR. Největší podíl živě narozených ze zemí mimo EU tvoří v roce 2018 narození z Ukrajiny (33,7 %), Vietnamu (24,7 %) a Ruska (11,9 %).

Tabulka č. 76 Narození podle roku narození, vitality a státního občanství novorozence v letech 2009-2018

rok narození	živě narození	mrtvě narození	narození celkem	z toho narození s českým státním občanstvím	z toho narození se státním občanstvím ze zemí EU	z toho narození se státním občanstvím ze zemí mimo EU	podíl narozených se státním občanstvím ze zemí mimo EU ze všech narozených	podíl narozených se státním občanstvím ze zemí mimo EU z celkového počtu narozených cizinců
2009	117 980	247	118 227	114 617	1 326	2 284	1,93%	63,27%
2010	116 399	218	116 617	113 268	1 243	2 106	1,81%	62,88%
2011	107 906	250	108 156	104 814	1 195	2 147	1,99%	64,24%
2012	107 156	274	107 430	104 206	1 337	1 887	1,76%	58,53%
2013	105 259	227	105 486	101 574	1 797	2 115	2,01%	54,06%
2014	108 247	289	108 536	104 464	1 944	2 128	1,96%	52,26%
2015	108 801	281	109 082	104 672	2 177	2 233	2,05%	50,63%
2016	111 023	288	111 311	106 218	2 775	2 318	2,08%	45,51%
2017	112 903	312	113 215	107 956	2 900	2 359	2,08%	44,86%
2018	112 925	315	113 240	107 949	2 997	2 294	2,03%	43,36%

Graf č. 50 **Narození se státním občanstvím ze zemí mimo ČR podle roku narození a státního občanství novorozence v letech 2009-2018**Tabulka č. 77 **Živě narození podle kraje zdravotnického zařízení v roce 2018**

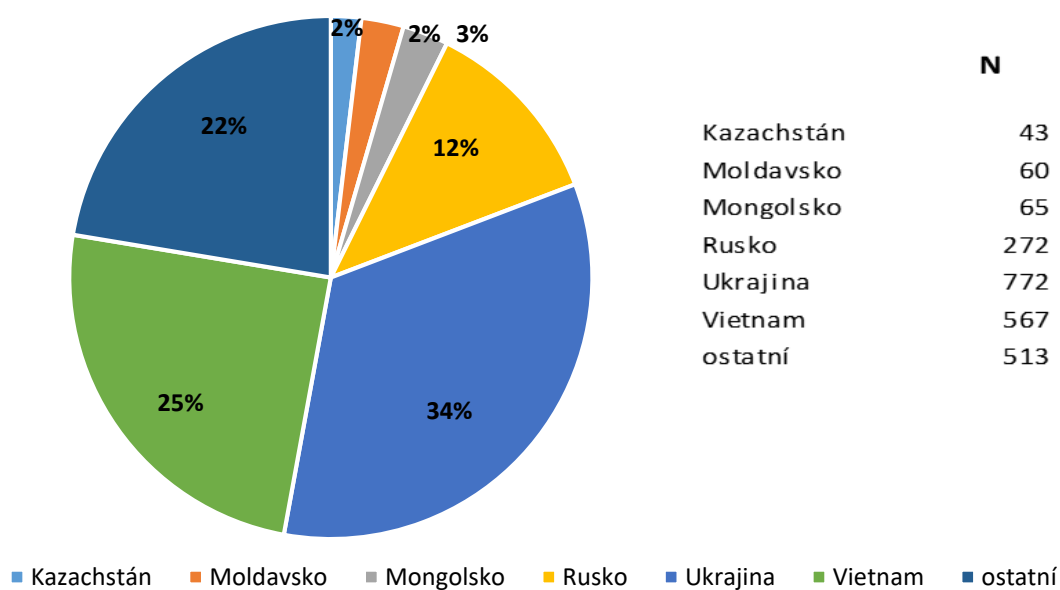
kraj zdravotnického zařízení	narození celkem	narození se státním občanstvím z jiných zemí	z toho narození se státním občanstvím ze zemí EU	z toho narození se státním občanstvím ze zemí mimo EU	podíl narozených ze zemí mimo EU z celkového počtu narozených	podíl narozených ze zemí mimo EU z narozených se státním občanstvím mimo ČR
Hl. m. Praha	18 910	1 509	757	752	4,0%	49,8%
Středočeský	12 784	651	389	262	2,0%	40,2%
Jihočeský	6 510	260	108	152	2,3%	58,5%
Plzeňský	5 956	472	277	195	3,3%	41,3%
Karlovarský	2 440	157	44	113	4,6%	72,0%
Ústecký	7 039	97	54	43	0,6%	44,3%
Liberecký	5 185	213	116	97	1,9%	45,5%
Královehradecký	5 516	131	61	70	1,3%	53,4%
Pardubický	4 665	42	29	13	0,3%	31,0%
Vysočina	5 401	97	41	56	1,0%	57,7%
Jihomoravský	14 005	1 041	697	344	2,5%	33,0%
Olomoucký	6 497	115	67	48	0,7%	41,7%
Zlínský	6 263	300	207	93	1,5%	31,0%
Moravskoslezský	11 754	203	149	54	0,5%	26,6%
celkem	112 925	5 288	2 996	2 292	2,0%	43,3%

6. Národní registr reprodukčního zdraví

Tabulka č. 78 **Živě narození podle kraje bydliště matky v roce 2018**

kraj bydliště matky	narození celkem	narození se státním občanstvím z jiných zemí	z toho narození se státním občanstvím ze zemí EU	z toho narození se státním občanstvím ze zemí mimo EU	podíl narozených ze zemí mimo EU z celkového počtu narozených	podíl narozených ze zemí mimo EU z narozených se státním občanstvím mimo ČR
PHA	15 035	1 350	607	743	4,9%	55,0%
STC	14 329	458	222	236	1,6%	51,5%
JHC	6 500	207	63	144	2,2%	69,6%
PLK	5 928	255	107	148	2,5%	58,0%
KVK	2 728	151	41	110	4,0%	72,8%
ULK	7 958	87	27	60	0,8%	69,0%
LBK	4 639	176	92	84	1,8%	47,7%
HKK	5 541	80	24	56	1,0%	70,0%
PLK	5 398	47	17	30	0,6%	63,8%
VYS	5 348	71	20	51	1,0%	71,8%
JMK	12 974	489	188	301	2,3%	61,6%
OLK	6 578	90	38	52	0,8%	57,8%
ZLK	5 979	111	58	53	0,9%	47,7%
MSK	12 192	113	61	52	0,4%	46,0%
bezdomovci	9	1	1	-	0,0%	0,0%
mimo území ČR	1 789	1 602	1 430	172	9,6%	10,7%
celkem	112 925	5 288	2 996	2 292	2,0%	43,3%

Graf č. 51 **Živě narození se státním občanstvím ze zemí mimo EU podle státní příslušnosti v roce 2018**



6.5 Národní registr vrozených vad

Národní registr vrozených vad představuje celoplošný populační registr, který navazuje na informační systém Vrozené vady, provozovaný v Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky od roku 1965. V NRVV jsou v současnosti evidovány všechny vrozené vady (VV), vzácná onemocnění (RD) a geneticky podmíněná onemocnění (GPO). Údaje z tohoto registru jsou v elektronické podobě dostupné od roku 1994.

Analýza četností prenatalně a postnatálně diagnostikovaných vrozených vad v populaci je v současné době jedním ze základních faktorů potřebných pro hodnocení zdravotního stavu populace a je nedílnou součástí hodnocení prenatalní, perinatální a postnatální péče. Celkově sledování vrozených vad slouží k vyhodnocování včasného zachytu vrozených vad a k tvorbě koncepce státní zdravotní politiky v této oblasti.

Že jsou data z registru vrozených vad velmi cenným zdrojem informací, dokládá také bohatá spolupráce s řadou významných mezinárodních organizací. Výstupy z NRVV jsou sdíleny například se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a Organizací pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD). V oblasti epidemiologie vrozených vad jsou důležitými partnery organizace EUROCAT a International Clearinghouse for Birth Defects Surveillance and Research (ICBDSR). Tyto organizace monitorují incidence a efektivitu prenatalní diagnostiky jak na evropské, tak na mezinárodní úrovni. Tato spolupráce je nezbytná pro srovnávání výsledků četností vrozených vad a jejich trendů a pro zpětno-vazební vliv na problematiku nejen reprodukčního zdraví v České republice.

Vrozenou vadu, geneticky podmíněné či jiné vzácné onemocnění hlásí každý odborný lékař, který vrozenou vadu, geneticky podmíněné či vzácné onemocnění u plodu, dítěte nebo dospělého diagnostikuje. Zpravodajskou jednotkou jsou genetická, ženská, gynekologicko-porodnická, novorozenecká, dětská, kardiologická, ortopedická nebo jiná odborná oddělení zdravotnických zařízení, kde byla vrozená vada diagnostikována. VV/GPO/RD se do registru hlásí tehdy, kdy je jednoznačně rozpoznáno a jmenovitě určeno. Onemocnění se nehlásí ve fázi podezření.

Sledují se vrozené vady (VV), geneticky podmíněná onemocnění (GPO) a jiná vzácná onemocnění (RD) zjištěná:

- u plodů, kdy se VV zjistila při prenatalní diagnostice (bez ohledu na to, zdali gravidita pokračuje nebo došlo k předčasnému ukončení gravidity z genetické indikace) a u mrtvě narozených nad 500 gramů (dle dřívější legislativy samovolné potraty nad 500 gramů),
- u mrtvě narozených dětí
- u živě narozených bez omezení věku (tj. vč. dospělých).

Metodika registru a počty vad, které bylo možno do registru zadat, se v průběhu let vyvíjely a měnily. Od roku 1965 se sledovalo vybraných 36 vrozených vad, v roce 1975 se výběr rozšířil na 60 a od 1. 1. 1994 se sledují všechny vrozené vady zařazené do XVII. kapitoly Mezinárodní klasifikace nemocí u dětí do dokončeného 15. roku života (tj. do 15. narozenin) a u mrtvě narozených dětí. V roce 1996 se začaly sledovat také vrozené vady prenatalně diagnostikované u plodů a v roce 1997 všechny vrozené vady (i mimo kapitolu XVII). Protože některé vzácné choroby je možné diagnostikovat i v dospělosti, byla zrušena horní hranice 15 let věku pro hlášení do NRVV, která byla platná do 31.12.2015. Od roku 2016 je možné do registru zadat diagnózy dle dalších klasifikací (dle Orpha number Orphanetu, Online Mendelian Inheritance in Man (OMIM) a Society for the Study of Inborn Errors of Metabolism (SSIEM)).

Od roku 2000 se do registru vrozených vad dohrávají vrozené vady z hlášení Zpráva o novorozenci. Data z registru vrozených vad se publikují za živě narozené, kterým byla vrozená vada diagnostikována do 1 roku věku života podle roku narození.

Sbírané položky v Hlášení o vrozené vadě se liší dle toho, zdali se jedná o vrozenou vadu plodu, dítěte do 1 roku nebo staršího pacienta. Tudíž se mění i možnost identifikace cizince. U plodu se eviduje státní občanství, bydliště a rodné číslo matky. U **dítěte do 1 roku** se eviduje **státní občanství matky a dítěte, rodné číslo obou a bydliště matky**. U staršího pacienta se eviduje rodné číslo, státní občanství a bydliště pacienta.

Identifikátor státní příslušnosti novorozence/matky/pacienta se v průběhu let lišil. Do roku 2015 se sledovala státní příslušnost (položka **Občan příslušnost k EU**) s hodnotami - 1 "občan ČR", 2 "občan zemí EU" a 3 "občan zemí mimo EU". Od roku 2016 se sleduje položka **Státní občanství**, kde se vybírá z číselníku zemí. V položce státní občanství je možnost - 99 „neudáno, ostatní“.

Obec bydliště matky/pacienta se vyplňuje se dle číselníku ČSÚ. U cizinců, kteří mají v ČR trvalý pobyt nebo dlouhodobý pobyt (na víza nad 90 dní, na zvláštní víza, s přiznaným statutem uprchlíka, se statutem žadatele o azyl) se trvalé bydliště vyplňuje stejně jako u občanů ČR. U cizinců na víza do 90 dnů se místo kódu obce uvede konstanta 999999. Shodný kód se použije u osob s českým občanstvím, které dlouhodobě (vízum nad 90 dní) pobývají mimo ČR. U bezdomovců se místo kódu obce uvede konstanta 888888. Z vyplněné obce se určují čísla kraje a okresu. U cizinců na víza do 90 dnů se místo kraje a okresu uvede konstanta 99Y. Shodný kód se použije u osob s českým občanstvím, které dlouhodobě (vízum nad 90 dní) pobývají mimo ČR.

Formáty rodných čísel, které bylo možné do registru zadat, se v průběhu let lišily. Do roku 2015 přijímal registr evidenční pojišťovací čísla. V letech 2016–2019 tento formát nepřijímal a rodné číslo cizince/cizinky se tvořilo pomocí data narození a koncovky 9999. Od konce roku 2019 jsou znovu přijímána evidenční pojišťovací čísla.

Analýzy uvedené zde, stejně jako jsou publikovány v oficiálních statistikách o vrozených vadách, jsou provedeny **za živě narozené, kterým byla vrozená vada diagnostikována do 1 roku věku podle roku narození**. Aby bylo možné evidovat všechny narozené děti v daném roce s vrozenou vadou, která u nich byla do dovršení 1 roku věku diagnostikována a nahlášena, jsou data z registru publikována s ročním zpožděním. Z toho důvodu jsou zde zpracované statistiky za období 2009-2017. Údaje jsou tříděny podle roku narození dítěte. Vrozených vad diagnostikovaných u plodů matek cizinek ze zemí mimo EU se objevují v nízkém počtu, proto nejsou tyto statistiky zde prezentovány jako relevantní k projektu.

Statistiky jsou zde rozděleny podle státní příslušnosti matky a státní příslušnosti novorozence. Do registru vrozených vad jsou od roku 2000 dohrávány záznamy ze Zprávy o novorozenci. To ovlivňuje i zde uvedené statistiky, zejména z důvodu, že v hlášení o novorozenci není uvedena státní příslušnost matky.

Celková incidence vrozených vad se v posledních letech v ČR výrazně nemění. Mírné kolísání ročních incidencí je způsobené kolísáním četnosti vybraných diagnóz. Incidence vrozených vad u cizinců ze zemí mimo EU se pohybuje v rozmezí 120-265 na 10 000 živě narozených, hodnoty v jednotlivých letech však velmi kolísají. Jelikož se jedná o nízké počty případů, které jsou u cizinců ze zemí mimo EU hlášeny, je obtížné zde vyvozovat trend.

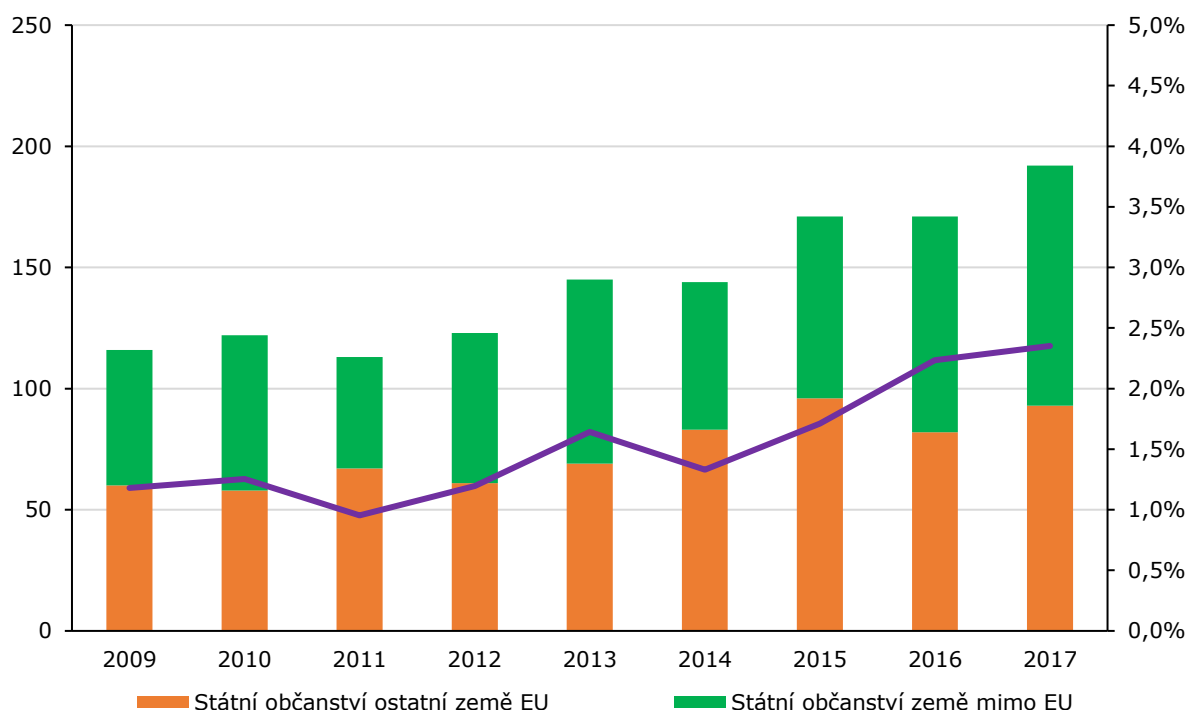
Podíl živě narozených s vrozenou vadou ze zemí mimo EU (podle státního občanství novorozence) se v posledních letech pohybuje okolo 1 %. Podíl živě naroze-

ných s vrozenou vadou diagnostikovanou do 1 roku věku ze zemí mimo EU tvořil v roce 2009 1,01 % a v roce 2017 1,16 %. Výjimkou je rok 2016, kdy se tento podíl blížil k 2 %. U rozdělení podle státního občanství matky pozorujeme mírný kontinuální nárůst (1,18 % v roce 2009, 2,35 % v roce 2017).

Tabulka č. 79 **Živě narození s vrozenou vadou podle státního občanství matky a roku narození v letech 2009–2017**

	státní občanství ČR	státní občanství ostatní země EU	státní občanství země mimo EU	státní občanství neudáno	celkem	podíl cizinců ze zemí mimo EU
2009	4 561	60	56	66	4 743	1,18 %
2010	4 808	58	64	179	5 109	1,25 %
2011	4 517	67	46	194	4 824	0,95 %
2012	4 947	61	62	113	5 183	1,20 %
2013	4 333	69	76	151	4 629	1,64 %
2014	4 294	83	61	148	4 586	1,33 %
2015	4 083	96	75	126	4 380	1,71 %
2016	2 857	82	89	954	3 982	2,24 %
2017	3 330	93	99	687	4 209	2,35 %

Graf č. 52 **Živě narození s vrozenou vadou se státním občanstvím matky ze zemí mimo ČR podle státního občanství matky a roku narození v letech 2009–2017**



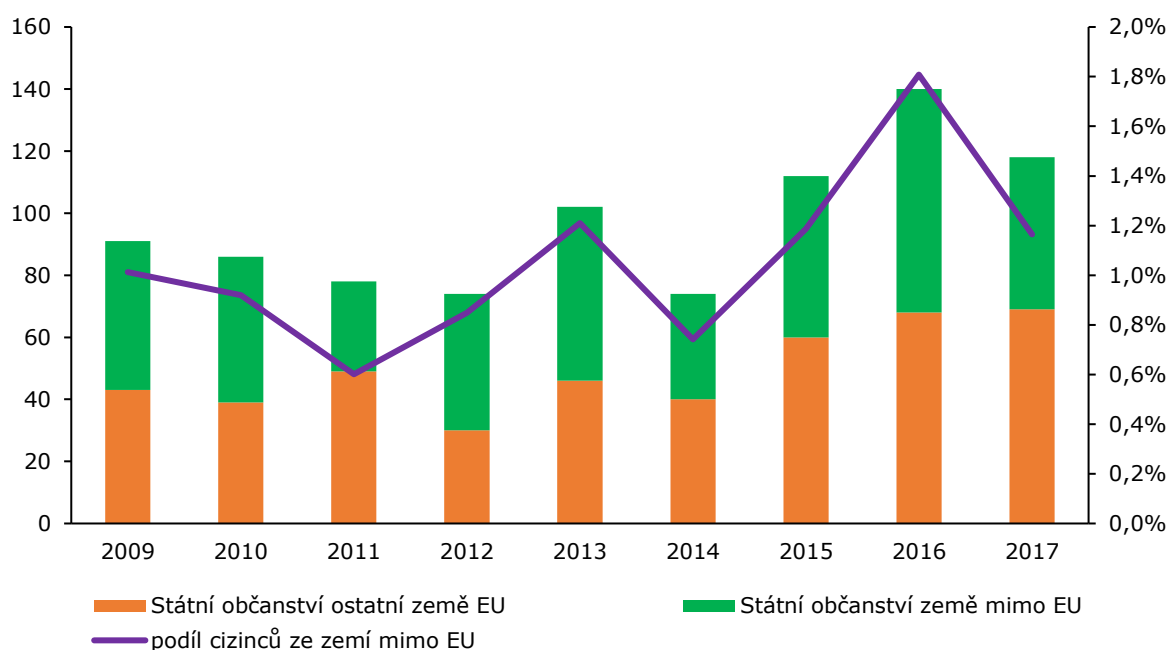
Pozn.: Podíl cizinců ze zemí mimo EU je podíl živě narozených s vrozenou vadou se státním občanstvím matky ze zemí mimo EU ze všech živě narozených s vrozenou vadou.

6. Národní registr reprodukčního zdraví

Tabulka č. 80 **Živě narození s vrozenou vadou podle státního občanství dítěte a roku narození**

	státní občanství ČR	státní občanství ostatní země EU	státní občanství země mimo EU	státní občanství neudáno	celkem	podíl cizinců ze zemí mimo EU	živě narození s vrozenou vadou na 10 000 živě narozených - Státní občanství ČR	živě narození s vrozenou vadou na 10 000 živě narozených - Státní občanství ostatní země EU	živě narození s vrozenou vadou na 10 000 živě narozených - Státní občanství země mimo EU
2009	4 586	43	48	66	4 743	1,01%	397,9	663,6	195,4
2010	4 844	39	47	179	5 109	0,92%	424,5	601,9	197,0
2011	4 552	49	29	194	4 824	0,60%	430,6	781,5	124,4
2012	4 996	30	44	113	5 183	0,85%	474,4	504,2	164,5
2013	4 348	46	56	179	4 629	1,21%	420,5	643,4	212,9
2014	4 364	40	34	148	4 586	0,74%	410,2	473,9	128,9
2015	4 142	60	52	126	4 380	1,19%	386,6	721,2	185,8
2016	3 840	68	72	2	3 982	1,81%	352,4	698,2	263,3
2017	4 091	69	49	0	4 209	1,16%	371,6	456,0	175,0

Graf č. 53 **Živě narození s vrozenou vadou se státním občanstvím dítěte ze zemí mimo ČR podle státního občanství dítěte a roku narození v letech 2009–2017**



Pozn.: Podíl cizinců ze zemí mimo EU je podíl živě narozených s vrozenou vadou se státním občanstvím ze zemí mimo EU ze všech živě narozených s vrozenou vadou.

7. Registr pohlavních nemocí (RPN)

7.1 Informace o zdroji dat a metodice

Účelem zjišťování je zajištění informací o vybraných pohlavních onemocněních k posouzení vývoje epidemiologické situace na území ČR, ke sledování zdravotního stavu obyvatelstva a k řízení poskytované zdravotní péče. Výsledky se předávají Světové zdravotnické organizaci a ECDC.

RPN je kontinuálním pokračováním dlouhodobého statistického sledování (od r. 1959) v ÚZIS ČR. Od roku 2003 je RPN provozován jako webová aplikace s centrální databází. Krajské hygienické stanice vkládají data do registru prostřednictvím internetového připojení přes zabezpečený protokol https. Přístup do registru a přidělení uživatelské role schvaluje správce.

RPN – jeho internetová část – je zřízen Ministerstvem zdravotnictví České republiky a je součástí informačního systému hygienické služby. Hygienická služba odpovídá za ochranu veřejného zdraví a přispívá k naplňování zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, a vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 306/2012 Sb., o předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

Statistickou jednotkou je každé zjištěné onemocnění pohlavní nemocí, která podléhá hlášení, včetně reinfekcí. Registr zahrnuje všechna epidemiologická hlášení o pohlavní nemoci, o úmrtí s pohlavní nemocí, podezření z onemocnění nebo nákazy pohlavní nemocí a označené zdroje nákazy pohlavní nemocí včetně případů zjištěných u cizinců.

Povinnému hlášení pohlavní nemocí podléhají tyto nemoci: Vrozená syfilis (A50), časná syfilis (A51), pozdní syfilis (A52), jiná a neurčená syfilis (A53), gonokoková infekce (A54), lymphogranuloma venereum (A55), chancroid-ulcus molle (A57).

