III.

**Podnět**

**Rady vlády pro lidská práva**

**ke zdravotnímu pojištění cizinců legálně pobývajících na území České republiky po dobu delší 90 dní**

**I.**

**Úvod**

Dne 26. února 2009 schválila Rada vlády pro lidská práva podnět Výboru pro práva cizinců k začlenění vybraných kategorií cizinců, kteří pobývají v České republice přechodně, do systému veřejného zdravotního pojištění. V něm Výbor, potažmo Rada, žádaly vládu mj. o rozšíření osobní působnosti zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“) o:

1. nezaopatřené děti-cizince nad 18 let, které pobývají na území České republiky (dále jen „ČR“) na základě víza k pobytu nad 90 dní za účelem sloučení rodiny/povolení k dlouhodobému pobytu za týmž účelem;

2. všechny ostatní děti-cizince narozené na území ČR, které nespadají pod bod 1, a to od narození až do vycestování z území ČR, popř. do doby, kdy se stanou účastníky veřejného zdravotního pojištění z jiných důvodů;

3. cizince ze třetích zemí, kteří jsou osobami samostatně výdělečně činnými, a to po uplynutí tří měsíců od zahájení samostatné výdělečné činnosti na území ČR;

4. rodinné příslušníky cizinců ze třetích zemí (zejm. manželů/manželek) pobývající na území ČR na základě povolení k dlouhodobému pobytu za účelem sloučení rodiny po uplynutí jednoho roku legálního pobytu.

Vzhledem k tomu, že se situace nezměnila, Výbor vypracoval ve věci další podnět.

**II.**

**Právní úprava**

Podmínkou pobytu na území České republiky nad 90 dnů je uzavřené zdravotní pojištění.[[1]](#footnote-1) Smyslem této právní úpravy je zajistit potřebnou zdravotní péči pro všechny, kteří na území ČR mohou tuto péči potřebovat, jednak zajištění úhrady všech nákladů, které v této souvislosti vzniknou lékařům a zdravotnickým zařízením. V případě pobytu na území ČR bez zdravotního pojištění porušuje cizinec právní předpisy ČR a hrozí mu postih. Většina z přibližně půl milionu migrantů dlouhodobě žijících v ČR se účastní veřejného zdravotního pojištění[[2]](#footnote-2). Ostatní cizinci jsou odkázáni na komerční zdravotní pojištění[[3]](#footnote-3).

Mezi nejdůležitější principy českého systému veřejného zdravotního pojištění patří, že účastník veřejného zdravotního pojištění je účasten tohoto pojištění přímo ze zákona, nemůže se z něj tedy odhlásit, je povinen platit pojistné, ale na druhou stranu je oprávněn čerpat v rámci zákona zdravotní péči i v případě, že pojistné nehradí. Na druhou stranu je ale každý účastník též povinen hradit pojistné, přičemž jedinou výjimkou je dlouhodobý pobyt v zahraničí, pokud pojištěnec předem své zdravotní pojišťovně oznámí odjezd a prokáže, že je v zahraničí zdravotně pojištěn. Účastníci pojištění, ať již čeští občané anebo cizinci, mají v tomto systému stejná práva, tedy např. na výběr zdravotní pojišťovny, na výběr lékaře atd.

Cizince, kteří do systému veřejného zdravotního pojištění nespadají a u nichž není dána žádná působnost práva EU ani dvoustranných úmluv, jsou odkázáni na zdravotní pojištění dle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o pojišťovnictví“). Právně se tedy jedná o stejný režim, jaký se uplatňuje při pojišťování majetku či pojištění odpovědnosti za škodu. V oblasti zdravotního pojištění se tak hovoří o zdravotním pojištění smluvním či komerčním anebo též o cestovním zdravotním pojištění. Podstatou tohoto typu pojištění je, že vzniká plně soukromoprávní smlouvou, tedy uzavřením pojistné smlouvy mezi pojišťovnou a cizincem, že ani jedna strana nemůže k uzavření této smlouvy nutit stranu druhou a že předmětem této smlouvy je úhrada zdravotní péče nutné v důsledku pojistné události (např. onemocnění), která může – ale nemusí – nastat v budoucnu.

