

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Klinika pracovního a cestovního lékařství



Lucie Pechová

Zdravotní problematika práce v zahraničí

Medical aspects of abroad

bakalářská práce

Praha, duben 2013

Autor práce: Lucie Pechová

Studijní program: Veřejné zdravotnictví

Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: **MUDr. Jana Malinová**

Pracoviště vedoucího práce: **Klinika pracovního a cestovního lékařství**

Předpokládaný termín obhajoby:

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 30.4.2013

.....

Lucie Pechová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Janě Malinové za cenné náměty a připomínky při psaní této bakalářské práce a Ing. Ivaně Jenšovské za rady z oblasti zdravotního a cestovního pojištění.

Obsah

1. Úvod	1
2. Cestovní medicína	3
2.1. STRUČNÝ NÁSTIN VÝVOJE CESTOVNÍ MEDICÍNY	3
2.2. ZÁKLADNÍ PRINCIPY CESTOVNÍ MEDICÍNY V ČR	3
3. Obecné doporučení pro cestovatele a jejich realizace	6
3.1. DOPORUČENÍ K REALIZACI PŘED CESTOU DO ZAHRANIČÍ	6
3.2. DOPORUČENÍ K REALIZACI V PRŮBĚHU CESTY ČI PO NÁVRATU	6
4. Zdravotní pojištění	8
4.1. ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE	8
4.2. ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ V ZÁPADNÍ EVROPĚ	10
4.3. ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ VE STŘEDNÍ A VÝCHODNÍ EVROPĚ	10
4.4. NÁROKY POJIŠTĚNÝCH OSOB NA ZDRAVOTNÍ PĚČI	11
4.5. AKTÉŘI MEZINÁRODNÍHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ A JEJICH ROLE	11
5. Cestovní zdravotní pojištění	12
6. Cestování	13
6.1. LETECKÁ PŘEPRAVA	13
6.1.1. <i>Prostředí kabiny letadla</i>	13
6.1.2. <i>Pásmová nemoc (Jet Lag)</i>	14
6.1.3. <i>Kontraindikace cesty letadlem</i>	14
6.2. OSTATNÍ PŘEPRAVA	15
6.2.1. <i>Hluboká žilní trombóza</i>	15
6.2.2. <i>Kinetóza</i>	16
7. Očkování a imunizace	17
8. Země nejčastěji navštěvované českými občany	21
8.1. „BĚŽNÉ DESTINACE“	21
8.2. „EXOTICKÉ“ DESTINACE	22
8.2.1. <i>Brazílie</i>	22
8.2.2. <i>Dominikánská republika</i>	24
8.2.3. <i>Egypt</i>	24
8.2.4. <i>Filipíny</i>	25
8.2.5. <i>Gambie</i>	26
8.2.6. <i>Indie</i>	26
8.2.7. <i>Indonésie</i>	27
8.2.8. <i>Keňa</i>	28
8.2.9. <i>Tanzanie</i>	29
8.2.10. <i>Thajsko</i>	29
9. Náboženství	31
9.1. KŘESŤANSTVÍ	31

9.2. ISLÁM.....	31
9.3. JUDAISMUS.....	33
9.4. HINDUISMUS	33
9.5. BUDDHISMUS	34
10. Závěr.....	36
11. Resumé	38
11.1 RESUMÉ V ČESKÉM JAZYCE.....	38
11.2 RESUMÉ V ANGLICKÉM JAZYCE.....	38
12. Seznam použité literatury.....	39
13. Seznam příloh	41
14. Přílohy	41

1. Úvod

Během posledních dvou desetiletí se do značné míry a z různých důvodů změnila možnost občanů původního Československa, respektive České republiky (ČR) v souvislosti s cestováním. Došlo ke značnému zvýšení počtu českých občanů cestujících do zahraničí za účelem turistiky, relaxace, poznávání jiných kultur či pracovních příležitostí v zahraničí. Pozitivní vliv na příležitosti vycestování českých občanů za prací do zahraničí měl v posledním desetiletí rovněž proces evropské integrace, v jehož rámci se setkáváme s pojmem „volného pohybu čtyř svobod“¹. Zvýšila se mobilita Čechů směrem k pracovnímu trhu a postupně stoupá i jejich jazyková vybavenost, aby jeden ze základních předpokladů této mobility.

V kontextu výše nastíněného se předkládaná bakalářská práce zabývá velice aktuálním tématem, kterým je cestování a především zdravotní problematika práce v zahraničí. Cílem tohoto textu není (a vzhledem ke stanovanému rozsahu ani být nemůže) komplexní deskripce problematiky práce českých občanů v zahraničí, statistické² rozvrstvení pracovníků mezi jednotlivé země či pracovní obory, popřípadě například výzkum vývojových trendů počtu těchto pracovníků před a po vstupu České republiky do Evropské unie (EU) atd. Tato práce je naopak zaměřena na poněkud konkrétnější výsek této problematiky, a sice na hledisko zdravotních rizik práce v zahraničí. Je pochopitelné, že nárůst počtu Čechů zaměstnaných v zahraničí a rozšíření portfolia zemí, do nichž občané ČR vyjíždějí za prací, s sebou nesou nová zdravotní rizika a zvýšení nákladů na léčbu. Mým cílem tak je v pokud možno co nejširším rámci prezentovat na jedné straně rizika, která jsou s cestováním spojena a na straně druhé preventivní opatření a doporučení, jež mají tato nebezpečí pokud možno minimalizovat.

Z hlediska kompozičního lze tuto bakalářskou práci rozdělit na několik částí. Nejprve bude pozornost věnována mladému oboru cestovní medicíny, který právě v souvislosti s výše nastíněnými fakty zaznamenal v posledních několika letech značně dynamický vývoj. Následně hodlám ve stručnosti představit určitá obecná doporučení, která jsou v současné době odborníky vydávána ve snaze snížit rizika spojená s cestováním. Část těchto doporučení se vztahuje k cestovnímu pojištění, které však může

¹ Jedná se o volný pohyb zboží, služeb, osob a kapitálu. V této souvislosti nás pochopitelně nejvíce zajímá volný pohyb osob, o jehož vývoji, úspěších i problémech pojednává například oficiální zdroj (<https://www.euroskop.cz/8736/sekce/volny-pohyb-osob/>).

