

Resilience českého zdravotnického systému v reakci na příchod válečných uprchlíků z Ukrajiny*

KAROLÍNA DOBIÁŠOVÁ[®], OLGA ANGELOVSKÁ^{®**},
JOLANA KOPSA TĚŠINOVÁ[®], ELENA TULUPOVA[®]
Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva,
1. lékařská fakulta UK, Praha

The Czech Healthcare System's Resilience in Response to the Arrival of Ukrainian War Refugees

Abstract: The arrival of war refugees from Ukraine has tested the functionality of a number of Czech public and social policy systems. In this article, we focus on the healthcare system and its response to the new situation. We use the concept of health system resilience, which is the ability of a health system to maintain or improve access to health services while ensuring its long-term sustainability. We focus specifically on the absorptive capacity dimension. This refers to the ability of a healthcare system to continue to function well and provide the same level of basic health services (i.e. quantity, quality, and equity of access) and population protection even in a crisis – which in our case was the arrival of more than half a million Ukrainian war refugees – while using the same level of resources and capacity. We examine absorptive capacity using a qualitative approach. We conducted three focus groups with 20 intercultural mediators and social workers with experience accompanying Ukrainian refugee patients in the Czech healthcare system. We analysed the data using thematic analysis. Within the scope of the research we identified the key capacities and deficits of the individual dimensions of health system resilience (knowledge, uncertainty, legitimacy, interdependence) that affected the absorptive capacity of the Czech healthcare system during the refugee crisis and would have the similar effect in any other crisis.

Keywords: health system resilience, Ukrainian war refugees, Czech Republic, resilience, absorptive capacity

Sociologický časopis / Czech Sociological Review, 2025, Vol. 61, No. 1: 13–41

Zveřejněno online: 24. července 2024, <https://doi.org/10.13060/csr.2024.026>

* Tato práce vznikla v rámci projektu NPO „Národní institut pro výzkum socioekonomických dopadů nemocí a systémových rizik“, č. LX22NPO5101, financovaného Evropskou unií – Next Generation EU (MŠMT, NPO: EXCELES).

** Veškerou korespondenci posílejte na adresu: Mgr. Ing. Olga Angelovská, Ph.D., Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, 1. lékařská fakulta UK, Karlovo náměstí 40, 128 00 Praha 2, e-mail: olga.angelovska@fsv.cuni.cz.

Úvod

Od 24. února 2022, kdy Rusko zahájilo vojenskou agresi vůči Ukrajině, se v České republice (ČR) zaregistrovalo k dočasné ochraně téměř 500 000 uprchlíků z Ukrajiny (United Nations High Commissioner for Refugees, 2023). Dle odhadů Ministerstva vnitra se část uprchlíků vrátila na Ukrajinu, nicméně k únoru 2023 Všeobecná zdravotní pojišťovna zaregistrovala 367 tisíc uprchlíků z Ukrajiny, z toho 120 tisíc dětí do 18 let (Všeobecná zdravotní pojišťovna, 2023). Český zdravotnický systém tak musel čelit nárůstu pacientů uprchlíků se specifickými zdravotními potřebami, které mohly být ovlivněny podmínkami jejich života a odlišným systémem zdravotní péče v domovské zemi, okolnostmi a samotným průběhem exodu, ale i nejistými podmínkami života v hostitelské zemi (Gushulak et al., 2009).

Experti upozorňují na to, že tato vulnerabilní populace má nejen okamžité potřeby v oblasti zdravotní péče, ale je nutné se připravit i na jejich zdravotní potřeby v dlouhodobém horizontu (Murphy et al., 2022). Zdravotníci při ošetřování uprchlíků jsou vystaveni řadě problémů, jako jsou např. komunikační a jazyková bariéra, kulturní rozdíly, zdravotní a sociální podmínky uprchlíků ovlivňující zdravotní stav a léčbu, nárůst pracovní zátěže zdravotníků (Jelínková et al., 2023a; Robertshaw et al., 2017).

Celosvětový nárůst počtu uprchlíků generuje nové výzvy pro evropské zdravotnické systémy, proto Světové zdravotnické shromáždění o zdraví migrantů z roku 2008 (World Health Organisation, 2008) zdůraznilo nezbytnost budovat kapacity zdravotnických systémů tak, aby zaručily migrantům přístup k základním zdravotním službám zejména budováním a rozvojem tzv. modelu vstřícné zdravotní péče o migranty, nazývaného též jako „kulturně citlivý“, „k migrantům přátelský“ či „kulturně odpovídající“. Za vstřícnou zdravotní péči považujeme takovou péči, která reaguje na jazykové, kulturní, sociální a náboženské odlišnosti a rozdíly ve zdravotním stavu migrantů (Claeys et al., 2020; Verrept, 2019). Zároveň je v souvislosti s problematikou migrace a zdraví/zdravotní péče často řešena otázka, jak na jedné straně zajistit zdravotní péči pro migranty se specifickými potřebami a vnímáním zdravotní péče a na druhé zachovat všechny původní funkce zdravotnických systémů (Blanchet et al., 2020). Tato dynamická adaptační schopnost bývá označována jako resilience zdravotnictví (Folke et al., 2002). V současné době je k dispozici jen málo informací o tom, jak by měly být zdravotnické systémy transformovány tak, aby byly udržitelné a zároveň zajistily využívání základních zdravotních služeb ze strany migrantů v praxi (Blanchet et al., 2020). Aby mohla být vytvářena a implementována opatření na zvyšování resilience zdravotnických systémů, je nejprve nutné přinést empirické důkazy o tom, jak zdravotnické systémy reagovaly na externí šoky typu migračních vln (Hanefeld et al., 2018). Navzdory velkému politickému a společenskému významu je výzkum dopadů migrace na reakce/adaptace zdravotnických systémů v zemích EU stále v počátcích (Blanchet et al., 2020).

Cílem našeho článku je přispět k pochopení resilience českého zdravotnického systému tím, že přineseme empirickou evidenci, jak český zdravotnický

systém reaguje na příchod enormního počtu válečných uprchlíků z Ukrajiny perspektivou pracovníků poskytujících interkulturní práci v českém zdravotnictví. V naší analýze vycházíme z nového koncepčního rámce resilience zdravotního systému (Blanchet et al., 2017; Blanchet et al., 2020). Za resilienci zdravotního systému považujeme jeho schopnost absorbovat nenadálý šok (nejen typu migrační vlny v důsledku politických konfliktů, ale i např. pandemie či živelné katastrofy), včetně schopnosti systému se adaptovat a transformovat na tento šok, při zachování stejné kontroly nad dosavadní strukturou a funkcemi systému (Blanchet, 2015; Blanchet et al., 2020; Hanefeld et al., 2018; Kruk et al., 2015).

Ukrajínští váleční uprchlíci a český zdravotnický systém

Záhy po vypuknutí válečného konfliktu na Ukrajině v důsledku ruské agrese byl ukrajinským válečným uprchlíkům umožněn vstup do veřejného zdravotního pojištění, což je opravňovalo čerpat péči krytou z veřejných zdrojů (Jelínková et al., 2023a). Ve vztahu k válečným uprchlíkům z Ukrajiny tak byl zvolen odlišný přístup než vůči ekonomickým migrantům ze třetích zemí. Ti, pokud nejsou zaměstnání u českého zaměstnavatele (např. podnikatelé, studenti)¹, nemají v ČR přístup do systému veřejného zdravotního pojištění a jsou odkázáni na komerční zdravotní pojištění, které dlouhodobě vykazuje řadu problémů (více viz Dlouhý et al., 2022; Dobiášová, 2016; Dzürová et al., 2014; Hnilicová a Dobiášová, 2011; Jelínková a Valenta 2022; Leontiyeva et al., 2018; Pařízková et al., 2018; Pěničková, 2014; Záleská et al., 2014). Zdravotní péči o válečné uprchlíky z Ukrajiny upravují právní normy nazývané jako Lex Ukrajina. Jde o zákony č. 65 až 67/2022 Sb. a nařízení vlády č. 206/2022 Sb. vyhlášené ke dni 21. 3. 2022. Tyto zákony jsou průběžně novelizovány (Lex Ukrajina I až V). Lex Ukrajina I garantoval všem uprchlíkům z Ukrajiny ode dne vstupu na území ČR nárok na veškeré služby hrazené ze systému veřejného zdravotního pojištění s tím, že zákon byl retroaktivní. Tento nárok byl později omezen na prvních 150 dní po vstupu do systému veřejného zdravotního pojištění. Ukrajínští uprchlíci v režimu dočasné ochrany jsou i po uplynutí této lhůty pojištění v systému veřejného zdravotního pojištění a mají nárok na zdravotní služby hrazené zdravotní pojišťovnou. Pokud však nespádají mezi tzv. státní pojištěnce (především děti, studující do 26 let, senioři a matky pečující o děti), za které hradí pojistné stát, nemají zdanitelné příjmy, ani se nejedná o uchazeče o zaměstnání hlášené na úřadech práce, tak si musí zdravotní pojištění platit sami jako osoby bez zdanitelných příjmů (Dobiášová a Kotherová, 2023; Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky, 2022).

¹ Do konce roku 2023 byly na komerční zdravotní pojištění odkázány i všechny děti ze zemí mimo EU s dlouhodobým pobytem, což bylo kritizováno řadou národních i mezinárodních organizací. Od 1. 1. 2024 se na základě novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, stává účastníkem veřejného zdravotního pojištění každé dítě mladší 18 let, které má platné povolení k dlouhodobému pobytu.

S ohledem na zvýšený počet pacientů z řad válečných uprchlíků byly Ministerstvem zdravotnictví zřízeny ve všech fakultních nemocnicích tzv. UA Pointy. Jde o nízkoprahové ambulance pro válečné uprchlíky z Ukrajiny, které jim mají zajistit dostupnost péče. K 1. 1. 2024 fungovalo 23 UA Pointů v osmi ze 14 krajů ČR. UA Point nebyl v Jihočeském, Karlovarském, Libereckém, Pardubickém, Zlínském kraji a Kraji Vysočina (Dobiášová a Kotherová, 2023; Ministerstvo zdravotnictví [MZ], 2022). V březnu 2024 Ministerstvo zdravotnictví vyhodnotilo, že aktuální situace již nevyžaduje další udržování UA Pointů a nyní dochází k jejich postupnému rušení, resp. transformaci do běžného provozu zdravotnických zařízení (MZ, 2024).

Konceptuální rámec dimenzí resilience zdravotnického systému

Resilience zdravotnických systémů v novém miléniu se nejprve řešila v souvislosti s veřejným zdravím na globální úrovni v době katastrof. Zjevné to bylo především v dokumentech mezinárodních organizací, zejména Spojených národů. Výsledkem 2. světové konference o snižování rizika katastrof v roce 2005 bylo přijetí dokumentu „Akční rámec z Hyogo pro období 2005–2015: Budování resilience národů a společenství vůči katastrofám“, který mimo jiné velmi okrajově zmiňoval i resilienci ve vztahu ke zdravotnickým systémům (United Nations Office for Disaster Risk Reduction [UNISDR], 2005, s. 11). Větší pozornost resilienci zdravotnických systémů věnoval navazující dokument Rámce ze Sendai pro snižování rizika pro období 2015–30 (UNISDR, 2015), který zdůrazňoval zdraví v souvislosti s připraveností zdravotnického systému na katastrofy.