Zpravodajskou jednotkou je každé zdravotnické pracoviště, které onemocnění pohlavní nemocí diagnostikovalo (zpravidla dermatovenerologické) bez ohledu na zřizovatele. Hlášení do RPN se řídí následujícími normami:

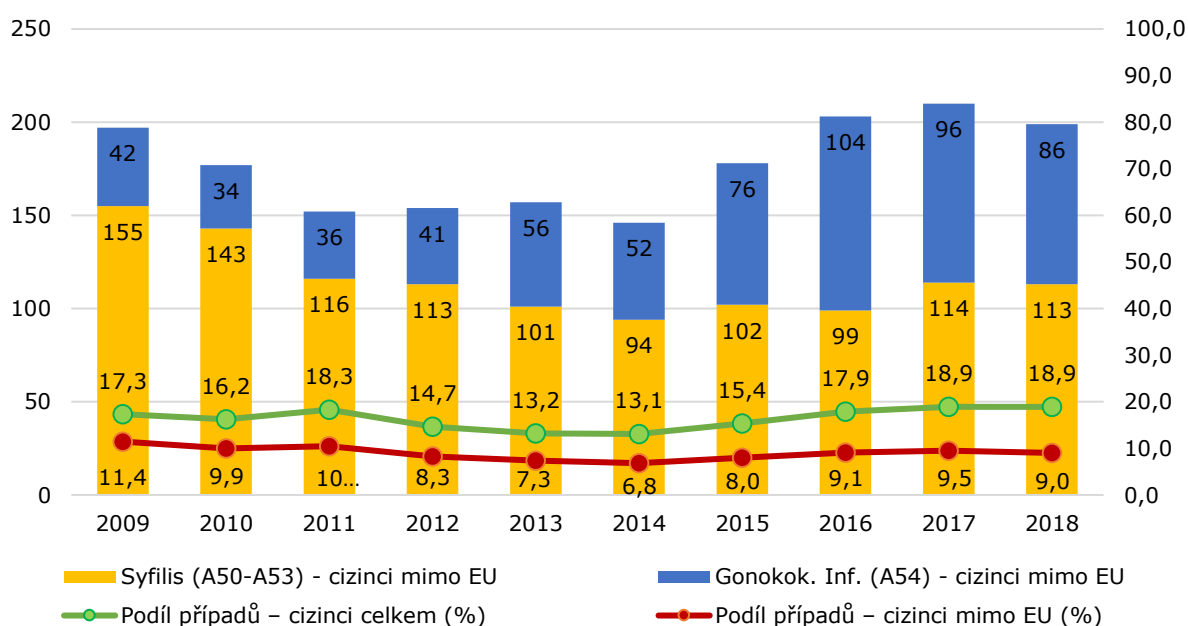
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška MZ č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče
- Vyhláška MZ č. 473/2008 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce.
- Metodický návod Věst. MZ, částka 8/2003, k řešení problematiky infekce HIV/AIDS v České republice.
- Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 2119/98/ES z 24. 9. 1998 o zřízení sítě epidemiologického dozoru a kontroly přenosných nemocí ve Společenství.

CIZINCI V REGISTRU POHLAVNÍCH NEMOCÍ:

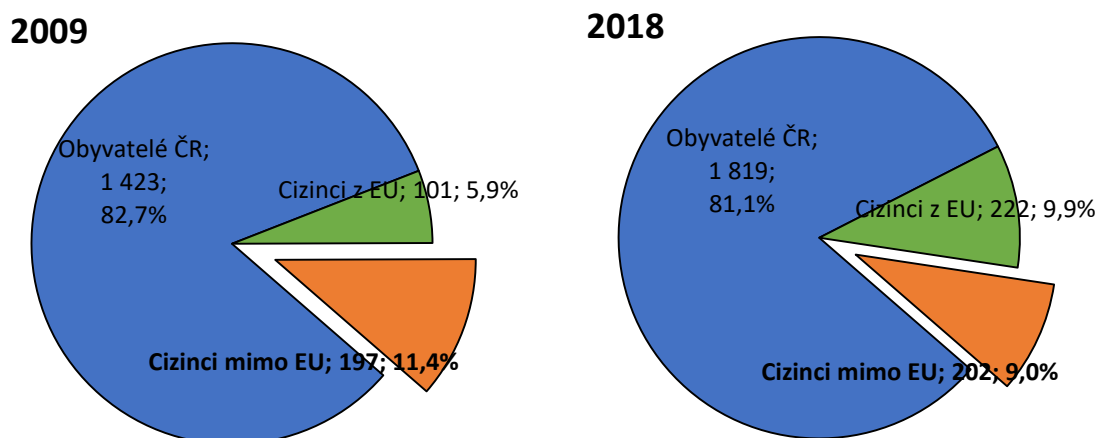
Osoby se zahraničním původem je možné identifikovat na základě nominální proměnné Státní příslušnost, Země původu a doplňkově také v rámci slovně zadávané proměnné Etnikum. Využitá proměnná „ZemePuvodu“ je dostupná v letech 2009–2018 a v tomto rozsahu má vyplněnost téměř 100 %. Kvalita dat dostupných pro osoby zahraničního původu je srovnatelná s daty o obyvatelích ČR. Státní občanství je zjišťováno až od roku 2015 a z epidemiologického hlediska má menší význam než země původu.

7.2 Vývoj počtu cizinců v letech 2009–2018

Podíl případů osob v RPN se zahraničním původem (zelená křivka v grafu č. 54) se v období 2009–2018 pohyboval přibližně mezi 13–19 %, přičemž v posledních 5 letech můžeme pozorovat mírný nárůst až na maximální hodnotu 18,9 % v roce 2018. Naopak nejnižší podíl cizinců vykazoval rok 2011. Křivka podílu případů osob pocházejících ze zemí mimo EU (červená křivka v grafu č. 54) má podobný průběh, pouze zmíněný nárůst v posledních pěti letech je pomalejší. Absolutní počet případů cizinců ze zemí mimo EU byl nejvyšší v roce 2017 – konkrétně se jednalo o 213 případů, v tom 96 případů onemocnění gonokokovou infekcí (kapavkou) dg. A54 a 114 případů onemocnění syfilis dg. A50-A53. Srovnání podílů případů podle občanství mezi počátečním a koncovým rokem sledovaného intervalu lze vidět v grafu č. 55, detailněji informaci podává tabulka č. 81. Při přepočtu na 100 tisíc obyvatel daného občanství (tabulka č. 82) se ukazuje, že počet případů cizinců od roku 2016 klesá, bez ohledu na jejich příslušnost k Evropské Unii.

Graf č. 54 Počty případů v RPN dle země původu v letech 2009–2018

Graf č. 55 Počty případů v RPN dle země původu v letech 2009 a 2018



Tabulka č. 81 Případy zaznamenané v RPN dle země původu v letech 2009–2018

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
počet případů v ČR celkem	1 721	1 779	1 452	1 856	2 139	2 139	2 233	2 262	2 235	2 243
z toho cizinci celkem	298	289	266	272	282	280	343	405	422	424
z toho cizinci z EU	101	112	114	118	125	134	165	200	209	222
z toho cizinci mimo EU	197	177	152	154	157	146	178	205	213	202
podíl cizinců celkem (v %)	17,3	16,2	18,3	14,7	13,2	13,1	15,4	17,9	18,9	18,9
podíl cizinců z EU (v %)	5,9	6,3	7,9	6,4	5,8	6,3	7,4	8,8	9,4	9,9
podíl cizinců mimo EU (v %)	11,4	9,9	10,5	8,3	7,3	6,8	8,0	9,1	9,5	9,0
hlášené případy cizinců ze zemí mimo EU dle vybraných nejčastějších diagnóz										
případy syfilis (dg. A50-A53)	155	143	116	113	101	94	102	99	114	113
podíl syfilis v ČR (v %)	15,5	14,0	15,7	16,2	14,2	13,0	13,5	13,7	14,8	14,4
případy gonokok. Inf. (A54)	42	34	36	41	56	52	76	104	96	86
podíl gonokok. Inf. v ČR (%)	5,8	4,5	5,1	3,6	3,9	3,7	5,3	6,9	6,7	6,0

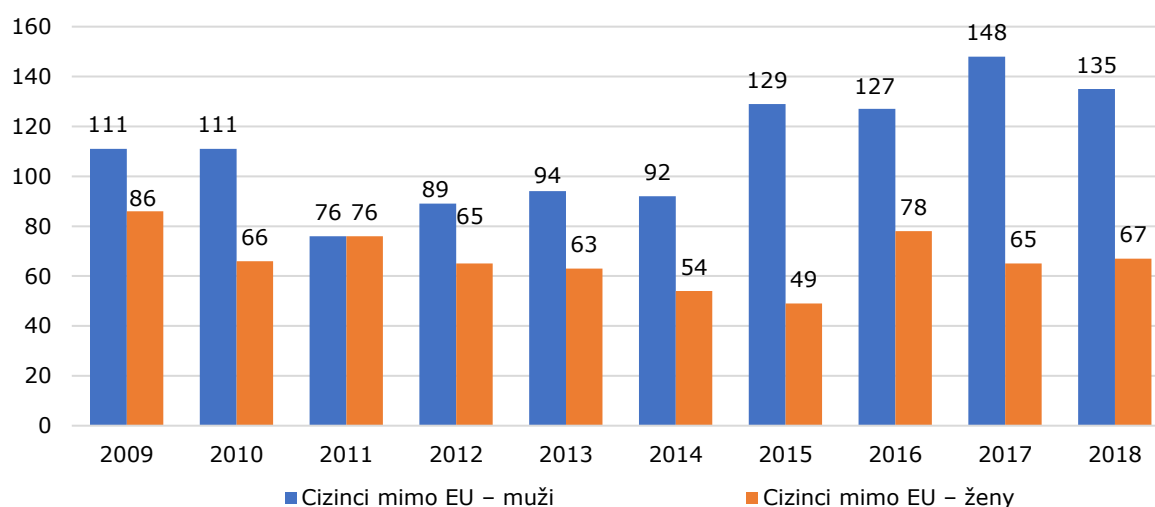
Tabulka č. 82 Případy zaznamenané v RPN dle země původu v letech 2009–2018 (přepočteno na 100 tis. obyvatel ČR dle občanství)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
počet případů v ČR celkem	16,4	16,9	13,8	17,7	20,4	20,3	21,2	21,4	21,1	21,1
případy na cizince celkem	68,5	67,5	62,0	62,5	64,4	63,0	75,1	84,5	82,9	77,9
případy na cizince z EU	70,4	81,0	78,3	74,6	74,4	75,0	87,0	99,3	97,9	98,4
případy na cizince mimo EU	67,6	61,0	53,6	55,6	58,3	55,0	66,6	73,8	72,1	63,4
hlášené případy cizinců ze zemí mimo EU dle vybraných nejčastějších diagnóz										
případy syfilis (dg. A50-A53)	53,2	49,3	40,9	40,8	37,5	35,4	38,2	35,7	38,6	35,5
případy gonokok. Inf. (A54)	14,4	11,7	12,7	14,8	20,8	19,6	28,4	37,5	32,5	27,0

7.3 Počty cizinců dle věku a pohlaví

Stratifikaci případů dle pohlaví v letech 2009–2018 zobrazuje graf č. 56. Z něj lze vidět výraznou dominanci mužů mezi cizinci ze zemí mimo EU, s výjimkou roku 2011. Z grafu není patrný žádný trend. Drtivou většinu (99 %) v obou případech tvoří osoby středního věku, tj. mezi 15 a 64 lety. Senioři (osoby nad 65 let) se na případech v RPN podílejí z 1 %, dětská kategorie není vzhledem k povaze způsobu přenosu zastoupena vůbec. Detailnější stratifikaci dle věku a pohlaví poskytuje tabulka č. 83.

Graf č. 56 **Počty případů cizinců ze zemí mimo EU v RPN dle pohlaví v letech 2009–2018**



Tabulka č. 83 **Případy zaznamenané v RPN dle země původu, věku a pohlaví za rok 2018 a průměr let 2009–2018**

		2018			2009–2018 (průměr)		
		0–14 let	15–64 let	65+	0–14 let	15–64 let	65+
počet případů – cizinci celkem	muži	0	331	1	0,3	234,5	1,7
	ženy	0	91	1	0,4	90,8	0,4
počet případů – cizinci mimo EU	muži	0	134	1	0,3	110,1	0,8
	ženy	0	66	1	0,2	66,4	0,3
podíl případů – cizinci celkem (%)	muži	0	19,3	5,6	8,3	16,1	8,0
	ženy	0	18,4	12,5	9,9	17,7	3,1
podíl případů – cizinci mimo EU (%)	muži	0	7,8	5,6	8,3	7,7	3,9
	ženy	0	13,3	12,5	5,8	12,9	2,3
počet případů – celkem	muži	1	1 719	18	2,7	1 446,2	21,7
	ženy	2	495	8	4,4	517,8	13,1
počet případů – obyvatelé ČR	muži	1	1 388	17	2,4	1 211,7	20,0
	ženy	2	404	7	4,0	427,0	12,7
podíl případů – obyvatelé ČR (%)	muži	100	80,7	94,4	91,7	83,9	92,0
	ženy	100	81,6	87,5	90,1	82,3	96,9

7.4 Počty cizinců v krajích ČR

Rozložení případů osob pocházejících ze zahraničí v rámci krajů ČR zobrazuje tabulka č. 84 (stratifikace dle kraje bydliště) a tabulka č. 85 (Stratifikace dle kraje hygienické stanice). Z dat za rok 2018 vyplývá, že nejvyšší absolutní i relativní počet cizinců se dle bydliště vyskytuje v hlavním městě Praze, vyšší podíly osob se zahraničním původem dále vykazují kraje Plzeňský, Liberecký a Jihomoravský, nejnižší podíl naopak najdeme v Pardubickém kraji. Průměrné počty za posledních 10 let ukazují, že nejvíce cizinců se objevuje v Jihomoravském kraji, hlavním městě Praze, Plzeňském, Středočeském a Libereckém kraji. Při stratifikaci podle kraje hygienické stanice vykazují dle dat za rok 2018 nejvyšší podíl cizinců Plzeňský kraj, dále hlavní město Praha, Liberecký kraj a Jihomoravský kraj, nejméně osob ze zahraničí se vyskytuje v Pardubickém kraji. Průměrný pohled za roky 2009–2018 pak ukazuje, že nejvyšší podíl případů cizinců evidovaly kraje hlavní město Praha, Jihomoravský, Plzeňský, Středočeský a Liberecký, nejméně pak Moravskoslezský kraj.

Tabulka č. 84 **Případy zaznamenané v RPN dle země původu a kraje bydliště za rok 2018 a průměr let 2009–2018**

2018														
	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JMK	OLK	ZLK	MSK
počet příp. – cizinci celkem	240	22	14	15	3	12	13	6	1	2	58	2	1	7
počet příp. – cizinci mimo EU	97	10	7	3	3	5	13	5	1	1	33	1	1	3
podíl příp. – cizinci celkem (%)	27,6	10,9	14,3	21,1	8,6	6,4	19,7	10,7	2,7	4,0	19,3	4,8	3,6	4,1
podíl příp. – cizinci mimo EU (%)	11,2	5,0	7,1	4,2	8,6	2,7	19,7	8,9	2,7	2,0	11,0	2,4	3,6	1,8
podíl příp. – cizinci mimo EU z cizinců celkem (%)	40,4	45,5	50,0	20,0	100,0	41,7	100,0	83,3	100,0	50,0	56,9	50,0	100,0	42,9
2009–2018 (průměr)														
	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JMK	OLK	ZLK	MSK
počet příp. – cizinci celkem	152,5	32,1	10,3	14,8	5,0	5,8	8,4	3,7	2,0	1,8	54,0	2,2	2,0	4,6
počet příp. – cizinci mimo EU	72,8	20,9	5,0	6,6	4,5	3,5	7,1	2,8	1,3	1,5	34,7	1,3	1,3	2,9
podíl příp. – cizinci celkem (%)	21,4	16,0	12,5	17,7	9,9	3,2	14,1	10,2	6,1	5,6	22,0	4,8	6,7	2,8
podíl příp. – cizinci mimo EU (%)	10,2	10,4	6,1	7,9	8,9	1,9	11,9	7,8	4,0	4,6	14,1	2,8	4,4	1,8
podíl příp. – cizinci mimo EU z cizinců celkem (%)	47,7	65,1	48,5	44,6	90,0	60,3	84,5	75,7	65,0	83,3	64,3	59,1	65,0	63,0

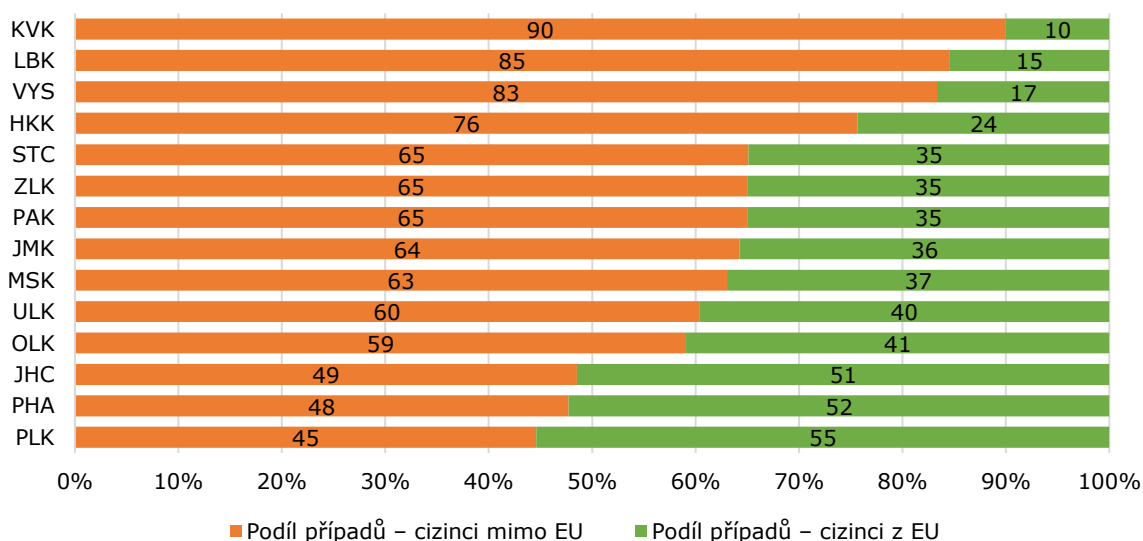
7. Registr pohlavních nemocí

Tabulka č. 85 **Případy zaznamenané v RPN dle země původu a kraje hygienické stanice za rok 2018 a průměr let 2009–2018**

2018														
	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JMK	OLK	ZLK	MSK
počet příp. – cizinci celkem	257	22	14	26	3	12	13	6	1	2	58	2	1	7
počet příp. – cizinci mimo EU	107	10	7	12	3	5	13	5	1	1	33	1	1	3
podíl příp. – cizinci celkem (%)	28,9	10,9	14,3	31,3	8,8	6,4	19,4	11,3	2,6	4,0	19,3	4,7	3,7	4,1
podíl příp. – cizinci mimo EU (%)	12,0	5,0	7,1	14,5	8,8	2,7	19,4	9,4	2,6	2,0	11,0	2,3	3,7	1,8
podíl příp. – cizinci mimo EU z cizinců celkem (%)	41,6	45,5	50,0	46,2	100,0	41,7	100,0	83,3	100,0	50,0	56,9	50,0	100,0	42,9
2009–2018 (průměr)														
	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JMK	OLK	ZLK	MSK
počet příp. – cizinci celkem	170,3	32,2	10,5	18,1	4,9	12,6	8,5	3,9	2,2	1,9	53,9	2,3	1,9	4,9
počet příp. – cizinci mimo EU	78,9	20,9	5,0	7,8	4,4	7,8	7,1	2,8	1,4	1,6	34,6	1,4	1,3	3,1
podíl příp. – cizinci celkem (%)	22,8	16,1	12,8	20,4	9,8	6,6	13,9	11,0	6,4	6,0	21,8	5,0	6,6	3,0
podíl příp. – cizinci mimo EU (%)	10,5	10,4	6,1	8,8	8,8	4,1	11,6	7,9	4,1	5,0	14,0	3,1	4,5	1,9
podíl příp. – cizinci mimo EU z cizinců celkem (%)	46,3	64,9	47,6	43,1	89,8	61,9	83,5	71,8	63,6	84,2	64,2	60,9	68,4	63,3

Rozložení dle kraje bydliště se zaměřením na osoby ze zemí mimo EU ukazuje graf č. 57, z něhož lze vidět, že z celkového množství cizinců se nejvíce osob ze zemí mimo EU vyskytuje v kraji Karlovarském, Libereckém a na Vysočině. Naopak nejnižší podíl cizinců ze zemí mimo EU vykazují kraje Plzeňský, hlavní město Praha a Jihočeský. Vývoj rozložení počtu cizinců v posledních 10 letech zobrazují tabulky č. 86 a 87. V přepočtu na 100 tisíc obyvatel se podle kraje bydliště nejvíce cizinců ze zemí mimo EU vždy vyskytovalo v hlavním městě Praze. Z dat není patrný žádný trend. Data tříděná dle kraje hygienické stanice jsou obdobná.

Graf č. 57 **Podíl případů v RPN dle země původu a kraje bydliště – průměr za roky 2009–2018 (cizinci mimo EU ze všech cizinců)**



Tabulka č. 86 **Případy zaznamenané v RPN u ciz. ze zemí původu mimo EU a kraje bydliště v letech 2009–2018**

cizinci mimo EU										
přepočteno na 100 tis. obyvatel	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
PHA	5,1	4,2	3,4	5,1	5,8	5,1	5,8	7,5	8,2	7,5
STC	1,6	2,5	2,0	2,0	1,2	1,5	1,4	1,2	2,1	0,7
JHC	0,5	0,2	1,6	0,6	0,6	0,6	1,3	0,5	0,9	1,1
PLK	1,9	1,2	2,1	1,2	1,0	1,0	0,7	1,4	0,3	0,5
KVK	2,3	2,0	2,0	2,3	0,7	0,7	0,3	1,3	2,4	1,0
ULK	0,7	0,2	0,4	0,1	0,0	0,1	0,2	1,3	0,5	0,6
LBK	0,9	2,0	1,8	2,5	1,1	0,2	1,8	1,6	1,1	2,9
HKK	0,2	0,2	0,7	0,0	0,4	0,5	0,2	0,7	1,3	0,9
PAK	0,4	0,4	0,0	0,0	0,6	0,0	0,2	0,2	0,6	0,2
VYS	0,6	0,8	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	0,2	0,4	0,2
JMK	3,4	4,4	2,7	1,9	2,7	2,5	3,7	3,1	2,5	2,8
OLK	0,5	0,6	0,2	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,2
ZLK	0,2	0,2	0,2	0,2	0,9	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2
MSK	1,5	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0	0,2
podíl případů – z cizinců celkem (%)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
PHA	54,2	51,0	45,2	53,4	52,9	44,1	46,2	50,8	46,5	40,4
STC	71,4	79,5	73,5	68,4	65,2	59,4	55,9	57,1	65,1	45,5
JHC	75,0	12,5	83,3	57,1	30,8	40,0	47,1	42,9	54,5	50,0
PLK	64,7	41,2	52,2	46,7	46,2	50,0	36,4	50,0	22,2	20,0
KVK	87,5	85,7	100,0	100,0	66,7	100,0	100,0	80,0	87,5	100,0
ULK	100,0	50,0	100,0	50,0	-	100,0	33,3	78,6	40,0	41,7
LBK	57,1	100,0	100,0	78,6	71,4	50,0	88,9	77,8	83,3	100,0
HKK	100,0	100,0	66,7	0,0	100,0	60,0	100,0	80,0	77,8	83,3
PAK	100,0	100,0	-	-	75,0	-	100,0	20,0	60,0	100,0
VYS	100,0	100,0	-	100,0	-	100,0	0,0	50,0	100,0	50,0
JMK	78,0	75,0	64,0	55,0	72,1	67,4	69,8	53,7	51,7	56,9
OLK	60,0	80,0	50,0	0,0	0,0	100,0	-	66,7	-	50,0
ZLK	50,0	50,0	50,0	50,0	83,3	-	100,0	33,3	100,0	100,0
MSK	90,5	0,0	0,0	25,0	33,3	100,0	100,0	50,0	-	42,9