² Nehledě na to, že nastíněné statistiky jsou často nedostupné, či značně nekompletní.

být jen stěží pojednáno bez alespoň stručného zaměření na problematiku zdravotního pojištění jako takového.

V souvislosti s procesem přepravy samotné je jedna z kapitol věnována zdravotním rizikům spojeným s konkrétními druhy dopravy (zejména letecké). Obecný úvod do procesu očkování a imunizace (nejčastější nemoci spojené s cestováním a jejich výskyt, přehled povinných a doporučených očkování i ceny vakcín) předchází konkrétnímu pojednání o zemích, které jsou nejčastěji navštěvovány českými občany a rizikách spojených s těmito návštěvami. Pravděpodobně nepřekvapí, že je nejvyšší pozornost věnována zemím mimo evropský kontinent. Jako poměrně specifická proměnná jsou v této souvislosti zmiňovány i náboženské aspekty a nutnost v některých zemích své chování náboženským zvykům přizpůsobovat. Podrobnějšímu rozboru jednotlivých náboženství z tohoto pohledu je pak věnována poslední kapitola. Veškeré získané poznatky jsou následně shrnuty v přehledném závěru.

Z hlediska použité literatury je předkládaná práce opřena zejména o odbornou literaturu českého původu, která je vhodně doplňována o primární zdroje v podobě statistických údajů, oficiálních stránek různých institucí (např. Centrum mezistátních úhrad, Centres of Disease Control and Prevevence atd.). Pro přehlednost a názornost je text doplněn četnými tabulkami a grafy.

2. Cestovní medicína

2.1. Stručný nástin vývoje cestovní medicíny

Cestovní medicína je součástí pracovního lékařství a je možno ji charakterizovat jako lékařský obor, který se zabývá nemocemi, jež vznikly v souvislosti s cestováním (Beran, Vaništa, et al., 2006: 15). Tento obor se v posledních desetiletích dynamicky rozvíjí; zásadním důvodem je nárůst možností cestování, zejména radikální zvýšení dostupnosti letecké dopravy. Cestovatel tudíž může zdolat stále delší vzdálenosti za stále nižší náklady. S tím souvisí i vyšší zájem o cestování do exotických destinací, kde jsou zdravotní rizika pochopitelně vyšší. Zároveň se zvyšuje počet osob rizikových skupin (malé děti, senioři, chronicky nemocní), které cestují.

Z pohledu České republiky byl pro rozvoj cestování přelomový rok 1989. Během minulého režimu bylo umožněno neomezeně cestovat pouze pracovníkům organizací zabývajících se vývozem československého průmyslového zboží, popřípadě úředníkům Ministerstva zahraničních věcí. Zajištění odpovídající zdravotní péče pro tyto osoby bylo v kompetenci specialistů pracovního lékařství, kteří odpovídali za vyšetření před cestou a po návratu zpět do Československa. Očkování pak bylo v kompetenci příslušných hygienických stanic. Po roce 1989 došlo ke zjednodušení a zároveň rozšíření této péče; vznikla specializovaná pracoviště zabývající se problematikou cestovního lékařství jako reakce na stupňující se požadavky pacientů. Vůdčí osobností tohoto postupně se rozvíjejícího odvětví byl po dlouhá léta profesor Vladimír Šerý (Beran 2005a).

2.2. Základní principy cestovní medicíny v ČR

Oproti minulosti došlo a dochází v posledních letech k zásadnímu rozšíření oboru – původně převládalo zaměření na tropické lékařství, nyní je obor chápán rovněž jako cestovní lékařství v obecnějším smyslu slova. Tento obor rozhodně nestojí samostatně, ale naopak je (což dostatečně vyplývá i z prezentace obecných doporučení před cestou do zahraničí na jiném místě tohoto textu) úzce provázán s dalšími obory. Prolínají se zde například infekční medicína, mikrobiologie, vnitřní lékařství, epidemiologie a řada dalších oborů. Tato spolupráce zároveň překračuje hranice jednotlivých států a dochází k provázání podobně zaměřených pracovišť a odborníků na celém světě (Beran, Vaništa, et al., 2006: 18-19).

Důležitou oblastí (a to nejen cestovní medicíny, ale lékařství obecně) je rovněž vzdělávání. Toto se týká především postgraduálního vzdělávání; v roce 2004 byla v rámci Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) založena Subkatedra tropické a

cestovní medicíny pod vedením prof. MUDr. Jiřího Berana, CSc.³ Toto pracoviště poskytuje odborné konzultace, pořádá vzdělávací akce atd. Zároveň postupně roste počet center cestovní medicíny⁴ jako reakce na zmiňovaný rozvoj cestovního ruchu a zvyšující se počet cestujících osob. Činnost nejen těchto center, ale i všech odborníků, kteří se zabývají tropickou a cestovní medicínou, lze rozdělit do dvou základních oblastí: jedná se na jedné straně o prevenci a na straně druhé o léčbu onemocnění, která vznikla v souvislosti s cestováním (Beran, Vaništa, et, al. 2006: 22).

Jiří Beran a Jiří Vaništa dále vymezují základní okruhy činnosti center cestovní medicíny. Jedná se o široké, vzájemně provázané a komplexní portfolio činností. Centrum cestovní medicíny by mělo být schopno zajistit plnou péči o pacienta před cestou do zahraničí a poskytnout mu vyčerpávající poradenství o aktuálních rizicích v souvislosti s návštěvou cizích zemí. Základem pro tuto schopnost je přístup k aktuálním datům z oblasti epidemiologie a nejnovějším odborným studiím. Další základní činností je provádění očkování, ať již povinného či doporučeného, odborných vyšetření v souvislosti s cestováním a předepisování léků pro samoléčbu cestovatelů. Poslední, ovšem nikoliv z hlediska důležitosti, oblastí fungování center cestovní medicíny je vzdělávací činnost směrem ke zdravotnickému personálu (blíže viz Beran, Vaništa, et, al., 2006: 23-25).