Zdravotní pojištění cizinců při pobytu nad 90 dnímusí krýt náklady na úhradu zdravotní péče a rovněž i náklady spojené s repatriací a s převozem tělesných ostatků. Výše sjednaného limitu pojistného plnění na jednu pojistnou událost musí být nejméně 60 000 EUR, a to bez spoluúčasti pojištěného na výše uvedených nákladech. V současné době poskytuje pojištění 6 komerčních pojišťoven: Pojišťovna VZP, a.s., UNIQA, Slavia, Maxima, ERGO a AXA Assistance.

**III.**

**Problémy současné situace**

Největším problémem současného systému pojištění cizinců legálně pobývajících na území České republiky po dobu delší 90 dní je **vyloučení některých skupin ze systému veřejného zdravotního pojištění.** Nerozlišuje se přitom délka pobytu cizince na území a míra jeho (popř. jeho rodinných příslušníků) příspěvku na krytí nákladů na zdravotní péči.Stejně se tak přistupuje k cizinci, který na území pobývá první rok na základě víza k pobytu nad 90 dnů za účelem sloučení rodiny a stejně k osobě, která za týmž účelem pobývá na území na základě povolení k dlouhodobému pobytu pátým rokem. Jde zejména o děti a další rodinné příslušníky cizinců, pobývajících na území na základě povolení k dlouhodobému pobytu za účelem zaměstnání, popř. výkonu samostatné výdělečné činnosti (nicméně i posledně uvedená kategorie je ze systému veřejného zdravotního pojištění vyloučena).

Tito cizinci tedy musí využívat komerčního zdravotního pojištění, které pokrývá citelně menší rozsah zdravotní péče než veřejné zdravotní pojištění[[4]](#footnote-4), není na něj právní nárok a s mnohými cizinci odmítají komerční zdravotní pojišťovny uzavřít odpovídající zdravotní pojištění (jedná se zejména o nedonošené děti, děti s vrozenou vadou, chronicky nemocné[[5]](#footnote-5), osoby starší 70 let). Velmi svízelná je např. situace migrantky-zaměstnankyně, která otěhotní nebo onemocní, v důsledku čehož jí zaměstnavatel neprodlouží pracovní smlouvu a tím ztratí i veřejné zdravotní pojištění. Komerční pojišťovny ji jako příliš rizikovou odmítnou pojistit (ev. nabídnou pojištění, které je pro ni finančně nedostupné), což ji dostává do neřešitelné situace.

Při stanovování výše pojistného se rovněž zohledňuje riziko(zdravotní stav, věk, pohlaví,anamnéza). Proto např. ženy nebo osoby ve vyšším věku platí vyšší pojistné než např. mladímuži. Pojistné se platí jednorázově a na celou dobu pojištění předem, přičemž u některých pojišťoven se pojistné nevrací, ani zanikne-li pojištění před uplynutím pojistné doby.[[6]](#footnote-6) Pro některou zdravotní péči jsou také součástí všeobecných pojistných podmínek tzv. čekací doby, což znamená, že pojištěnec může takovou péči čerpat (respektive je mu uhrazena) až pouplynutí stanovené doby od uzavření pojištění. Nejčastěji se čekací doby týkají lékařsképéče v souvislosti s těhotenstvím(většinou 3 měsíce) a porodem (8 měsíců).

Velmi problematickou oblastí je administrativní náročnost spojená s vyřizováním pojistné událostia to nejen na straně pojištěnců – migrantů, ale i na straně zdravotnických zařízení.Tato administrativa je výrazně náročnější než v případě veřejného zdravotního pojištění.Pojištěnci i lékaři nebo zdravotnická zařízení jsou nuceni dodat pojišťovně řadu dokumentů.Přesto se úhrada péče zdravotnickým zařízením, zejména těm, se kterými nemají pojišťovnyuzavřené smlouvy, pohybuje na úrovni úhrad veřejného zdravotního pojištění.[[7]](#footnote-7)