V reakci na hospodářskou krizi v roce 2007 se resilience zdravotnických systémů zkoumala perspektivou ekonomických přístupů. Například autoři Thomas et al. (2013) definovali tři podoby resilience – finanční, adaptační a transformační. Jako klíčový koncept ve vztahu ke globálním zdravotnickým systémům pak získal velkou pozornost v letech 2014 a 2015 v důsledku vypuknutí eboly v západní Africe (Kieny et al., 2014; Kruk et al., 2015; Martineau, 2016). Obdobně se téma ukázalo jako stěžejní v období pandemie covidu-19 (Bozorgmehr et al., 2022; Forsgren et al., 2022; Sagan et al., 2023). OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2023) vydalo zprávu, která poukazovala na nepřipravenost zdravotnických systémů, kdy v případě pandemie covidu-19 ani nejrozvinutější státy neprokázaly dostatečnou resilienci. Doporučila zvýšit resilienci zdravotnických systémů do budoucna a identifikovala tři hlavní zranitelné oblasti během pandemie – nepřipravenost zdravotnických systémů, nedostatek personálu a podfinancování. Autoři (Blanchet et al., 2017; Kieny et al., 2014; Kruk et al., 2015) předpokládají, že zvýšení resilience zdravotnických systémů povede k jejich lepšímu odolávání vůči budoucím krizím a neočekávaným událostem, protože jejich lepší připravenost umožní účinně zareagovat na nové podmínky a zároveň poskytovat základní zdravotnické služby v původní míře nebo jen s minimálním omezením.

Alameddine (2019, s. 23) rozlišoval mezi konstantním stresem a tlakem, který je vytvářen na zdravotnický systém (např. stárnutí obyvatelstva, opakující se reformy zdravotnického systému) a šokem (např. pandemie nebo příliv migrantů v důsledku ozbrojeného konfliktu). Výzkum se pak zaměřil na „každodenní“ resilienci nebo na resilienci systému, který je vystaven akutnímu šoku, což je i předmět našeho výzkumu.

Téma ukrajinských válečných uprchlíků je relativně nové. Ve vztahu k resilienci systému se mu věnovala např. Podgórska et al. (2023), kdy se zaměřila na identifikaci faktorů sociální resilience. Ve své práci navázala na koncept autorky Obrist et al. (2010), která zkoumala resilienci systémů z hlediska sociální struktury. Koncept vycházel ze schopnosti aktérů získat přístup k různým typům kapitálů. Podle typu rozlišuje reaktivní schopnost, která umožňuje přizpůsobit se šoku nebo se z něj zotavit, a dále proaktivní schopnost, kdy aktér vyhledává nebo vytváří další možnosti. Pozitivním výsledkem celého procesu je zvýšení kompetencí při zvládání rizik. Tento koncept se uplatňuje v několika úrovních od individuální roviny domácností až po rovinu národních či mezinárodních systémů. V každé rovině i napříč nimi jsou aktéři součástí sociálního pole, které je definováno s ohledem na identifikovanou hrozbu (Obrist et al., 2010, s. 289).

Na potenciální riziko mohou aktéři pohlížet třemi různými způsoby a podle toho přistupovat k jeho zpracování. Jejich reakce má pak reaktivní či proaktivní charakter. Pokud je vnímáno zcela negativně, aktéři se snaží riziko odstranit a vrátit ohrožený systém k rovnováze, která je z jejich pohledu identická se situací před krizí. V riziku ale aktéři mohou vidět i potenciál ke změně systému. Pokud má podle nich riziko potenciál vývoje, reagují inkrementálními adaptačními změnami. Důležitý je inovativní přístup k řešení v době, kdy systém vyžaduje okamžité zavedení konkrétních veřejných služeb a opatření. K významným sociálním změnám dochází v případě vysoké resilience systému. Pokud je systém schopen se učit, riziko se stává impulsem pro jeho významnou změnu (Podgórska et al., 2023, s. 5). Obdobně krizi vnímá i Burke et al. (2021) jako okno příležitostí pro reformu stávajícího systému.

Na podobném principu definovali dva rámce resilience zdravotnických systémů i Alameddine et al. (2019, s. 23). První pojetí odpovídalo schopnosti systému čelit krizové situaci a vrátit se k obvyklému fungování před krizí. Autoři tento rámec kritizovali, protože ignoroval skutečnost, že v důsledku krize bývá definice „normálu“ často přeformulována a systém už nemusí být schopný či ochotný se k předkrizovému stavu vracet, ale vrací se k jinému stabilnímu stavu, který je nově rámován jako „normální“. Alameddine et al. (2019) proto identifikovali i druhý rámec resilience, kdy ji vnímali jako komplexní systémovou schopnost reagovat na běžné i mimořádné krize. Vycházeli z toho, že pro resilienci systému je klíčová vzájemná propojenost ochranných a podpůrných faktorů zdravotnického systému, který je pojímán komplexně a zahrnuje prvky systému, zdroje, procesy i samotnou strukturu systému.

V našem článku vycházíme především z konceptuálního rámce dimenzí resilience (Schéma 1), který Blanchet et al. (2017, s. 432) upravili dle environmentál-

ního konceptu Lebel et al. (2006) tak, aby odpovídal oblasti zdravotnictví. Blanchet et al. (2017) integroval různé přístupy k resilienci do jednoho konceptu, který charakterizuje resilienci zdravotnických systémů prostřednictvím čtyř hlavních dimenzí – znalosti, nejistoty, vzájemné závislosti a legitimacy. Všechny tyto dimenze jsou navzájem propojeny a tvoří celistvý komplexní systém.

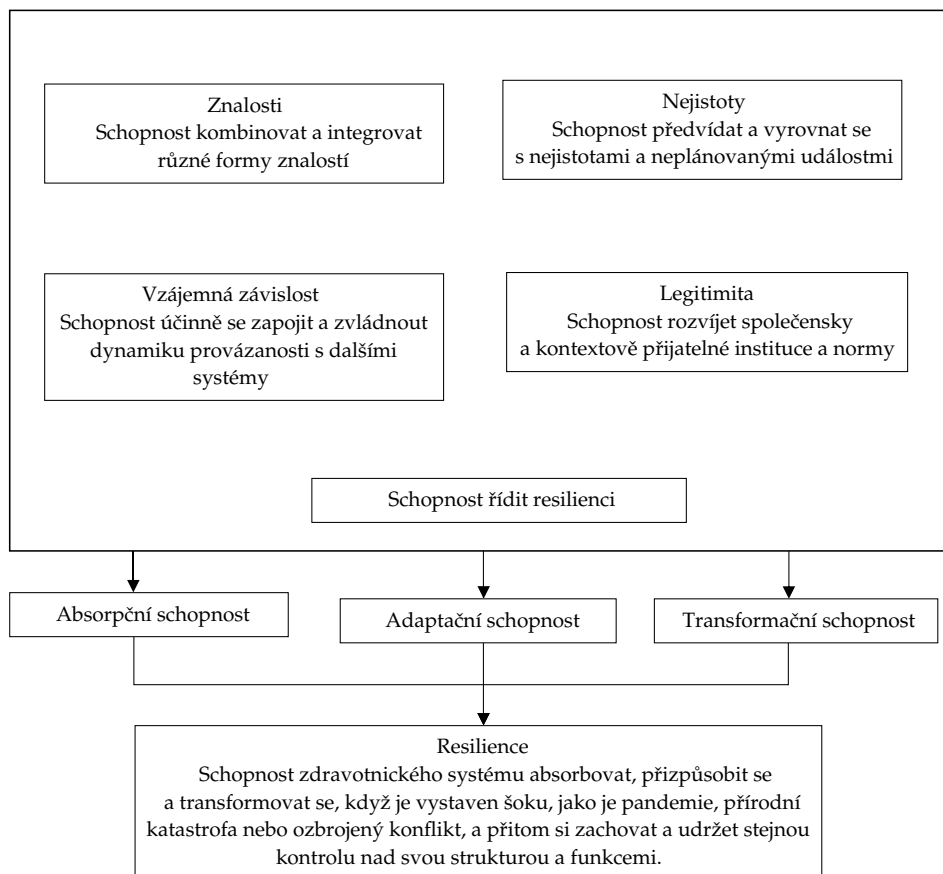
Dimenze *znalostí* odráží nutnost shromažďovat různé typy dat, informací a znalostí, které je dále potřeba analyzovat a navzájem kombinovat. Z hlediska našeho tématu válečných uprchlíků je důležité znát nejen jejich počty, demografické ukazatele, zdravotní stav a zdravotní priority, ale mít také informace o dostupných finančních i lidských zdrojích zdravotnického systému, evidovat deficity systému, mapovat příležitosti využití lidského kapitálu mezi uprchlíky a migranty apod. Důležité je monitorovat i potenciální rizika, ať už pro společnost, nebo jednotlivce, která z nové situace vyplývají v oblasti zdraví nebo například dostupnosti péče a udržitelnosti systému.

Schopnosti systému reagovat na neočekávané změny odpovídá dimenze *nejistoty*. Adaptabilita systému vychází ze schopnosti aktérů uvědomovat si případná rizika, předvídat je a adekvátně na ně reagovat. V našem případě je důležité například předvídat dopad migrační vlny na výskyt a skladbu nemocí a mít k dispozici funkční systém dozoru nad nemocemi a systém včasného informování zainteresovaných aktérů. Zároveň je adaptabilita spojena i s funkcí řízení a schopností přijímat příslušná opatření, a to na úrovni jednotlivců, skupin a sítí, které tyto systémy řídí.

Provázanost zdravotnického systému s ostatními systémy zachycuje dimenze *vzájemné závislosti*. Na zdravotnické systémy působí řada nezdravotnických systémů včetně politického, ekonomického, sociálního či právního. Tyto vlivy jsou o to viditelnější, o co je resilience zdravotnického systému slabší. V našem případě může ovlivňovat poskytování zdravotní péče migrantům nastavení vzdělávacího systému a z něho plynoucí nedostatek lidských zdrojů ve zdravotnictví nebo legislativní nastavení migrační politiky ve vztahu k uprchlíkům, které se promítá do dostupnosti veřejného zdravotního pojištění, což významně ovlivňuje čerpání zdravotní péče. Důležitá je provázanost se systémem sociálního zabezpečení, kdy postavení zejména vulnerabilních skupin, jako jsou matky pečující o malé děti, osoby se zdravotním znevýhodněním apod., v systému sociálního zabezpečení může rovněž ovlivnit přístup těchto osob k veřejnému zdravotnímu pojištění. Významnou roli hraje spolupráce a koordinace mezi jednotlivými systémy a míra, do jaké je zdravotnický systém schopný tuto vzájemnou závislost ovlivňovat.

Poslední dimenzí je dimenze *legitimity*, která je spojena se schopností rozvíjet kontextově přizpůsobené instituce a normy, které jsou přijímány společností. Důležitou složkou legitimacy je inkluzivní přístup. Do tvorby zdravotní politiky a řízení zdravotnických služeb je potřeba zapojit uživatele zdravotnického systému. Těmi mohou být jak samotní pacienti, tak i širší veřejnost na všech úrovních. Dochází tak ke zvyšování transparentnosti principů, na kterých je systém postaven.

Schéma 1. Konceptuální rámec dimenzí resilience (dle Blanchet et al. 2017)



Zdravotnické systémy mohou vykazovat tři úrovně resilience. *Absorpční schopnost* umožňuje pokračovat zdravotnickému systému v plnění jeho funkce. V důsledku nečekaných změn tak nedochází ke snížení kvantity či kvality poskytovaných služeb a nastavená spravedlnost systému zůstává zachována. V našem případě by slabá absorpční kapacita vedla např. k omezení poskytování zdravotnických služeb z důvodu nedostatku personálu. *Adaptační schopnost* odráží schopnost zainteresovaných aktérů poskytovat stejnou úroveň služeb díky změnám na úrovni vstupů. Předkrizovou úroveň služeb jsou schopni poskytovat s méně zdroji nebo díky organizačním změnám, které umožňují jejich jinou strukturu. Schopnost a ochota aktérů k systémové změně, kdy dochází ke změně funkcí a struktury zdravotnického systému, tvoří *transformační schopnost* (Blanchet et al., 2020).