Tabulka č. 87 **Případy zaznamenané v RPN u ciz. ze zemí původu mimo EU a kraje hygienické stanice v letech 2009–2018**

cizinci mimo EU										
přepočteno na 100 tis. obyvatel	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
PHA	5,3	4,4	3,5	5,2	6,0	5,4	6,7	8,6	9,0	8,2
STC	1,6	2,4	2,0	2,1	1,2	1,5	1,4	1,2	2,1	0,7
JHC	0,5	0,2	1,6	0,6	0,6	0,6	1,3	0,5	0,9	1,1
PLK	2,1	1,2	2,1	1,2	1,0	1,0	0,7	1,4	0,7	2,1
KVK	1,9	2,0	2,0	2,3	0,7	0,7	0,3	1,3	2,4	1,0
ULK	2,2	0,6	1,2	0,8	0,8	1,0	0,4	1,3	0,5	0,6
LBK	0,9	2,0	1,8	2,5	1,1	0,2	1,8	1,6	1,1	2,9
HKK	0,2	0,2	0,7	0,0	0,4	0,5	0,2	0,7	1,3	0,9
PAK	0,4	0,4	0,0	0,2	0,6	0,0	0,2	0,2	0,6	0,2
VYS	0,6	1,0	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	0,2	0,4	0,2
JMK	3,4	4,4	2,7	1,8	2,7	2,5	3,7	3,1	2,5	2,8
OLK	0,5	0,6	0,2	0,0	0,0	0,5	0,0	0,3	0,0	0,2
ZLK	0,2	0,2	0,2	0,2	0,9	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2
MSK	1,5	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,0	0,2
podíl případů – z cizinců celkem (%)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
PHA	51,2	48,2	41,0	52,4	50,3	42,8	44,7	47,8	46,8	41,6
STC	71,4	78,9	71,4	69,2	65,2	59,4	55,9	57,1	65,1	45,5
JHC	75,0	12,5	83,3	57,1	30,8	36,4	47,1	37,5	54,5	50,0
PLK	66,7	41,2	50,0	46,7	46,2	50,0	25,0	38,1	21,1	46,2
KVK	85,7	85,7	100,0	100,0	66,7	100,0	100,0	80,0	87,5	100,0
ULK	85,7	45,5	62,5	43,8	70,0	100,0	42,9	73,3	40,0	41,7
LBK	57,1	100,0	100,0	78,6	71,4	50,0	88,9	77,8	71,4	100,0
HKK	100,0	100,0	66,7	0,0	66,7	60,0	100,0	66,7	77,8	83,3
PAK	100,0	100,0	–	100,0	75,0	–	100,0	20,0	50,0	100,0
VYS	100,0	100,0	–	100,0	–	100,0	0,0	50,0	100,0	50,0
JMK	78,0	75,0	64,0	53,8	72,1	67,4	69,8	53,7	51,7	56,9
OLK	60,0	80,0	50,0	0,0	0,0	100,0	–	66,7	–	50,0
ZLK	50,0	50,0	100,0	50,0	83,3	–	100,0	33,3	100,0	100,0
MSK	90,5	0,0	0,0	25,0	33,3	100,0	100,0	33,3	–	42,9

7.5 Specifické výstupy za cizince mimo EU

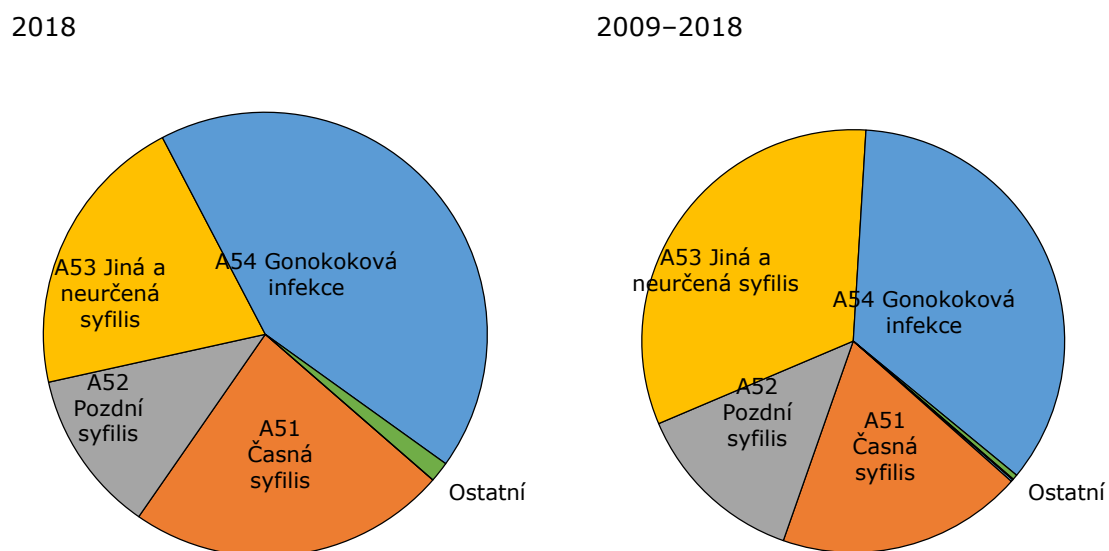
Konkrétní původ osob pocházejících ze zemí mimo EU ukazují tabulky č. 88 a 89. Z tabulky č. 88, kde jsou uvedeny absolutní počty případů dle jednotlivých zemí za rok 2018, můžeme vidět, že nejvíce případů je evidováno pro osoby z Ukrajiny, Ruska, Mongolska a Spojených států. Tabulka č. 89 nám pak ukazuje průměrný počet případů ze zemí mimo EU – z těchto dat vyplývá, že za posledních 10 let pochází nejvíce případů (podobně jako v posledním uplynulém roce) z Ukrajiny, Ruska a Mongolska, dále z Vietnamu, Moldavska, Spojených států a Kuby.

Rozložení případů dle diagnózy MKN ukazují graf č. 58 a tabulky č. 90 a 91. Z dat za rok 2018 lze vidět, že nejčastější diagnózou mezi cizinci mimo země EU je gonokoková infekce, dále pak časná syfilis, jiná a neurčená syfilis, pozdní syfilis

a Lymphogranuloma venereum. Pro diagnózy vrozená syfilis a Chancroid-ulcus molle není v roce 2018 evidován žádný případ. Pořadí diagnóz dle průměrných počtů za roky 2009–2018 je jen mírně odlišné – nejvíce případů je evidováno s gonokokovou infekcí, dále s jinou a neurčenou syfilis, časnou syfilis, pozdní syfilis, Lymphogranuloma venereum, vrozenou syfilis a nejméně se vyskytuje Chancroid-ulcus molle.

Případy evidované v RPN obsahují také informaci o tom, jaký je status HIV u dané osoby. Tyto údaje pro osoby ze zemí mimo EU za rok 2018 a průměr za posledních 10 let ukazují tabulky č. 92 a 93. V obou daných obdobích je přibližně u 50 případů status HIV neznámý a valná většina případů je vedena jako negativní.

Graf č. 58 **Podíl případů v RPN u cizinců ze zemí mimo EU dle diagnózy MKN za průměr let 2009–2018 a za rok 2018**



Tabulka č. 88 **Případy za rok 2018**

cizinci mimo EU – počet případů			
Ukrajina	59	Kolumbie	4
Rusko	24	Indie	4
Mongolsko	19	Turecko	3
Spojené státy	18	Arménie	2
Kazachstán	9	Nigérie	2
Moldavsko	7	Gruzie	2
Kuba	6	Kanada	2
Brazílie	5	Makedonie	2
Venezuela	5	Austrálie	2
Vietnam	4	ostatní	22

7. Registr pohlavních nemocí

Tabulka č. 89 **Průměrný počet případů za roky 2009–2018**

cizinci mimo EU – průměrný počet případů			
Ukrajina	70,8	Brazílie	2,4
Rusko	20,8	Arménie	2,1
Mongolsko	16,5	Nigérie	1,9
Vietnam	11,1	Uzbekistán	1,4
Moldavsko	5,8	Gruzie	1,3
Spojené státy	4,1	Turecko	1,3
Kuba	3,8	Kyrgyzstán	1,2
Bělorusko	2,8	Jugoslávie	1,1
Kazachstán	2,7	Kolumbie	1
Čína	2,6	Tunisko	1

Tabulka č. 90 **Případy dle diagnózy MKN (za rok 2018)**

cizinci mimo EU – počet případů	
A54 Gonokoková infekce	86
A51 Časná syfilis	47
A53 Jiná a neurčená syfilis	42
A52 Pozdní syfilis	24
A55 Lymphopogranuloma venereum	3
A50 Vrozená syfilis	0
A57 Chancroid-ulcus molle	0

Tabulka č. 91 **Průměrný počet případů dle diagnózy MKN za roky 2009–2018**

cizinci mimo EU – prům. počet případů	
A54 Gonokoková infekce	62,3
A53 Jiná a neurčená syfilis	57,6
A51 Časná syfilis	33,5
A52 Pozdní syfilis	23,6
A55 Lymphopogranuloma venereum	0,7
A50 Vrozená syfilis	0,3
A57 Chancroid-ulcus molle	0,1

Tabulka č. 92 **Případy dle statutu HIV za rok 2018**

cizinci mimo EU – počet případů	
Pozitivní	0
Negativní	144
Nově pozitivní	5
Dřívější pozitivita	12
Nezjištěno	41

Tabulka č. 93 **Průměrný počet případů dle statutu HIV za roky 2009–2018**

cizinci mimo EU – prům. počet případů	
pozitivní	3,3
negativní	116,0
nově pozitivní	1,7
dřívější pozitivita	3,7
nezjištěno	53,4

8.Registr tuberkulózy (RTBC)

8.1 Úvodní informace o zdroji dat a metodice

Účelem zjišťování je zajištění dohledu nad TBC v ČR a přípravy programů k omezení výskytu TBC. V registru tuberkulózy jsou sledovány všechny osoby, u kterých byla na území České republiky zjištěna aktivní tuberkulóza nebo jiná mykobakteriόza a osoby dispenzarizované ve skupinách aktivní i inaktivní tuberkulózy nebo jiné mykobakteriόzy.

V České republice existuje od padesátých let 20. století zákonná povinnost pro všechny lékaře, kteří diagnostikují u nemocných nové onemocnění nebo recidivu tuberkulózy, jakož i úmrtí na tuberkulózu, hlásit je jako nemocné s infekčním onemocněním. Údaje o všech oznámených výskytech se monitorují v centrálním registru TBC. Registr TBC nahrazuje lokální zpracování části zabývající se shromažďováním dat z formulářů, a tím napomáhá při tvorbě a údržbě kvalitní, aktuální a proti zneužití osobních dat zabezpečené datové základny v oblasti výskytu onemocnění TBC v rámci ČR.

Od roku 2003 je RTBC součástí Informačního systému orgánů ochrany veřejného zdraví a je provozován jako webová aplikace s centrální databází. Krajské hygienické stanice vkládají data do registru prostřednictvím internetového připojení přes zabezpečený protokol https. Přístup do registru a přidělení uživatelské role schvaluje správce.

Nedílnou součástí RTBC se stala databáze Informačního systému bacilární tuberkulózy (ISBT). ISBT je systém hlášení pozitivních výsledků mykobakteriologických vyšetření. Každá laboratoř, provádějící detekci TBC, je povinna hlásit pozitivní nálezy. Provázanost RTBC a ISBT přispívá ke kontrole úplnosti a validity dat o TBC. V současné době zajišťuje provoz ISBT Národní jednotka dohledu nad TBC Nemocnice Na Bulovce. Registr TBC zajišťuje:

- pravidelný měsíční sběr údajů o notifikovaných TBC nemocných po validaci krajskými konzultanty dohledu nad TBC,
- pololetně výstupní sestavy o epidemiologické situaci TBC a opatřeních kontroly TBC, které jsou analyzovány Národní jednotkou dohledu nad TBC,
- podle potřeby a na požádání vypracování dalších sestav pro analýzy epidemiologické situace.

Statistickou jednotkou je zjištěná aktivní tuberkulóza nebo jiná mykobakteriόza a každý mikrobiologicky pozitivní laboratorní nález.

Zpravodajskými jednotkami jsou odborné ordinace lékařů oboru pneumologie a ftizeologie ve zdravotnických zařízeních (ambulantních i lůžkových) bez ohledu na zřizovatele. Každá laboratoř provádějící mykobakteriologická vyšetření bez ohledu na zřizovatele. Sběr a zpracování dat se řídí následující legislativou:

- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška MZ č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

- Vyhláška MZ č. 473/2008 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce, ve znění pozdějších předpisů.
- Standard poskytování dispenzární péče nemocným tuberkulózou a jinými mykobakteriózami a osobám s vyšším rizikem vzniku těchto onemocnění (Věstník MZ ČR, částka 7/2016).
- Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 2119/98/ES z 24.9. 1998 o zřízení sítě epidemiologického dozoru a kontroly přenosných nemocí ve Společenství.

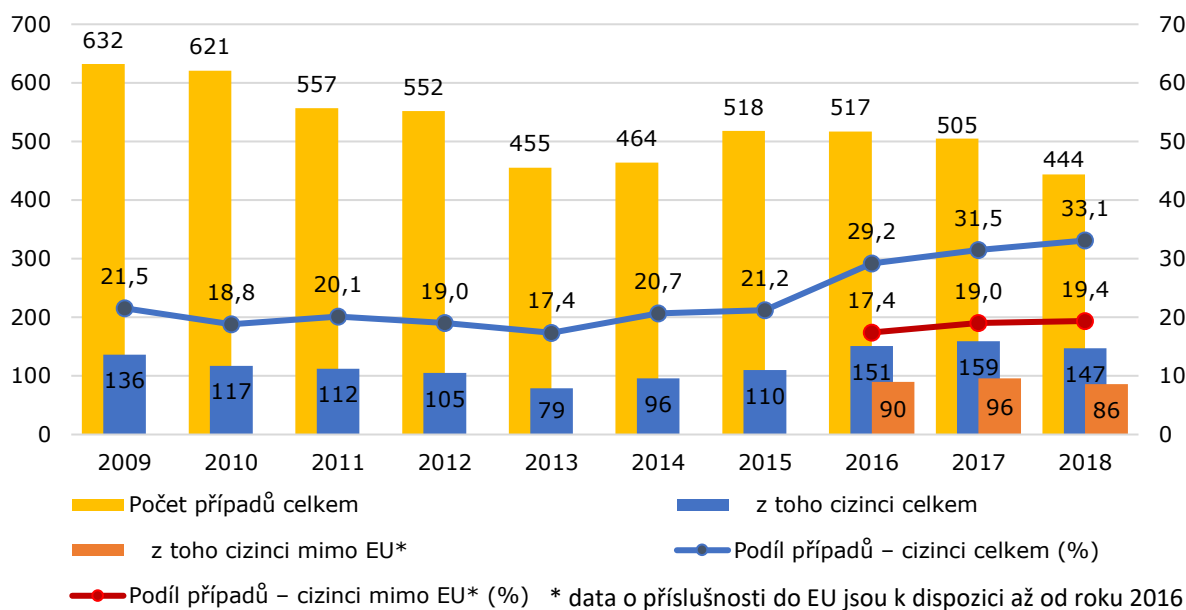
CIZINCI V REGISTRU TUBERKULÓZY:

Osoby se zahraničním původem je možné identifikovat na základě nominální proměnné „PacientRodnaZemeKod“, která kóduje zemi původu. Uvedená proměnná je dostupná v letech 2016–2018 a v tomto rozsahu má vyplněnost téměř 100 %. Za roky 2009–2015 jsou v současné době k dispozici pouze tabelární přehledy s počty cizinců a obyvatel ČR. Kvalita dat dostupných pro osoby zahraničního původu je srovnatelná s daty o obyvatelích ČR.

8.1 Vývoj počtu cizinců v letech 2009–2018

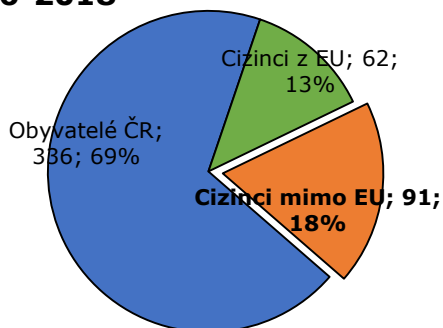
Podíl případů osob v RTBC se zahraničním původem (modrá křivka v grafu č. 59) se v období 2009–2015 pohybuje přibližně mezi 17 až 21 %, přičemž v posledních 3 letech můžeme pozorovat nárůst až na maximální hodnotu 33 % v roce 2018. Naopak nejnižší podíl 17 % cizinců vykazuje rok 2013. Křivka podílu případů osob pocházejících ze zemí mimo EU (červená křivka v grafu č. 59) má v posledních třech letech podobný průběh, pouze zmíněný nárůst je pomalejší. Absolutní počet cizinců byl nejvyšší v roce 2017 – konkrétně se jednalo o 159 případů. Podíl jednotlivých kategorií v roce 2018 lze pozorovat v grafu č. 60, detailněji informaci podává tabulka č. 94. Při přepočtu na 100 tisíc obyvatel ČR dle státní příslušnosti se ukazuje, že počet případů cizinců od roku 2016 klesá.

Graf č. 59 Počty případů v RTBC dle země původu v letech 2009–2018



Graf č. 60 Počty případů v RTBC dle země původu (průměr let 2016-2018)

2016-2018



Tabulka č. 94 Případy zaznamenané v RTBC dle země původu v letech 2009–2018

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
počet případů TBC v ČR celkem	632	621	557	552	455	464	518	517	505	444
z toho cizinci celkem	136	117	112	105	79	96	110	151	159	147
z toho cizinci z EU*	-	-	-	-	-	-	-	61	63	61
z toho cizinci mimo EU*	-	-	-	-	-	-	-	90	96	86
z toho s krátkodobým pobytem v ČR*	-	-	-	-	-	-	-	18	11	13
podíl případů TBC u cizinců dle původu na výskytu TBC v ČR (v %)										
podíl cizinců na případech TBC v ČR	21,5	18,8	20,1	19,0	17,4	20,7	21,2	29,2	31,5	33,1
podíl cizinců z EU na případech TBC v ČR*	-	-	-	-	-	-	-	11,8	12,5	13,7
podíl cizinců ze zemí mimo EU*	-	-	-	-	-	-	-	17,4	19,0	19,4
z toho s kr. pobytem v ČR*	-	-	-	-	-	-	-	20,0	11,5	15,1

pokračování tabulky

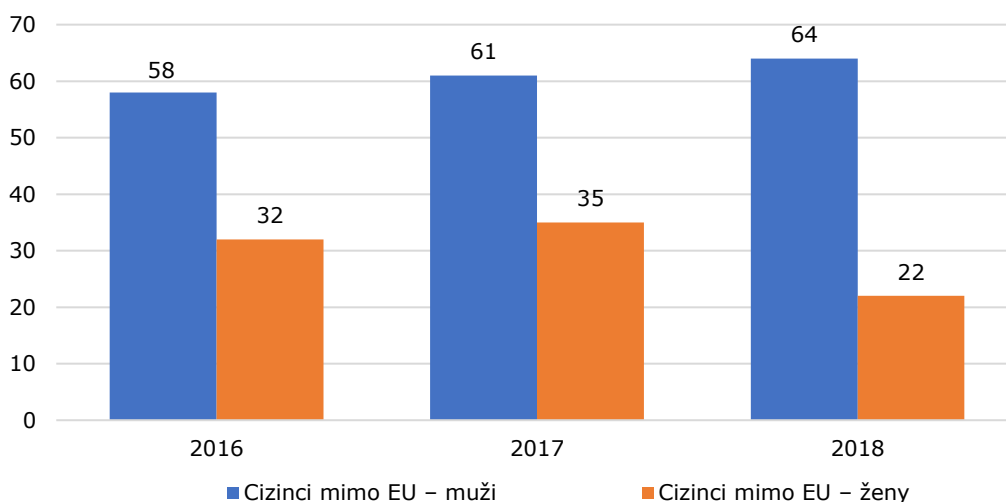
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	počet případů TBC v přepočtu na 100 tisíc obyvatel dle občanství									
počet případů TBC na obyvatele ČR celkem	6,0	5,9	5,3	5,3	4,3	4,4	4,9	4,9	4,8	4,2
počet případů TBC na cizince celkem	31,3	27,3	26,1	24,1	18,1	21,6	24,1	31,5	31,3	27,0
počet případů TBC na cizince z EU*	-	-	-	-	-	-	-	30,3	29,5	27,0
počet případů TBC ne cizince mimo EU*	-	-	-	-	-	-	-	32,4	32,5	27,0

* data o příslušnosti do EU jsou k dispozici až od roku 2016

8.3 Počty cizinců dle věku a pohlaví

Stratifikaci případů dle pohlaví v letech 2016–2018 zobrazuje graf č. 61, z něž lze vidět výraznou dominanci mužů mezi cizinci ze zemí mimo EU. Věkové rozložení cizinců pocházejících ze zemí mimo EU pro rok 2018 naznačuje tabulka č. 95. Drtivou většinu (95,3 %) tvoří osoby středního věku, tj. mezi 15 a 64 lety. Senioři (osoby nad 65 let) se na případech v RTBC podílejí ze 4,7 %, dětská kategorie není v zobrazeném roku zastoupena vůbec.

Graf č. 61 **Počty případů u cizinců mimo EU v RTBC dle pohlaví v letech 2016–2018**



Tabulka č. 95 **Případy zaznamenané v RTBC dle země původu, věku a pohlaví za rok 2018 a průměr let 2016–2018***

hlášené případy TBC v ČR	pohlaví/věk	2018			2016–2018 (průměr)		
		0–14 let	15–64 let	65+	0–14 let	15–64 let	65+
počet případů celkem	muži	2	253	52	5,0	288,0	72,0
	ženy	3	85	49	1,0	99,0	40,0
počet případů obyvatelé ČR	muži	2	143	48	5,0	178,0	68,0
	ženy	3	54	47	1,0	57,0	37,0
podíl případů ČR (v %)	muži	100,0	63,1	94,6	100,0	61,8	94,4
	ženy	75,0	57,1	95,1	100,0	57,6	92,5
počet případů cizinci celkem	muži	0	110	4	0,0	107,0	4,0
	ženy	0	31	2	0,3	38,3	2,7
podíl případů cizinci celkem (%)	muži	0,0	32,5	4,0	0,0	29,3	3,4
	ženy	0,0	9,2	2,0	4,8	10,5	2,3
počet případů cizinci mimo EU	muži	0	62	2	0,0	58,7	2,3
	ženy	0	20	2	0,3	27,3	2,0
podíl případů cizinci mimo EU (%)	muži	0,0	18,3	2,0	0,0	16,0	2,0
	ženy	0,0	5,9	2,0	4,8	7,5	1,7

8.4 Počty cizinců v krajích ČR

Rozložení případů osob pocházejících ze zahraničí v rámci krajů ČR zobrazuje tabulka č. 96 (stratifikace dle kraje bydliště) a tabulka č. 97 (Stratifikace dle kraje hygienické stanice). Z dat za rok 2018 vyplývá, že nejvyšší absolutní počet cizinců se dle bydliště vyskytuje v hlavním městě Praze, zatímco nejvyšší relativní počet cizinců se nachází v Jihočeském a Plzeňském kraji. Vyšší podíly osob se zahraničním původem dále vykazují kraje Pardubický, Jihomoravský, Vysočina a Středočeský, nejnižší podíl naopak najdeme v Karlovarském a Zlínském kraji. Průměrné relativní počty za poslední 3 roky ukazují, že nejvíce cizinců se objevuje v Plzeňském kraji, hlavním městě Praze, Jihočeském, Středočeském, Libereckém a Pardubickém kraji. Při stratifikaci podle kraje hygienické stanice vykazuje dle dat za rok 2018 nejvyšší podíl cizinců Plzeňský kraj, dále kraje Jihočeský, hlavní město Praha, Pardubický, Středočeský, Vysočina, Jihomoravský a Ústecký, nejméně osob ze zahraničí se vyskytuje v Karlovarském a Zlínském kraji. Průměrný pohled za roky 2016–2018 pak ukazuje, že nejvyšší podíl případů cizinců evidovaly kraje Plzeňský, hlavní město Praha, Jihočeský, Středočeský, Pardubický a Liberecký, nejméně pak Zlínský kraj.