Splatnost pojistného plnění (tj. uhrazení péče ze strany pojišťovny) je sice 15 dnů od ukončení šetření nutného ke zjištění „rozsahu povinnosti pojišťovny uhradit péči“, ale toto šetření může trvat dle všeobecných pojistných podmínek až tři měsíce[[8]](#footnote-8). Většina pojišťoven nabízejících komerční zdravotní pojištění vyžaduje po pojištěncích, aby využívali jen služby smluvních lékařů a zdravotnických zařízení (s výjimkou nutné a neodkladné péče), popřípadě těch, která jim pojišťovna doporučí. Některé pojišťovny mají dokonce ve svých všeobecných pojistných podmínkách uvedeno, že v případě, kdy pojištěnec odmítne ošetření lékařem, kterého mu pojišťovna doporučí, je to důvod pro odmítnutí úhrady nebo dokonce k zániku smlouvy.[[9]](#footnote-9) Toto ustanovení výrazně omezuje právo pacienta na volbu lékaře a může mít negativní dopad na vztah mezi pacientem a lékařem. Síť smluvních zdravotnických zařízení je nedostatečná, čímž se dále omezuje dostupnost zdravotní péče pro dotčené skupiny migrantů. Nejisté postavení pojištěnců komerčního zdravotního pojištění pramení i ze skutečnosti, že pojišťovny mohou smlouvu velmi snadno vypovědět, např. v případě, že pojištěný *odmítne* *repatriaci[[10]](#footnote-10);* nebo „*pojištění zaniká dnem doručení oznámení pojistitele o odmítnutí* *pojistného plnění“[[11]](#footnote-11).*

Nabízené pojistné produkty jsou často pro neadekvátně nízký rozsah pojištění v přímém rozporu s § 5 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o pojistné smlouvě“). Běžnou praxí je značná nerovnováha v rozdělení práv a povinností mezi pojistitele a spotřebitele, a to především v oblasti administrace pojistné události a v oblasti ukončení smluvního vztahu, zejména výpovědi ze strany spotřebitele. Dle § 22 odst. 3 zákona o pojistné smlouvě mohou pojišťovny smlouvu vypovědět do 3 měsíců od vzniku pojistné události. Typicky tak může dojít k situaci, kdy dlouhodobě pobývajícímu a úspěšně integrovanému cizinci, u kterého se náhle objevily zdravotní problémy vyžadující dlouhodobou péči či léčbu, bude pojišťovnou vypovězena smlouva a on se tak vzhledem ke svému zdravotnímu stavu stane nepojistitelnou osobou se všemi negativními důsledky pro něj samotného i pro integrační politiku ČR. Analogický závěr platí i pro ustanovení § 15 odst. 5 zákona o pojistné smlouvě, který umožňuje pojišťovně vypovědět smlouvu po dodatečném zvýšení pojistného rizika (tedy po dodatečném podstatném zhoršení zdravotního stavu pojištěného), kdy se dotyčný cizinec opět stane nepojistitelnou osobou.

V této věci se nabízí otázka, zda lze selektivní výběr kontraktačního partnera ze strany zdravotních pojišťoven označit za diskriminaci, či zda lze po pojišťovnách vyžadovat, aby v soukromém právním vztahu uzavíraly potencionálně ekonomicky nevýhodné smlouvy. Kladná odpověď vychází především ze skutečnosti, že:

1. tento přístup nespadádo žádného z povolených forem rozdílného zacházení v ustanovení § 6 a § 7 zákona č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací (dále jen antidiskriminační zákon), přičemž tento zákon v ustanovení § 1 odst. 1 normuje oblast přístupu ke zdravotní péči do své věcné působnosti;
2. nejedná se o čistě soukromoprávní materii, jelikož spotřebitel, jakožto slabší smluvní strana je k uzavření smlouvy nucen veřejnoprávním předpisem, kterým je zákon o pobytu cizinců;
3. samotný antidiskriminační zákon pracuje s hodnotovým pojmem „dobré mravy“ (§ 5 odst. 2), přitom se nabízí závěr, že vzhledem k vysoké ziskovosti tohoto druhu podnikání na poli komerčního pojištění cizinců, jakož i ke skutečnosti, že cizinci jsou k uzavření smlouvy nuceni veřejnoprávním předpisem a že nabídka pojistitelů je poměrně omezená (viz výše uvedené pojišťovny), je apriorní odmítání uzavření smluv se staršími či nemocnými lidmi v rozporu s výše uvedeným hodnotovým pojmem dobrých mravů;
4. přípustné formy rozdílného zacházení vždy mají sledovat legitimní, veřejný účel[[12]](#footnote-12);
5. Kancelář Veřejného ochránce práv (dále jen „KVOP“), která je dle § 21b zákona č. 349/1999 Sb., o Veřejném ochránci práv pověřena přispívat k prosazování práva na rovné zacházení, označuje plošný institut nepojistitelných osob v pojistných podmínkách za přímo diskriminační[[13]](#footnote-13);
6. ustanovení § 13 odst. 3 zákona o pojistné smlouvě zapovídá dodatečné změny pojistných podmínek na základě kritérií věku a zdravotního stavu pojištěnce, nabízí se analogická aplikace vedoucí k závěru o **přímé diskriminaci**.