V českém kontextu se tématem resilience ve vztahu ke zdravotnickému systému věnuje např. výzkumná studie Burau et al. (2024), která se zaměřuje na komparaci resilience zdravotnických systémů v době pandemie covidu-19 s ohledem na lidské zdroje v šesti evropských zemích včetně ČR.

Metodologie

Z hlediska výzkumného designu jde o případovou studii (Creswell, 2008; Yin, 2003), kdy jsme se zaměřily na výzkum resilience českého zdravotnického systému v návaznosti na uprchlickou vlnu z Ukrajiny v období březen 2022 až červen 2023 pohledem pracovníků poskytujících interkulturní práci (včetně sociálních pracovníků), kteří doprovázejí ukrajinské uprchlíky v rámci českého zdravotnictví. Interkulturní pracovník je dvojjazyčný komunitní pracovník, obvykle s migračním původem, pracující většinou pro nevládní organizace a některé obecní úřady (Dohnalová, 2020). Součástí jeho pracovní náplně je poskytování individuální asistence při jednání s veřejnými institucemi (včetně zdravotních služeb), včetně tlumočení, mediace a prevence konfliktu a informování migrantů a majoritní společnosti s cílem napomáhat integraci migrantů a uprchlíků (Palaščáková, 2014).

Důvodem pro zvolení interkulturních pracovníků jako cílové skupiny našeho výzkumu je jejich unikátní postavení při poskytování zdravotních služeb, kdy na jedné straně jsou nedílnou součástí procesu poskytování zdravotní péče a na druhé straně mají zobecněnou zkušenost pacientů uprchlíků. S ohledem na to, že interkulturní pracovníci doprovází i v jiných systémech veřejných služeb, jsou schopni reflektovat komplexní škálu sociálních a zdravotních potřeb svých klientů.

S ohledem na dosud neprobádané téma byl v rámci našeho empirického šetření aplikován kvalitativní výzkumný přístup (Flick, 2009). Ke sběru dat byla využita metoda ohniskových skupin (focus groups, dále FG), kdy byly provedeny celkem tři skupinové rozhovory (Flick, 2009; Kitzinger, 2006) s interkulturními pracovníky. Tato metoda nám umožnila využít samovolně vznikajících skupinových interakcí v průběhu diskuse na předem určená témata zaměřená na capacity a deficit resilience zdravotnického systému v reakci na příchod válečných uprchlíků z Ukrajiny (Flick, 2009). První a třetí FG proběhly online, což nám umožnilo získat širší geografické pokrytí a větší rozmanitost informantů (Rupert et al., 2017; Wilkerson et al., 2014). Do druhé FG, která proběhla prezenčně, se zapojili interkulturní pracovníci z hlavního města Prahy. Rekrutace účastníků FG probíhala přes Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty a další organizace zaměřené na cílovou skupinu migrantů, které distribuovaly žádost o účast interkulturních pracovníků (dále IP) v našem výzkumu. Součástí žádosti byl odkaz na webový dotazník pro IP. Členové týmu na základě vyplněných dotazníků vybrali ty interkulturní pracovníky, kteří splňovali stanovená kritéria, a pozvali je na FG. Hlavním kritériem pro výběr informantů do první a druhé FG byla zkušenost IP s doprovázením ukrajinských válečných uprchlíků ve zdravotnickém systému a zaměstnání na pozici IP minimálně jeden rok. Třetí FG byla

Tabulka 1. Charakteristika výběrového vzorku interkulturních pracovníků – účastníků fokusních skupin

Označení účastníka FG*	Kraj/místo působení	Věková skupina**	Pohlaví	Jazyky, ve kterých poskytují interkulturní práce***
FG1 (online)				
IKP1-1	Praha	25–34	Žena	RU
IKP1-2	Pardubický	25–34	Žena	UA
IKP1-3	Praha	35–44	Žena	UA, RU
IKP1-4	Praha	35–44	Žena	RU
IKP1-5	Praha	25–34	Žena	UA, RU
IKP1-6	Olomoucký	35–44	Muž	RU
IKP1-7	Olomoucký	45–54	Žena	RU
FG2 (prezenčně)				
IKP2-1	Praha	35–44	Žena	UA, RU
IKP2-2	Praha	25–34	Žena	RU
IKP2-3	Praha	25–34	Žena	RU
IKP2-4	Praha	35–44	Žena	RU
IKP2-5	Praha	35–44	Žena	UA, RU
FG3 (online)				
IKP3-1	Praha	35–44	Žena	RU
IKP3-2	Pardubický	25–34	Žena	UA, RU
IKP3-3	Praha	35–44	Žena	RU
IKP3-4	Praha	35–44	Žena	RU
IKP3-5	Praha	35–44	Žena	RU
IKP3-6	Praha	35–44	Žena	UA, RU
IKP3-7	Středočeský	35–44	Žena	UA, RU
IKP3-8	Praha	35–44	Žena	RU

Poznámka: *FG – fokusní skupina (focus group); **věkové skupiny: 18–24; 25–34; 35–44; 45–54; 55–64; 65–74; 75+; ***jazyky, ve kterých informanti poskytují interkulturní služby uprchlíkům z Ukrajiny: UA – ukrajinština, RU – ruština.

zaměřena úžeji – na zkušenosti s doprovázením chronicky nemocných pacientů z řad válečných ukrajinských uprchlíků (opět byl podmínkou výkon povolání IP minimálně jeden rok). První dvě FG proběhly v listopadu 2022, třetí FG v březnu 2023. V každé FG jeden z členů výzkumného týmu s migrační zkušeností skupinovou diskusi moderoval (E. T.) a druhý (K. D.) se účastnil v roli tzv. tichého pozorovatele, tj. do diskuse vstupoval sporadicky a zaznamenával skupinovou dynamiku, celkovou atmosféru diskuse a další charakteristiky účastníků (Flick, 2009). V první FG bylo sedm, v druhé pět a ve třetí osm účastníků (viz Tabulka 1). Většina účastníků FG byly ženy, což kopíruje genderové zastoupení v této profesi. Z ohniskových skupin byl pořízen audiozáznam, který byl následně doslovně přepsán, a přepisy byly anonymizovány. Analýza přepisů proběhla s využitím tematického kódování (Clarke et al., 2015). V úvodní fázi analýzy se všichni členové týmu důkladně seznámili s daty. S ohledem na teoretický rámec jsme zvolili strategii dvoufázového kódování. Nejprve dva výzkumníci (KD a OA) nezávisle na sobě okódovali přepisy FG na základě témat, která vycházela z konceptu dimenzí resilience zdravotnického systému (znalosti, nejistota, vzájemná závislost a legitimita). V rámci společné diskuse došel výzkumný tým ke konečnému kódování větších segmentů textu odpovídajících tématům vycházejícím z teorie. Následně byla v rámci těchto primárních témat metodou otevřeného kódování identifikována subtémata vztahující se ke kapacitám a deficitům resilience zdravotnického systému, která jsou představena v rámci interpretace výsledků. K analýze bylo využito manuální kódování. Data byla interpretována v kontextu dlouhodobé zkušenosti výzkumného týmu s problematikou zdraví a zdravotní péče o migranty, rutinních statistických dat a relevantních výzkumných studií na dané téma. Výzkum probíhal v souladu s etickými principy sociologického výzkumu a byl schválen Etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, č. j. 205/22 S-IV. Všichni informanti byli poučeni o záměru a smyslu výzkumu a o dobrovolnosti účasti ve výzkumu a všichni podepsali informovaný souhlas.

Dimenze resilience českého zdravotnického systému pohledem interkulturních pracovníků

V rámci empirického šetření jsme perspektivou interkulturních pracovníků za využití konceptuálního rámce dimenzí resilience zdravotnických systémů (Blanchet et al., 2017, 2020) identifikovaly v rámci jednotlivých dimenzí (viz výše) kapacity resilience, ale zároveň i deficity resilience českého zdravotnického systému.

Dimenze znalostí

Interkulturní pracovníci opakovaně zmiňovali řadu problémů, které souvisely s nedostatkem informací a informování v souvislosti s vlnou válečných uprchlíků z Ukrajiny. Týkalo se to nedostatečného informování poskytovatelů zdravotních

služeb ze strany veřejných úřadů, zejména v oblasti právního nároku ukrajinských uprchlíků na zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění.

A teď se mi už několikrát stalo, že nechťeli mého pacienta z toho důvodu, že jim to pojišťovna neproplatí... Některá zařízení nebo některý zdravotníci si myslí, že tohle (veřejné zdravotní pojištění pro uprchlíky) je nějaké speciální pojištění pro uprchlíky, což není. To znamená, že ještě nemají zkušenosti a jenom jim je to potřeba říct. Je to tím, že nedostávají ty informace. Na začátku se to fakt měnilo každý druhý den. Uvědomte si, že Česká republika za hrozně krátké období vytvořila speciální zákon a teď ho třikrát novelizovala. (IKP2-2)

Interkulturním pracovníkům dále chyběly souhrnné informace o síti zdravotních služeb, které by byly schopné přijímat do péče uprchlíky, včetně základních informací o službách poskytovaných jednotlivými UA Pointy.

Chtěli jsme podchytit ty UA Pointy, abysme vůbec zmapovali, které služby nabízejí. Z toho vlastně na stránkách ministerstva vnitra se ty informace liší. My, které tady žijeme už léta a jsme seznámené s tím, jak to funguje v českém zdravotnictví, jsme stejně kolikrát nebyly schopné pobrat, kam ty uprchlíky máme odkázat. (IKP2-1)

Ministerstvo zdravotnictví sice začalo po vypuknutí válečného konfliktu poskytovat na svých webových stránkách informace týkající se zdravotní péče pro válečné uprchlíky z Ukrajiny a zřídilo informační telefonickou linku pro uprchlíky z Ukrajiny i české lékaře. O těchto informačních kanálech ale část zdravotníků nevěděla a některé informace nebyly aktualizovány.

Dokonce i linky ministerstva říkají úplně něco jiného... (IKP2-3)

Tu linku na ministerstvu zdravotnictví oni nepoužívají. To jsem viděla víckrát. (IKP2-3)

Zároveň byly iniciovány různé podpůrné informační iniciativy ze strany samotných lékařů a jejich odborných společností, zdravotnických organizací, neziskového sektoru a samosprávy. Všechny tyto informace byly roztržštěné, chyběl jeden důvěryhodný informační kanál.

Kdyby se přeložily alespoň ty anamnestický dotazníky, poučení před operacemi. Vždyť už to někde je, tak si to posbírat a předat si to nemocnice k nemocnici. Anebo to udělat jednotlivě. A kdo by to měl udělat? Podle mě by se na tom mělo podílet ministerstvo zdravotnictví a mělo by na tom mít zájem. (IKP2-1)

Resilienci systému by mohlo zvýšit efektivní informování a šíření znalostí ve směru k ukrajinským uprchlíkům. Interkulturní pracovníci uváděli konkrétní případy, kdy naopak nedostatečné informování činí v praxi řadu problémů.

Také by pomohla informovanost ukrajinských uprchlíků, jak funguje zdravotní systém v ČR. A také informovanost nebo školení českých lékařů a sester o tom, že se ukrajínští pacienti neorientují a nerozumí tomu systému, že když dostanou žádanku, tak nevědí, co s ní dále dělat. (IKP1-5)

Jako významný deficit resilience zdravotnického systému v oblasti znalostí můžeme vnímat i nedostatečné interkulturní vzdělávání zdravotnických pracovníků. K lednu 2024 neexistovalo v ČR standardizované vzdělávání a odborná příprava v oblasti interkulturních kompetencí pro zdravotnické pracovníky (Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, 1. lékařská fakulta UK, 2023).