Tabulka č. 96 Případy zaznamenané v RTBC dle země původu a kraje bydliště za rok 2018 a průměr let 2016–2018*

2018														
	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JMK	OLK	ZLK	MSK
počet případů – cizinci celkem	43	19	7	17	0	15	3	4	7	7	17	4	0	4
počet případů – cizinci mimo EU	34	9	4	4	0	10	3	4	1	1	12	3	0	1
podíl případů – cizinci celkem (%)	44,8	32,8	50,0	50,0	0,0	27,3	18,8	21,1	36,8	35,0	35,4	23,5	0,0	10,8
podíl případů – cizinci mimo EU (%)	35,4	15,5	28,6	11,8	0,0	18,2	18,8	21,1	5,3	5,0	25,0	17,6	0,0	2,7
podíl případů – cizinci mimo EU z cizinců celkem (%)	79,1	47,4	57,1	23,5	-	66,7	100,0	100,0	14,3	14,3	70,6	75,0	-	25,0
2016–2018 (průměr)														
	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JMK	OLK	ZLK	MSK
počet případů – cizinci celkem	45,3	19,3	5,0	20,7	2,3	11,7	7,0	3,3	8,3	4,7	14,7	3,7	0,7	5,7
počet případů – cizinci mimo EU	34,0	10,7	3,3	4,7	2,0	8,0	4,7	2,7	4,0	1,3	10,7	2,0	0,7	2,0
podíl případů – cizinci celkem (%)	45,8	34,3	36,6	48,8	25,0	22,4	31,8	14,7	31,6	27,5	27,3	17,7	5,9	13,4
podíl případů – cizinci mimo EU (%)	34,3	18,9	24,4	11,0	21,4	15,4	21,2	11,8	15,2	7,8	19,9	9,7	5,9	4,7
podíl případů – cizinci mimo EU z cizinců celkem (%)	75,0	55,2	66,7	22,6	85,7	68,6	66,7	80,0	48,0	28,6	72,7	54,5	100,0	35,3

* data o příslušnosti do EU jsou k dispozici až od roku 2016

Tabulka č. 97 Případy zaznamenané v RTBC dle země původu a kraje hygienické stanice za rok 2018 a průměr let 2016–2018*

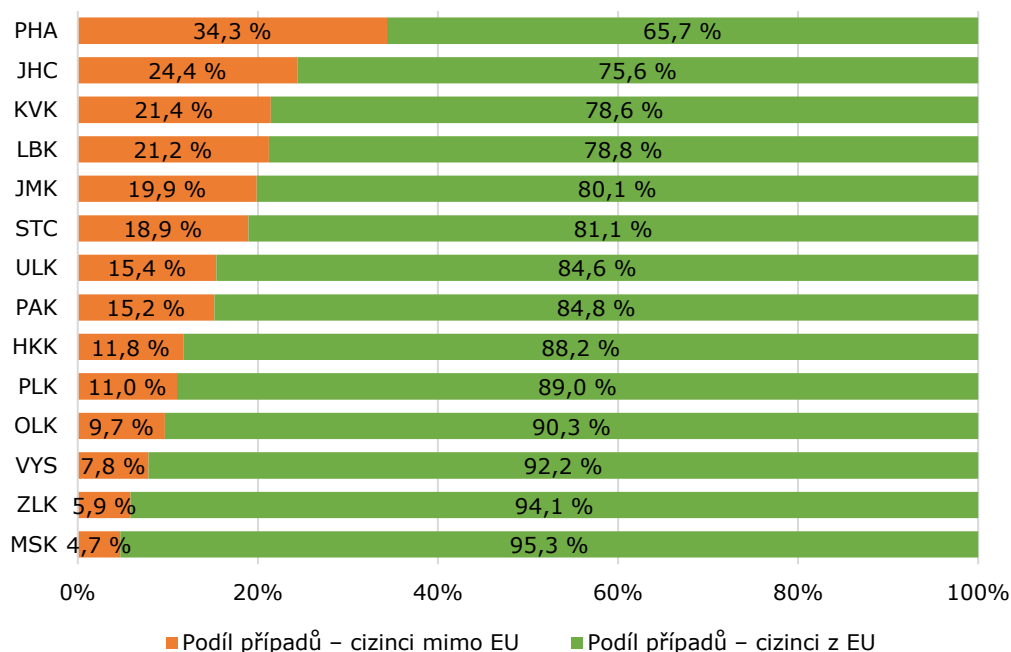
2018														
	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JMK	OLK	ZLK	MSK
počet případů – cizinci celkem	40	20	7	17	0	15	3	4	7	7	20	4	0	3
počet případů – cizinci mimo EU	31	9	4	4	0	11	3	4	1	1	14	3	0	1
podíl případů – cizinci celkem (%)	46,5	33,9	46,7	50,0	0,0	30,0	18,8	22,2	36,8	33,3	32,3	23,5	0,0	8,3
podíl případů – cizinci mimo EU (%)	36,0	15,3	26,7	11,8	0,0	22,0	18,8	22,2	5,3	4,8	22,6	17,6	0,0	2,8
podíl případů – cizinci mimo EU z cizinců celkem (%)	77,5	45,0	57,1	23,5	-	73,3	100,0	100,0	14,3	14,3	70,0	75,0	-	33,3
2016–2018 (průměr)														
	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JMK	OLK	ZLK	MSK
počet případů – cizinci celkem	44,3	20,7	4,7	20,7	2,3	11,3	6,7	3,3	8,3	4,7	16,0	3,7	0,7	5,0
počet případů – cizinci mimo EU	33,0	11,7	3,0	4,7	2,0	8,0	4,7	2,7	4,0	1,3	11,3	2,0	0,7	1,7
podíl případů – cizinci celkem (%)	46,7	34,4	35,0	49,2	26,9	24,1	30,8	14,9	32,9	27,5	24,5	18,3	6,1	12,5
podíl případů – cizinci mimo EU (%)	34,7	19,4	22,5	11,1	23,1	17,0	21,5	11,9	15,8	7,8	17,3	10,0	6,1	4,2
podíl případů – cizinci mimo EU z cizinců celkem (%)	74,4	56,5	64,3	22,6	85,7	70,6	70,0	80,0	48,0	28,6	70,8	54,5	100,0	33,3

* data o příslušnosti do EU jsou k dispozici až od roku 2016

Rozložení dle kraje bydliště se zaměřením na osoby ze zemí mimo EU ukazuje graf č. 62, z něhož lze vidět, že z celkového množství cizinců se nejvíce osob ze zemí

mimo EU vyskytuje v kraji hlavním městě Praze, Jihočeském, Karlovarském a Libereckém kraji. Naopak nejnižší podíl cizinců ze zemí mimo EU vykazují kraje Moravskoslezský a Zlínský. Vývoj rozložení počtu cizinců v posledních 3 letech zobrazují tabulky č. 98 a 99. V přepočtu na 100 tisíc obyvatel se podle kraje bydliště nejvíce cizinců ze zemí mimo EU vždy vyskytovalo v hlavním městě Praze. Z dat není patrný žádný trend. Data tříděná dle kraje hygienické stanice jsou obdobná.

Graf č. 62 **Podíl případů v RTBC dle země původu a kraje bydliště – průměr za roky 2016–2018* (cizinci mimo EU ze všech cizinců)**



* data o příslušnosti do EU jsou k dispozici až od roku 2016

Tabulka č. 98 **Případy zaznamenané v RTBC u ciz. ze zemí mimo EU a kraje bydliště v letech 2016–2018***

přepočteno na 100 tis. obyvatel	2016	2017	2018
PHA	3,1	2,2	2,6
STC	1,0	0,7	0,7
JHC	0,5	0,5	0,6
PLK	0,9	0,9	0,7
KVK	1,0	1,0	0,0
ULK	0,7	1,0	1,2
LBK	0,5	2,0	0,7
HKK	0,2	0,5	0,7
PAK	0,6	1,5	0,2
VYS	0,4	0,2	0,2
JMK	0,5	1,2	1,0
OLK	0,5	0,0	0,5
ZLK	0,2	0,2	0,0
MSK	0,2	0,2	0,1
podíl případů - z cizinců celkem (%)	2016	2017	2018
PHA	78,4	66,7	79,1
STC	56,5	62,5	47,4
JHC	75,0	75,0	57,1
PLK	26,3	19,2	23,5
KVK	75,0	100,0	-
ULK	75,0	66,7	66,7
LBK	28,6	81,8	100,0
HKK	50,0	75,0	100,0
PAK	42,9	72,7	14,3
VYS	50,0	33,3	14,3
JMK	60,0	82,4	70,6
OLK	50,0	0,0	75,0
ZLK	100,0	100,0	-
MSK	40,0	37,5	25,0

* data o příslušnosti do EU jsou k dispozici až od roku 2016

Tabulka č. 99 **Případy zaznamenané v RTBC u ciz. ze zemí mimo EU a kraje hygienické stanice v letech 2016–2018***

přepočteno na 100 tis. obyvatel	2016	2017	2018
PHA	3,1	2,2	2,4
STC	1,1	0,9	0,7
JHC	0,5	0,3	0,6
PLK	0,9	0,9	0,7
KVK	1,0	1,0	0,0
ULK	0,6	1,0	1,3
LBK	0,7	1,8	0,7
HKK	0,2	0,5	0,7
PAK	0,6	1,5	0,2
VYS	0,4	0,2	0,2
JMK	0,5	1,2	1,2
OLK	0,5	0,0	0,5
ZLK	0,2	0,2	0,0
MSK	0,1	0,2	0,1
podíl případů - z cizinců celkem (%)	2016	2017	2018
PHA	78,4	66,7	77,5
STC	58,3	66,7	45,0
JHC	75,0	66,7	57,1
PLK	26,3	19,2	23,5
KVK	75,0	100,0	-
ULK	71,4	66,7	73,3
LBK	37,5	88,9	100,0
HKK	50,0	75,0	100,0
PAK	42,9	72,7	14,3
VYS	50,0	33,3	14,3
JMK	60,0	77,8	70,0
OLK	50,0	0,0	75,0
ZLK	100,0	100,0	-
MSK	25,0	37,5	33,3

* data o příslušnosti do EU jsou k dispozici až od roku 2016

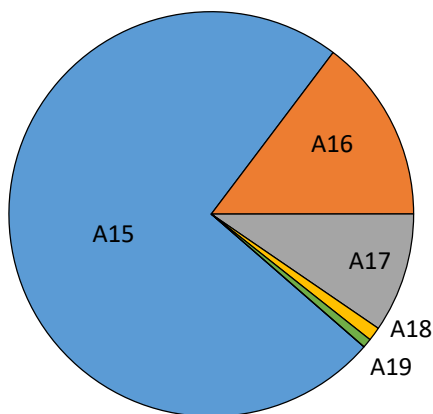
8.5 Specifické výstupy za cizince mimo EU

Konkrétní původ osob pocházejících ze zemí mimo EU ukazují tabulky č. 100 a 101. Z tabulky č. 100, kde jsou uvedeny absolutní počty případů dle jednotlivých zemí za rok 2018, můžeme vidět, že nejvíce případů je evidováno pro osoby z Ukrajiny, Vietnamu a Mongolska, tabulka č. 101 nám pak ukazuje průměrný počet případů ze zemí mimo EU – z těchto dat vyplývá, že za poslední 3 roky pochází nejvíce případů (podobně jako v posledním uplynulém roce) z Ukrajiny, Vietnamu a Mongolska, dále z Indie, Ruska, Kazachstánu, Indonésie, Thajska, Srbska a Uzbekistánu.

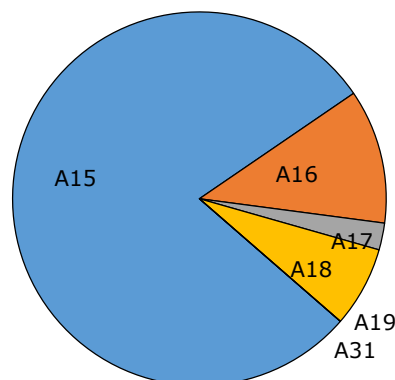
Rozložení případů dle diagnózy MKN ukazují graf č. 63 a tabulky č. 101 a 102. Z dat za rok 2018 lze vidět, že nejčastější diagnózou mezi cizinci mimo země EU je tuberkulóza dýchacího ústrojí bakteriologicky a histologicky ověřená, dále pak tuberkulóza dýchacího ústrojí bakteriologicky a histologicky neověřená, tuberkulóza nervové soustavy, tuberkulóza jiných orgánů, miliární tuberkulóza a nemoci způsobené jinými mykobakteriemi. Pro diagnózy miliární tuberkulóza a nemoci způsobené jinými mykobakteriemi není v roce 2018 evidován žádný případ. Pořadí diagnóz dle průměrných počtů za roky 2009–2018 je jen mírně odlišné – nejvíce případů je evidováno s tuberkulózou dýchacího ústrojí bakteriologicky a histologicky ověřenou, dále s tuberkulózou dýchacího ústrojí bakteriologicky a histologicky neověřenou, tuberkulózou jiných orgánů, tuberkulózou nervové soustavy, miliární tuberkulózou a nemocemi způsobenými jinými mykobakteriemi.

Graf č. 63 Podíl případů u cizinců ze zemí mimo EU v RTBC dle diagnózy MKN za průměr let 2016–2018 a za rok 2018

2016–2018



2018



MKN kód	Diagnóza
A15	Tuberkulóza dýchacího ústrojí bakteriologicky a histologicky ověřená
A16	Tuberkulóza dýchacího ústrojí bakteriologicky a histologicky neověřená
A17	Tuberkulóza nervové soustavy
A18	Tuberkulóza jiných orgánů
A19	Miliární tuberkulóza
A31	Nemoci způsobené jinými mykobakteriemi

Tabulka č. 100 **Případy za rok 2018**

cizinci mimo EU – počet případů	
Ukrajina	37
Vietnam	12
Mongolsko	9
Indie	4
Srbsko	3
Indonésie	2
Thajsko	2
Bosna a Hercegovina	2
Gruzie	2
Ostatní	12

Tabulka č. 101 **Případy dle diagnóz MKN za rok 2018**

cizinci mimo EU – počet případů	
A15	68
A16	10
A17	2
A18	6
A19	0
A31	0

Tabulka č. 102 **Průměr. počet případů dle diagnózy MKN za roky 2016–2018**

cizinci mimo EU – prům. počet případů	
A15	67,0
A16	13,3
A17	1,0
A18	8,7
A19	0,7
A31	0,0

Tabulka č. 103 **Průměrný počet případů za roky 2016–2018***

cizinci mimo EU – průměrný počet případů			
Ukrajina	36,0	Nigérie	0,7
Vietnam	18,7	Angola	0,3
Mongolsko	11,7	Ázerbájdžán	0,3
Indie	5,0	Bělorusko	0,3
Rusko	2,0	Kamerun	0,3
Kazachstán	1,7	Čína	0,3
Indonésie	1,3	Kolumbie	0,3
Thajsko	1,3	Etiopie	0,3
Srbsko	1,0	Gambie	0,3
Uzbekistán	1,0	Írák	0,3
Alžírsko	0,7	Pobřeží Slonoviny	0,3
Bosna a Hercegovina	0,7	Filipíny	0,3
Konžská republika	0,7	Guinea-Bissau	0,3
Gruzie	0,7	Senegal	0,3
Keňa	0,7	Tunisko	0,3
Moldavsko	0,7	Turecko	0,3
Nepál	0,7	Zambie	0,3

* data o příslušnosti do EU jsou k dispozici až od roku 2016

9. Informační systém Zemřelí (IS ZEM)

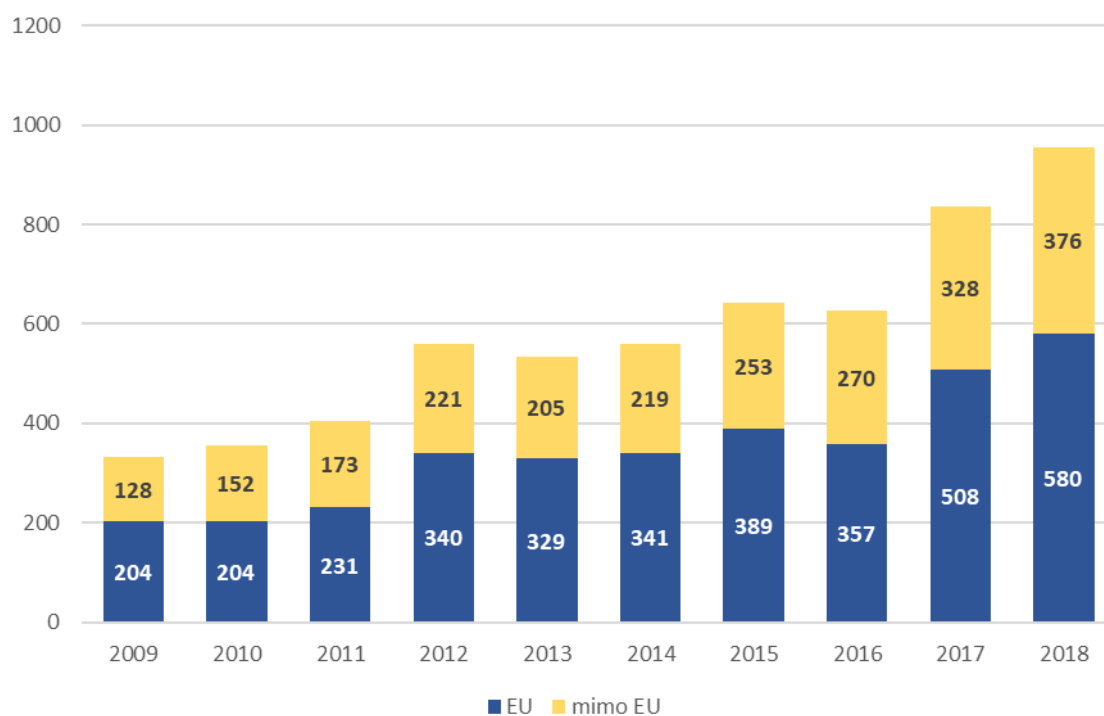
9.1 Informace o zdroji dat a metodice

IS ZEM je statistikou přebíranou z Českého statistického úřadu. Ten ji vytváří na podkladě hlášení Obyv 3–12, který pro ČSÚ vyplňují a předávají matriky, a to na podkladě části B Listu o prohlídce zemřelého (LPZ). Počty zemřelých jsou tedy odvozeny z tiskopisu předávaného matričními úřady. Kromě toho jsou doplňovány informace o příčinách a okolnostech smrti, které, na základě části A Listu o prohlídce zemřelého, shromažďuje a předává na ČSÚ Ústav zdravotnických informací a statistiky.

List o prohlídce zemřelého se vyplňuje za každý případ smrti na území ČR, a to včetně mrtvě narozeného dítěte. Výsledná statistika ČSÚ se však týká pouze zemřelých osob, které mají trvalý nebo dlouhodobý pobyt na území ČR. Naopak jsou zde zahrnuty osoby, které mají trvalý či dlouhodobý pobyt v ČR, avšak zemřely v zahraničí. Cizinci jsou v rámci tohoto zdroje identifikováni na základě položky občanství, kterou na LPZ vyplňuje lékař a ověřuje ji Matriční úřad. Vzhledem k této skutečnosti lze předpokládat velmi dobrou kvalitu informace o občanství zemřelé osoby. Sleduje se občanství zemřelé osoby dle číselníku zemí CISZEM. Data jsou k dispozici na individuální úrovni od roku 1986.

9.2 Vývoj počtu zemřelých cizinců v letech 2009–2018

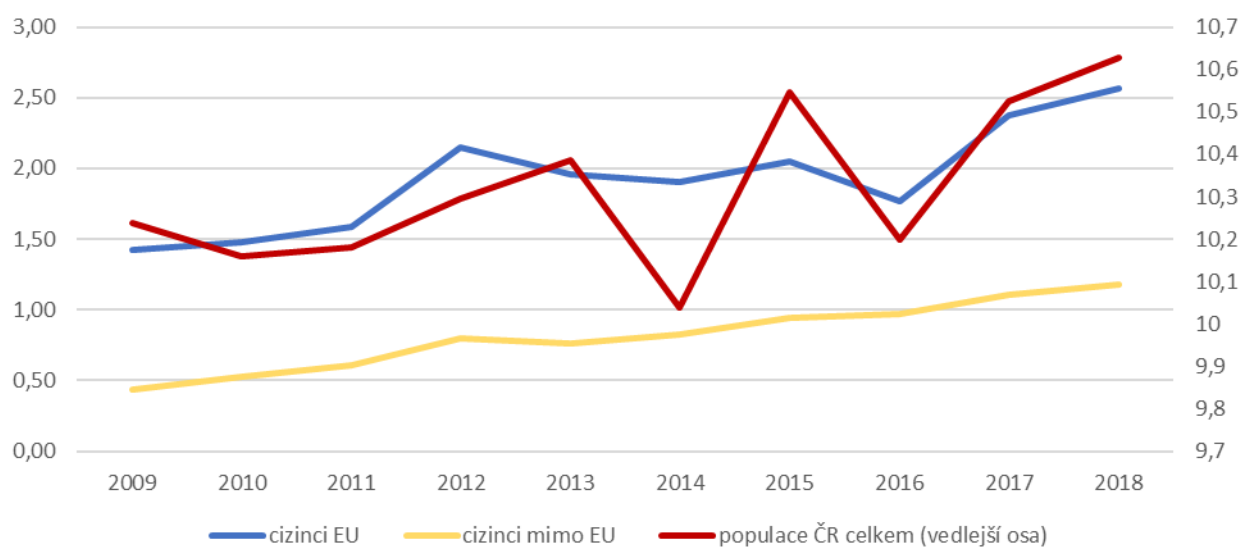
Roční počet úmrtí v ČR se pohybuje okolo 110 tis. a během sledovaného období se počty úmrtí zvýšily, zejména díky vlivu věkové struktury. Počet zemřelých cizinců se v letech 2009 až 2018 zvýšil z 332 na 956. Podíl cizinců na celkovém počtu zemřelých se zvýšil z 0,3 % na 0,8 %.

Graf č. 64 **Počty zemřelých cizinců v ČR dle příslušnosti k EU**

V průběhu sledovaného období rostl počet zemřelých cizinců jak ze zemí EU, tak ze zemí mimo EU. Podíl zemřelých cizinců ze zemí mimo EU se tak na celkovém počtu zemřelých cizinců podílel stabilně necelými 40 %. Počet zemřelých cizinců vzrostl nejen v absolutních počtech, ale i v přepočtu na 1 000 obyvatel středního stavu (populace cizinců). Ve srovnání s celkovou populací ČR je hrubá míra úmrtnosti u cizinců obecně výrazně nižší, což je dáno především věkovou strukturou této populace. Pokud bychom porovnali úmrtnost cizinců ze zemí EU a mimo EU, pak úmrtnost v populaci cizinců ze zemí mimo EU je zhruba dvojnásobná ve srovnání s populací cizinců ze zemí EU.

Tabulka č. 104 **Počty zemřelých v letech 2009-2018 v ČR**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
cizinci EU	204	204	231	340	329	341	389	357	508	580
cizinci mimo EU	128	152	173	221	205	219	253	270	328	376
cizinci celkem	332	356	404	561	534	560	642	627	836	956
populace ČR celkem	107 421	106 844	106 848	108 189	109 160	105 665	111 173	107 750	111 443	112 920
	na 1 000 obyvatel									
cizinci EU	1,42	1,47	1,59	2,15	1,96	1,91	2,05	1,77	2,38	2,57
cizinci mimo EU	0,44	0,52	0,61	0,80	0,76	0,82	0,95	0,97	1,11	1,18
cizinci celkem	0,76	0,83	0,94	1,29	1,22	1,26	1,40	1,31	1,64	1,76
populace ČR celkem	10,24	10,16	10,18	10,29	10,39	10,04	10,54	10,20	10,52	10,63
podíl cizinců na celkovém počtu zemřelých v ČR	0,31	0,33	0,38	0,52	0,49	0,53	0,58	0,58	0,75	0,85
podíl cizinců ze zemí mimo EU na celkovém počtu zemřelých v ČR	0,12	0,14	0,16	0,20	0,19	0,21	0,23	0,25	0,29	0,33
podíl cizinců ze zemí mimo EU na celkovém počtu zemřelých cizinců v ČR	38,6	42,7	42,8	39,4	38,4	39,1	39,4	43,1	39,2	39,3

Graf č. 65 **Počty zemřelých v ČR na 1 000 obyvatel dle příslušnosti k EU**

9.3 Struktura zemřelých cizinců podle věku a pohlaví

Vzhledem k tomu, že roční počty zemřelých cizinců jsou poměrně nízké absolutní údaje, následující zhodnocení struktur vychází z celkového počtu zemřelých za posledních 5 dostupných let (tedy za roky 2014–2018).

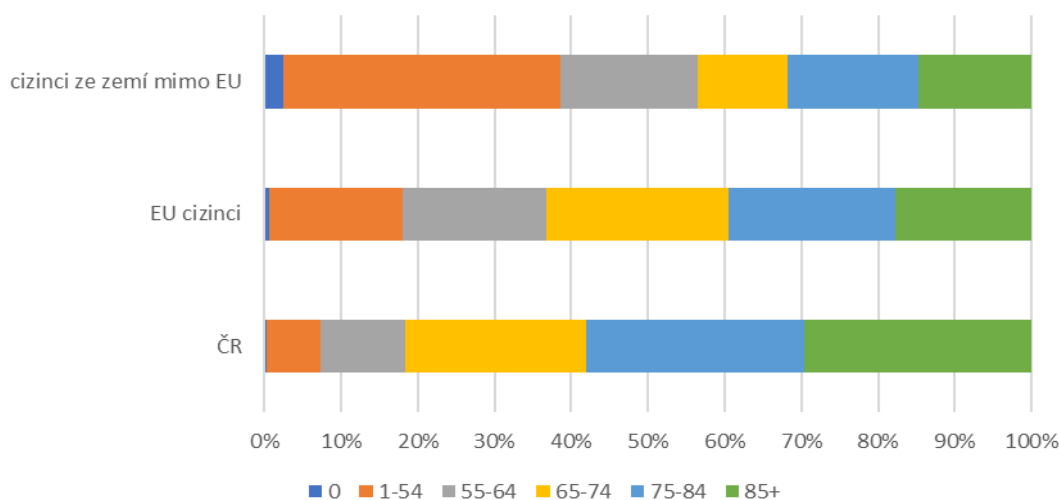
Počty zemřelých se s věkem plynule zvyšují. Struktura zemřelých podle věku je však závislá na věkové struktuře samotné populace. Nejvíce zemřelých cizinců bylo zaznamenáno ve věku 65–84 let u cizinců ze zemí EU, a ve věku do 54 let u cizinců ze zemí mimo EU.