Základem při snižování rizik spojených s cestováním je prevence. Je důležité si uvědomit, že de facto neexistuje země, která by byla pro turisty zcela bezpečná a kde by neexistovalo riziko zdravotních komplikací cestovatelů. Klíčovou proměnnou se v tomto případě stává chování cestovatelů, způsob cestování, ubytování a stravování. Většině onemocnění s původem v zahraničí lze předcházet účinnou prevencí. Ta může mít tři základní podoby (srov. kap. 7):

- a) Profylaxe,
 - jedná se o účelové užívání léků před cestou, v jejím průběhu i po návratu,
- b) očkování⁵,
 - současným hlavním trendem v této oblasti je vývoj kombinovaných vakcín proti více typům onemocnění,
- c) omezení rizikového chování,

³ Kontakt viz <http://www.ipvz.cz/pracoviste/2040/kontakty-pracoviste.aspx>.

⁴ Kompletní aktuální seznam viz http://www.zdravinacestach.cz/index.php?/centra_cestovni_mediciny_cr.

⁵ Podrobněji viz kap. 7

- zde se jedná například o konzumaci rizikových potravin, provozování riskantních sportovních aktivit osobami, které nejsou na podobné činnosti připravené, či nezodpovědné sexuální chování cestovatelů (Beran, Vaništa, et, al., 2006: 27-31).

3. Obecné doporučení pro cestovatele a jejich realizace

Po nastínění alespoň základních aspektů cestovní medicíny jako oboru, je třeba zaměřit pozornost na samotné cestování. Je nabíledni, že před cestou do zahraničí je třeba učinit určitá opatření, která by měla minimalizovat (zejména) zdravotní rizika cestovatele. Například v předchozí kapitole zmiňovaný Jiří Beran společně s Jiřím Vaništou coby vedoucí autorského kolektivu předkládají určitý obecný soupis těchto opatření a doporučení (Beran, Vaništa, et al. 2006: 61-62). Tato doporučení lze rozdělit do dvou základních skupin:

3.1. Doporučení k realizaci před cestou do zahraničí

- Základem před cestou do zahraničí je zajistit si cestovní zdravotní pojištění pro případ úrazu či nemoci.
- Do této skupiny lze zařadit například kontrolu platnosti základních očkování (tetanus, hepatitida typů A i B⁶). Je důležité navštívit centrum cestovní medicíny⁷, kde lékař stanoví očkovací plán na základě zdravotního stavu cestovatele. Mezi jednotlivými očkováními je třeba dodržovat určité intervaly. I v zemích, které de iure povinné očkování nevyžadují, se doporučuje vystavení mezinárodního očkovacího průkazu.
- Důležitá je rovněž návštěva zubního lékaře před vycestováním do zahraničí.
- Rovněž je považováno za přínosné si na malou kartičku zapsat důležité údaje, jako je krevní skupina, chronická onemocnění či užívané léky. V situaci, kdy cestující člověk nemůže tuto informaci urgentně sdělit (bezvědomí), může taková kartička sehrát významnou úlohu i při záchraně života.

3.2. Doporučení k realizaci v průběhu cesty či po návratu

- Potvrzení o pojištění v zahraničí by měl cestovatel nosit po celou dobu pobytu mimo území ČR s sebou.
- V průběhu cesty je doporučeno pít pouze nápoje v originálním obalu, připravovat čaj či kávu pouze z dostatečně převařené vody či nenechat si připravit nápoje s ledem atd.
- Nedoporučuje se používat společné ručníky na toaletách k hygienickým úkonům.

⁶ Nejčastější očkování v souvislosti s cestováním rozebírá například Lobovská (2001:43), komplexní přehled přinášejí opět Beran a Vaništa (2006: 95).

⁷ O centrech cestovní medicíny podrobněji viz kapitola 2.2

- Rovněž je důležité konzumovat balené potraviny, pasterizované mléčné výrobky s informací o původu, či pouze oloupané ovoce a zeleninu. Naopak je třeba se vyvarovat syrových potravin, neznámých ryb či neúplně opracovaných plodů moře. Jako prevence se doporučuje vzít s sebou dostatečné množství přípravků proti střevním potížím.
- V době mezi 11. a 15. hodinou by se lidé měli vyhnout přímému slunečnímu záření a zároveň používat odpovídající krémy, pokrývku hlavy a sluneční brýle.
- Beran a Vaništa dále připomínají, že například malárie může být i smrtelným onemocněním, které nesmí být podceněno – ať již z hlediska vhodného oblečení či důsledného užívání léků.
- Nedoporučuje se koupat v neznámých povrchových vodách, kde hrozí nebezpečí parazitů, na písčných plážích existuje při pohybu bez obuvi riziko poranění nohy.
- V rámci prevence pohlavních chorob se doporučuje omezit rizikové sexuální chování.
- Cestovatelé by se při pohybu v zahraničí měli rozhodně vyhnout i provádění tetování či piercingu v neautorizovaných salonech se špatnými hygienickými podmínkami – zde by mohl nastat přenos hepatitidy typu A i B a rovněž i viru HIV.
- Kontakt se zvířaty ve volné přírodě může vést k přenosu vztekliny, především je v tomto kontextu nutno dohlédnout na děti.
- V případě onemocnění v zahraničí je důležité vyhledat ošetření na kvalifikovaném a kvalitním pracovišti, uschovat informace o užívaných medikamentech a vyžádat si podrobnou lékařskou zprávu.
- Pokud má cestovatel po návratu zdravotní potíže, je nutné navštívit lékaře a neopomenout mu poskytnout informaci o předchozím pobytu v zahraničí.
- Při delším pobytu v tropech se doporučuje pravidelně navštěvovat lékaře, byť nemá pacient žádné zdravotní potíže či příznaky.