Občas bohužel nerozumí čeští zdravotníci tomu, že právě tím prožitým stresem z války se zdravotní problémy zhoršily. Třeba byly chronické a nyní je to v horším stavu. (IKP1-5)

Zdravotníci tady v Česku nerozumí tomu zdravotnímu systému, jaký je na Ukrajině. (IKP2-4)

... od lékaře se čeká na Ukrajině něco jiného. To je i důvod, proč třeba volají tu záchranku, protože tam je to takový jakoby mezistupeň praktického lékaře... Není to úplně praktický lékař, ale může předepsat léky, může vám dát injekci, vlastně vás ošetří hned na místě a vy vlastně už nemusíte do nemocnice. Proto oni volají občas záchranku. To se těžko vysvětluje tady doktorům. (IKP2-1)

Blanchet et al. (2017) dále uvádějí, že tvůrci zdravotní politiky musí znát současné dostupné zdroje, existující mezery ve zdrojích nebo slabá místa zdravotnického systému a také současný zdravotní stav obyvatelstva, včetně uprchlíků. Zde je nutno zmínit, že Ministerstvo zdravotnictví má k dispozici poměrně komplexní systém zdravotnických informací shromažďovaných, analyzovaných a prezentovaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (dále ÚZIS). ÚZIS je organizační složkou státu a Ministerstvo zdravotnictví je jeho zřizovatelem (ÚZIS, 2023). Ačkoliv data o zdravotním stavu migrantů včetně uprchlíků ÚZIS pravidelně nesbírá, určitý obrázek o spotřebě zdravotní péče uprchlíků mohou poskytnout data o čerpání zdravotní péče uprchlíky od zdravotních pojišťoven. Ta ale, s ohledem na sníženou dostupnost některých zdravotnických služeb pro tuto vulnerabilní skupinu, nemusí odpovídat skutečné potřebě zdravotní péče této vulnerabilní skupiny. Například dle výzkumného šetření PAQ Research zaměřeného na zkušenosti válečných uprchlíků z Ukrajiny s životem v ČR jich pětina uvedla, že se ke zdravotní péči nedostali, a to i když ji potřebovali (Kavanová et al., 2022).

Dimenze nejistoty

Podmínkou resilience systému je i schopnost aktérů (tvůrců politik) uvědomovat si případná rizika, předvídat je a adekvátně na ně reagovat. S ohledem na data ÚZIS o kapacitě českého zdravotnického systému, jak z hlediska financí, tak

i s ohledem na personální zdroje, byly již před příchodem ukrajinských uprchlíků známy některé deficity českého zdravotnického systému, např. nízká dostupnost praktických lékařů pro dospělé (Maláková et al., 2020), praktických lékařů pro děti a dorost (Šídlo et al., 2019) či dětských psychiatrů (Tušková et al., 2020). V našem výzkumu se potvrdil nedostatek zdravotnických pracovníků v některých oborech a profesích jako deficit absorpční schopnosti českého zdravotnického systému v reakci na vnější šok v podobě uprchlické krize z Ukrajiny, podobně jako v Hanefeld et al. (2018) nebo Burau et al. (2024), kteří identifikovali lidské zdroje ve zdravotnictví jako klíčovou podmínku resilience zdravotnických systémů. Z empirického šetření vyplynulo, že omezená dostupnost některých typů péče, zaznamenaná ještě před vypuknutím uprchlické krize, se naplno projevila právě s příchodem vysokého počtu ukrajinských uprchlíků. Interkulturní pracovníci opakovaně uváděli příklady personálních deficitů v některých odbornostech, které jsou bariérou dostupnosti nejen pro uprchlíky, ale i pro většinovou populaci.

Vnímám jako velký problém, že praktický lékař, u kterého všechno začíná, u nás v regionu nejde sehnat. Nikdo nepřijímá, a kamkoliv půjde nemocný uprchlík, řeknou mu, že musí mít žádanku od praktického lékaře, jinak ho nevezmou. Nebo „běžte k praktickému, ať to řeší“. My už z Berouna posíláme do Prahy do Motola a často jde o staré a nemocné lidi a nemáme pro ně doprovod. Je to přehlcené. (IKP3-7)

Všude říkám, že je strašný problém s dětskou psychiatrií. Ta je prostě nedostupná. (IKP2-2)

... chybí praktičtí lékaři, pediatři, že jsou dlouhé čekací lhůty. Že chybí odborníci jako dětské psychiatrie, dětské neurologové a obecné psychiatrie. Denně se v práci potýkáme s dlouhými čekacími lhůtami, což je velký problém. (IKP1-3)

Ale největší problém, to víte všichni, to bude zubař, tam se nám nedaří nikoho najít... (IKP1-7)

Interkulturními pracovníky bylo pozitivně vnímanou reakcí na krizi ze strany tvůrců politiky zavedení tzv. UA Pointů, které v řadě aspektů dokázaly nahradit zejména nedostatek lékařů v primární péči a v některých odbornostech ambulantní specializované péče.

Moc fajn je, že byly založeny UA Pointy ve velkých nemocnicích ... na Bulovce, v Motole, a že ti uprchlíci, kteří nemohli sehnat dětského lékaře, mohou zajít tam a dostat potvrzení pro školu, školku, nechat naočkovat dítě. (IKP1-5)

Naopak jako problematická byla hodnocena skutečnost, že tato zařízení nebyla dostupná ve všech regionech ČR a i jejich kapacita přestávala být dostačující. Zmíněna byla i nejednotná kvalita a rozsah služeb v těchto nízkoprahových zařízeních, zejména s ohledem na zajištění tlumočení.

Například v nemocnici XY [anonymizováno] to nemají nějakým způsobem oddělený, takže toho tlumočníka tam nemají. Není to takový ten UA Point, to je prostě pohotovost, urgentní příjem. Oni jim nařídili ten UA Point, tak ho tam dali, ale není to v zásadě UA Point. (IKP2-3)

Interkulturní pracovníci rovněž upozorňovali na to, že český zdravotnický systém není dostatečně připraven na cizojazyčné pacienty v oblasti tlumočení a interkulturní práce (podobně Jelínková et al., 2023a). Závažným problémem je nedostatek tlumočnicků a interkulturních pracovníků:

Ráda bych ještě doplnila nedostatek tlumočnicků. Já jsem z Poradny XY [anon.] a mám také v péči několik žen s onkologickým onemocněním. Občas se mi stává, že některá z žen musí v konkrétní den k lékaři a já tu dobu mám již v kalendáři obsazenou a musím ji přesměrovat na jinou organizaci... a občas se stává, že i oni, jiní interkulturní asistenti, jsou pracovně vytížení... (IKP3-2)

Rozvoji interkulturní práce ale brání i současná neukotvenost pracovní pozice interkulturního pracovníka v českém zdravotnickém systému (Dohnalová, 2020). V této souvislosti interkulturní pracovníci opakovaně uváděli, že se setkávají s nepochopením své role ze strany zdravotníků:

Občas samozřejmě, když je odborná slovní zásoba, tak si myslí, že tlumočník je odborník na zdravotní slovní zásobu, předpokládají, že já budu vědět a vyznám se v těch odborných termínech, že se vyznáme v nemocech, v symptomech apod. ... což tak samozřejmě není, takže pak je to složitější. Lékaři si myslí, že jsme tlumočníci pro zdravotnictví, ne interkulturní pracovníci... (IKP1-5)

Určitým nevyužitým potenciálem ve zvyšování resilience zdravotnického systému je nedostatečné zapojení ukrajinských zdravotníků do českého zdravotnického systému. Jako bariéra zapojení ukrajinských lékařů byl zmiňován časově a finančně náročný apochační proces získávání lékařské způsobilosti v ČR.

Je na čase vznést dotaz na ministerstvo zdravotnictví, aby zjednodušili uznávání diplomů ukrajinských lékařů. Je jich zde hodně a trvá strašně dlouho, než si udělají zkoušky. Rok, dva a to ti lékaři nechtějí. ... Je tady hodně ukrajinských doktorů, ale podmínky, které jim dávají, jsou pro ně ponižující. Pracovat se sanitářkami, uklížečkami, koupat klienty. Říkají, že si toto už odpracovali na Ukrajině a nyní už by počítali, že si jich budou vážit nebo že budou moci alespoň pracovat jako zdravotní sestry. Stalo se nám, že lékařce nabídli dvanáctihodinové směny, ona měla osmileté dítě a vůbec se nechtěla bavit o tom, že by mohla chodit pouze na ranní směny, aby mohla být s dcerou. Je tady sama, takže ta holčička by byla sama večer nebo v noci... Vůbec se na to nebral ohled. Doktorka oftalmoložka. Takže namísto toho, aby měli doktorku, poslali ji pryč. Nevyužili té situace. (IKP1-7)

Naopak příkladem proaktivního přístupu ke krizi (Obrist et al., 2010) byla mobilizace ukrajinsky a rusky mluvících psychologů a psychoterapeutů (z velké části z řad samotných uprchlíků), kteří se v rámci neziskového sektoru, ale i dalších institucí zapojili do poskytování psychosociální podpory uprchlíků (nejen) v rámci zdravotnictví.

Já chci říci, že moc děkuji, že se podařilo zařídit psychology pro naše onkologické pacienty a jejich rodiny... (IKP3-8)

Určitou výhodou pro absorpci pacientů ukrajinských uprchlíků v rámci zdravotnického systému byla skutečnost, že již před vypuknutím válečného konfliktu na Ukrajině bylo k 31. 12. 2021 registrováno v ČR 196 000 Ukrajinců (Holý, 2023), z nichž více než 80 % na území ČR pracovalo. Časté bylo zaměstnávání ukrajinských migrantů ve zdravotnictví (zejména v nemocnicích) na méně kvalifikovaných pracovních pozicích (úklid, práce v kuchyni, sanitáři apod.) (Dobiášová, 2016). Častým řešením, zejména v nemocnicích, je proto v případě jazykové bariéry využívání tlumočení ze strany těchto zaměstnanců.

Oni si spíš přizvou sanitárku, sestřičku nebo někoho, kdo jakž takž rozumí ukrajinsky, ale to je jakoby z nouze ctnost. (IKP2-1)

Hanefeld et al. (2018) udávají jako další nezbytnou podmínku pro resilienci zdravotnických systémů vůči krizím mechanismy financování (schopnost mobilizace zdrojů na financování reakce). V této souvislosti je nutno zmínit, že česká vláda umožnila ukrajinským uprchlíkům vstup do veřejného zdravotního pojištění za stejných podmínek jako u občanů ČR. To bylo interkulturními pracovníky hodnoceno jako výrazná pomoc při překonávání překážek dostupnosti zdravotní péče pro ukrajinské uprchlíky.

Je tam hodně problémů a z toho vyplývá, ale ta skupina s dočasnou ochranou alešpoň má veřejné zdravotní pojištění a není tam problém s úhradou léčby. (IKP3-7)

Tuto skutečnost potvrzují i jiné výzkumy. Např. v rámci 10 zemí, které se účastnily výzkumu European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), byla uprchlíky v ČR nejlépe hodnocena dostupnost zdravotního pojištění a finanční dostupnost zdravotní péče (FRA, 2023).

Dimenze vzájemné provázanosti

Zdravotnický systém je ovlivňován celou řadou aktérů včetně pacientů, pracovníků v rámci systému, tvůrců politik a dalších. Zájmy a jednání aktérů, jejich politická moc i jejich vzájemné interakce mají dopad na resilienci zdravotnického systému (Saulnier, 2021). Zároveň systém nefunguje izolovaně a působí na něj

přímo či nepřímou celá řada dalších systémů (Blanchet et al., 2017), přičemž vzájemná efektivní provázanost systémů je další důležitou podmínkou pro posílení resilience (Blanchet et al., 2020; Clark-Ginsberg a Chandra, 2023; Sagan, 2023). Akteři zainteresovaní v analýze resilience zdravotnických systémů by měli pracovat s multisystémovým pohledem (Trump a Linkov, 2023).