Tabulka č. 105 **Počty zemřelých podle věku a dle příslušnosti k EU v období 2014–2018**

	0	1–54	55–64	65–74	75–84	85+	celkem
EU cizinci	13	378	409	515	475	385	2 175
cizinci mimo EU	36	523	259	168	248	212	1 446
cizinci celkem	49	901	668	683	723	597	3 621
zemřelí v ČR celkem	1 448	39 034	61 388	128 730	156 277	162 074	548 951
	v %						
EU cizinci	0,6	17,4	18,8	23,7	21,8	17,7	100,0
cizinci mimo EU	2,5	36,2	17,9	11,6	17,2	14,7	100,0
cizinci celkem	1,4	24,9	18,4	18,9	20,0	16,5	100,0
zemřelí v ČR celkem	0,3	7,1	11,2	23,5	28,5	29,5	100,0

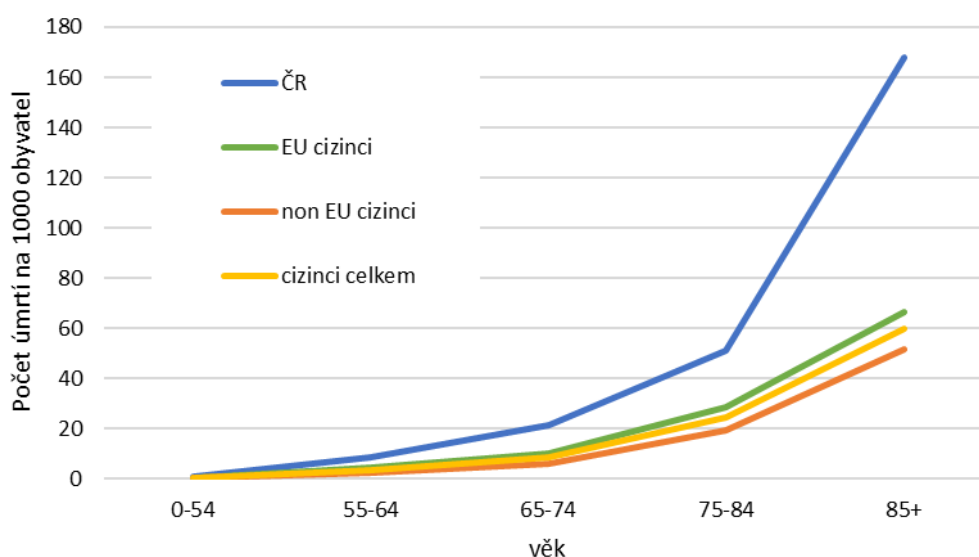
Struktura zemřelých cizinců podle věku se tedy liší od věkové struktury zemřelých v ČR celkem. Zatímco v populaci ČR připadá více než polovina úmrtí (58 %) na osoby ve věku 75 a více let, u cizinců ze zemí mimo EU je to jen 32 %. Úmrtí cizinců, zejména ze zemí mimo EU, se tedy výrazně častěji týkají osob v nižším věku.

Graf č. 66 **Struktura zemřelých podle věku a příslušnosti k EU v letech 2014–2018**



Pokud hodnotíme intenzity měr úmrtnosti podle věku v populaci cizinců, je zřejmé, že intenzita úmrtnosti za rok 2018 je u cizinců obecně výrazně nižší ve srovnání s populací ČR jako celkem. To může být ovlivněno řadou faktorů, včetně možného podhodnocení počtu zemřelých cizinců a chybami v evidenci. Zároveň se jedná o velmi nízké roční počty zemřelých, je tedy nutné počítat i se statistickou chybou.

Graf č. 67 **Počet zemřelých na 1000 obyvatel podle věku a příslušnosti k EU, 2018**



Na celkovém počtu zemřelých v ČR se ženy podílejí zhruba 50 %, u cizinců je tento podíl nižší (41,5 % v roce 2018), přičemž u cizinců ze zemí mimo EU je to ještě méně (38 % v roce 2018). To pravděpodobně souvisí jak se zastoupením žen v populaci cizinců, tak s jejich nižší intenzitou úmrtnosti.

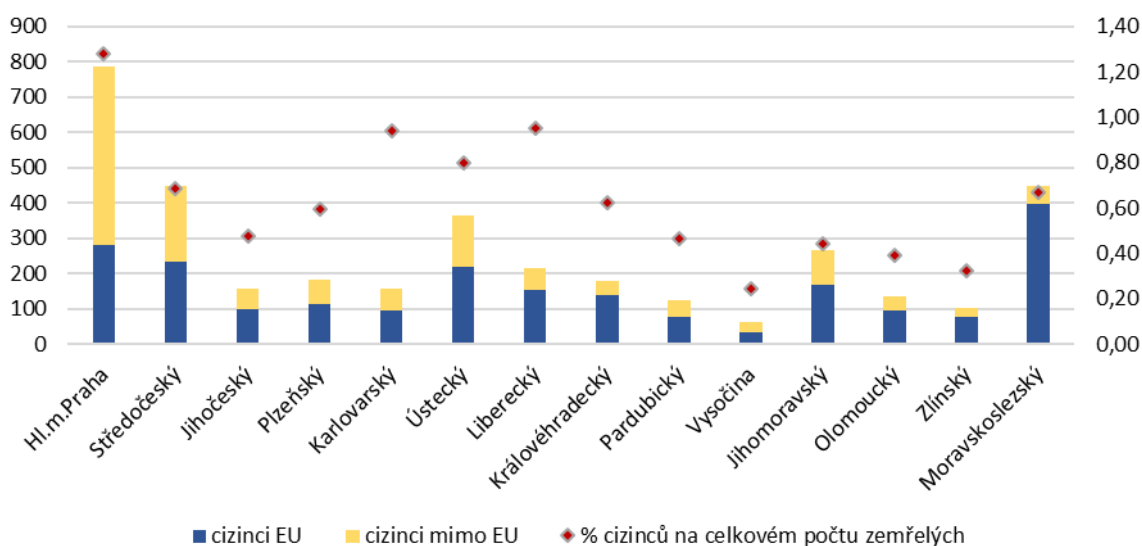
Tabulka č. 106 **Vývoj počtu zemřelých podle pohlaví příslušnosti k EU v letech 2009–2018**

		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
EU cizinci	muži	112	128	123	187	168	195	212	180	293	326
	ženy	92	76	108	153	161	146	177	177	215	254
	% žen	45,1	37,3	46,8	45,0	48,9	42,8	45,5	49,6	42,3	43,8
cizinci mimo EU	muži	66	90	94	127	107	119	134	148	198	233
	ženy	62	62	79	94	98	100	119	122	130	143
	% žen	48,4	40,8	45,7	42,5	47,8	45,7	47,0	45,2	39,6	38,0
cizinci celkem	muži	178	218	217	314	275	314	346	328	491	559
	ženy	154	138	187	247	259	246	296	299	345	397
	% žen	46,4	38,8	46,3	44,0	48,5	43,9	46,1	47,7	41,3	41,5
ČR celkem	muži	54 080	54 150	54 141	54 550	55 098	53 740	55 934	54 879	56 442	57 273
	ženy	53 341	52 694	52 707	53 639	54 062	51 925	55 239	52 871	55 001	55 647
	% žen	49,7	49,3	49,3	49,6	49,5	49,1	49,7	49,1	49,4	49,3

9.4 Počty zemřelých cizinců v krajích ČR podle místa bydliště

Počet zemřelých cizinců se různí mezi jednotlivými kraji. To souvisí jednak opět se zastoupením cizinců v populaci daného kraje obecně, liší se však struktura zemřelých podle země původu. Nejvyšší počty zemřelých cizinců vykazují kraje hl. m. Praha, Středočeský a Moravskoslezský, ovšem s odlišnou strukturou podle země původu. Zatímco v krajích hl. m. Praha a Středočeském převažují cizinci ze zemí mimo EU, v kraji Moravskoslezském se jedná ve většině případů o cizince ze zemí EU.

Graf č. 68 Zemřelí cizinci podle místa bydliště (2014–2018)

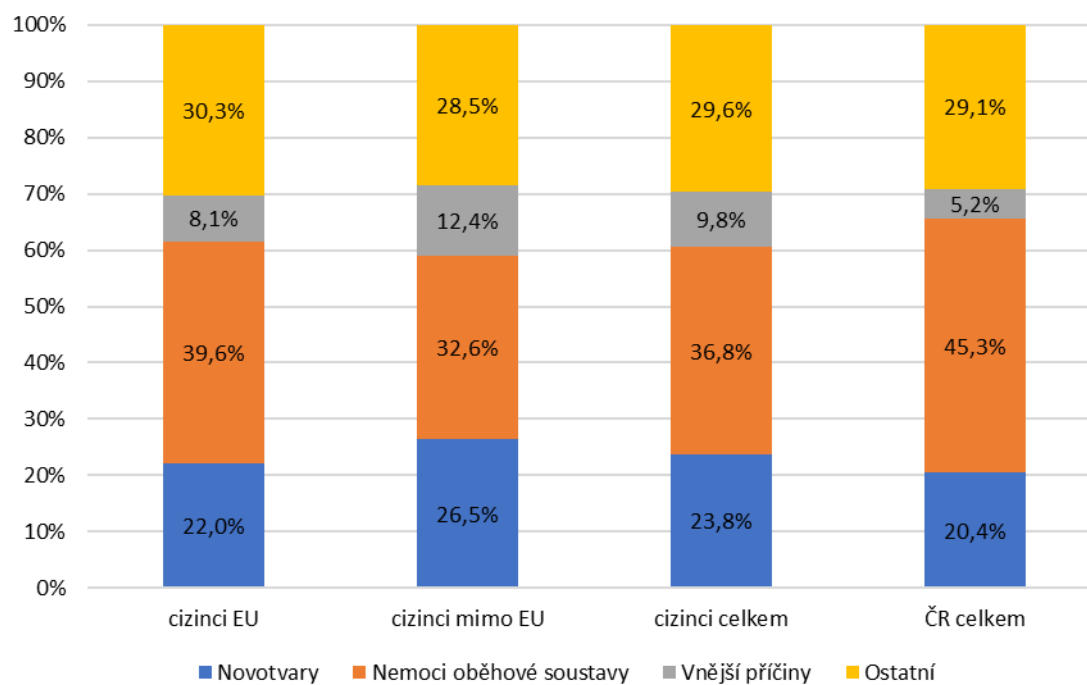


Tabulka č. 107 **Počet zemřelých cizinců podle kraje místa bydliště (2014–2018)**

	cizinci EU	cizinci mimo EU	cizinci celkem	zemřelí v ČR celkem	% cizinců na celkovém počtu zemřelých	% cizinců ze zemí mimo EU na celkovém počtu zemřelých cizinců	% zemřelých cizinců ze zemí mimo EU na celkovém počtu zemřelých
Hl. m. Praha	281	504	785	61 295	1,28	64,2	0,82
Středočeský	234	213	447	64 980	0,69	47,7	0,33
Jihočeský	99	59	158	33 252	0,48	37,3	0,18
Plzeňský	112	71	183	30 739	0,60	38,8	0,23
Karlovarský	93	62	155	16 483	0,94	40,0	0,38
Ústecký	219	146	365	45 652	0,80	40,0	0,32
Liberecký	152	64	216	22 701	0,95	29,6	0,28
Královéhradecký	139	41	180	28 938	0,62	22,8	0,14
Pardubický	78	46	124	26 714	0,46	37,1	0,17
Kraj Vysočina	32	31	63	25 620	0,25	49,2	0,12
Jihomoravský	169	95	264	60 060	0,44	36,0	0,16
Olomoucký	96	37	133	34 177	0,39	27,8	0,11
Zlínský	75	26	101	31 331	0,32	25,7	0,08
Moravskoslezský	396	51	447	67 009	0,67	11,4	0,08

9.5 Struktura zemřelých podle nejvýznamnějších skupin příčin smrti

Nejčastější příčinou smrti jsou v populaci ČR nemoci oběhové soustavy, které se na celkovém počtu zemřelých podílejí 45 %. U cizinců je jejich zastoupení nižší, a to 37 %, u cizinců ze zemí mimo EU je to ještě méně, a to zhruba jedna třetina. Naproti tomu jsou u cizinců častěji zastoupeny vnější příčiny úmrtí, ale i zhoubné novotvary. Rozdíly jsou však pravděpodobně významně ovlivněny věkovou strukturou jednotlivých subpopulací, která je u cizinců mladší ve srovnání s populací ČR jako celkem.

Graf č. 69 **Struktura zemřelých podle příčin smrti, 2014–2018**

10. Celkové shrnutí

Analýza dostupných dat o čerpání zdravotní péče a o zdravotním stavu cizinců z třetích zemí v rámci NZIS (viz kapitola 1.1) vychází v první fázi z provedeného zhodnocení všech relevantních zdrojů dat NZIS (viz kapitola 2), jejichž předmětem je sledování zdravotního stavu a zdravotní péče o pacienty s možností identifikace cizinců na základě kritérií metodicky popsanych v kapitole 1.2 až 1.3.

Celkem bylo zahrnuto do zpracování 24 zdrojů dat, z toho 8 informačních systémů bylo vyhodnoceno jako nevhodných z důvodu nízkého pokrytí populace cizinců či nespolehlivé identifikace cizinců. Další 6 registrů bylo vyhodnoceno jako duplicitních s ohledem na lepší dostupnost dostačujících informací o stejných cizincích z jiných zdrojů dat. Všechny těchto 14 informačních systémů bylo alespoň základním způsobem popsáno v kapitole 3. a tam, kde to bylo možné, byly uvedeny alespoň celkové počty záznamů týkajících se cizinců za poslední dostupný rok či jako roční průměr. Tyto rámcové hodnoty uvádí příloha č. 4, která zahrnuje i 10 vybraných informačních systémů do bližší analýzy dat zpracované v kapitolách 4 až 9.

V rámci NZIS sice nejvíce cizinců eviduje Výkaz o poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče a nejširší rozsah poskytované péče Národní registr hrazených zdravotních služeb, ale tyto dva zdroje cizince metodicky jednoznačně neidentifikují a nerozlišují je dle státní příslušnosti ani v rámci EU. Ze zahrnutých zdrojů dat nejvyšší počet cizinců v členění dle státní příslušnosti každoročně eviduje Roční výkaz o čerpání zdravotních služeb cizinci, kde zhruba polovinu tohoto počtu tvoří cizinci ze zemí mimo EU. Tento zdroj sleduje pouze cizince se zaměřením na poskytovatele akutní lůžkové péče vč. jimi poskytované ambulantní péče. Sleduje však pouze cizince, kteří nečerpají péči v rámci zákonného veřejného zdravotního pojištění v ČR. Druhý informační systém s nejvyšším počtem cizinců je Národní registr hospitalizovaných, kde cizinci tvořili v roce 2018 cca 3 % záznamů. Podrobnější informace o těchto i dalších zdrojích zahrnutých do analýzy uvádějí kapitoly 4 až 9.

Z výše analyzovaných dat v kapitolách 4 až 9 vyplývá, že se cizinci vyznačují jinou strukturou nemocnosti a v přepočtu na obyvatele i její celkovou nižší úroveň než celková populace, a to i z hlediska úmrtnosti. To je způsobeno zejména výrazně mladší věkovou strukturou cizinců. Data Národního registru hospitalizovaných i data informačního systému zemřelých však poukazují na nižší nemocnost cizinců i po odstranění rušivého vlivu věkové struktury prostřednictvím standardizace. Vzhledem k omezeným možnostem ověření správnosti uváděného státního občanství nelze však vyloučit podhodnocení dat o cizincích nebo v některých případech i jejich nadhodnocení.

Pro zlepšení statistiky cizinců v datech NZIS by bylo vhodné zajistit spolehlivé a jednotné identifikátory občanství cizinců a rozšířit možnosti ověřování správnosti uvedených údajů o věku, pohlaví, pobytu a občanství prostřednictvím ztotožnění s registrem obyvatel a případně i centrálním registrem pojištěnců VZP pro všechny relevantní informační systémy NZIS.

Doporučení

Kvalita, finanční a územní dostupnost a rovnost v poskytování zdravotní péče představuje dlouhodobě silný kohézní prvek naší společnosti, který je nutné dále rozvíjet s cílem komplexní podpory lidského zdraví a potenciálu. Tato hodnota zdravotnictví ČR jako celku našla odezvu i mezi respondenty dotazníkového šetření projevenou vysokou důvěrou dotazovaných cizinců v kvalitu poskytované zdravotní péče, a to jak ambulantní, tak lůžkové, a také vysokou důvěrou v odborný zdravotnický personál. Stěžejním pro další vývoj v této oblasti proto není jenom vývoj v oblasti migrace a integrace, ale zejména v oblasti zdravotnictví a parametrů poskytování zdravotní péče v ČR. Pro další pozitivní vývoj se proto jeví vhodnými následující doporučení, která mohou být podnětem pro meziresortní jednání.

Vzhledem k výsledkům provedené analýzy dat registrů NZIS bude nutné iniciovat rozvoj těchto registrů i v intencích určení spolehlivých a jednotných identifikátorů cizinců a zároveň rozšířit správnosti údajů o věku, pohlaví, pobytu a občanství, a to prostřednictvím ztotožnění cizinců s registrem obyvatel a případně i centrálním registrem pojištěnců VZP pro všechny relevantní informační systémy NZIS.

Dále se na základě zjištěných skutečností jeví vhodným analyticky zhodnotit stav a vývoj cen laboratorních vyšetření u cizinců s veřejným zdravotním pojištěním a komerčním zdravotním pojištěním a identifikovat případné rozdíly v účtovaných cenách s cílem tyto rozdíly nivelizovat a dle potřeb zjištěných poznatků podpořit kontrolní roli státu.

Vzhledem ke stavu duševních poruch v populaci a nízkému čerpání zdravotní péče cizinci při léčbě duševních poruch se dlouhodobě jeví nevyhnutelným nejen rozšíření péče na psychická a psychiatrická onemocnění v rámci komerčního pojištění, ale také zajištění podpůrného aparátu pro realizaci této péče, a to plošně pro veškerou populaci cizinců. Je proto důležité začít s osvětou mezi cizinci a zajistit kvalifikované tlumočení a zejména dostatečnou regionální dostupnost psychologů a psychiatrů a jejich adekvátní proškolení v oblasti náboženských a kulturních specifik cizinců.

Vzhledem ke zhoršené dostupnosti zdravotnické péče a omezeným kapacitám praktických i ambulantních lékařů, zejména stomatologů v lokalitách zatížených koncentrací průmyslové výroby a vzhledem k dalšímu vývoji na trhu práce i tlaku na navyšování počtu zahraničních pracovníků musí být této problematice věnována zvýšená pozornost státních orgánů i samosprávy. Zajištěna musí být efektivní meziresortní koordinace a plánování v oblasti zdravotnictví na státní i lokální úrovni.

Pokračovat v proškolení odborného zdravotnického personálu v oblasti náboženských a kulturních specifik cizinců pobývajících na území ČR.

Vzhledem k náročnosti administrace pojistných událostí se jeví vhodným zajistit proškolení odborného zdravotnického personálu v oblasti rozsahu plnění komerčního zdravotního pojištění.

Dále se jeví vhodným mezi cizinci podpořit osvětu o preventivních vyšetřeních stanovených vyhláškou č. 70/2012, Sb. o preventivních prohlídkách, mezi které patří všeobecná preventivní prohlídka u praktického lékaře, všeobecnou preventivní prohlídku dětí u lékaře pro děti a dorost, zubní preventivní prohlídka u zubaře a gynekologická preventivní prohlídka u gynekologa. Osvěta musí zahrnovat rovněž legislativně dané podmínky jejich financování a možnost čerpání této zdravotní péče v závislosti na zdravotním pojištění cizinců v ČR.

Vzájemné porozumění pacienta s ošetřujícím zdravotnickým personálem je opakovaně a dlouhodobě identifikováno jako klíčová podmínka pro kvalitní a efektivní poskytování zdravotní péče cizincům. V tomto směru je nutné posílit a zkvalitnit výuku českého jazyka cizinců pobývajících na území ČR a pro cizince jazykově hůře vybavené poskytnout vhodnou a ve zdravotnictví kvalifikovanou formu tlumočení. Vzhledem k tomu, že v rámci dotazování Ukrajinců, Vietnamců a Rusů byla zjištěna poměrně výrazná preference tlumočení (citlivých) zdravotních informací ze strany rodinných příslušníků, je vhodné rozvíjet koncept v oblasti zdravotnictví kvalifikovaných tlumočnicků s relevantním zohledněním této skutečnosti. Tlumočení však nesmí převážít podporu výuky českého jazyka u cizinců.

Důležitým se jeví i posílení kontrolní činnosti státu v oblasti kontroly obsahu a podmínek pojistných smluv komerčních zdravotních pojišťoven tak, aby cizinci s komerčním zdravotním pojištěním měli péči v plném rozsahu srovnatelnou s pojištěnci pojištěnými v rámci veřejného zdravotního pojištění. Tento princip by měl platit bezvýhradně pro kategorii dětí a stát by měl rovněž zajistit dohled, aby se plně hrazené pojištění týkalo i případů dětí s vrozenou vadou. Komerční zdravotní pojištění nemůže být „pojištěním jistoty“, ale musí zohlednit i pojištění případných rizik se zdravím spjatých. Zdraví je samo osobě riziková záležitost.

Vzhledem k přechodům cizinců z komerčního do systému veřejného zdravotního pojištění iniciovat osvětu týkající se podmínek veřejného zdravotního pojištění, obzvláště s důrazem na objasnění situací a způsoby řešení, kdy na veřejném zdravotním pojištění vznikne cizinci dluh.

V rámci dotazníkového šetření byly identifikovány četnostně málo zastoupené skupiny cizinců s rizikovým potenciálem:

- cizinci bez zdravotního pojištění v ČR pouze se zdravotním pojištěním v zemi původu;
- cizinci, kteří na otázku, jakým typem zdravotního pojištění v ČR disponují, nevěděli odpovědět nebo záměrně odpověď neuvedli;
- cizinci pobývající na území ČR bez zdravotního pojištění,

přičemž je možné očekávat jistou dynamiku v počtu cizinců (zejména Ukrajinců) se zájmem krátkodobého (opakovaného) výtěžku na území ČR ovšem bez adekvátního zdravotního pojištění.

Závěr

V rámci projektu byla provedena analýza veškerých datových zdrojů Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) za celou ČR a realizováno dotazníkové terénní šetření, kterého se zúčastnilo 1 000 respondentů – státních příslušníků Ukrajiny, Vietnamu a Ruské federace. Analýza datových zdrojů NZIS zásadně přispěla ke zmapování dostupnosti, vhodnosti klíčových parametrů registru NZIS umožňující identifikaci cizince a jeho charakteristik pro anonymizované agregované zpracování. Dalším zásadním přínosem bylo analytické zpracování všech vhodných identifikovaných zdrojů dat NZIS o cizincích za posledních 10 let do přehledných analytických výstupů. Sekundárním přínosem této analýzy bylo rozšíření publikovaných informačních výstupů o zdravotním stavu cizinců v ročence ČSÚ – Cizinci v České republice za rok 2019. Vzhledem k nově budované IT struktuře pro uvolňování dat NZIS může zmapování dostupnosti dat NZIS o cizincích zásadně přispět k vytvoření nových standardizovaných datových sad a získání cenných informací o zdravotním stavu cizinců a čerpání zdravotní péče na území ČR.

Z analyzovaných dat vyplývá, že se cizinci vyznačují jinou strukturou nemocnosti a v přepočtu na obyvatele i její celkovou nižší úrovní než celková populace, a to i z hlediska úmrtnosti. To je způsobeno zejména výrazně mladší věkovou strukturou cizinců. Data Národního registru hospitalizovaných i data informačního systému zemřelých však poukazují na nižší nemocnost cizinců i po odstranění rušivého vlivu věkové struktury prostřednictvím standardizace. Vzhledem k omezeným možnostem ověření správnosti uváděného státního občanství, nelze však vyloučit podhodnocení dat o cizincích nebo v některých případech i jejich nadhodnocení.