4. Zdravotní pojištění

4.1. Zdravotní pojištění v České republice

Další významnou oblastí snižování rizik a negativních vlivů vzhledem ke zdraví (přirozeně nejen) v souvislosti s cestováním, je zdravotní pojištění. Cestovní zdravotní pojištění jako specifický výsek této reality pak bude probíráno samostatně v následující kapitole. Zdravotní pojištění je u nás zakotveno zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování⁸ s platností od 1. dubna 2012 pak upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů apod. Současný systém začal fungovat ke vzniku samostatné ČR, tedy k 1.1.1993 a je založen na statutárním (veřejném) principu s konkurujícími si zdravotními pojišťovny. V souvislosti se vstupem země do Evropské unie musela Česká republika přijmout i prvky společné evropské legislativy. V této souvislosti je důležité poznamenat, že zásadami poskytování zdravotní péče jsou vázány rovněž státy, které nejsou členy EU. To se týká například Norska nebo Švýcarska. S dalšími státy mimo EU (Srbsko, Turecko) pak ČR podepsala bilaterální Smlouvu o sociálním zabezpečení (CMU 2011: 6). V rámci interních legislativních úprav znamenala největší změny v systému (pouze částečně realizovaná) reforma, která vstoupila v platnost na počátku roku 2008 (Šatera 2012: 38; srov. viz Hroboň, Macháček, Julínek 2005).

Základním znakem zdravotního pojištění v ČR je jeho zákonnost; je tedy povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem na území ČR a zároveň pro všechny osoby cizí státní příslušnosti, které pracují pro českého zaměstnavatele⁹. Naopak do systému nemohou být zahrnuti cizí státní příslušníci, kteří u nás vykonávají pouze samostatnou výdělečnou činnost. Nelze tedy platbu pojištění ukončit na základě dobrovolnosti – při delším pobytu v zahraničí má ovšem pojištěnec možnost pojištění dodatečně přerušit (Němec 2008:190; Šatera 2012: 39). Plátce zdravotního pojištění můžeme rozdělit do tří základních skupin. Kromě již zmíněných pojištěnců a zaměstnavatelů je to rovněž stát, který hradí pojistné za přesně vymezené segmenty obyvatelstva (nezaopatřené děti, poživatele důchodů, uchazeče o zaměstnání atd.).

⁸ Druhý jmenovaný nahradil původní zákon č.20/1966 o péči o zdraví lidu.

⁹ Rozuměj pro zaměstnavatele, který má oficiálně sídlo na území ČR.

Klíčovým aktérem systému jsou zdravotní pojišťovny, které hradí poskytování zdravotní péče. Ty uzavírají smlouvy s poskytovateli zdravotní péče, přičemž základy těchto smluv jsou dány tzv. rámcovými smlouvami, které jsou vytvářeny skrze principy kolektivního vyjednávání (Němec 2008: 193). Zdravotních pojišťoven je v ČR po poslední fúzi aktuálně sedm¹⁰, přičemž nejvyšší počet pojištěnců má Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (cca 6,2 milionu k roku 2012). Další (zaměstnanecké/oborové) zdravotní pojišťovny mají podíl na trhu podstatně nižší¹¹.

Vedle veřejného zdravotního pojištění existuje v ČR i pojištění soukromé. Jeho rozsah je ovšem do značné míry omezený, což je způsobeno právě tím, že veřejné zdravotní pojištění pokrývá zhruba 90 % všech nákladů. Tento fakt souvisí s výše nastíněným principem veřejného zdravotního pojištění; pro další druhy pojištění tudíž na trhu de facto nezbyvá místo. Hlavním produktem privátní sféry tak zůstává pojištění léčebných výloh v zahraničí. Jiří Němec v této souvislosti upozorňuje především na velký rozdíl mezi cenou akutní zdravotní péče v zahraničí a v České republice jako motivační faktor pro sjednání cestovního zdravotního pojištění (Němec 2008: 195; Šerý, Bálint 1998: 533-535). Jak jsme viděli ve třetí kapitole, pojištění před cestou do zahraničí je jedním ze základních doporučení. Zároveň je důležité zhodnotit rozsah tohoto pojištění, zejména v souvislosti s extrémními sporty (CMU 2011: 13).

V souvislosti se vstupem ČR do Evropské unie se předpokládalo, že se počet lidí, kteří si sjednávají komerční cestovní zdravotní pojištění, na základě mylné domněnky o souvislosti zvýšení dostupnosti zdravotní péče v rámci Evropy na jedné straně a bezplatnosti této péče na straně druhé výrazně sníží. Je sice pravdou, že byl zaveden Evropský průkaz zdravotního pojištění¹², kterým se pojištěnec prokazuje napříč hranicemi států, nepokrývá ovšem rozdíly cen zdravotní péče. Pokud člověk není připojištěn a v zahraničí dojde k úrazu, je mu poskytnuta pouze neodkladná péče. Za ni je vystavena faktura v eurech, kterou musí pojištěnec ihned zaplatit. V ČR je tato faktura zpětně refundována zdravotní pojišťovnou, ovšem pouze do výše ceny, kterou by tato neodkladná péče stála v České republice¹³. Výše uvedená obava se však zejména díky vysoké informovanosti českých občanů o jednotlivých aspektech poskytování zdravotní péče

¹⁰ V době vzniku tohoto textu, tedy počátkem roku 2013.

¹¹ Počty pojištěnců jsou online dostupné z (http://www.mzcr.cz/dokumenty/zmeny-poctu-pojistencu-jednotlivych-zdravotnich-pojistoven-mezi-112010-a-1_6183_1.html).