V rámci ČR je nedostatečná propojenost českého zdravotního a sociálního systému dlouhodobě neřešeným problémem. Důvodem nepropojenosti je oddělený vývoj obou systémů v rámci dvou samostatných resortů (resortu zdravotnictví a resortu sociálních věcí) už od devadesátých let. I přesto, že v posledních letech došlo k několika pokusům o nastolení agendy v oblasti propojení zdravotní a sociální péče, což dokládá i dlouhodobý program Agendy 2030 nebo Zdraví 2030 (MZ, 2017), nepodařilo se zatím zdravotní a sociální oblast integrovat, jak ostatně uvádí i Zpráva o naplňování Agendy 2030 (Ministerstvo životního prostředí, 2020). V našem výzkumu se v případě ukrajinských migrantů projevila nepropojenost zdravotních a sociálních služeb v nedostatečném sdílení informací mezi oběma systémy.

Ti lidé, kteří zde žádají o dočasnou ochranu, tak mají nárok na veškerou péči. Jednak zařízení následné (zdravotní i sociální) péče nevědí, že tito lidé mají nárok na veškerou péči včetně té následné. (IKP3-8)

Ukázkou nepropojenosti zdravotního a sociálního systému byla změna úhrady zdravotního pojištění po uplynutí 150 dnů od udělení dočasné ochrany (Lex Ukrajina II). Tato změna se dotkla zejména osob v ekonomicky aktivním věku od 18 do 64 let, které ze zdravotních důvodů nemohly pracovat, ale jedinou možností, jak získat úhradu zdravotního pojištění od státu, byla nutnost se evidovat na úřadu práce. Docházelo k paradoxní situaci, kdy se evidovali lidé, kteří nejen že nemohli ze zdravotních důvodů pracovat, ale bylo pro ně i velmi obtížné se na úřad práce fyzicky dostavit.

Je zde nyní vytvářen umělý tlak, který se vytváří s úřadem práce u lidí s dočasnou ochranou, která když skončí, tak ať je pacient v jakémkoli stavu, tak my nemáme jinou šanci, protože náš stát nevymyslel jinou variantu, než je evidovat na úřadu práce, a my ty lidi, kteří by tam nepatřili, kteří jsou rozlčení, v těžké onkologické léčbě (a slovo úřad práce znamená, že mám pracovat, což je neslučitelné s jejich akutní léčbou), my je tam pokoutně vozíme, dopravujeme, evidujeme, abychom obešli ten zákon, který, byť jsme to s panem ministrem opakovaně projednávali, jaký je to nesmysl mít jedinou variantu, a to je pro dospělou osobu úřad práce, protože když je někdo nemocný, tak ze statutu, když tu nepracoval, tak má jedinou šanci, jít na úřad práce. (IKP3-3)

Máme klienty, kteří jsou tzv. ležáci a nemohou dojít ani na úřad práce. Na úřadě práce je nezaregistrují, protože nejsou schopni pracovat a zůstávají doma a nejsou registrovaní nikde a po 150 dnech si musí sami platit zdravotní pojištění, protože jim nikdo invaliditu neuzná. Říkají jim „máte důchod na Ukrajině, zaplaťte si to z toho“.

Většina z těch lidí přitom ani nemá účty, nechodí jim důchody... to nikoho nezajímá a je to bezvýchodná situace, nevíme, co s tím... Snažíme se domluvit odvoz klienta na úřad práce, ale oni ho stejně nezaregistrují, protože není schopen pracovat. Že je to nařízení úřadu práce. (IKP1-7)

Tato bariéra se od dubna 2023 zmírnila (tzv. Lex Ukrajina V), kdy za osobu, jejíž závažný zdravotní stav dlouhodobě neumožňuje výkon práce, hradí zdravotní pojištění stát bez potřeby registrace na úřadu práce. Zdravotní stav je třeba doložit příslušné zdravotní pojišťovně výpisem ze zdravotnické dokumentace.

V rámci našich focus group byla často zmiňována špatná dostupnost bydlení pro uprchlíky, zejména pak v souvislosti s onkologickými pacienty. V oblasti zajištění bydlení pro chronicky nemocné hrály nezastupitelnou roli neziskové organizace, které reagovaly na deficity státní politiky. Lex Ukrajina V z dubna 2023 přinesl zpřísnění nároku na humanitární dávku pro uprchlíky a dávky v oblasti státem hrazeného bydlení s výjimkou zranitelných osob. Tato výjimka dokládá určitý posun v komunikaci mezi resortem zdravotnictví a sociálních věcí.

Hlavně jde o to, že tady ti onkologičtí pacienti vyžadují úplně jiné podmínky bydlení než takové, které jsou jim poskytovány v rámci možností pro uprchlíky. Nyní tady řeším u malých dětí léčených onkologicky, že tady v Praze není dostatek pobytových možností. Tyto děti nemohou mít vlastní pokoj, zlepšené hygienické podmínky. A to stejně se řeší na onkologii. (IKP3-8)

Jako pozitivní se ukázala role neziskového sektoru, který pomáhal v oblastech, kde státní nebo soukromý sektor selhával nebo neměl dostatečné kapacity.

Taky jsem obecně moc ráda za Sdružení pro integraci a migraci, že mně pomáhají řešit bydlení pro ty lidi, jsem moc vděčná, že mně pomáhala paní z Alzheimerovské společnosti [Česká alzheimerovská společnost, o. p. s.], hledat možnosti řešení pro paní, která měla demenci. (IKP3-8)

Některé situace byly specifické a pro zainteresované strany náročné na řešení, protože se jedná o cílovou skupinu, která je často bez finančních prostředků. Zde je opět patrná nepropojenost mezi zdravotním a sociálním systémem.

My se nyní potýkáme s problematikou u rodin a dětských pacientů s tím, že již několikrát jsme řešili úmrtí dítěte a rodina řešila převoz ostatků, tzv. repatriaci, do místa bydliště na Ukrajině, ale jsou naprosto bez finančních prostředků a bez jakéholiv pomoci a my nemáme přesah mimo zdi nemocnice. Takže oni se s tím potýkají... mají od nás spoustu věcí předtelefonováno, ale sehnat oblečení do rakve, vypravit se na pohřební službu... je to velký zápal mnoha dobrovolníků. (IKP3-5)

Další problémovou oblastí související s meziresortní spoluprací bylo poskytování vzdělávání pro děti se zdravotním omezením. Rodiče se dostávali do těžko

řešitelné situace, kdy nedostupnost zdravotní péče, resp. ztížená možnost získat lékařské potvrzení, vedla k situaci, kdy dítě nemohlo navštěvovat vzdělávací instituce. Důvodem jsou nedostatečné lidské zdroje ve zdravotnickém systému, ale jejich nedostatek má přesah do vzdělávacího systému.

Pak je obrovský problém s dětmi s autismem. Rodiče jsou úplně v šoku, protože ty děti degradují, jelikož se s nimi nepracuje. Když u těch dětí není diagnóza, tak je nemohou dát do školských zařízení. Potřebují pořád nějak tu diagnózu psychiatrickou potvrzovat. Ono je to tak, že když jdete do toho SPC [speciálně pedagogické centrum], tak musíte mít potvrzení od toho lékaře. K tomu lékaři se nemůžete dostat a bez potvrzení od SPC se nemůžete dostat do školy. A je to vlastně začarovaný kruh. (IKP2-5)

Dimenze legitimacy

Jednou z nejdůležitějších složek resilience zdravotnického systému je existence institucí a norem, kterým veřejnost důvěřuje a které je v návaznosti na externí šoky možné rozvíjet. Zároveň se ukazuje, že pro resilienci zdravotnických systémů je důležitý tzv. přístup zaměřený na pacienta, který zvyšuje důvěru pacientů v systém (Blanchet, 2020).

Přestože má ČR pro oblast poskytování zdravotních služeb poměrně moderní a komplexní právní normu (zákon č. 372/2011 Sb.), která vychází z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (č. 96/2001 Sb. m. s.) a vymezuje práva pacientů na zapojování do léčby, zkušenosti interkulturních pracovníků ukázaly na přetrvávající paternalistický přístup zdravotníků ve vztahu k pacientům ukrajinským uprchlíkům. Projevovalo se to zejména v neochotě zdravotnických pracovníků komunikovat s pacienty a také je informovat o možnostech řešení jejich zdravotního stavu.

Setkávám se s tím, že když si pacient praktickému lékaři stěžuje na bolest u srdce, že potřebuje kardiologa, praktický lékař mu vystaví žádanku a ani mu nevysvětlí co s tou žádankou dál... Kde hledat dál pomoc. Pak ten klient přijde k nám do poradny a říká, že doktor mu neřekl, kam s tím má jít. (IKP1-5)

Velkou překážkou je nefunkční komunikace mezi lékaři, sestrami a ukrajinskými pacienty. Zažila jsem občas zkušenost, že odmítají vysvětlit co a jak, musíme se doptávat. (IKP1-3)

A ta sestřička řekla: „Pokud Vám něco nevyhovuje, termín atd., můžete si najít jiného lékaře.“ (IKP1-2)

Pan doktor byl strašně nepříjemnej. Je to obor takový intimní. Nechtěl ani svojí pacientce vysvětlovat co, jak a proč. Pak byl nepříjemný i na mě. (IKP2-3)

Interkulturní pracovníci se setkávali opakovaně s tím, že zdravotníci neznali zákonné nároky pacientů uprchlíků na poskytování zdravotní péče hrazené z veřej-

ného zdravotního pojištění, což se projevovalo v některých situacích i omezením rozsahu poskytované péče.

Stávalo se, že někteří praktičtí lékaři bohužel sdělej, že primárně uprchlíkům mohou poskytnout pouze základní péči, nikoliv všechno. Někdo primárně říkal, že mohou být vděční za to, že jim vůbec něco poskytuje, a na nějaký dovyšetření je nepošílají nebo je nechtějí posílat. (IKP2-3)

Zároveň interkulturní pracovníci poukazovali i na nedodržování práv pacientů, která jsou zřetelně definována zákonem. Většinou se jednalo o odmítnutí poskytnutí péče z různých důvodů nebo porušení povinností na straně poskytovatele, která jsou s nepřijetím pacienta do péče spojena.

Doktor odmítl vzít pacienta, jen proto, že nemá kartičku. Také jsem se setkala s tím, že když lékař nemá kapacitu nebo mu nevyhovuje vzdálenost, tak odmítají napsat písemné odmítnutí, což pacient potřebuje, aby situaci dál mohl řešit. S tím lékaři moc nesouhlasí a často toto nechtějí vydávat. Za mě je toto to, co nás nejvíce bolí. (IKP1-3)

Opakovaně uváděným důvodem odmítnutí péče ukrajinským uprchlíkům ze strany českých zdravotníků byla absence tlumočnicka, a to i přesto, že je povinností poskytovatele zdravotních služeb zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem informován o svém zdravotním stavu, i pokud se jedná o cizince (Těšinová et al., 2019).

Každý se s tím setkává. Když ten uprchlík přijde sám, tak je většinou odmítnutý. Prostě přijďte s tlumočnickem. (IKP2-3)

Oni mi na to odpoví: „My nemáme na dopisování e-mailem čas a voláme.“ Když jim řeknu, že pacient ale nerozumí česky, řeknou, že je to jeho problém, že si musí zajistit tlumočení. (IKP1-5)

V některých případech přístup zdravotníků ve vztahu k uprchlíkům vykazoval i znaky diskriminačního chování. Není ovšem jasné, zda takové chování bylo ovlivněno neznalostí postavení pacientů uprchlíků a jejich zákonného nároku, nemožností se domluvit nebo se jednalo skutečně o diskriminaci. Obdobné zjištění přináší i reprezentativní výzkum PAQ research mezi ukrajinskými uprchlíky, kdy 18 % dotázaných uvedlo, že je „doktor nechtěl přijmout“ (Kavanová et al., 2022).