**IV.**

**Návrh řešení**

Na základě výše uvedeného a na základě skutečnosti, že cizinci (a to včetně cizinců nacházejících se dnes mimo systém veřejného zdravotního pojištění) jsou z důvodu své demografické struktury jednoznačně ziskovou skupinou pojištěnců, dospěla Rada vlády pro lidská práva k závěru, že je třeba v co nejkratším časovém horizontu začlenit do systému veřejného zdravotního pojištění následující skupiny cizinců, kteří jsou držiteli povolení k pobytu na dobu delší 90 dnů:

* osoby, které jsou na území ČR samostatně výdělečně činné, a to nejpozději po uplynutí 3 měsíců od počátku výkonu samostatné výdělečné činnosti
* rodinné příslušníky občanů ČR, cizinců s trvalým pobytem i cizinců, kteří jsou v ČR zaměstnanci nebo osobami samostatně výdělečně činnými, a to nejpozději po uplynutí 6 měsíců od získání povolení k pobytu (přičemž za rodinné příslušníky je třeba považovat i všechny ty osoby, kterým je z důvodu rodinného soužití povolen pobyt v ČR) a
* studenty, a to nejpozději po uplynutí 1 roku od získání povolení k pobytu.

Dále je třeba řešit situaci cizinců, kteří přestanou vykonávat výdělečnou činnost z důvodu nemoci nebo těhotenství/mateřství, avšak nadále mají povolení k pobytu a mají nárok na dávky nemocenského pojištění nebo na rodičovský příspěvek.

1. Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o pobytu cizinců“). [↑](#footnote-ref-1)
2. Jedná se o cizince s trvalým pobytem na území České republiky (dále jen „ČR“) a dále pak cizince, kteří na území ČR nemají trvalý pobyt, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele se sídlem na území ČR. Vedle těchto dvou skupin řadí zákon o pobytu cizinců a zákon č. 325/1999 Sb., o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů, (zákon o azylu), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o azylu“), do systému veřejného zdravotního pojištění ještě úzce vymezené skupiny cizinců (cizinci s uděleným azylem, žadatele o azyl, cizinci s povolením k dlouhodobému pobytu za účelem vědeckého výzkumu či cizinci s povolením k dlouhodobému pobytu za účelem ochrany, cizinci pobývající v ČR z titulu tzv. dočasné ochrany). [↑](#footnote-ref-2)
3. S výjimkou případů, „*jsou-li náklady spojené s poskytnutím zdravotních služeb hrazeny na základě mezinárodní smlouvy nebo pokud cizinec prokáže, že jsou tyto služby hrazeny jiným způsobem, a to na základě písemného závazku právnické osoby, je-li pobyt cizince na území přínosný pro rozvoj duchovních hodnot, ochranu lidských práv anebo jiných humanitárních hodnot, ochranu přírodního prostředí, kulturních památek a tradic, rozvoj vědy, vzdělání, tělovýchovy a sportu, na základě písemného závazku státního orgánu nebo na základě závazku obsaženého v policií ověřeném pozvání*“ (§ 180j odst. 4 zákona o pobytu cizinců). [↑](#footnote-ref-3)
4. V některých případech se jedná i o takové nemoci, u nichž je dle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v pozdějším znění, nařízeno povinné léčení, např. léčba pohlavních nemocí, hepatitidy, atd. Viz čl. 9 odst. 3 písm. o) Všeobecných pojistných podmínek AXA Assistance; čl. 9 odst. 2 písm. m) Všeobecných pojistných podmínek Slavia; čl. 5 odst. 1 písm. a) Všeobecných pojistných podmínek Pojišťovny VZP. [↑](#footnote-ref-4)
5. Např. osoby s těžkými nervovými poruchami (stádia roztroušené sklerózy, Morbus Parkinson, epilepsie, atd.), osoby s duševními nemocemi (např. Downův syndrom, maniodepresivní psychózy, schizofrenie, atd.), osoby s následujícími onemocněními a omezeními: hluchota (oboustranná), slepota (oboustranná), ochrnutí, drogové či alkoholové závislosti, TBC, rakovina, zhoubné nádory (karcinom), cirhóza jater, infekce HIV, AIDS, dialýza ledvin, atd. Viz čl. 7Všeobecných pojistných podmínek ERGO čl. 7, čl. 3 Všeobecných pojistných podmínek UNIQA. [↑](#footnote-ref-5)
6. Čl. 12 odst. 2 Všeobecných pojistných podmínek Pojišťovny VZP. [↑](#footnote-ref-6)
7. Pro ukázku např. AXA Assistance požaduje v případě, že zdravotnické zařízení chtělo pocizinci platbu v hotovosti „*kompletní lékařskou dokumentaci, originály účtů a dokladů o**zaplacení lékařského ošetření, léků předepsaných lékařem (včetně kopie lékařského receptu**vystaveného na jméno pojištěného) a transportů, policejní zprávu (v případě, že událost byla**šetřena policií), včetně dalších podkladů, které si pojišťovna vyžádá*“ (Všeobecné pojistné podmínky AXA Assistance) nebo UNIQApožaduje *„originál lékařské zprávy či jiného dokladu s popisem zdravotního stavu**pojištěného včetně kódů diagnóz, úplný výčet uskutečněných zdravotnických výkonů**s popisem, kódy, bodovým hodnocením popř. s cenou a datem provedení, s názvy a množstvím předepsaných léčivých přípravků včetně cen, seznam použitého zdravotnického materiálu a služeb včetně cen, originály dokladů (faktura a stvrzenka) o úhradě nákladů s uvedením částky a předmětu úhrady, kopie lékařem vystavených předpisů léků při ambulantním ošetření* (Všeobecné pojistné podmínky UNIQA)*.* [↑](#footnote-ref-7)
8. Čl. 3 odst. 3 Všeobecných pojistných podmínek Axa Assistance; čl. 6 odst. 6.2 Všeobecných pojistných podmínek. [↑](#footnote-ref-8)
9. Čl. 5 odst. 2 Všeobecných pojistných podmínek ERGO; čl. 9 odst. 4 písm. b) Všeobecných pojistných podmínek Slavia; čl. 5 odst. 2 písm. c) Všeobecných pojistných podmínek Pojišťovny VZP; čl. 9 odst. 1 písm. c) Všeobecných pojistných podmínek AXA Assistance. [↑](#footnote-ref-9)
10. Čl. 11 odst. 3 písm. d) Všeobecných pojistných podmínek pojišťovny Slavie. [↑](#footnote-ref-10)
11. Čl. 13 odst. 5 Všeobecných pojistných podmínek Pojišťovny VZP. [↑](#footnote-ref-11)
12. Nabízí se otázka, zda lze po soukromých subjektech (pojišťovnách) chtít, aby sledovaly svým jednáním i jiný účel než dosažení ekonomického zisku. Dle akademických komentářů by přitom pojišťovny měly sledovat širší cíl, reflektující i sociální rovnováhu (viz HAVEL, Bohumil: *Obchodní korporace ve světle proměn*. Praha, Absolutorium, 2010, s. 106). Tento závěr se dá zcela jistě použít na Pojišťovnu VZP, a.s., která je dceřinou společností VZP ČR, což je veřejnoprávní korporace zřízená k ochraně veřejného a nikoli soukromého zájmu. [↑](#footnote-ref-12)
13. Kancelář Veřejného ochránce práv. *Souhrnná zpráva o činnosti Veřejného ochránce práv 2010,* s. 115. [↑](#footnote-ref-13)