¹² Je znám pod zkratkou EHIC (CMU 2011:7)

¹³ Řádově se jedná o necelou jednu desetinu původní částky.

v zahraničí nenaplnila a počet pojištěných v průběhu prvních dvanácti měsíců po vstupu naopak mírně vzrostl (ZDN; 15.4.2005).

4.2. Zdravotní pojištění v západní Evropě

V západní Evropě lze rozlišit tři základní modely¹⁴ zdravotního pojištění (podrobně viz Němec 2008:196-206)

- Statutární zdravotní pojištění
 - Nejpočetněji zastoupené (Velká Británie, severské země, Španělsko, Itálie...).
- Bismarckův model
 - Německo, Holandsko, Francie, Belgie, Lucembursko.
 - Tento systém kombinuje veřejné zdravotní pojištění se soukromým pojištěním.
- Švýcarský model
 - Do roku 1996 byl postaven na privátním zdravotním pojištění, které ovšem podléhalo rozsáhlé státní regulaci. V roce 1996 bylo ovšem privátní pojištění nahrazeno veřejným, čímž se tento model přiblížil spíše k Bismarckovu systému.

4.3. Zdravotní pojištění ve střední a východní Evropě

Původní systém zdravotního pojištění v tomto regionu byl založen na tzv. Semaškově modelu. Po pádu Železné opony lze registrovat ve většině zemí snahy o co nejrychlejší vzdálení se původnímu systému s tím, že majoritním systémem jsou v současné době tři různé varianty Bismarckova systému (Němec 2008: 207-208).

Systém založený na vzájemně si konkurujících zdravotních pojišťovnách

- Kromě České republiky tento systém v současnosti funguje i na Slovensku a částečně v Rusku (které je kombinací tohoto typu s regionalizovaným systémem).
- Systém jedné celostátní zdravotní pojišťovny
 - V Maďarsku, Bulharsku a řadě nástupnických zemí Sovětského svazu.
- Systém několika regionálně zakotvených zdravotních pojišťoven, které si vzájemně nekonkurují.
 - Rumunsko, Polsko, Litva, Lotyšsko, Estonsko...

¹⁴ V praxi se nejedná o „čisté“ typy, ale spíše o kombinaci dvou různých systémů.

4.4. Nároky pojištěných osob na zdravotní péči

Na základě nařízení Rady EHS jsou pojištěné osoby rozděleny do pěti základních skupin, dle výkonu výdělečné činnosti nebo dlouhodobého pobytu v zahraničí. Z tohoto pohledu lze konstatovat například osoby, které přechodně pobývají v zahraničí (turisté), mají nárok pouze na nezbytnou péči¹⁵ v zemi přechodného pobytu, zatímco osoby pracující v zahraničí mají nárok na plnou zdravotní péči v zemi, kde vykonávají zaměstnání a pochopitelně i v zemi, kde mají trvalé bydliště. Na plnou péči v zahraničí mají nárok i nezaopatření rodinní příslušníci osoby, která pracuje v zahraničí, i důchodci dlouhodobě žijící v zahraničí. Lidé, kteří cestují za schválenou zdravotní péčí, mohou využít výkonu na zdravotní péči v rozsahu, který schválí jejich zdravotní pojišťovna (podrobněji viz Šatera 2012: 30).

4.5. Aktéři mezinárodního zdravotního pojištění a jejich role

Je pochopitelné, že důležitými aktéry této politiky jsou zdravotní pojišťovny, které mají na starosti umožnění přístupu svých pojištěnců ke zdravotní péči, mezinárodní přeúčtování a úhradu nákladů za tuto péči, stejně jako provádění evropských nařízení. Od roku 2001 je významným hráčem v této oblasti rovněž Centrum mezinárodních úhrad (CMU), které zastupuje český systém ve vztahu k dalším státům. Jeho vznik byl klíčovým předpokladem pro fungování zdravotního pojištění po vstupu do Evropské unie v roce 2004, stejně jako v obecné rovině při provádění mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení (Šatera 2012: 31). CMU zajišťuje celou řadu úkolů. Například se jedná o informační servis týkající se provádění evropského práva a mezinárodních smluv přes řadu komunikačních kanálů (internet, tisk, telefonicky). Dále CMU poskytuje poradenství pro pacienty, pojištěnce, zdravotní pojišťovny a další aktéry, vytváří metodické pokyny v této oblasti pro pojištěnce, pojišťovny i zdravotnická zařízení či rozhoduje o příslušnosti k právním předpisům.

Zároveň je odpovědné za zúčtování nákladů, vede a pravidelně aktualizuje příslušné statistiky, uzavírá dohody se zahraničními styčnými místy, poskytuje správnou pomoc, spolupracuje s orgány státní správy zejména v oblasti připravování legislativních návrhů či zastupuje Českou republiku v evropských orgánech, jako jsou Technická komise a Účetní komise¹⁶.

¹⁵ Rozsah péče určuje lékař.

¹⁶ Zdroj: <http://www.cmu.cz/cmu/onas>.

5. Cestovní zdravotní pojištění

Několik obecných informací o cestovním zdravotním pojištění a jeho význam a důležitost již byly zmíněny v předchozích kapitolách. Na tomto místě je však nutno se jím zabývat poněkud hlouběji. Cestovní zdravotní pojištění je značně komplexní fenomén, který v sobě zahrnuje řadu typů pojištění, potažmo připojištění. Lze je vzájemně odlišit podle výše pojistné částky, čímž rozumíme horní hranici, která bude v případě vzniku pojistné události pojišťovnou vyplacena. V jeho rámci tedy rozlišujeme tyto typy (Beran, Vaništa et., al 2006: 81-82):

Pojištění léčebných výloh je zřejmě nejdůležitější součástí cestovního zdravotního pojištění a cestovatel by si jej měl sjednat při každé cestě mimo území ČR. V jeho rámci jsou pokryty například platby za ošetření v zahraničí, nutné diagnostické vyšetření, léčbu jako takovou, hospitalizaci, léky či nezbytnou přepravu pojištěnce. V případě úmrtí pojištěnce v zahraničí je z pojištění léčebných výloh hrazen transport ostatků zpět do ČR.