Z výsledků dotazníkového šetření 1 000 respondentů u Ukrajiny, Vietnamu a Ruské federace lze konstatovat, že cizinci zkoumaného souboru hodnotili zdravotní péči poskytovanou v ČR velmi pozitivně, a to i ve srovnání se zdravotní péčí v zemi původu. Kromě návštěvnosti primární péče pro děti a dorost a specializované ambulantní péče (gynekologické vyšetření) nebyly ve výpovědích respondentů identifikovány významné rozdíly v hodnocení poskytování zdravotní péče mezi muži a ženami. Naopak byly identifikovány rozdíly v hodnocení poskytované zdravotní péče a v oblastech komunikace s odborným zdravotním personálem, zejména v závislosti od regionu, typu zdravotního pojištění, dosaženého stupně vzdělání, příjmu a délky pobytu na území ČR. Dotazníkové šetření přineslo i poznatky o čerpání zdravotní péče agenturními pracovníky, která může být problematická jak z hlediska územní, tak i finanční dostupnosti. Deklarovaná úrazovost agenturních pracovníků byla relativně shodná s mnohem čtenější skupinou zaměstnanců u jiného zaměstnavatele nežli u pracovní agentury.

Syntéza poznatků získaných realizovaným smíšeným výzkumem nese potenciál informačního přínosu jak pro formulaci adekvátních integračních opatření, tak jako podklad pro další vývoj meziresortních jednání zaměřených na oblast zdravotního stavu, čerpání zdravotní péče a zdravotního pojištění cizinců v ČR.

Literatura

BUREŠ, R., 1960. *Úvod do teorie zdravotnictví*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

CDC (2007) Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for death scene investigation of sudden, unexplained infant deaths: recommendations of the Interagency Panel on Sudden Infant Death Syndrome. MMWR Recomm Rep. 1996, CDC [online] [cit. 2017-05-14]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/infantmortality.htm>.

Česká Republika (1997). Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. *Sbírka zákonů České republiky*, 16.

Česká Republika (2011) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. *Sbírka zákonů České republiky*.

Dobiášová, K., Hnilicová, H. Migranti a zdravotní péče z pohledu praxe v České republice. *Praktický lékař* no. 10, 2011

Dobiášová, K., Hnilicová, H. Migranti a zdravotní politika v ČR. *Zdravotnictví v České republice*, prosinec 2010

Dobiášová, K., Vyskočilová, B., Čabanová, P., Šebek, N., Tůmová-Křečková. Zdravotní stav a péče o zdraví občanů bývalého SSSR pobývajících dlouhodobě v ČR a občanů ČR. *Zdravotní politika a ekonomika* 1/2004. Kostelec nad Černými lesy: IPZE

Dobiášová, K., Vyskočilová, O. Zdravotní péče o děti cizinců, kteří dlouhodobě pobývají se svými dětmi v ČR. 2006 Kostelec nad Černými lesy: IPZE

DRBAL, C. Česká zdravotní politika a její východiska. Praha: Galén, 2005, str. 7.

DRBAL, C., 2001. *Politika pro zdraví*. Praha: Škola veřejného zdravotnictví IPVZ Praha.

ENGEL, L., G. 1981. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In: CAPLAN, L., A., ENGLEHART jr., H., T. and J., J., McCARTNEY, eds. *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary perspectives*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company. ISBN 0-201-00973-0.

GLADKIJ, I. a Z., KOLDOVÁ, 2005. *Propedeutika sociálního lékařství*. 3. upravené vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1120-2.

GLADKIJ, I., KOLDOVÁ, Z., 2005. *Propedeutika sociálního lékařství*. Olomouc: Vydavatelství UP.

Háva, P., Křečková, N. Analýza zdravotní péče o cizince v České republice. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2001

Hnilicová, H., Dobiášová, K. Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR. Praha: UK, 2009

- HOLČÍK, J., 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5239-0.
- Horáková, M., Problémy integrace etnických menšin, časopis Sociální politika 1/1997, Sociopress, 1997
- IVANOVÁ, K., 2014. Veřejné zdravotnictví pro doktorské studijní programy. Distanční text. Dostupné z: https://edis.upol.cz/fzv/elearning/el_n_subjects-27072/ra-443593/mode-1/subj_eval_set-1/from_eval_alert_form-33/
- JANEČKOVÁ, H. HNILICOVÁ, H. Úvod do veřejného zdravotnictví. Portál, 2009.
- Janečková, H. Sociologie medicíny v kontextu veřejného zdravotnictví. Praha: Edice školy veřejného zdravotnictví, 1997
- Janečková, H., Hnilicová, H., Úvod do veřejného zdravotnictví, Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9
- Joppke, Ch., Morawska, E., Towards Assimilation and Citizenship Immigrants in Liberal Nation- States. Palgrave Macmillan, 2003. ISBN 978-1-346-50959
- KIM, D., SAADA, A. (2013). The Social Determinants of Infant Mortality and Birth Outcomes in Western Developed Nations: A Cross-Country Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(6).
- Křečková, N., Dobiášová, K., Čabanová, B., Vyskočilová O., Muhič-Dizdarevič, S., Kodadová, K. Srovnávací analýza poskytování zdravotní péče cizincům ve vybraných zemích. Kostelec na Černými lesy: IZPE, 2003
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-551-2.
- Křížová, E. Proměny lékařské profese z pohledu sociologie. Praha: Slon edice studie, 2006. ISBN 80-86429-57-1
- KŘÍŽOVÁ, E., 1998. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha: Karlova univerzita. ISBN 8023809377.
- MACDORMAN, M., MATHEWS T.J., MOHANGOO A., ZEITLIN J. (2010) International Comparisons of Infant Mortality and Related Factors: United States and Europe. *National Vital Statistics Reports* [online]. 63(5) [cit. 2017-05-18]. Dostupné z: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr63/nvsr63_05.pdf
- Machek, Václav. *Etymologický slovník jazyka českého*. 5. vyd. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2010. 866 s. ISBN 978-80-7422-048-7.
- Markus, A. Mapping social cohesion, The scanlon Foundation surveys 2014. Monash, 2014
- Maříková, H., Petrušek, M., Vodáková, A. a kol. Velký sociologický slovník. Praha: Univerzita Karlova, vydavatelství Karolinum, 1996

Ministerstvo zdravotnictví české republiky (2014). Zdraví 2020–Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Vyd. Ministerstvo zdravotnictví ČR, Palackého náměstí, 4(128), 01.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Praha: 2014, ISBN: 978-80-85047-47-9

Ministerstvo zdravotnictví ČR (2002). Zdraví 21 - Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. [cit. 2016-07-05]. Dostupné z: <http://databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/zdravi-21>.

Ministerstvo zdravotnictví ČR (2014). *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. [cit. 2016-07-08] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.htmls. Příloha 1: (s. 24 – 25).

Nesvadbová, L., Kroupa, A. Zdravotní, psychologické a sociální aspekty migrace. Praha: IZPE, 1998

PARSONS, T., 1981. Definitions of Health and Illness in the Light of American values and Social Structure. In CAPLAN, A., L., ENGLEHARDT, H., T., jr. and J., J. McCARTNEY. *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*. Tokyo: Addison-Wesley Publishing Company. P. 57–82. ISBN 0-201-00973-0.

Pařízková, A., Hrešanová, E., Glajchová, A. Migrace a zdraví matek: sociální aspekty prolínání dvou životních změn ve výzkumu perinatálního zdraví žen. Sociologický časopis, Praha: Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., 2018

PLAVKA, R. (2008). Česká neonatologie „na špičce.“ A co dál. *Neonatologické listy*, 14(2), 3-6.

REJZEK, Jiří. Český etymologický slovník. Jiří Rejzek. Vyd. 1. Voznice: Leda, 2001. 752 s. ISBN 80-85927-85-3.

ROUBÍČEK, V. (1997) *Úvod do demografie*. Praha: Codex Bohemia.

Simmons, A. Immigration and Canada. Global and Transnational Perspectives. Canadian Scholars' Press Inc. 2010

Svobodová, L., Mlezivová, I. Nelegální migrace a některé její souvislosti. Časopis výzkumu a aplikací v profesionální bezpečnosti roč. 6, speciální č. Migrace. 2014 Dostupný z: <http://www.bozpinfo.cz/josra/josra-migrace/nelegalni-migrace.html>. ISSN 1803-3687

ŠTEMBERA, Zdeněk, VELEBIL Petr. (2003) Vývoj perinatální úmrtnosti v ČR. *Interní medicína pro praxi*, 21-25. (2).

Tulupova, E. Dostupnost péče o duševní zdraví migrantek a migrantů v České republice - vstupní analýza. 2018. Analýza vznikla v rámci projektu „Migrantky mezi ženami 2018 – Emoce a zdraví“ v realizaci Sdružení pro integraci a migraci, o. p. s., podpořeného z prostředků státního rozpočtu ČR, v rámci dotace Úřadu vlády ČR.

ÚZIS (2013). *Narození a zemřelí do 1 roku 2012*. Praha: ÚZIS ČR.

ÚZIS (2014). Zdravotnické ročenky. [online] [cit. 2017-05-14]. ÚZIS ČR; 70-71. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1961-az-2013>

ÚZIS (2016) *Zdravotnická ročenka České republiky 2014* [online] 56(1) [cit. 2017-05-17]. Dostupné z: file:///D:/Users/katerina/Downloads/zdrroccz2015.pdf.

Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách

Vyhláška MZ ČSR č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství

WILKINSON, R., MARMOT, M. (2005). *Sociální determinanty zdraví, Fakta a souvislosti*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998. The World Health Report 1998. Life in the 21st century. A vision for all. Report of the Director-General. Geneva: WHO. ISBN 92 4 156189 0. ISSN 1020-3311.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Forty-fifth edition. Dostupné z: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách

Internet

<https://www.mvcr.cz/migrace/clanek/zakladni-dokumenty-k-integracni-politice-ke-stazeni.aspx>

http://www.suip.cz/files/suip-b6716613599390ed746ed37a372420ad/cz_info_cizinci11.pdf

http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocni_zpravy/2019/Tiskova_zprava_NRL_pro_HIV_AIDS_Trendy_vyvoje_a_vyskyt_HIV_AIDS_v_CR_v_roce_2019.pdf

<https://eurozpravy.cz/domaci/zdravotnictvi/252341-tretinu-pripadu-tuberkulozy-v-cr-tvori-cizinci-prispely-i-neshody-kolem-definice-kdo-je-migrant/>

https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/2006333/2006333_d07-22_oth_cz_ps.pdf

<https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2006/02/15.pdf>

<https://migraceonline.cz/cz/e-knihovna/pristup-ne-legalnich-migrantu-ke-zdravotnici>

https://rychnovsky.denik.cz/zpravy_region/praktiky-i-spital-zahlcuji-cizinci-20171222.html

https://osf.cz/wp-content/uploads/2015/08/Analyza_Konzorcium_final.pdf

<https://www.czso.cz/csu/cizinci/publikace-cizinci-v-cr>

<https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky/gynekologicka-preventivni-prohlidka>

<http://www.suip.cz/hlaseni-pracovnich-urazu/>

https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html

Zdroje dat a informací v části II:

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (www.uzis.cz)

ČSÚ – Český statistický úřad (www.czso.cz)

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví ČR (www.mzcr.cz)

SZÚ – Státní zdravotní ústav (www.czu.cz)

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna (www.vzp.cz)

MV ČR – Ministerstvo vnitra ČR (www.mvcr.cz)

Přílohy

Analýza kojenecké úmrtnosti a souvisejících ukazatelů v letech 2007–2018

Kojenecká úmrtnost⁵⁷ je považována za velmi citlivý ukazatel sociálně ekonomických poměrů a zdravotního stavu obyvatelstva (MacDorman, 2010). Je důležitým ukazatelem, dle kterého usuzujeme na zdravotní stav populace, kvalitu a dostupnost zdravotnictví a životní úroveň dané země (CDC, ÚZIS). V medicíně i ve zdravotnické politice jí je proto věnována mimořádná pozornost (Gladkij, Koldová 2005, str. 101–102).⁵⁸ V České republice kojenecká úmrtnost plynule klesá. Dosaženou úrovní celkové kojenecké úmrtnosti se aktuálně řadí mezi země s nejlepšími výsledky na světě (v roce 2017 činila 2,7‰). Stejný trend lze pozorovat při hodnocení novorozenecké úmrtnosti (do 28 dne života). Obě tyto tendence lze jasně vidět z předloženého grafu č. 1.

⁵⁷ Úmrtnost v prvním roce života se dále člení na úmrtnost prvního dne, úmrtnost poporodní (během prvních tří dnů života), úmrtnost časnou (ve věku 0-6 dní), novorozeneckou – tedy úmrtnost během novorozeneckého období (od narození do 27 dne po narození včetně) a úmrtnost ponovorozeneckou – úmrtnost dětí v ponovorozeneckém období (ve věku 28 dní až 1 rok). Počet zemřelých v daném věku je vždy uváděn na 1000 živě narozených v daném roce (Roubíček 1997, str. 243). Kromě těchto kategorií se lze ve statistikách setkat ještě s údaji o perinatální úmrtnosti, která shrnuje mrtvorozenost a časnou novorozeneckou úmrtnost a pozdní novorozenecká úmrtnosti, která vyjadřuje úmrtnost dětí v pozdním novorozeneckém období, tj. ve věku 6-28 dní, počet zemřelých ve věku 6-28 dní na 1000 živě narozených v daném roce (ČSÚ, ÚZIS). Pro označení úmrtnosti nitroděložní užíváme pojem prenatální úmrtnost, a to bez ohledu na délku těhotenství. Rozlišujeme časnou (do 28 týdnů těhotenství) a pozdní fetální úmrtnost (po 28 týdnech těhotenství). Časná fetální úmrtnost je shodná s potratovostí. Pozdní fetální úmrtnost je synonymem mrtvorozenosti. (Roubíček 1997, str. 243)

⁵⁸ Hodnotu kojenecké úmrtnosti ovlivňuje aktuálně platná definice mrtvé a živě rozených dětí a potratů. Ta se však mění v průběhu času. V současné době je dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování se plodem po potratu rozumí plod: „Který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina neprojevuje ani jednu ze známek života a současně jeho porodní hmotnost je nižší než 500 g a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů.“ (zákon č. 372/2011 Sb. § 82 odst. 2). K využití pro statistické a administrativní účely zpracoval ÚZIS ČR ve spolupráci s Českou gynekologickou a porodnickou společností ČLS J. E. Purkyně (zdroj: https://www.gynstart.cz/messages.php?sid=625&con_firm_rules=1):

1) Porodem se rozumí ukončení těhotenství narozením živého nebo mrtvého dítěte;

2) Za narození živého dítěte se považuje úplné vypuzení nebo vynětí plodu z těla matčina, bez ohledu na délku trvání těhotenství, jestliže plod po narození dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života, to je srdeční činnost, pulsní pupečníku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva bez ohledu na to, zda byl pupečník přerušen nebo placenta připojena;

3) Mrtvě narozeným dítětem se rozumí plod narozený bez známek života, jehož hmotnost je 500 g a více, nelze-li porodní hmotnost určit, narozený po 22. dokončeném týdnu těhotenství, a nelze-li délku těhotenství určit, nejméně 25 cm dlouhý, a to od temene hlavy k patě.

4) Potratem se rozumí:

a) spontánní potrat, to je ukončení těhotenství, kdy je embryo nebo plod neprojevující známky života samovolně vypuzen nebo vyjmut z dělohy a jeho hmotnost je nižší než 500 g, a pokud ji nelze zjistit, je-li těhotenství kratší než 22 týdnů (méně než 22+0),

b) umělé přerušení těhotenství provedené podle zákona upravujícího umělé přerušení těhotenství (zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, vyhláška MZ ČR č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon ČR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství),

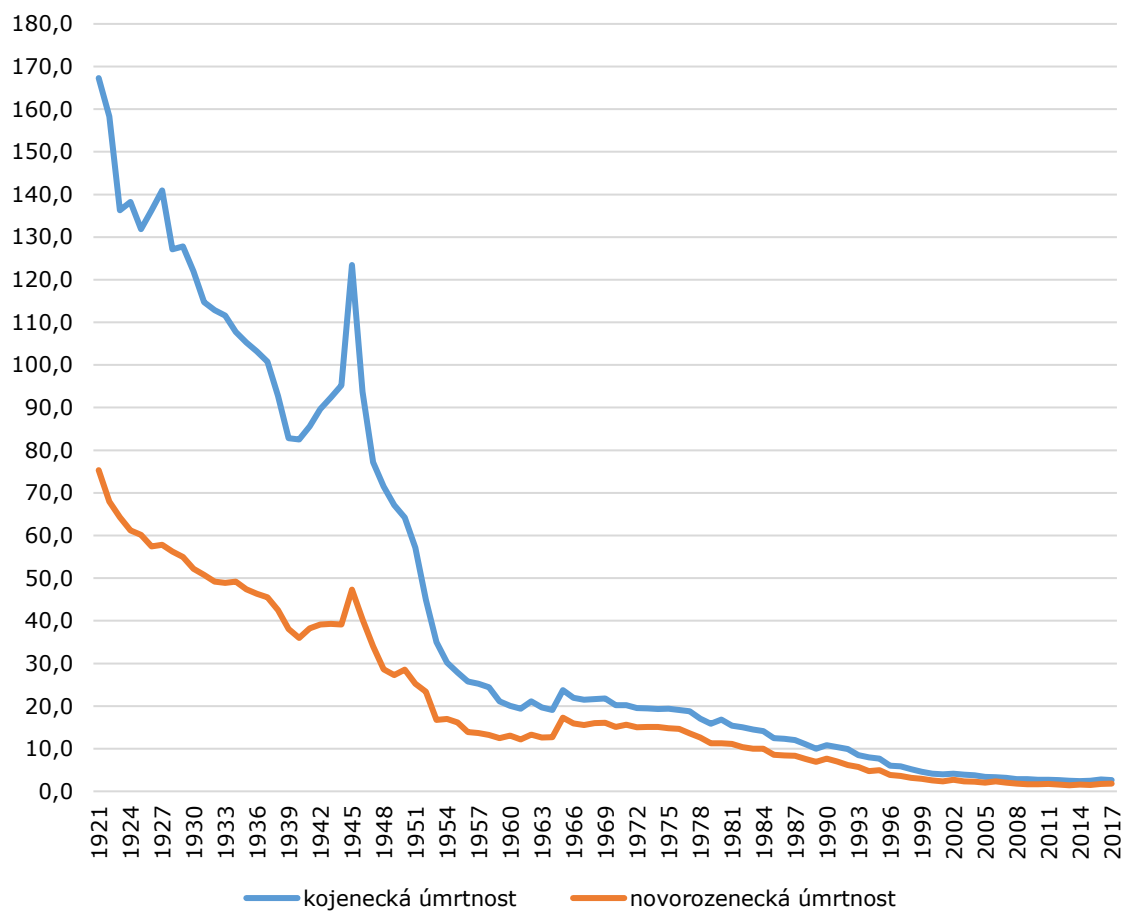
c) ukončení mimoděložního těhotenství

d) případ, kdy z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu, anebo těhotenská sliznice a jsou histologicky prokázány zbytky po potratu.

5) Umělé přerušení těhotenství provedené po 22. týdnu se nepovažuje za potrat, ale za předčasně vyvolaný porod.

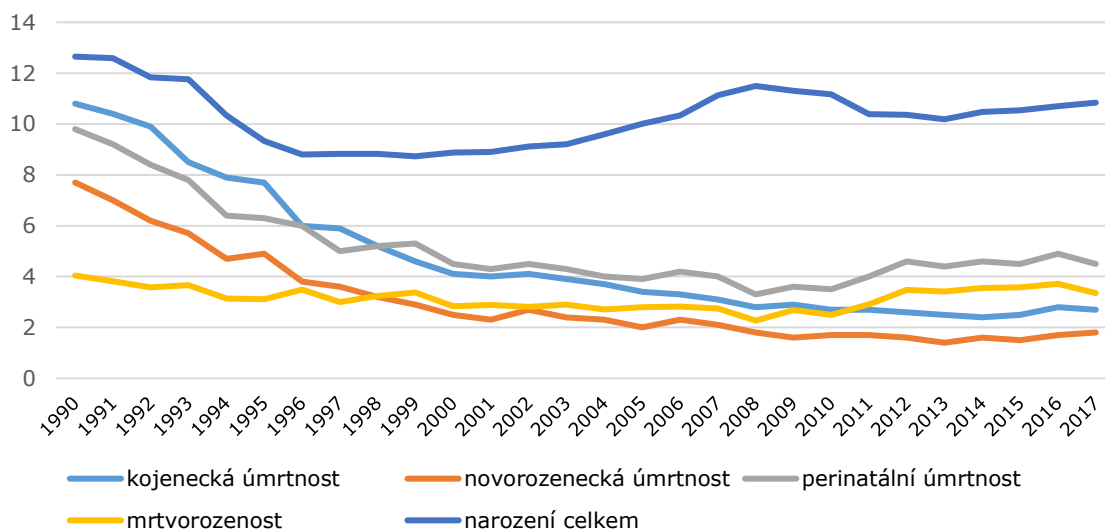
6) Při ukončení těhotenství s více plody se posuzuje každý plod zvlášť za použití kritérií uvedených výše.“

Graf č. 1 Kojenecká úmrtnost 1921–2017 (počty)



Na snižování celkové kojenecké úmrtnosti se významně podílí nízká úroveň neonatální úmrtnosti. Paralela snižování neonatální a kojenecké úmrtnosti ale napovídá, že nedochází k přesunu úmrtnosti v důsledku perinatální nemoci do postneonatálního období.

Graf č. 2 **Kojenecká úmrtnost 1990–2017 (počet narozených celkem v tisících, ostatní ukazatele v přepočtu na 1000 živě narozených)**



Novorozenecká úmrtnost měla v roce 1990 v ČSFR více jak dvojnásobnou hodnotu při porovnání s tehdejšími vyspělými západními zeměmi. Dle programu Zdraví 21 (Zdraví 21) je výrazný pokles úmrtnosti v dětském věku odrazem odborného zkvalitnění péče především v prenatálním období. Pediatrie si díky vysoké specializaci může dovolit vysokou odbornou koncentraci na určitá vývojová období dítěte a na kvalitě raného vývoje dítěte se v současné době jednoznačně podílí neonatologie. Těhotné ženy, u kterých hrozí riziko narození plodu s nízkou porodní hmotností, nebo ženy s rizikovým průběhem těhotenství, jsou směřovány do péče perinatologických center, jejichž součástí jsou vysoce specializovaná pracoviště péče neonatální o novorozence nezralé, či novorozence s nízkou porodní hmotností. Česká pediatrie má navíc dobře zavedený systém preventivních prohlídek, které jsou zaměřeny na sledování všestranného vývoje dětí a imunizační program na základě očkovacího kalendáře.

Vývoj od roku 2007 ukazuje, že snižování perinatální úmrtnosti je obtížné. Platí, že čím nižší perinatální úmrtnosti bude dosaženo, tím obtížnější bude její další snižování. Navíc se nabízí otázka, zda se tím současně nezvyšuje perinatální morbidita u přežívajících novorozenců s perinatálním postižením jejich CNS. (Štembera, Velebil 2003)

Z grafu č. 2 lze také vysledovat, že úroveň perinatální úmrtnosti má od roku 2008, kdy dosahovala hodnoty 3,3‰ mírně vzrůstající trend (4,4‰ v roce 2018). Tento trend souvisí se vzrůstající mrtvorozeností (2,3‰ v roce 2008 oproti 3,3‰ v roce 2017).⁵⁹ Je třeba ale poznamenat, že vzrůst viditelný na první pohled v grafu č. 2 je způsoben efektem malých čísel a nelze usuzovat žádný jiný závěr, než že oba ukazatele predikují nízkou úroveň perinatální úmrtnosti. V tabulce č. 1 lze vidět, že rozdíl mezi rokem s nejvyšším a nejnižším počtem úmrtí ve věku 0-6 dní je 40 dětí a poměr mezi nejnižším a nejvyšším počtem mrtvorozených je 148 dětí.