Jednou jsem volala praktickému lékaři, zda mají volno a berou nové pacienty. Nejdřív mi bylo sděleno, že ano, ale jakmile jsem sdělila, že je to cizinec, tak mi řekli, že si to paní doktorka moc nepřeje. (IKP2-1)

Náš výzkum ukázal, podobně jako v jiných výzkumech (Hrešanová, 2011; Jelínková et al., 2023a; Šmídová, 2018; Těšinová Kopsa et al., 2023), že zdravotníci nemají

v ČR dostatečně osvojené základní komunikační dovednosti a znalosti v oblasti práv pacienta použitelné při běžné interakci s pacienty a v důsledku toho jsou značně limitováni i při interkulturní komunikaci s pacienty uprchlíky. Nedostatek komunikačních dovedností zaměřených na pacienta uvádí jako významnou překážku interkulturní komunikace i zahraniční studie (Paternotte et al., 2015). Přestože některé české výzkumy poukazují na částečný posun vztahu mezi pacientem a lékařem směrem k více partnerskému a rovnocennému (Hrešanová a Hasmanová Marhánková, 2008), řada lékařů stále nepřijala změnu paradigmatu od paternalismu k respektování identity a autonomie každého jednotlivce (Doležal a Doležal, 2023). K podobným závěrům, které ukazují na přetrvávající paternalistický přístup v českém zdravotnictví, dochází i řada dalších studií (Glajchová, 2016; Křížová a Šimek, 2007; Slepíčková a Šmídová, 2014). Prvky paternalismu byly v ČR identifikovány i ve veřejném odborném lékařském diskursu (Durnová et al., 2022).

Jedním z možných důvodů tohoto přístupu je určitá setrvačnost v myšlení a praxi, neboť šlo o běžný přístup k pacientům před rokem 1989 (Šimíček, 2017). Navíc v ČR není transformace tradičního hippokratovského modelu v koncepci vyzdvihující princip respektu k autonomii pacienta vyústěním přirozeného procesu, neboť chybí tradice, která by respekt k vůli pacienta obsahovala, ale je násilnou interakcí moderních práv pacientů (převzatých ze systémů s tradicí k respektu člověka jako osobnosti s právy) s myšlenkově odlišnou koncepcí systému českého zdravotnictví (založeného na omezeném důrazu svobody rozhodování). Je změnou „shora“, ke které formálně dochází v důsledku přistoupení ČR k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně v roce 2001. Fakticky je koncepce partnerství stále ve velké míře zdravotnickými pracovníky odmítána a vztah lékaře a pacienta osciluje na ose mezi oběma výše zmíněnými krajními polohami (Těšinová et al., 2019).

Důvodem pro přetrvávání paternalismu v českém zdravotnictví může být i přetrvávající preference paternalistického přístupu u některých pacientů, kteří dávají v terapeutickém vztahu přednost spíše pasivní pozici (např. Hrešanová, 2014; Křížová a Šimek, 2007; Šmídová Matoušová a Tollarová, 2014).

Dle Blanchet et al. (2020) k větší resilienci zdravotnických systémů přispívají i zavedené mechanismy, které zahrnují pacienty a veřejnost jakožto cílové příjemce péče do tvorby a implementace zdravotní politiky.

V ČR byly na úrovni tvorby politiky v posledních letech zavedeny mechanismy zapojování patientských organizací do rozhodování (Dobiášová et al., 2021) včetně jejich legislativního ukotvení od ledna 2022 v zákoně o zdravotních službách (č. 372/2011 Sb.).

Interkulturní pracovníci nicméně upozorňovali na to, že ukrajinští uprchlíci zatím nejsou dostatečně propojeni s patientskými organizacemi, kdy významnou překážkou je jednak malá informovanost (nejen mezi uprchlíky, ale i mezi interkulturními pracovníky), ale i jazyková bariéra.

Já bych se ráda dozvěděla od patientských organizací, jaké nabízí možnosti pomoci. Některé zkušenosti už mám, ale není jich tolik, proto bych se ráda dozvěděla o kon-

krétní pomoci, chtěla bych vědět do budoucna možnosti, které existují, protože je možné, že o něčem nevím a většina organizací nabízí velmi dobré věci v češtině pro české pacienty, ale není to dostupné pro ukrajinské pacienty. (IKP3-4)

V ČR s rozvinutým a institucionalizovaným patientským hnutím (Dobiášová et al., 2021) se patientské organizace zapojují do podpory ukrajinských pacientů aktivitami zahrnujícími zejména šíření aktuálních informací a pokynů od ministerstev a dalších úřadů směrem k patientským organizacím, vedením aktualizovaných seznamů o nabízené pomoci a jejich poskytování help linkám neziskových organizací a také zveřejňováním aktuálních informací na webových stránkách (Národní asociace patientských organizací, 2022).

Závěr

Naše studie přispívá k pochopení jednotlivých dimenzí resilience českého zdravotního systému vůči dramatickému nárůstu vulnerabilní skupiny pacientů – válečných uprchlíků z Ukrajiny. Pohledem interkulturních pracovníků, kteří doprovázejí ukrajinské uprchlíky v rámci českého zdravotnického systému, jsme identifikovali kapacity a deficity resilience zdravotnického systému ve vztahu k ukrajinským uprchlíkům.

Výsledky našeho výzkumu ukázaly, že od počátku uprchlické krize byl na úrovni řízení zdravotnického systému aplikován spíše reaktivní než proaktivní přístup k zachování základních funkcí systému (Obrist et al., 2010). Výjimkou je okamžité začlenění válečných uprchlíků do veřejného zdravotního pojištění. Tento krok bezesporu přispěl k větší integraci ukrajinských uprchlíků do systému zdravotní péče. Zároveň se ukázalo, že zapojení uprchlíků do systému veřejného zdravotního pojištění nevyvolalo „nadužívání“ zdravotní péče touto vulnerabilní skupinou, což byl častý argument proti začlenění ekonomických migrantů ze třetích zemí do veřejného zdravotního pojištění před únorem 2022 (více např. Dobiášová, 2016). Z hlediska resilience zdravotního systému je významný fakt, že zařazení ukrajinských uprchlíků do systému veřejného zdravotního pojištění nezpůsobilo kolaps veřejného zdravotního pojištění, ale naopak u největší české zdravotní pojišťovny VZP uprchlíci přispěli ke zlepšení jejího hospodářského výsledku (Tácha, 2023). Proaktivním přístupem bylo i vytvoření nového prvku systému zdravotní péče v podobě UA Pointů, které pomáhají překlenout personální deficity českého zdravotnického systému. Vytvoření UA Pointů umožnila ve srovnání s jinými státy Evropské unie a OECD relativně vysoká kapacita nemocniční péče v ČR (OECD/European Union, 2022). Podobně identifikovaly studie Sagan et al. (2022) a Burau et al. (2024) schopnost české nemocniční péče mobilizovat zdroje v době pandemie covidu-19. Rozvinutá nemocniční síť v ČR tak může fungovat jako „nárazník“ proti rostoucímu nedostatku zdravotníků v primární a ambulantní specializované péči v reakci na krizi vyvolanou zvýšenou poptávkou po zdravotní péči (Burau et al., 2024). V rámci reorganizace služeb, kdy fakultní nemocnice vyčlenily prostory i personál ve prospěch UA Pointů, došlo za využití stávající personální situace ke zlepšení dostupnosti zdravotních služeb pro ukrajinské uprchlíky, což

můžeme považovat za ukázkou adaptační schopnosti českého zdravotnického systému (Blanchet et al., 2017). Uprchlíká vlna zatím ale nevyvolala změnu funkcí a struktury zdravotnického systému (transformační schopnost).

Z hlediska úrovně resilience zdravotnických systémů (Blanchet et al., 2017) prokázal český zdravotnický systém jako celek určitou absorpční kapacitu, která zajistila i přes nebyvalý a náhlý příliv vysokého počtu pacientů s řadou specifických potřeb kontinuální naplňování jeho hlavních funkcí, zejména v oblasti akutní zdravotní péče. Informace od interkulturních pracovníků ale ukazují, že zejména v oblasti primární péče má český zdravotnický systém z hlediska absorpční kapacity výrazný deficit. Naše zjištění o nízké dostupnosti praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost pro ukrajinské uprchlíky potvrzují i data PAQ Research, kdy cca 60 % dospělých ukrajinských uprchlíků a cca 50 % dětí nemělo v roce 2022 svého praktického lékaře (Kavanová et al., 2022). Na deficity v oblasti personálního zajištění primární péče v ČR upozorňují i jiné výzkumy (Burau et al., 2024; Sagan et al., 2022). Rovněž přetlak pacientů u některých odborností v rámci ambulantní specializované péče může vést ke snížení dostupnosti zdravotní péče v oblasti léčby chronických onemocnění nejen pro skupinu ukrajinských uprchlíků, ale i pro majoritu. Příchod ukrajinských uprchlíků se tak stal jakýmsi „lakmusovým papírkem“, který identifikoval již existující kapacitní deficity českého zdravotnického systému. Zde je nutno počítat z hlediska resilience s tím, že počáteční externí šok v podobě přílivu válečných uprchlíků může postupně přejít do konstantního stresu a tlaku na český zdravotnický systém (Alameddine, 2019), který bude vyžadovat nová a reformní řešení v organizaci zdravotní péče.

V rámci dimenze znalostí v oblasti resilience (Blanchet et al., 2017) byly příkladem dalších proaktivních schopností systému některé aktivity z úrovně komunit (odborné společnosti, neziskové organizace), kdy tito aktéři aktivně hledali a realizovali nová řešení krizových situací (aktivity zaměřené na mobilizaci ukrajinských psychologů, snaha o šíření nezbytných informací).

Na druhou stranu naše zjištění ukázala, že informace se k řadě zdravotnických pracovníků i ukrajinských uprchlíků nedostaly. Zásadním problémem byla nedostatečná koordinace a propojování jednotlivých aktérů. Blanchet et al. 2017 hovoří v souvislosti s dimenzí znalostí o nezbytnosti tvůrců a realizátorů zdravotní politiky a souvisejících veřejných politik spolupracovat s aktéry, kteří patří do různých sfér společnosti. Řada problémů by alespoň částečně mohla být vyřešena systematickou podporou širší a intenzivnější spolupráce mezi úředníky veřejného sektoru a zúčastněnými stranami na různých úrovních plánování a realizace politik (Jelínková et al., 2023b). Ke zvýšení resilience systému přispívá zejména propojení s místními komunitami (Hanefeld et al., 2018). V tomto kontextu uvádějí Blanchet et al. (2017) důležitost funkce tzv. „sociálních makléřů“, kteří pomáhají ve zdravotnickém systému koordinovat ostatní aktéry v době krizí nebo otřesů a propojují různé skupiny aktérů v rámci systému i mimo něj. Identifikace a využívání takovýchto „sociálních makléřů“, kteří kombinují a integrují různé formy znalostí, mohou významně přispět k posílení resilience zdravotnického systému (Blanchet a James, 2013). Pro zvýšení resilience systému by bylo vhodné, aby byl pro šíření informací využíván jeden důvěryhodný informační

kanál, který by soustředil všechny relevantní informace na jednom místě a distribuoval je cílovým skupinám. Tento kanál by měl být v gesci konkrétní státní instituce (např. Ministerstva zdravotnictví, SZÚ apod.).

Dalším deficitem z dimenze znalostí bylo nedostatečné interkulturní vzdělání zdravotnických pracovníků. V reflexi na výsledky našeho výzkumu doporučujeme začlenění interkulturního vzdělávání do standardního kurikula vzdělávacích programů všech zdravotnických profesí.