Cestovní úrazové pojištění funguje jako náhrada škody v případě, že dojde k úrazu pojištěnce. Po dobu nezbytného léčení úrazu je pojištěnci vypláceno denní odškodné, stejně jako případné trvalé následky či odškodnění pozůstalých v případě smrti. V této souvislosti je nutno podrobněji rozebrat dva druhy výjimek. První z nich jsou ošetření, která postrádají přímou souvislost s náhlým onemocněním či úrazem. Rovněž se pojištění nemusí vztahovat na určité oblasti, které jsou považovány za nebezpečné, vyjmuty jsou i tzv. extrémní sporty¹⁷. Podobně jako v případě tohoto druhu mimo oblast cestovního pojištění, platí plnění z **pojištění odpovědnosti za škodu v zahraničí** škodu, kterou pojištěnec způsobil jiným osobám na zdraví, životě či majetku.

Další součástí cestovního pojištění se sice přímo netýkají oblasti zdraví, nicméně budou pro úplnost rovněž alespoň ve zkratce zmíněny. Plnění z **pojištění zavazadel** hradí újmy způsobené poškozením, zničením či krádeží zavazadel cestovatele. Pojištěnec ovšem musí dodržovat přesně stanovená pravidla přepravy zavazadel, navíc se na určitou skupinu předmětů (doklady, letenky, hotovost) toto pojištění nevztahuje. Pro případ, že pojištěná osoba nemůže na zahraniční cestu odjet, funguje **pojištění nákladů spojených se zrušením cesty**. Rovněž zde je definován okruh událostí (úraz, úmrtí blízké osoby atd.), které mohou být považovány za uznatelné zdůvodnění, proč se pojištěná osoba nemohla své cesty nakonec zúčastnit.

¹⁷ Například se jedná o turistiku s horolezeckým vybavením, bungee jumping, freeride na lyžích či na kole atd. (podrobněji viz Beran, Vaništa, et., al. 2006: 82).

6. Cestování

Dosud byla pojednána například obecná doporučení před cestováním, a problematika zdravotního a cestovního pojištění. Jaká konkrétní rizika jsou ale spjata s jednotlivými dopravními prostředky? Obecně lze říci, že s cestováním jsou spojena určitá zdravotní rizika a problémy, a to bez ohledu na to, jaký dopravní prostředek aktuálně používáme. Následující kapitola se bude primárně věnovat rizikům spojeným s cestováním letadlem, coby nejrychlejším prostředkem na zdolávání delších vzdáleností. Opominuty nemohou zůstat ani další způsoby cestování, včetně lodní dopravy.

6.1. Letecká přeprava

Již bylo řečeno, že cestování letadlem je v současné době nejrychlejší a také nejspolehlivější způsob, jak překonávat dlouhé vzdálenosti. Zároveň ovšem může být cesta letadlem značnou psychickou i fyzickou zátěží pro řadu lidí. Zmíňme jednak „prostý“ strach z létání – dle výsledků posledních studií trpí hrůzou z letecké přepravy (na základě technických či psychologických aspektů létání) zhruba 15-20 % světové populace, což rozhodně není zanedbatelné číslo (Čechová, Pružina, Truska 2008: 79-82). Závažné problémy může létání způsobovat i po stránce fyzické; prvotní problémy mohou nastat již při přesunu v rámci rozsáhlých odbavovacích terminálů, a to zejména pro osoby trpící anginou pectoris (Beran, Vaništa, et al. 2006: 41).

6.1.1. Prostředí kabiny letadla

Další rizika mohou nastat v kabině letadla. Krom psychického stresu¹⁸ je člověk v kabině letadla vystaven snížení barometrického tlaku (odpovídá cca tlaku v 1800-2400 m.n.m), nižší vlhkosti vzduchu, snížení parciálního tlaku kyslíku, turbulencím či dlouhodobému sezení bez změny polohy. Zdravý člověk mírnou hypoxií¹⁹ v souvislosti se snížením barometrického tlaku kompenzuje tachykardií a tachypnoí a subjektivně tento stav prakticky nezaznamená. Problémy (retrosternální bolesti, koronární nedostatečnost...) mohou nastat u osob s kardiovaskulárním a respiračním onemocněním. Snížení barometrického tlaku zároveň způsobuje zvětšení objemu vzduchu v uzavřených tělesných dutinách. Symptodem tohoto stavu je ostrá bolest v uších a vedlejších dutinách (Beran, Vaništa, et al. 2006: 41-42; Čechová, Pružina, Truska 2008: 117). Velmi jednoduchou

¹⁸ O psychologických problémech spojených s létáním a snahám těmto problémům předcházet pojednávají podrobněji Čechová, Pružina a Truska (zejména viz str. 79-110). Z důvodu zaměření a rozsahu tohoto textu nebude o těchto záležitostech blíže pojednáno.

¹⁹ Nedostatek kyslíku v organismu.

prevenci v tomto případě představuje žvýkání žvýkačky či cucání bonbonů v době startu a přistání letadla.

Suchý vzduch, který je v kabině letadla, způsobuje vysušování sliznic a s tím spojené vyšší riziko infekčních onemocnění dýchacích cest. Suchý vzduch rovněž dráždí oči a v krajním případě může způsobit i poškození rohovky. Při přítomnosti nakažené osoby může prostředí kabiny letadla snadno působit pozitivně při šíření nákazy. V této souvislosti bývá uváděn například let z Hongkongu do Pekingu, během kterého došlo k přenosu nemoci SARS na osoby v nejbližším okolí nakaženého pasažéra (Beran, Vaništa, et al. 2006: 42-43).