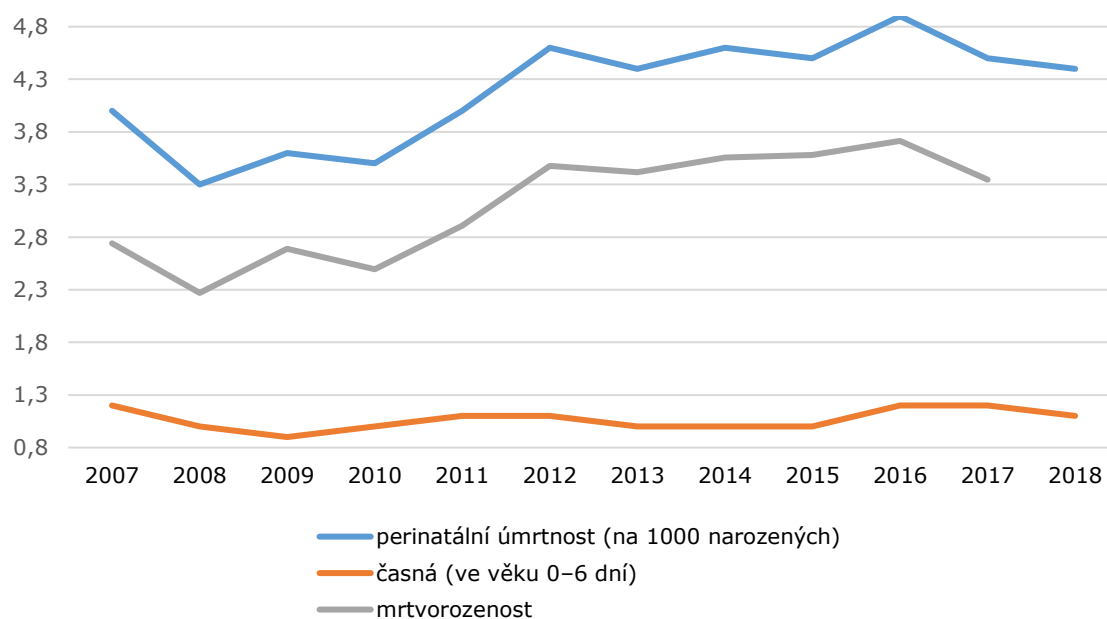
⁵⁹ Jak lze vyčíst z grafu č. 2, mrtvorozenost v České republice dosahuje v letech 1990–2018 hodnoty mezi 2,3–4‰, přičemž nejnižší hodnoty dosahuje v roce 2008.

Tabulka č. 1 **Počet perinatálních úmrtí celkem**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ve věku 0–6 dnů	143	120	103	119	120	120	105	115	106	133	137	123
mrtvě narození	315	272	319	293	317	379	366	392	398	420	384	383
perinatální úmrtí	458	392	422	412	437	499	471	507	504	553	521	506

Vývoj perinatální úmrtnosti od roku 2007 zobrazuje graf č. 3. Hodnotu perinatální úmrtnosti ovlivňuje v současné době zejména mrtvorozenost.⁶⁰ Nebylo tomu tak ale vždy. Vyrovnat podíl časné úmrtnosti a mrtvorozenosti se podařilo až roku 1995. Do té doby byla hodnota časné úmrtnosti dvakrát vyšší než hodnota mrtvorozenosti, zatímco v zemích s nižší perinatální úmrtností než v ČR byl tento poměr opačný. (Štembera, Velebil 2003). Vliv na snížení perinatální úmrtnosti má vedle zkvalitnění perinatální péče také zdokonalení perinatální diagnostiky plodů s vrozenými vývojovými vadami neslučitelnými se životem do 22. týdne těhotenství. V těchto případech je totiž možné se souhlasem ženy provést umělé ukončení těhotenství a tyto případy jsou evidovány jako potraty (srov. tamtéž).

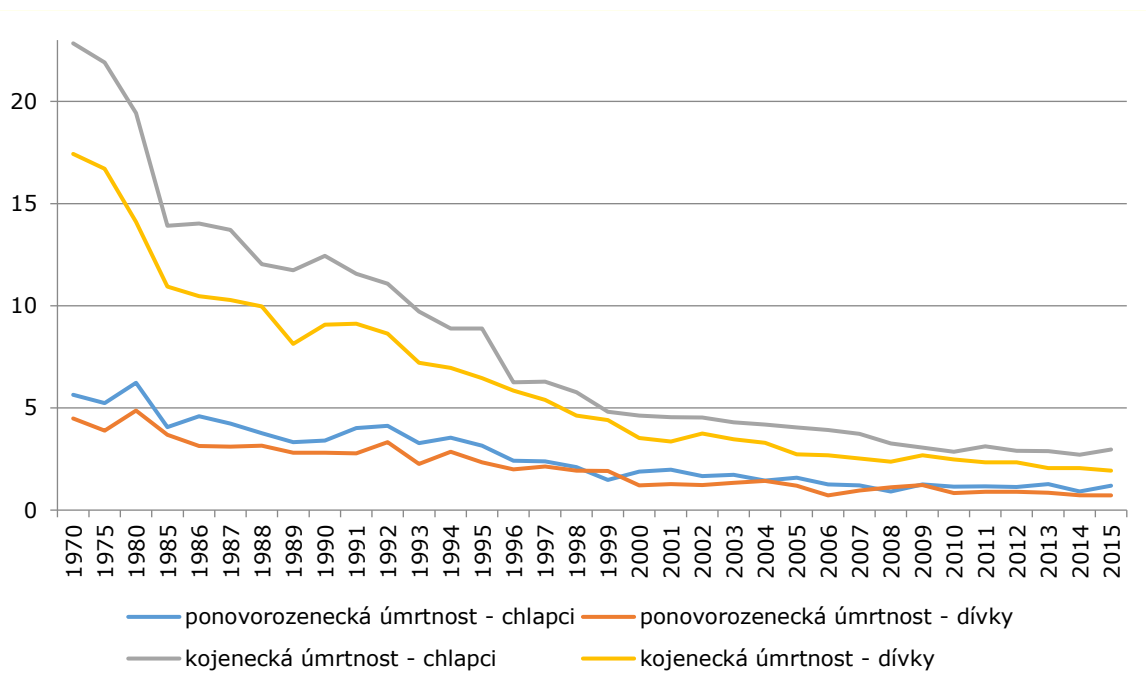
Graf č. 3 **Perinatální úmrtnost v letech 2007–2018**



Vyšší úmrtnost je zaznamenána u chlapců než dívek (srov. graf č. 4). Tato mužská nadúmrtnost je charakteristickým rysem typickým pro většinu vyspělých zemí světa, resp. pro země s nízkou intenzitou úmrtnosti a projevuje se ve všech věkových kategoriích (ÚZIS, ČSÚ, Gladkij 2005)

⁶⁰ Počet mrtvě narozených dětí na 1 000 všech narozených dětí.

Graf č. 4 **Vývoj ponovorozenecké a kojenecké úmrtnosti dle pohlaví v České republice (na tisíc živě narozených dětí)**



zpracování vlastní, zdroj: ÚZIS, dostupné z file:///C:/Users/admin/Downloads/narzem2013_2015.pdf

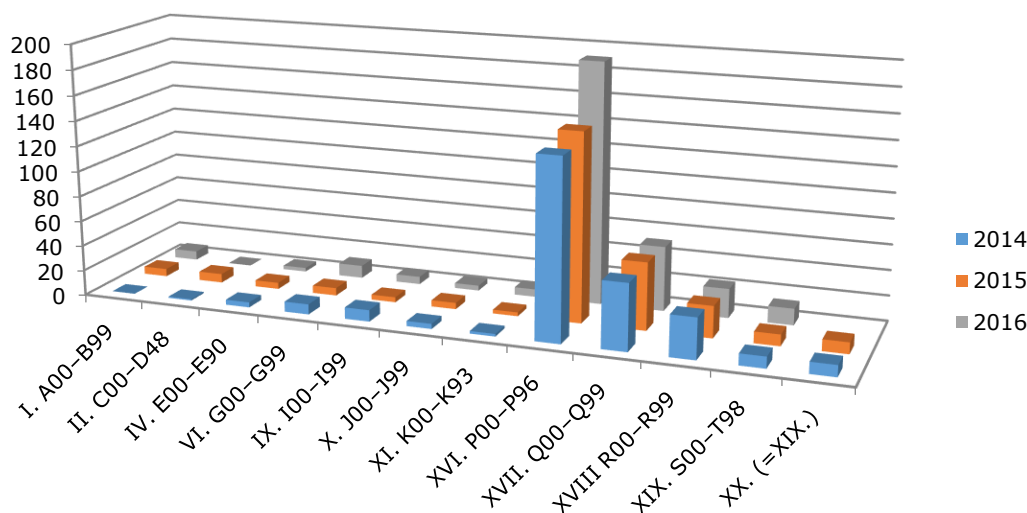
Příčiny úmrtnosti dětí v České republice jsou popsány ve statistikách ÚZIS podle poslední revize MKN-10⁶¹, kde jsou v kapitolách (celkem 22) jednotlivé nosologické jednotky⁶² označeny alfanumerickým kódem. Příčiny kojenecké úmrtnosti je podle ÚZIS

- ⁶¹ I. A00–B99 Některé infekční a parazitární nemoci
- II. C00–D48 Novotvary
- III. D50–D89 Nemoci krve, krvevorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity
- IV. E00–E90 Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek
- V. F00–F99 Poruchy duševní a poruchy chování
- VI. G00–G99 Nemoci nervové soustavy
- VII. H00–H59 Nemoci oka a očních adnex
- VIII. H60–H95 Nemoci ucha a bradavkového výběžku
- IX. I00–I99 Nemoci oběhové soustavy
- X. J00–J99 Nemoci dýchací soustavy
- XI. K00–K93 Nemoci trávicí soustavy
- XII. L00–L99 Nemoci kůže a podkožního vaziva
- XIII. M00–M99 Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně
- XIV. N00–N99 Nemoci močové a pohlavní soustavy
- XV. O00–O99 Těhotenství, porod a šestinedělí
- XVI. P00–P96 Některé stavy vzniklé v perinatálním období
- XVII. Q00–Q99 Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality
- XVIII. R00–R99 Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde
- XIX. S00–T98 Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin
- XX. V01–Y98 Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti
- XXI. Z00–Z99 Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami

⁶² Nosologická jednotka znamená nemoc (diagnózu) v užším smyslu, je charakterizována příčinou, která ji vyvolává, typickým průběhem, klinickými příznaky, prognózou a důsledky nemoci.

možno nalézt zejména: v *Kapitole I.* Některé infekční a parazitární nemoci v kódech A00 – B99; v *Kapitole X.* Nemoci dýchací soustavy v kódech J00 – J99, z toho nejčastější je zánět plic (J12–J18); dále v *Kapitole XI.* Nemoci trávicí soustavy v kódech K00 –K93; v *Kapitole XVI.* Některé stavy vzniklé v perinatálním období v kódech P00–P96, z toho nejčastěji diagnózy: P03, P10–P15 postižení jinými komplikacemi porodní činnosti a porodu a poranění za porodu, P20–P28 respirační poruchy specifické pro perinatální období, P50–P61 krvácivé stavy a hematologické poruchy plodu a novorozence; v *Kapitole XVII.* Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality v kódech Q00–Q99; v *Kapitole XX.* Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti (= *XIX. Poranění a otravy*) v kódech V01–Y98, z toho nejčastěji W79 vdechnutí nebo polknutí potravy jako příčina ucpání dýchacích cest (ÚZIS 2013, str. 74). Jak dokládá graf č. 5, tou nejčastější příčinou novorozenecké mortality jsou stavy vzniklé v perinatálním období. Krajské odlišnosti v úmrtnosti dětí na diagnózy P00 – P96 nejsou příliš výrazné. Druhou nejčastější příčinou úmrtnosti dětí do 1 roku života jsou vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality (Kapitola XVII.). Následuje kapitola XVIII, tedy diagnózy R00–R99 Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde, kam řadíme i diagnózu R95 SIDS. Za významnou příčinu úmrtnosti pak lze považovat také kapitoly XIX – XX, tedy vnější příčiny.

Graf č. 5 **Zemřelí do jednoho roku podle příčiny úmrtí v letech 2014–2016** (absolutně)



Zpracování vlastní, Zdroj: ÚZIS, file:///C:/Users/admin/Downloads/narzem2013_2015.pdf

Empirická data dokládají, že distribuce kojenecké úmrtnosti během prvního roku života je nerovnoměrně rozložena napříč zeměmi světa (Kim, Saada 2013). Ačkoliv se ve většině západoevropských zemí podařilo během posledních patnácti let kojeneckou úmrtnost snížit, šance dítěte přežít první rok života není všude stejná, a i v těch nejbohatších státech přetrvávají výrazné nerovnosti mezi různými sociálními skupinami. Značné obavy navíc vzbuzuje vysoká míra kojenecké úmrtnosti v některých státech východní části (Zdraví 21, s. 26–27). Pro Českou republiku je program WHO „Zdraví pro všechny do 21. století“ rozpracován v dokumentu „Zdraví 21 - Dlouhodobý program

zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR" (Zdraví 21), který byl vydán jako Usnesení vlády č. 1046/2002.

Cíl č. 3 s názvem Zdravý start do života je v dokumentu vyhrazen pro úkoly, zaměřené na zlepšení zdraví dětí a mládeže. Dle tohoto cíle je třeba do roku 2020 vytvořit podmínky, aby všechny narozené děti a děti předškolního věku měly lepší zdraví umožňující jim zdravý start do života. Program zdůrazňuje, že důležité komponenty tělesného a duševního zdraví se vyvíjejí již v raných fázích života a že zdravotní stav mladé generace a péče o ni je obrazem sociální a kulturní úrovně každé civilizované země.

Wilkinson a Marmot (2005, str. 18) zdůrazňují, že dobrý start do života znamená, že oporou dětí jsou jejich matky a jako závažné ohrožení optimálního vývoje označují deficity ve výživě v těhotenství, mateřský stres, kouření a užívání drog či alkoholu matkou, nedostatečné cvičení a neadekvátní perinatální péči. Jako zvláště rizikové jsou pak tyto faktory u jedinců v chudých socioekonomických poměrech.

Dílčí úkol Zdraví 21 č. 3.1 je proto zacílen na lepší přístup k perinatální a perinatální péči. V úkolu je mimo jiné zmíněno, že další snižování perinatální úmrtnosti s výjimkou desetiny promile není v nejbližších letech vzhledem k její nízké úrovni v České republice reálné. Úkol definuje dva faktory, které mohou negativně ovlivnit vynikající úroveň výsledků perinatální péče v ČR. Jsou jimi: 1. perinatální péče o imigranty, kteří přicházejí z oblastí, kde nebyla poskytována perinatální péče a 2. vysoký podíl porodnic s méně než jedním porodem za den. Za významný ukazatel z hlediska cíle této disertační práce lze považovat perinatální úmrtnost a její součásti (mrtvorozenost a časná novorozenecká úmrtnost), včetně údajů institucionálních a regionálních.

S imigranty vedle chybějící předchozí perinatální péče mohou úzce souviset další dva rizikové faktory kojenecké úmrtnosti, které Wilkinson a Marmot uvádí mezi sociálními determinantami zdraví. Jsou jimi sociální vyloučení a sociální opora (Wilkinson, Marmot 2005, str. 20an). Se sociálním vyloučením se váže chudoba (která je sama o sobě determinantou zdraví) a relativní deprivace. Tyto tři proměnné mají dle výše zmíněných autorů hlavní vliv na předčasná úmrtí. Sociální vyloučení pramení z rasismu, diskriminace, stigmatizace, hostility a nezaměstnanosti. Lidem v sociální izolaci chybí sociální opora a s větší pravděpodobností tak prožívají méně duševní pohody, více depresí a větší riziko komplikací v těhotenství.

Úkol č. 3. 2. je orientován na snížení míry kojenecké úmrtnosti, přičemž zdůrazňuje zejména to, že bude nutné průběžně vynakládat velké úsilí, abychom dosažené výsledky udrželi i v následujících letech. Úkol č. 3. 3. Je zaměřen na snížení podílu vrozených vad. S tímto úkolem souvisí i dílčí cíl č. 3.5, dle kterého je třeba snížit podíl dětí s porodní hmotností méně než 2 500 g o 20 %.

V úkolu č. 3. 4. se požaduje snížit úmrtnost a zdravotní postižení způsobené nehodami a násilím páchaném na dětech mladších 5 let o 50 %. Deficit je spatřován v nedostatečích v hlášení PLDD při podezření na násilí páchaném na dětech. Důvodem může být např. nezkušenost PLDD odhalovat skryté násilí na dětech, obava o ztrátu pacienta při hlášení podezření, nejistota v postupu komu, jakou formou a kdy hlásit. Chybí dostatek dobře vyškolených psychologů a psychoterapeutů v této oblasti a jako problematické dokument označuje i absenci vzájemné informovanosti a koordinace postupů různých odborníků a nestátních organizací pro realizaci interdisciplinární spolupráce. Dle nutné aktivity ke splnění dílčího úkolu je třeba mimo jiné provést analýzu prevence náhlé smrti kojence a zjistit incidenci vražd novorozenečního dítěte matkou a týrání, zanedbávání a sexuální zneužívání dítěte. Ze shrnutí vyplývají aktivity ke splnění dílčího úkolu. První z nich požaduje vytvoření doporučeného postupu pro všechny praktické lékaře při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, včetně komerčního sexuálního zneužívání dětí a jeho zavedení

do praxe. Druhá požaduje zavedení dotazníku anamnézy úrazu dítěte pro odborné ambulantní lékaře. (Zdraví 21).⁶³

Naplněním požadavku vlády na aktualizaci tohoto strategického dokumentu je Usnesení vlády České republiky č. 23 z dne 8. ledna 2014 „Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“ (Zdraví 2020). Věcně Zdraví 2020 vychází ze „Zprávy o hodnocení plnění jednotlivých cílů dokumentu Zdraví 21 od roku 2003 do roku 2012“. Cíl 3 Zdravý start do života ze Zdraví 21 je v novém dokumentu zahrnut do Prioritní oblasti 1: Realizovat celoživotní investice do zdraví a prevence nemocí, posilovat roli občanů a vytvářet podmínky pro růst a naplnění jejich zdravotního potenciálu.

Z aktivit zaměřených výhradně na děti do jednoho roku v dokumentu „Zdraví 21“ je v současné době vypracován doporučený postup pro praktické lékaře pro děti a dorost při náhlé smrti kojence a jsou samostatně evidována hlášení o náhlých úmrtích. Ukazatelem k monitorování plnění dílčího úkolu jsou počty a okolnosti náhlých úmrtí.

Podklady pro sběr dat o kojenecké úmrtnosti pro ÚZIS a ČSÚ

Sběr dat pro statistické účely upravuje zákon č. 89/1995 Sb. zákon o státní statistické službě. Dle § 12 tohoto zákona se vedou statistické informace o narození dětí, úmrtí, uzavření manželství, rozvodech a změnách místa trvalého pobytu. Pro vytváření těchto informací jsou státní orgány a poskytovatelé zdravotních služeb podle povahy své činnosti povinni poskytovat Českému statistickému úřadu důvěrné statistické údaje o rodném čísle, adrese místa trvalého pobytu, místu obvyklého pobytu cizince a místu obvyklého pobytu cizince, kterému byl udělen azyl podle zvláštního zákona, státním občanství, porodní charakteristice narozeného dítěte, rodinném stavu, pořadí manželství (rozvodu), počtu nezletilých dětí v rozvádějících se manželstvích, příčinách rozvratu manželství, pokud byly zjištěny, příčině smrti, délce života zemřelého kojence, místě a čase sledované události.

Na tvorbě statistiky zemřelých a příčin smrti se podílí **dvě instituce** – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (**ÚZIS**) a Český statistický úřad (**ČSÚ**). Čerpat informace o kojenecké úmrtnosti v České republice je tedy možné z těchto dvou hlavních oficiálních zdrojů.

ÚZIS má k dispozici kompletní informace z Listu o prohlídce zemřelého, tedy i data o příčinách smrti, ČSÚ má k dispozici pouze data, která obdržel z hlášení o úmrtí (Obyv 3-12) z matriky, tedy bez příčin smrti a dalších okolností úmrtí. Pro získání kompletní informace je třeba oba zdroje dat navzájem propojit. Oficiální statistika zemřelých vzniká v rámci ČSÚ, který má vazbu na matriční knihy, zpracovává data a vybírá základní příčiny smrti. ÚZIS zajišťuje kontakt s lékaři, urguje chybějících Listy o prohlídce zemřelých a prověřuje diagnózy. Kromě příčin smrti jsou data zpracovávána i podle dalších charakteristik (místo úmrtí apod.). Data se využívají např. k analýze trendů úmrtnosti dle příčin, ale i k mezinárodnímu srovnání. Data se předávají do databáze WHO, Eurostatu, OECD, využívají se také k dohledání dat z povinných hlášení, která nebyla nahlášena ke statistickým účelům. Centrálně se z nich připravují také podkladové materiály pro Národní onkologický registr a další podklady pro lékařskou praxi (čištění kartoték apod.).

Z hlediska přesnosti údajů o počtu zemřelých dětí jsou údaje sbírané ČSÚ částečně odlišné od údajů sbíraných ÚZIS, neboť ČSÚ sbírá a publikuje data o všech občanech ČR (i cizincích s trvalým pobytem v ČR bez ohledu na místo pobytu).

⁶³ Na snižování novorozenecké úmrtnosti a úmrtnosti dětí do 5 let jsou zaměřeny i jiné dokumenty. Například MDGs a SDGs (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/>)

**Sběr dat pro potřeby projektu „Zdravotní péče
a zdravotní stav cizinců v ČR“**

Technická zpráva ze sběru dat

Klient: VÚPSV, v. v. i.
Zpracovatel: ppm factum research, s.r.o.

Datum zpracování: 29. listopad 2019

Úvod

Na základě smlouvy mezi Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí, v. v. i. (VÚPSV) a společností ppm factum research s.r.o. („dále také jen realizátor“) provedl realizátor šetření **Sběr dat pro potřeby projektu „Zdravotní péče a zdravotní stav cizinců v ČR“** o otázkách souvisejících se zdravotní péčí cizinců z Ukrajiny, Vietnamu a Ruské federace žijících v České republice.

Metodika - základní přehled

Cílová skupina: Cílovou skupinou byli cizinci muži a ženy ze třetích zemí ve věku 18 a více let, se státní příslušností: Ukrajina, Vietnam a Ruská federace s dlouhodobým nebo trvalým pobytem na území České republiky. Cílová skupina byla zúžena na osoby, které navštívily někdy v průběhu svého pobytu v České republice v souvislosti s vlastním zdravím lékaře, zdravotnická zařízení a/nebo odborné zdravotnické poradny.

Sledované kraje: hlavní město Praha, Středočeský kraj, Jihomoravský kraj, Ústecký kraj a Plzeňský kraj.

Velikost výběrového souboru: 1 000 osob

Výběrový soubor: Vytvořen na základě dat poskytnutých VÚPSV podle kvót zohledňujících pohlaví, státní příslušnost, věk a kraj (vázané kvóty) a druh pobytu.

Dotazník: Dotazník byl připraven ve spolupráci zadavatele a realizátora šetření. Průměrná délka vyplňování dotazníku byla 41,5 minuty.

Metodika dotazování: Průzkum byl realizován metodou osobních standardizovaných rozhovorů – Face to face s papírovými dotazníky (PAPI) a rovněž metodou CAPI. Formou CAPI bylo realizováno 20 % dotazníků, formou PAPI 80 % rozhovorů. Pro případ, že by respondenti dobře neovládali český jazyk, byly připraveny 3 jazykové mutace dotazníků, podle cílových skupin. V tomto případě se jednalo o vyplňování do české verze dotazníku s tím, že respondenti nahlíželi do jazykové verze, která jim byla předložena.

Pilotáž dotazníku

Dodavatel zajistil pilotní odzkoušení dotazníku, a to proškolenými tazateli. Cílem pilotního šetření byl test dotazníku pro prováděné výzkumné šetření. Jednalo se o zkontrolování správnosti a funkčnosti dotazníku, které umožnilo nalézt a odstranit různé chyby s cílem přispět ke zvýšení kvality výstupů výzkumu. Záměrem bylo prověřit jednotlivé otázky a opravit případné chyby či nesrovnalosti tak, aby se minimalizovalo riziko možných komplikací během výzkumu.

Termín pilotního šetření: 25.–27. září 2019

Velikost výběrového souboru: 6 osob

respondent	délka dotazování
ruská národnost, muž, 37 let	50 min
vietnamská národnost, žena, 36 let	85 min
ukrajinská národnost, muž, 35 let	52 min
ruská národnost, žena, 36 let	45 min
ukrajinská národnost, žena, 36 let	50 min
vietnamská národnost, muž, 44 let	45 min

Vedle technických chyb a méně jasných formulací, které byly opraveny, byla klíčová značná délka dotazníku a nižší počet osob, které byly hospitalizovány v době posledních

5 let. Dotazník byl následně částečně zkrácen a rovněž bylo v případě hospitalizace odstraněno časové ohraničení 5 let (nicméně byla doplněna identifikace roku poslední hospitalizace).

Součástí pilotu bylo rovněž odzkoušení jazykových mutací dotazníku. U populace vietnamské národnosti u starší generace je obecně znalost čtení v českém i vietnamském jazyce nízká – nutné je u dotazování více vysvětlovat, což prodlužuje délku dotazování. Mladá generace umí výborně česky, postačuje tedy česká verze. Rusky a ukrajinsky mluvící většinou rozumí česky poměrně dobře. Přestože pilotáž jazykových verzí přidanou hodnotu měla, dodatečné překlady a opravy 4 verzí dotazníku mírně zvýšily časovou náročnost přípravy dotazníku.

Data z pilotu nejsou součástí výsledného souboru.