V rámci dimenze nejistoty se objevuje neukotvenost interkulturních pracovníků a tlumočnicků v českém zdravotnickém systému a nepřipravenost zdravotníků na cizojazyčné pacienty. Do budoucna je tak nezbytné definovat pozici interkulturního pracovníka a tlumočnicka ve zdravotnictví v rámci stávající legislativy. Zároveň by bylo vhodné zjednodušit aprobační proces v oblasti získávání zdravotnických kvalifikací, což by umožnilo lépe využít potenciál ukrajinských zdravotníků.

V dimenzi provázanosti dominoval zejména problém nepropojenosti zdravotních a sociálních služeb. Jeho řešení nespočívá v dílčích úpravách ve vztahu k cílové skupině ukrajinských uprchlíků, ale vyžaduje komplexní nadresortní přístup s dopadem na celou populaci.

Náš výzkum poukázal s ohledem na dimenzi legitimacy na porušování práv pacientů uprchlíků, a to i přesto, že práva pacientů jsou v české legislativě dostatečně ukotvena. Dalším zjištěním byla skutečnost, že někteří lékaři nepraktikovali ve vztahu k uprchlíkům sdílené rozhodování a neplnili povinnost informovat pacienta. Nedostatečné osvojení komunikačních dovedností a znalostí práv pacientů dokládají i další tuzemské výzkumy (např. Hrešanová, 2011; Jelínková et al., 2023a; Těšinová Kopsa et al., 2023). V této souvislosti by celoživotní vzdělávání všech zdravotnických pracovníků na všech úrovních mělo probíhat nejenom v odborné rovině, ale i v právních aspektech souvisejících s poskytováním zdravotní péče a v oblasti komunikace zdravotníků a pacientů. Zlepšení situace by napomohlo i vzdělávání pacientů z řad ukrajinských uprchlíků o fungování českého zdravotnického systému včetně jejich práv a povinností. V této souvislosti by napomohlo zapojování ukrajinských uprchlíků do stávající sítě patientských organizací (Dobiášová et al., 2021).

Současnou krizi můžeme s ohledem na resilienci českého zdravotnického systému vnímat jako potenciál ke změně systému a k zavádění inovativních opatření (Podgorska et al., 2023), nebo dokonce jako okno příležitostí (Burke et al., 2021) k reformám stávajícího systému. Budování resilience zdravotnických systémů by nemělo být spojováno s úvahami o migrantech/uprchlících jako o „těch druhých“, ale mělo by být postaveno na hodnotách, které zdravotnické systémy představují pro celou populaci (Blanchet et al., 2020).

Určitým omezením našeho výzkumu je jeho zacílení na poměrně úzkou cílovou skupinu. Náš výzkum zkoumá resilienci českého zdravotnického systému pouze ve vztahu k populaci ukrajinských uprchlíků. Některá zjištění, která poukazují na deficity v oblasti resilience zdravotnického systému k celé populaci, by bylo vhodné ověřit dalším výzkumem. V budoucích výzkumech by bylo rovněž

žádoucí se zaměřit na hodnocení resilience zdravotního systému vůči přílivu válečných uprchlíků z Ukrajiny i pohledem dalších aktérů, jako např. zdravotníků nebo zdravotnického managementu.

KAROLÍNA DOBIÁŠOVÁ je odbornou asistentkou na 1. lékařské fakultě UK (1. LF UK), kde přednáší a garantuje kurzy veřejného zdravotnictví a podpory zdraví. V rámci svých výzkumných aktivit se věnuje zdravotně sociální péči o vulnerabilní skupiny, zdraví migrantů, roli pacientů ve zdravotním systému a politice implementace telemedicíny. Je členkou výboru Společnosti sociálního lékařství a managementu ve zdravotnictví České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) a členkou Akreditační komise pro veřejné zdravotnictví.

ORCID: 0000-0001-9384-1076

OLGA ANGELOVSKÁ je odbornou asistentkou na 1. LF UK a přednáší v českých a anglických programech zejména sociální politiku a zdravotně sociální péči. Výzkumně se zaměřuje na oblast zdravotní a sociální politiky. Podílela se na projektech národních (např. GA ČR, TA ČR) i mezinárodních (John Hopkins University, ILO). Je členkou revizní komise Společnosti sociálního lékařství a managementu ve zdravotnictví ČLS JEP.

ORCID: 0000-0002-7621-3286

JOLANA KOPSA TĚŠINOVÁ je přednostkou Ústavu veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. LF UK. Výzkumně se zaměřuje na oblast veřejného zdravotnictví, medicínského práva, implementace telemedicíny, práv pacientů a postavení patientských organizací. Je členkou Etické komise Ministerstva zdravotnictví, Akreditační komise pro obor veřejné zdravotnictví, revizní komise Společnosti sociálního lékařství a managementu ve zdravotnictví ČLS JEP.

ORCID: 0000-0001-5998-9763

ELENA TULUPOVA je odbornou asistentkou na 1. LF UK. Přednáší v rámci anglických kurzů veřejného zdravotnictví a medicínského práva. Mezi její výzkumné zájmy patří především dostupnost zdravotní péče pro vulnerabilní skupiny, zdravotní politika a zdraví migrantů a etnických minorit. Je ředitelkou nevládní neziskové organizace Agency for Migration and Adaptation AMIGA, z. s., a zástupkyní českého občanského sektoru v konzultační pracovní skupině WHO k oblasti zdraví uprchlíků a migrantů.

ORCID: 0000-0002-6069-7714

Literatura

- Alameddine, M., Fouad, Fouad M., Diaconu, K., Jamal, Z., Lough, G., Witter, S. a Ager, A. (2019). Resilience capacities of health systems: Accommodating the needs of Palestinian refugees from Syria. Online. *Social Science & Medicine* (1982), 220, 22–30. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.018>

- Blanchet, K. (2015) Thinking shift on health systems: From blueprint health programmes towards resilience of health systems. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(5), 307–309. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.49>
- Blanchet, K. a James, P. (2013). The role of social networks in the governance of health systems: the case of eye care systems in Ghana. *Health Policy Plan*, 28(2), 143–156. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs031>
- Blanchet, K., Diaconu, K. a Witter, S. (2020). Understanding the resilience of health systems. In Bozorgmehr, K. et al. (ed.). *Health Policy and Systems Responses to Forced Migration* (s. 99–117). Springer International Publishing.
- Blanchet, K., Nam, S. L., Ramalingam, B. a Pozo-Martin, F. (2017). Governance and capacity to manage resilience of health systems: Towards a new conceptual framework. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(8), 431–435. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>
- Bozorgmehr, K., Zick, A. a Hecker, T. (2022). Resilience of health systems: Understanding uncertainty uses, intersecting crises and cross-level interactions comment on ‘Government Actions and Their Relation to Resilience in Healthcare During the COVID-19 Pandemic in New South Wales, Australia and Ontario, Canada’. *International Journal of Health Policy and Management*, 11(9), 1956–1959. <https://doi.org/10.34172/IJHPM.2022.7279>
- Burau, V., Mejsner, S. B., Falkenbach, M., Fehsenfeld, M., Kotherová, Z., Neri, S., Wallenburg, I. a Kuhlmann, E. (2024). Post-COVID health policy responses to healthcare workforce capacities: A comparative analysis of health system resilience in six European countries. *Health Policy*, 139, 104962–104962. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104962>
- Burke, S., Parker, S., Fleming, P., Barry, S. a Thomas, S. (2021). Building health system resilience through policy development in response to COVID-19 in Ireland: From shock to reform. *The Lancet Regional Health. Europe*, 9, 100223–100223. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100223>
- Claeys, A., Berdai Chaouni, S., Tricas-Sauras, S. a De Donder, L. (2020). Culturally sensitive care: Definitions, perceptions, and practices of health care professionals. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(5), 484–492.
- Clark-Ginsberg, A. a Chandra, A. (2023). Climate change-related mass migration requires health system resilience. *Environmental Research: Health*, 1(4), 45004. <https://doi.org/10.1088/2752-5309/ace5ca>
- Clarke, V., Braun, V. a Hayfield, N. (2015). Thematic analysis. *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*, 3, 222–248.
- Creswell, J. W. (2008) *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed method approaches* (3rd ed.). Sage.
- Dlouhý, M., Barták, M., Dobiášová, K., Hnilicová, H., Janečková, H., Petráková, A., Agyemang, C. a Vázquez, M-L. (2022). Health and health care for refugees and migrants. Editorial. *Europ J Public Health*. E-collection 2022. <https://academic.oup.com/eurpub/pages/health-care-for-refugees-and--migrants>
- Dobiášová, K. (2016). *Dostupnost zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí v České republice* [disertační práce]. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd.
- Dobiášová, K. a Kotherová, Z. (2023). *Váleční uprchlíci z Ukrajiny zůstávají výzvou pro český zdravotnický systém*. Policy Brief. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd. <https://fsv.cuni.cz/sites/default/files/uploads/files/Váleční%20uprchlíci%20z%20Ukrajiny%20zůstávají%20výzvou%20pro%20český%20zdravotnický%20systém.pdf>
- Dobiášová, K., Kotherová, Z. a Numerato, D. (2021). Institutional reforms to strengthen patient and public involvement in the Czech Republic since 2014. *Health Policy*, 125(5), 582–586.

- Dohnalová, E. (2020). Development of intercultural work in the Czech Republic – premises and challenges in establishing an intercultural worker profession, allied to social work that promotes the use of skills that migrants have. *Sociální práce / Sociálna práca*, 20(1), 61–77.
- Doležal, T. a Doležal, A. (2023) *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty. Ústav státu a práva AV ČR*.
- Durnová, A., Formánková, L. a Hejzlarová, E. (2022). Empowered or patronized? The role of emotions in policies and professional discourses on birth care. *Critical Social Policy*, 42(1), 129–149.
- Dzúrová, D., Winkler, P. a Drbohlav, D. (2014). Immigrants' access to health insurance: no equality without awareness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(7), 7144–7153.
- Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research*. Sage Publications.
- Folke, C., Carpenter, S., Elmquist, T., Gunderson, L., Holling, C. S. a Walker, B. (2002). Resilience and sustainable development: Building adaptive capacity in a world of transformations. *Ambio*, 31, 437–440.
- Forsgren, L., Tediosi, F., Blanchet, K. a Saulnier, D. D. (2022). Health systems resilience in practice: a scoping review to identify strategies for building resilience. Online. *BMC Health Services Research*, 22(1173). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08544-8>
- FRA. European Union Agency for Fundamental Rights (2023). *Fleeing Ukraine. Displaced people's experiences in the EU*. Publications Office of the European Union https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2023-ukraine-survey_en.pdf
- Glajchová, A. (2016). Zranitelnost lékařské profese jako důsledek rostoucí autonomie pacientů. *Lidé města*, 18(1), 3–27.
- Gushulak, B., Weekers, J. a MacPherson, D.W. (2009). Migrants in a globalized world – health threats, risks, and challenges: An evidence-based framework. *Emerging Health Threats Journal*, 2:e10. Published online 31 March 2010.
- Hanefeld, J., Mayhew, S., Legido-Quigley, H., Martineau, F., Karanikolos, M., Blanchet, K., Liverani, M., Mokuwa, E. Y., McKay, G. a Balabanova, D. (2018). Towards an understanding of resilience: responding to health systems shocks. *Health Policy and Planning*, 33(3), 355–367.
- Hnilicová, H. a Dobiášová, K. (2011). Migrants' health and access to healthcare in the Czech Republic. *Central European Journal of Public Health*, 19(3), 134–138. <https://doi.org/10.21101/cejph.a3657>
- Holý, F. (2023). Ukrajinci a Rusové v Česku. *Statistika & my*, 13(2), 35–37.
- Hřešanová, E. (2011). Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie. *Gender rovné příležitosti výzkum*, 12(2), 63–74.
- Hřešanová, E. (2014). 'Nobody in a maternity hospital really talks to you': Socialist legacies and consumerism in Czech womens' childbirth narratives. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 50(6), 961–986.
- Hřešanová, E. a Hasmanová Marhánková, J. (2008). Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 44(1), 83–112.
- Jelínková, M. a Valenta, O. (2022). Pojetí integrace migrantů v ČR perspektivou analýzy podpory stanovených priorit. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 58(1), 71–97.
- Jelínková, M., Dobiášová K., Kopsa Těšinová, J. a Koščík, M. (2023a). Zkušenosti lékařů s interkulturními rozdíly v komunikaci s ukrajinskými uprchlíky v době rusko-ukrajinského ozbrojeného konfliktu. *Časopis lékařů českých*, 162(2–3), 76–83.
- Jelínková, M., Valentinov, V., Plaček, M. a Vaceková, G. (2023b). Human-made disasters in a decentralized context: How Czech municipalities are dealing with the Ukrainian crisis. *Public Money & Management*, 43(4), 367–369.