6.1.2. Pásmová nemoc (Jet Lag)

Tato nemoc je známa v souvislosti s lety na delší vzdálenosti, při kterých pasažér překoná tři a více časových pásem najednou. V tomto případě dochází k narušení spánkového cyklu, nespavosti, únavě, malátnosti, poruchám koncentrace, ztrátě chuti k jídlu, anebo naopak hlad se dostavuje v neobvyklou denní dobu atd. Bolest hlavy je v tomto případě pokládána za typický příznak, člověk často nedokáže v cílové destinaci spát v noci a naopak usíná během dne. Lidské tělo je totiž běžně nastaveno na určitý denní (cirkadiánní) rytmus, jehož hlavním faktorem je sluneční světlo. V případě, že cestovatel odlétá z České republiky například v časných ranních hodinách (ještě za tmy) a do destinace přiletí ve večerních hodinách místního času (již za tmy), dlouhodobě nastavený rytmus je narušen. Příznaky pásmové nemoci nelze zcela odstranit. Lze je však zmírnit například dostatečným odpočinkem před cestou, absencí stresu, přípravou na nový spánkový režim již v letadle nebo optimálním výběrem času letu. Příznaky pásmové nemoci jsou výraznější u starších osob, naopak mladší lidský organismus je lépe schopen se na změnu prostředí adaptovat (podrobněji viz. Beran, Vaništa 2006: 46-48). V této souvislosti rovněž nelze zapomínat na osoby trpící onemocněním diabetes mellitus; tyto lidé musí i při delším cestování letadlem dbát na pravidelné užívání léků – zejména osoby užívající inzulín by tuto situaci neměly podceňovat.

6.1.3. Kontraindikace cesty letadlem

Již bylo naznačeno, že cestování letadlem s sebou nese řadu zdravotních rizik.

Nejčastější kontraindikace cesty letadlem jsou (Beran, Vaništa 2008: 190-191):

- Závažná kardiopulmonální onemocnění (srdeční selhání, nestabilní angina pectoris, nekontrolovaná hypertenze, chronická obstruktivní plicní choroba s klidovou hypoxémií, neresorbovaný plicní výpotek a pneumotorax)

- Výrazná anémie
- Nedávná cévní mozková příhoda
- Nitrolební hypertenze a léčbou nekontrolovaná epilepsie
- Akutní zánět středouší či vedlejší dutin a jiné stavy s blokádou Eustachovy trubice
- Nedávný operační zákrok, především v dutině břišní
- Nakažlivá choroba včetně akutní tuberkulózy
- Těhotenství starší 35 týdnů a 1. týden šestinedělí
- Zlomenina s pevným obvazem
- Nitrooční chirurgický zákrok, retinopatie

6.2. Ostatní přeprava

Problémy a zdravotní rizika nacházíme nejen v souvislosti s cestováním letadlem, ale i s dalšími druhy přepravy. V této souvislosti bude zmíněna hluboká žilní trombóza (se kterou se lze setkat při delším sezení ve kterémkoliv dopravním prostředku, nejen v letadle) a kinetóza, která může nastat při cestování lodí, letadlem či po silnici.

6.2.1. Hluboká žilní trombóza

Klíčovou proměnnou pro hlubokou žilní trombózu je délka cestování; jako hraniční údaj jejího rizika bývá uváděno více než 5 hodin sezení nebo vzdálenost 10.000 kilometrů při letecké přepravě. Jako další faktory jsou uváděny sezení bez pohybu v omezeném prostoru, těsné oblečení, dehydratace, snížený tlak kyslíku (v letadle) a vrozené či během života získané rizikové faktory – v těhotenství, kouření, věk, trombofilní stavy atd. (blíže viz Beran, Vaništa et al. 2006: 48-49). Rovněž v tomto případě existuje několik obecných rad a doporučení, jak tomuto stavu předcházet. Jedná se zejména o dostatečný příjem nealkoholických tekutin, provádění pravidelných pohybů nohou za účelem dopomoci návratu krve z dolních končetin, nemít při sezení překřížené nohy, což zhoršuje krevní oběh a pokud možno se alespoň jednou za hodinu krátce projít. Rizikové osoby²⁰ by měly používat elastické kompresivní punčochy, případně preventivně aplikovat prostředek proti srážení krve (Čechová, Pružina, Truska 2008: 120).

²⁰ Jedná se o lidi s poruchou srážlivosti krve, kteří by se měli řídit doporučením cévního lékaře.

Tab. 1. Predispoziční faktory pro vznik tromboembolické nemoci v průběhu cestování

Zpracováno dle: Beran 2005b.

Věk nad 60 let (některé zdroje uvádí 40 let)	Chronické kardio-pulmonální onemocnění
kouření	Hormonální antikoncepce
Anamnéza tromboembolické nemoci	Léčba estrogeny
Těhotenství	Velké varixy žil
Porod v průběhu posledních 2 měsíců	Chronická žilní insuficience
Maligní onemocnění	Vrozené / získané trombofilní stavy

6.2.2. Kinetóza

Pod tímto pojmem se skrývá prostá nevolnost, či komplex nepříjemných pocitů v souvislosti s pohyby dopravního prostředku. Typicky se jedná o pohupování lodě na hladině, pohyby letadla (zejména během startu a přistání, při turbulentních stavech), prudké brzdění či zrychlení atd. Klasickými příznaky jsou nevolnost, pocity na zvracení, malátnost, slabost, zrychlený dech, studený pot, tachykardie či pokles krevního tlaku. Častěji trpí kinetózou ženy, děti do 10 let a osoby s častými migrénami. Podobně jako v případě hluboké žilní trombózy existuje několik základních pravidel pro potlačení či alespoň omezení příznaků kinetózy (Beran, Vaništa et al. 2006: 45-46). Jedná se zejména o úpravu stravování před cestou a v jejím průběhu, užívání léků na tlumení závratí či zaujetí vhodné polohy v průběhu cestování (typicky sedět poblíž těžiště dopravního prostředku, nesledovat v průběhu cesty například televizi, pohodlně sedět atd.).