Velikost a struktura výběrového souboru

Výběrový soubor byl vytvořen na základě dostupných informací poskytnutých VÚPSV podle níže uvedených kvót. Vzorek považujeme ve sledovaných kategoriích (kraj, národnost, věk, pohlaví, druh pobytu) za reprezentativní. V některých případech je sice procentuální chyba relativně vysoká, nicméně to je v případech, kdy měl být podle kvótního rozpisu v kraji dotázán např. 1 respondent s přesnými specifiky.

Předepsané kvóty se v zásadě podařilo naplnit (zejména celkové počty), odchylky jsou dány podrobně rozepsanými kvótami (pro zajištění co nejpřesnější reprezentativity) a specifickou cílovou skupinou, kterou je poměrně těžké pro šetření vyhledat a získat. Jednotkové rozdíly v součtech jsou dány zaokrouhlováním přesně vypočtených kvót.

Kompletní přehled kvótního rozpisu a výsledných počtů respondentů ve vzorku ukazuje Tabulka v příloze 1 Technické zprávy.

Organizace terénního sběru dat

Sběr dat

Sběr dat byl organizován tazatelskou skupinou (terénní oddělení) centrálně ze sídla realizátora. Nejprve byli vybráni tazatelé, kteří se na výzkumu podíleli, a supervizor, který dohlížel na průběh dotazování. Supervizor byl v neustálém kontaktu s tazateli a řešil problémy, které se v průběhu terénního šetření vyskytly (výpadek tazatele atd.).

Pro současnou vlnu šetření byli vybráni především tazatelé, kteří se účastnili již minulých šetření a měli tak zkušenosti se získáváním rozhovorů od cílové skupiny.

Distribuce materiálů tazatelům

Tazatelé obdrželi dotazníky a jazykové mutace dotazníku v případě, že by respondenti měli těžkosti otázkám porozumět v českém jazyce. Tazatelé rovněž obdrželi rozpis kvót pro vlastní sběr dat a záznamové archy pro sběr kontrolních údajů.

Realizátor rovněž zajistil sběr papírových dotazníků od tazatelů – během jejich distribuce každý tazatel obdržel spolu s materiály také obálku pro zpětné zaslání dotazníku doporučenou poštou (zajištění návratnosti, snížení transakčních nákladů a zefektivnění sběru dat).

Asistence při vyplňování dotazníků

Tazatelé byli vybaveni primárně českým dotazníkem a také dotazníkem v mateřském jazyce cílové skupiny. Každý tazatel dostal přibližně 2 dotazníky v mateřském jazyce respondentů. Tento dotazník sloužil k tomu, aby cizinec, pokud nemluvil dobře česky

nebo nerozuměl otázkám, mohl společně s tazatelem sledovat přeložený dotazník a s lepším pochopením na otázky odpovídat.

U kvótní výběrové procedury není možné sledovat non-response rate, tedy míru odmítnutí. Není tedy možné určit, kolik respondentů museli tazatelé oslovit k získání jednoho rozhovoru. Vzhledem k místům oslovení předpokládáme, že část respondentů byla z okruhu známých (tazatelé na ně dostali kontakt), část byla ze sousedství (dotazování v obchodech, na ulicích), část respondentů byla zastižena na místech, kde se cílové skupiny častěji pohybují (obchody, supermarkety, ubytovny, jídelny, v dopravních prostředcích).

Rekrutace respondentů

Rekrutace probíhá především na základě znalosti místních poměrů. Tazatelé po celé ČR mají dosti velký přehled o tom, kde se osoby z cílové skupiny nejčastěji pohybují a kde je vyšší pravděpodobnost zachycení respondenta. Kromě toho využívají i své vlastní sociální sítě (přátelé, známí...) pro nalezení cílové osoby pro šetření. Jedná se např. o rodiče spolužáka dětí ve škole, známé kolegů z práce apod.

Kromě toho byla využita metoda tzv. snow-ballu, kdy tazatelé respondent po úspěšném rozhovoru sdělí informace o dalších potenciálních respondentech z jeho okolí. Každý tazatel realizoval větší počet rozhovorů (cca 12 rozhovorů), a to s různými cílovými skupinami (RUS, UKR, VIET), efekt snowballu tedy neměl nijak zásadní vliv na strukturu souboru. Pomocí metody snowball bylo rekrutováno méně než 20 % celého vzorku.

Terénní sběr dat

Terénní sběr dat se uskutečnil ve dnech 10. 10. až 18. 11. 2019. V rámci sběru dat proběhly 2 vlny sběru dat. Celkem se výzkumu účastnilo 83 tazatelů ve sledovaných krajích. Dodatečný výběr byl proveden především kvůli naplnění všech požadovaných kvót.

1. vlna od 10.10.-31.10. – 61 tazatelů – 747 rozhovorů

2. vlna od 1.11.-18.11. – 22 tazatelů – 253 rozhovorů

Zpracování dat

Odpovědi na otevřené a polootevřené otázky byly vypsány a přidány do datové matice.

Dotazníky byly dvojitě nahrány. Nahraná data byla verifikována prostřednictvím logických kontrol. Datový soubor SPSS byl opatřen českými popisky.

Výstupem z výzkumu je:

- jeden vyčištěný datový soubor ve formátu SPSS s popisy znaků;
- tabulky třídění prvního stupně ve formátu MS Excel;
- tato technická zpráva.

Čištění dat

Po ukončení sběru dat proběhla kontrola dotazníků, prepis dat (včetně odpovědí na otevřené a polootevřené otázky, které byly přepsány a přidány do datové matice) a kontrola logických souvislostí a čištění.

Nahraná data byla verifikována prostřednictvím logických kontrol, byla zajištěna kontrola podobnosti dat u jednotlivých tazatelů či kontrola počtu nezodpovězených otázek. Byly provedeny základní logické kontroly, kontroly konzistence dat a kontroly, zda sedí předem dané filtry z dotazníku.

Data nebyla dovažována na počty přesně podle kvótního rozpisu (rozdíly jsou jen velmi malé), kvótní rozpis byl předem stanoven velice podrobně tak, aby byla zajištěna co nejpřesnější reprezentativita souboru. Kvóty jsou velmi podrobné a vzájemně provázané a při takto malých počtech je váha buď hodně velká anebo hodně malá. V obou případech nežádoucím způsobem zkresluje vazby mezi proměnnými.

Tazatelská síť a kontrola její činnosti

Kontrola práce tazatelů probíhala standardní interní formou a zároveň formou sbírání kontaktů na respondenty pro ověření uskutečněných rozhovorů. Celkem se podařilo získat 661 kontaktů (telefon nebo e-mail) na respondenty. Jedná se o 66 % všech kontaktů, což je poměrně dobrý výsledek.

Kontrola kontaktů v současné době probíhá a výsledky zatím neznáme. Všechny e-mailové adresy budou obeslány, telefonní kontakty budou obvolány. Výsledky kontroly budou známy k 31. 12. 2019.

Kontrola pořizovaných dat

Dotazníky byly vizuálně kontrolovány ihned po doručení. Další kontrolu dotazníků prováděl kodér – kromě kódování otevřených otázek měl za úkol kontrolovat dodržování filtrů a hodnotit práci tazatele. Provedli jsme dvojí nahrání dat (tzv. double-punching) – data byla do databáze nahrána nezávisle na sobě 2x, obě nahrání byla porovnána a rozdíly opraveny podle skutečného záznamu v dotazníku. Při nahrání dat se standardně kontrolují povolená maxima a minima u každé otázky. Některé filtry v dotazníku byly podrobeny logické kontrole při zpracování dat, kterou provádíme pomocí specializovaného statistického software SPSS.

Přílohy:

- Příloha 1:** Kompletní přehled kvótního rozpisu a výsledných počtů respondentů ve vzorku
- Příloha 2:** Vyčištěný datový soubor ve formátu SPSS s popisy znaků
- Příloha 3:** Tabulky třídění prvního stupně ve formátu MS Excel

Příloha 1 **Kompletní přehled kvótního rozpisu a výsledných počtů respondentů ve vzorku**

V tabulkách jsou uvedeny počty plánovaných (ROZPIS), skutečných (STRUKTURA VZORKU) rozhovorů a ROZDÍL.

ROZPIS		celkem	muži	ženy	18-29	30-44	45+	dlouh. vízum /pobyt	trvalý pobyt
Jihomoravský	Ukrajina	74	42	33	16	30	28	31	43
	Vietnam	25	14	11	5	9	11	5	20
	Rusko	16	6	10	10	4	3	11	5
Plzeňský	Ukrajina	55	31	24	13	22	21	23	32
	Vietnam	30	17	13	6	12	12	6	23
	Rusko	3	1	2	1	1	1	2	1
Praha	Ukrajina	305	171	134	62	129	114	102	203
	Vietnam	68	38	30	13	26	29	12	56
	Rusko	146	57	88	62	38	45	72	73
Středočeský	Ukrajina	131	73	57	24	58	50	48	83
	Vietnam	34	19	15	9	14	12	11	23
	Rusko	26	10	16	6	7	13	6	20
Ústecký	Ukrajina	36	20	16	6	14	16	15	21
	Vietnam	42	24	18	8	17	17	8	34
	Rusko	9	4	5	1	2	5	2	7

STRUKTURA VZORKU		celkem	muži	ženy	18-29	30-44	45+	dlouh. vízum /pobyt	trvalý pobyt
Jihomoravský	Ukrajina	73	38	35	20	32	21	31	42
	Vietnam	22	11	11	5	5	12	6	16
	Rusko	19	10	9	8	5	6	8	11
Plzeňský	Ukrajina	50	28	22	11	19	20	19	31
	Vietnam	33	19	14	7	13	13	8	25
	Rusko	3	2	1	0	3	0	1	2
Praha	Ukrajina	306	167	139	58	129	119	105	201
	Vietnam	70	38	32	15	28	27	14	56
	Rusko	141	58	83	56	41	44	69	72
Středočeský	Ukrajina	132	72	60	25	53	54	51	81
	Vietnam	36	19	17	8	14	14	12	24
	Rusko	27	12	15	5	9	13	8	19
Ústecký	Ukrajina	35	19	16	8	13	14	12	23
	Vietnam	40	22	18	7	17	16	8	32
	Rusko	13	7	6	3	2	8	4	9

ROZDÍL		celkem	muži	ženy	18-29	30-44	45+	dlouh. vízum /pobyt	trvalý pobyt
Jihomoravský	Ukrajina	-1	-4	2	4	2	-7	0	-1
	Vietnam	-3	-3	0	0	-4	1	1	-4
	Rusko	3	4	-1	-2	1	3	-3	6
Plzeňský	Ukrajina	-5	-3	-2	-2	-3	-1	-4	-1
	Vietnam	3	2	1	1	1	1	2	2
	Rusko	0	1	-1	-1	2	-1	-1	1
Praha	Ukrajina	1	-4	5	-4	0	5	3	-2
	Vietnam	2	0	2	2	2	-2	2	0
	Rusko	-5	1	-5	-6	3	-1	-3	-1
Středočeský	Ukrajina	1	-1	3	1	-5	4	3	-2
	Vietnam	2	0	2	-1	0	2	1	1
	Rusko	1	2	-1	-1	2	0	2	-1
Ústecký	Ukrajina	-1	-1	0	2	-1	-2	-3	2
	Vietnam	-2	-2	0	-1	0	-1	0	-2
	Rusko	4	3	1	2	0	3	2	2

Příloha č. 3

Struktura zkoumaného souboru dle vybraných sociodemografických znaků

		Jaká je Vaše státní příslušnost?			
		Ukrajina	Vietnam	Ruská federace	Total
		Column N %	Column N %	Column N %	Column N %
Ve kterém kraji v ČR bydlíte?	hlavní město Praha	51,3 %	34,8 %	69,5 %	51,7 %
	Středočeský kraj	22,1 %	17,9 %	13,3 %	19,5 %
	Jihomoravský kraj	12,2 %	10,9 %	9,4 %	11,4 %
	Ústecký kraj	5,9 %	19,9 %	6,4 %	8,8 %
	Plzeňský kraj	8,4 %	16,4 %	1,5 %	8,6 %
kategorie pobytu	dlouhodobý	36,6 %	23,9 %	44,3 %	35,6 %
	trvalý	63,4 %	76,1 %	55,7 %	64,4 %
kategorie délky pobytu	1 rok a méně	3,0 %	4,5 %	2,5 %	3,2 %
	více než rok až 2 roky	7,7 %	4,0 %	7,9 %	7,0 %
	více než 2 roky až 5 let	20,6 %	11,4 %	23,6 %	19,4 %
	více než 5 let až 10 let	28,4 %	22,9 %	32,5 %	28,1 %
	více než 10 let	40,3 %	57,2 %	33,5 %	42,3 %
kategorie věku	18 až 29 let	20,5 %	20,9 %	35,5 %	23,6 %
	30 až 44 let	41,3 %	38,3 %	29,6 %	38,3 %
	45 let a více	38,3 %	40,8 %	35,0 %	38,1 %
pohlaví respondenta	muž	54,4 %	54,2 %	43,8 %	52,2 %
	žena	45,6 %	45,8 %	56,2 %	47,8 %
Jaký je Váš rodinný stav?	svobodný/á	27,2 %	30,3 %	30,5 %	28,5 %
	ženatý/vdaná	52,7 %	58,2 %	52,7 %	53,8 %
	rozvedený/rozvedená	11,4 %	6,5 %	6,9 %	9,5 %
	vdovec/vdova	0,3 %	3,5 %	1,0 %	1,1 %
	druh/družka	8,1 %	1,0 %	7,4 %	6,5 %
	registrované partnerství	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	neví, bez odpovědi	0,3 %	0,5 %	1,5 %	0,6 %
Jaký je stupeň Vašeho nejvyššího dosaženého vzdělání?	základní i neukončené, praktická škola bez vyučení	7,8 %	15,0 %	4,5 %	8,6 %
	vyučen (v oboru bez maturity i s maturitou)	29,7 %	34,0 %	19,9 %	28,6 %
	středoškolské odborné s maturitou	28,5 %	33,5 %	25,4 %	28,9 %
	středoškolské všeobecné s maturitou	14,7 %	8,5 %	23,9 %	15,3 %
	vysokoškolské (všechny stupně)	19,4 %	9,0 %	26,4 %	18,7 %
Jaký je hlavní účel Vašeho pobytu v České republice?	zaměstnání	66,9 %	34,3 %	51,7 %	57,3 %
	podnikání	13,8 %	44,3 %	13,3 %	19,8 %
	studium	4,2 %	5,5 %	9,9 %	5,6 %
	humanitární důvody, léčení	0,3 %	0,5 %	1,0 %	0,5 %
	sloučení rodiny	12,8 %	13,9 %	22,7 %	15,0 %
	jiný důvod	1,5 %	1,5 %	1,0 %	1,4 %
	neví, neodpověděl/a	0,5 %	0,0 %	0,5 %	0,4 %

pokračování tabulky

		Jaká je Vaše státní příslušnost?			
		Ukrajina	Vietnam	Ruská federace	Total
		Column N %	Column N %	Column N %	Column N %
Mohl/a byste mi prosím říct, jak bydlíte?	v pronajaté místnosti	12,8 %	5,5 %	7,9 %	10,3 %
	v pronajatém bytě/domě	41,6 %	40,8 %	41,4 %	41,4 %
	ve vlastním bytě/domě	27,9 %	35,8 %	35,0 %	30,9 %
	na ubytovně	8,6 %	5,0 %	5,9 %	7,3 %
	u příbuzných, kamarádů, známých	8,2 %	11,9 %	8,9 %	9,1 %
	někde jinde	0,7 %	1,0 %	0,5 %	0,7 %
	neví, bez odpovědi	0,3 %	0,0 %	0,5 %	0,3 %
Jaké je prosím Vaše náboženské vyznání?	pravoslavné	37,9 %	3,0 %	50,7 %	33,5 %
	římskokatolické	8,7 %	2,0 %	5,9 %	6,8 %
	řeckokatolické	2,9 %	0,5 %	0,5 %	1,9 %
	evangelické	1,5 %	0,5 %	1,0 %	1,2 %
	budhistické	0,0 %	23,4 %	0,5 %	4,8 %
	židovské	0,2 %	0,0 %	0,5 %	0,2 %
	muslimské	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %
	svědkové Jehovovi	0,3 %	0,0 %	0,5 %	0,3 %
	ostatní křesťanské	1,2 %	1,0 %	1,0 %	1,1 %
	ostatní mimo křesťanské	0,8 %	2,0 %	0,0 %	0,9 %
	jiné	0,2 %	4,0 %	0,5 %	1,0 %
	bez vyznání	44,5 %	58,7 %	35,5 %	45,5 %
	neví, bez odpovědi	1,5 %	5,0 %	3,4 %	2,6 %
total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	
všechny čisté finanční příjmy všech osob ve Vaší domácnosti v průměru za měsíc	do 10 000 Kč	0,8 %	2,0 %	1,0 %	1,1 %
	11 000 - 15 000 Kč	7,2 %	5,0 %	4,4 %	6,2 %
	16 000 - 25 000 Kč	16,4 %	7,0 %	9,9 %	13,2 %
	26 000 - 35 000 Kč	15,3 %	9,0 %	12,3 %	13,4 %
	36 000 - 45 000 Kč	16,1 %	12,9 %	13,8 %	15,0 %
	46 000 - 55 000 Kč	7,2 %	10,0 %	7,9 %	7,9 %
	více než 56 000, Kč	5,4 %	9,0 %	11,3 %	7,3 %
	neví, neodpověděl/a, odmítl/a sdělit	31,5 %	45,3 %	39,4 %	35,9 %

Příloha č. 4

Přehled informačních systémů s dostupnou informací o cizincích včetně základních charakteristik a statistik

informační systémy NZIS	cizinci (ANO/NE)	cizinci mimo EU	časová dostupnost	počet záznamů za rok*	z toho u cizinců	z toho u cizinců mimo EU	zahrnutí do analýz	podíl cizinců celkem	podíl cizinců mimo EU
Národní onkologický registr	ANO	ANO	2009-2017	86 831	326	208	INFO	0,4%	63,8%
NR kloubních náhrad	ANO	ANO	2015-2017	74 816	244	99	DUPL	0,3%	40,7%
NR hospitalizovaných	ANO	ANO	2009-2018	2 323 290	72 605	21 880	ANO	3,1%	30,1%
NR nemocí z povolání	ANO	ANO	2016-2018	1 282	45	7	INFO	3,5%	15,6%
V (MZ) 1-01 - Roční výkaz o čerpání zdravotních služeb cizinci	ANO	ANO	2009-2018	119 212	119 212	59 442	ANO	100,0%	49,9%
NR asistované reprodukce	ANO	ANO	2009-2017	34 831	15 954	3 357	ANO	45,8%	21,0%
NR novorozenců	ANO	ANO	2009-2019	113 242	5 306	2 318	ANO	4,7%	43,7%
NR potratů	ANO	ANO	2009-2019	33 276	1986	927	ANO	6,0%	46,7%
NR rodiček	ANO	ANO	2009-2019	111 749	2 979	1 377	ANO	2,7%	46,2%
NR vrozených vad	ANO	ANO	2009-2017	3 893	87	42	ANO	2,2%	48,3%
NR léčby uživatelů drog	ANO	ANO	2015-2018	14 187	115	.	INFO	0,8%	-
Informační systém infekční nemoci (IS IN)	ANO	NE	2009-2018	124 902	1 156	.	INFO	0,9%	-
Registr pohlavních nemocí (RPN)	ANO	ANO	2009-2018	2 243	408	198	ANO	18,2%	48,5%
Registr tuberkulózy (RTBC)	ANO	ANO	2009-2018	444	147	86	ANO	33,1%	58,5%
Informační systém Zemřelí (IS ZEM)	ANO	ANO	2009-2018	112 920	956	376	ANO	0,8%	39,3%
IS List o prohlídce zemřelého (IS LPZ)	ANO	ANO	2009-2018	112 920	956	376	DUPL	0,8%	39,3%
L (MZ) 2-01 - Roční výkaz o činnosti poskytovatele lázeň. léčebně rehabilitační péče	ANO	NE	2009-2018	370 573	140 870	.	INFO	38,8%	-
Národní diabetologický registr	ANO	NE	2010-2018	1 018 283	5 924	.	INFO	0,6%	-
Národní registr hrazených zdravotních služeb	ANO	NE	2010-2018	10 670 841	161 714	.	INFO	1,5%	-

Vysvětlivky k rozhodnutí o zahrnutí do analýz:

INFO – zpracována pouze základní informace o registru vzhledem k nízké validitě či nedostupnosti dat o cizincích nebo jejich nízkému počtu.

DUPL – zpracována pouze základní informace o registru vzhledem k duplicitním datům, která jsou nahraditelná z jiného zdroje, který byl zahrnut.

*definice statistické jednotky sledované zdrojem dat jsou uvedeny v rámci popisu jednotlivých zdrojů dat v kapitolách 3 až 9.

Zdroj: ÚZIS ČR

Specifikace rozsahu analýzy zdravotní péče a zdravotního stavu cizinců v datech NZIS

Analýza dostupných dat čerpání zdravotní péče a zdravotního stavu cizinců z třetích zemí v rámci NZIS pro potřeby dosažení bližšího poznání zkoumané problematiky v současnosti a v horizontu posledních deseti let, a to pro území celé ČR a dále také v třídění podle všech krajů ČR. Dle dostupnosti a kvality dat z jednotlivých zdrojů NZIS bude na základě stavu analyzovaných datových zdrojů NZIS, vč. hygienických registrů a výkazů, konkretizován rozsah sledovaného období, druhy ukazatelů, charakteristiky a jejich kombinace, např. územní členění, apod.

Výčet požadovaných ukazatelů:

- celkový rozsah statistických jednotek daného zdroje (počet případů, hlášení, osob),
- celkový počet statistických jednotek týkajících se cizinců celkem a dle druhu pobytu,
- celkový počet statistických jednotek týkajících občanů zemí mimo EU.

Výčet požadovaných charakteristik:

- identifikace zdroje dat,
- rok hlášení,
- pohlaví,
- věková skupina,
- kraj ev. okres bydliště, místo hlášení nebo poskytnutí péče,
- země původu, národnost, občanství resp. příslušnost k EU,
- druh onemocnění resp. příčiny čerpání zdravotní péče,
- délka léčby onemocnění resp. poskytování zdravotních služeb.

Analyzovány budou následující zdroje: Národní informační zdravotnický systém vč. hygienických registrů a výkazů. V první etapě (do 15. 9. 2019) budou analyzovány rozsáhlé datové zdroje NZIS, vč. vč. hygienických registrů a výkazů. a identifikovány vhodné indikátory s cílem maximalizovat konkretizaci dat vypovídajících o cizincích z třetích zemí. V druhé etapě (do 30. 11. 2019) budou na základě vzájemné konzultace zhotovitele s objednatelem vytvořeny zhotovitelem tabulkové přehledy, grafy a textová analýza získaných zjištění.

Zhotovitel si vyhrazuje možnost výsledné zpracování a jeho výše specifikovaný předpokládaný rozsah omezit s ohledem na dostupnost a kvalitu dat z jednotlivých zdrojů NZIS a po vzájemné konzultaci s objednatelem.

Výtahy z oponentských posudků

Mgr. Petr Wija, Ph.D.

Práce představuje obširnou a detailní analýzu problematiky zdravotní péče o cizince v ČR. Zevrubně mapuje dostupnost a využívání zdravotní péče cizinci a její bariéry, shrnuje dosavadní poznatky výzkumu v této oblasti a navazuje na ně v rámci terénního šetření a analýzy dostupných statistických dat. Analýza vychází z relevantních zdrojů a literatury z ČR a zahraničí.

Analýza zpracovává data z terénního dotazníkového šetření, které cílilo na prioritní témata integrace a problémy dostupnosti zdravotní péče cizincům. Témata a otázky byly zvoleny na základě dosavadního výzkumu a dobré znalosti problémů v přístupu skupin cizinců ke zdravotní péči. Autorky a autoři zpracovávají údaje z registrů a dalších zdrojů zdravotnických dat, jejich limity jsou reflektovány, včetně návrhů na zkvalitnění metodiky a monitoringu této oblasti v budoucnosti.

Analýza poskytuje věrohodné a datově podložené poznatky a doporučení pro zlepšení integrace, zdraví a dostupnosti zdravotní péče cizincům. Výsledky práce poskytují podklady pro formulaci opatření pro integrační a zdravotnické politiky na celostátní i regionální, resp. lokální úrovni.

Mgr. Dita Čermáková, Ph.D.

Recenzovaná výzkumná zpráva shrnuje dosavadní poznání a přináší dosud nezmapované informace o přístupu cizinců ke zdravotním službám. Dále shrnuje postoje cizinců ke zdravotní péči a identifikuje hlavní obtíže cizinců včetně zohlednění prostorové diferenciací zkoumaných jevů. Druhá část zprávy shromažďuje data z registrů o využívání zdravotního systému cizinci ze třetích zemí a přehledně a vyčerpávajícím způsobem je prezentuje. Celou výzkumnou zprávu považuji za velmi zdařilou a její publikování zaplní poznání o integraci cizinců do zdravotního systému.