- Kavanová, M., Prokop, D., Škvrňák, M., Levinský, M., Džúrová, D., Lustigová, M., Kulhánová, I., Leontiyeva, Y., Tabery, P. a kol. (2022). *Hlas Ukrajinců: Zdravotní služby*. PAQ Research a Sociologický ústav AV ČR.
<https://www.paqresearch.cz/post/hlas-ukrajincu-zdravi-sluzby/>
- Kieny, M.-P., Evans, D. B., Schmets, G. a Kadandale, S. (2014). Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa. Online. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(12), 850–850. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.149278>
- Kitzinger J. (2006). Focus groups. In C. Pope, N. Mays (eds.). *Qualitative research in health care* (3rd ed.) (s. 21–31). Blackwell publishing.
- Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T. a Dahn, B. T. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet (British edition)*, 385(9980), 1910–1912.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)
- Křížová, E. a Šimek, J. (2007). Theory and practice of informed consent in the Czech Republic. *Journal of Medical Ethics*, 33(5), 273–277.
- Lebel, L., Anderies, J. M., Campbell, B. a Folke, C. (2006). Governance and the Capacity to Manage Resilience in Regional Social-Ecological Systems. Online. *Ecology and Society*, 11(1), 1.
- Leontiyeva, Y., Mikešová, R. a Tollarová, B. (2018). *Pražané s cizím pasem. Výsledky výzkumu cizinců a cizinek ze zemí mimo EU žijících v české metropoli*. Sociologický ústav AV ČR.
- Maláková, K., Šídlo, L. a Bělobrádek, J. (2020). Region, věk a dostupnost zdravotních služeb: Případ všeobecného praktického lékařství v Česku. *Demografie*, 62(1), 14–26.
- Martineau, F. P. (2016). People-centred health systems: building more resilient health systems in the wake of the Ebola crisis. *International Health*, 8(5), 307–309.
<https://doi.org/10.1093/inthealth/ihw029>
- Murphy, A., Fuhr, D., Roberts, B., Jarvis, C. I., Tarasenko, A. a McKee, M. (2022). The health needs of refugees from Ukraine. *BMJ*, 377.
- Ministerstvo zdravotnictví. (2017). *Zdraví 2030. Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*. https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18700/40551/Zdravi2030_FINAL16122019.pdf.pdf
- Ministerstvo zdravotnictví. (16. února 2022). *Ministerstvo zdravotnictví zřizuje tzv. UA POINTy, nízkoprahové ambulance zajišťující zdravotní péči pro ukrajinské uprchlíky*. <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-zrizuje-tzv-ua-pointy-nizkoprahove-ambulance-zajistujici-zdravotni-peci-pro-ukrajinske-uprchliky/>
- Ministerstvo zdravotnictví. (2024). *Роботи UA POINT трансформували у звичайну роботу медичних закладів*. <https://mzd.gov.cz/provoz-specializovanych-ua-pointu-byl-transformovan-do-bezneho-provozu-zdravotnickych-zarizeni/>
- Ministerstvo životního prostředí. (2020). *Zpráva o naplňování Agendy 2030 pro udržitelný rozvoj v České republice*. https://www.cr2030.cz/zavazky/wp-content/uploads/sites/4/2021/01/III_d_materi%C3%A1l_Zpr%C3%A1va-Agenda-2030.pdf
- Národní asociace patientských organizací. (2022). *Přístup uprchlíků ke zdravotním a sociálním službám v ČR*. <https://silapacientu.cz/pacienti-z-ukrajiny/>
- Obrist, B., Pfeiffer, C. a Henley, R. (2010). 'Multi-layered social resilience: a new approach in mitigation research'. *Progress in Development Studies*, 10(4), 283–293.
<https://doi.org/10.1177/146499340901000402>
- Organisation for Economic Co-operation and Development / European Union. (2022). *Health at a glance: Europe 2022: State of health in the EU cycle*. OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023). *Ready for the next crisis? Investing in health system resilience*. OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>

- Palaščáková D. (eds.). (2014). *Formování profese interkulturní pracovník/pracovnice: Zahraniční zkušenosti, praxe a vzdělávání v ČR*. In Bázee, z. s. https://interkulturniprace.cz/wp-content/uploads/2015/10/formovani-profese-interkulturni-pracovnik_publicace.pdf
- Paternotte, E., van Dulmen, S., van der Lee, N., Scherpbier, A. J. a Scheele, F. (2015). Factors influencing intercultural doctor-patient communication: a realist review. *Patient Educ Couns*, 98(4), 420–445. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.018>
- Pařízková, A., Hrešanová, E. a Glajchová, A. (2018). Migrace a porod: sociální aspekty prolínání dvou životních změn ve výzkumu perinatálního zdraví žen. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 54(1), 63–100. <https://doi.org/10.13060/00380288.2018.54.1.396>
- Pěničková, D. (2014). Political Economy of Migrant Health Care in the Czech Republic. *Lidé města*, 16(2), 299–209.
- Podgórska, K., Jekaterynczuk, A., Yarosh, O., Kuzmuk, O. a Liubchuk, V. (2023). Support for Ukrainian refugees after Russia's invasion of Ukraine: aid structure and resilience factors. Case studies of Lublin and Luts'k. *European Societies*, ahead-of-print. <https://doi.org/10.1080/14616696.2023.2206892>
- Robertshaw, L., Dhesi, S. a Jones, L. L. (2017). Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMJ open*, 7(8), e015981.
- Rupert, D. J., Poehlman, J. A., Hayes, J. J., Ray, S. E. a Moultrie, R. R. (2017). Virtual versus in-person focus groups: comparison of costs, recruitment, and participant logistics. *Journal of Medical Internet Research*, 19(3), 3. <https://doi.org/10.2196/jmir.6980>
- Sagan, A., Bryndova, L., Kowalska-Bobko, I., Smatana, M., Spranger, A., Szerencses, V., Webb, E. a Gaal, P. (2022). A reversal of fortune: Comparison of health system responses to COVID-19 in the Visegrad group during the early phases of the pandemic. *Health Policy*, 126(5), 446–455.
- Sagan, A., Thomas, S., Kennedy, E., Webb, E. a Mckee, M. (2023). Assessing resilience of a health system is difficult but necessary to prepare for the next crisis. *BMJ*, 382, e073721–e073721. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-073721>
- Saulnier, D. D., Blanchet, K., Canila, C., Cobos Muñoz, D., Dal Zennaro, L., de Savigny, D., ... Tediosi, F. (2021). A health systems resilience research agenda: moving from concept to practice. Online. *BMJ Global Health*, 6(8), e006779. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006779>
- Slepičková, L. a Šmídová, I. (2014). Postoje českých lékařů k medicíně a ke změnám v praxi reprodukční medicíny. *Data a výzkum – SDA Info*, 8(1), 63–93.
- Šídlo, L., Sykáčková, P. a Hülleová, I. (2019). Pracovní vytížení praktických lékařů pro děti a dorost v Česku pohledem samotných lékařů. *General Practitioner/Praktický lékař*, 99(1).
- Šimíček, V. (ed.). (2017). *Lidská práva a medicína*. Masarykova univerzita.
- Šmídová, T. (2018). Specifické potřeby neformálních pečujících o seniora s demencí v Praze. *Fórum sociální práce*, (special issue), 89–99.
- Šmídová Matoušová, O. a Tollarová, B. (2014). 'You can't take it personally': Emotion management as part of the professional nurse's role. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 50(6), 839–874.
- Tácha, D. (11. března 2023). *Ukrajinci pojištěnci se chovají úplně stejně jako ti čeští*. Všeobecná zdravotní pojišťovna. <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/ukrajinsti-pojistenci-se-chovaji-uplne-stejne-jako-ti-cesti>
- Těšinová, J., Doležal, T. a Policar, R. (2019). *Medicínské právo* (2. vyd.). C. H. Beck.

- Těšínová Kopsa, J., Dobiášová, K., Tobiášová, A. a Dušek, Z. (2023). Development of telemedicine in the Czech Republic from patients' and other key stakeholders' perspective. *Frontiers in Public Health*, 11, 1202182.
- Thomas, S., Keegan, C., Barry, S., Layte, R., Jowett, M. a Normand, C. (2013). A framework for assessing health system resilience in an economic crisis: Ireland as a test case. *BMC Health Services Research*, 13(1), 450–450. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-450>
- Trump, B. D. a Linkov, I. (2023). Investigating resilience in other sectors. In OECD, *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>
- Tušková, E., Dobiášová, K. a Duškov, I. (2020). An Overview of Mental Health in the Czech Republic. In R. M. Scheffler, M. Shumway a R. M. Chereches (eds.), *Mental health in Central and Eastern Europe improving care and reducing stigma — important cases for global study* (s. 77–115). World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd.
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2023). *Operational Data Portal: Ukraine Refugee Situation*. <https://data2.unhcr.org/en/situations/ukraine>
- United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (2005). *Hyogo Framework for Action 2005–2015*. <https://www.unisdr.org/2005/wcdr/intergover/official-doc/L-docs/Hyogo-framework-for-action-english.pdf>
- United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (2015). *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030*. https://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf?_gl=1*kj7hn4*_ga*MTQ5OTYzMTk5NS4xNzAwNDc1NjI5*_ga_D8G5WXP6YM*MTcwMTY3OTA3Ni4zLjEuMTcwMTY3OTE3MS4wLjAuMA
- Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, 1. lékařská fakulta UK. (2023). *Zvyšování interkulturních kompetencí zdravotnických pracovníků. Souhrnná výzkumná zpráva pro tvorbu vzdělávacího kurzu Cross-cultural training*. <https://uvz.lf1.cuni.cz/1LFUVZ-19.html>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky. (2023). *O Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR*. <https://www.uzis.cz/index.php?pg=o-nas>
- Verrept, H. (2019). *What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region?* WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 64).
- Všeobecná zdravotní pojišťovna. (2023). *Rok války na Ukrajině – data o čerpání zdravotní péče Ukrajinci v Česku*. <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/rok-valky-na-ukrajine-data-o-cerpani-zdravotni-pece-ukrajinci-v-cesku>
- Wilkerson, J. M., Iantaffi, A., Grey, J. A., Bockting, W. O. a Rosser, B. R. S. (2014). Recommendations for internet-based qualitative health research with hard-to-reach populations. *Qualitative Health Research*, 24(4), 561–574. <https://doi.org/10.1177/1049732314524635>
- World Health Organisation. (2008). *Sixty-first World Health Assembly – Resolutions and Decisions*. World Health Organisation.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research. Design and methods*. Sage Publication.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.
- Záleská, V., Brabcová, I. a Vacková, J. (2014). Migration and its impact on mental and physical health: Social support and its main functions. *Kontakt*, 16(4), e236–e241.
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky. (12. srpna 2023). *Novelou zákona Lex Ukrajina se nárok uprchlíků na čerpání hrazených zdravotních služeb po 150 dnech nemění*. <https://www.zpmvcr.cz/o-nas/aktuality/novelou-zakona-lex-ukrajina-se-narok-uprchliku-na-cerpani-hrazenych-zdravotnich>