7. Očkování a imunizace

Pokud se kapitola 6 zabývala problémy a riziky spojených s přesunem různými dopravními prostředky, nyní je nutno přikročit k otázkám souvisejícím se samotným pobytem v zahraničí. Ještě než se budu zabývat zdravotními riziky v souvislosti s cestami do konkrétních zemí, je nutné v obecnější rovině nastínit jednotlivé aspekty očkování a imunizace. Jedná se nejen o vysvětlení základních pojmů, ale také o nastínění oblastí výskytu konkrétních nemocí, které budou následně probírány v souvislosti s jednotlivými státy.

Pojmy očkování a imunizace nelze zaměňovat, i když se to často v praxi stává. Jako očkování je označován proces, kdy je do kůže, do svalů nebo perorálně vpravován vakcinální antigen a ostatní složky očkovací látky. Imunizace je naproti tomu „vytváření specifické i nespecifické imunitní odpovědi v lidském organismu na vakcinální antigen nebo ostatní složky vakcíny“. Cílem imunizace je zabránění vzniku infekční nemoci u konkrétního jedince, ovšem, jak vyplývá z výše uvedeného, ne každé očkování k imunizaci skutečně vede (Beran, Vaništa et, al., 2006: 84; srov. Lobovská 2001: 38).

Tato problematika je značně komplexní,²¹ proto ji lze zkoumat z několika úhlů pohledu. Imunizaci lze například rozdělit na aktivní a pasivní, přičemž klíčovým hlediskem je charakter látky, kterou pacient dostane. Při aktivní imunizaci se jedná o látku, která by měla vyprovokovat tvorbu protilátek u pacienta. V rámci pasivního typu je podávána již hotová protilátka (Lobovská 2001: 43).

Očkování v souvislosti s cestováním má pochopitelně určitá specifika. Zejména se jedná o kombinaci očkovacích látek, neboť ne vždy je dostatek času před odjezdem aplikovat vakcíny v delších časových intervalech. V dnešní době ovšem není kombinace vakcín velkým problémem, musí se ovšem dodržovat určitá pravidla a pochopitelně disponovat znalostmi o tom, jaké vakcíny je mezi sebou možno kombinovat (Beran, Vaništa 2006: 89-90). Obecně se rozlišují určité zásady správného očkování. Jedná se například o dodržování individuálního přístupu ke každému pacientovi, správné skladování očkovací látky, dodržování indikací a kontraindikací, znalost detailů o očkovací látce (viz příbalový leták) nebo stálá zásoba prostředků pro zmírnění nežádoucích reakcí. I přesto však každá očkovací látka může takové nežádoucí reakce vyvolat - například ve formě kožních projevů, sérové nemoci či v horším případě anafylaktického šoku (Lobovská 2001: 44-45)

²¹ Blíže například o rozdělení očkovacích látek či o problematice očkovacích schémat viz Beran, Vaništa et, al., 2006: 83-89).

Tab. 2. Přehled pravidelných, povinných a doporučených očkování před cestami do zahraničí. *Zpracováno podle: Beneš 2009: 605.*

Infekční nemoc	Vakcína	Aplikace	Protektce
<i>Pravidelné</i>			
tetanus	Alteana Sevapharma	1 dávka i.m. Přeočkování	10-15 let
dětská obrna	Imovax Polio	1 dávka i.m.	10 let
záškrť	Diphtheria Adsorb.	1 dávka i.m.	10 let
záškrť a tetanus	Td-Pur	1 dávka i.m.	
<i>Povinné</i>			
žlutá zimnice	Stamaril	1 dávka s.c. nebo i.m.	10 let
meningokoková meningitida typ A,C,Y,W-135	Tetravalentní vakcína Menomune	1 dávka i.m.	3 roky
<i>Doporučené</i>			
virová hepatitida A	Havrix 1440, Havrix 720, Junior, Avaxim, Vaquta	1. dávka i.m. 2. dávka za 6-12 měsíců i.m.	podle typu vakcíny 20 let až celoživotně
virová hepatitida B	Engerix B	3 dávky i.m. 0., 1., 6. měsíc	celoživotně
virová hepatitida A+B	Twinrix Adult aTwinrix Paediatric	3 dávky i.m. 0., 1., 6. měsíc	viz virová hepatitida A a B
břišní tyfus		1 dávka i.m.	3 roky
meningokoková meningitida A+C	Meningococcal Polysaccharide vaccine A+C	1 dávka i.m.	3 roky
meningokoková meningitida C	Menjugate NeisVac-C	1 dávka i.m.	10 let (konjugovaná)
vzteklina	Rabipur Verorab	3 dávky i.m. den 0, 7, 28 4. dávka za 12 měsíců	1 rok 2–5 let
japonská encefalitida	J.E VAX	3 dávky s.c. Den 0, 7, 30	2 roky
cholera	Dukoral	2 p.o. dávky s odstupem 1-6týdnů	2 roky

Je pochopitelné, že s vakcinací jsou spojeny určité náklady. Pro přehlednost a názornost jsou v tabulce č. 2 uvedeny orientační ceny jednotlivých očkovacích látek dle informací z Centra cestovní medicíny²². Konečná částka²³ přitom je odvislá od cen vakcíny jednotlivých dodavatelů a její výše tudíž může být pohyblivá.

Tab. 3. Orientační ceny očkovacích látek.

Zpracováno podle: <http://www.centrumcestovnimediciny.cz/index.php?linkID=txt11&lang=1>

Onemocnění	Očkovací látka	Cena v Kč
Virová hepatitida A (dospělí)	Avaxim	1350,-
Virová hepatitida A (dospělí)	Havrix	1350,-
Virová hepatitida A (děti)	Havrix 720j	1100,-
Virová hepatitida B (dospělí)	Engerix B – 20mcg	900,-
Virová hepatitida A+B (dospělí)	Twinrix Adult	1700,-
Meningokoková meningitida (A+C)	Vacc. Meningococ. A+C	690,-
Meningokoková meningitida C	Neis Vac C lonj.	1000,-
Meningokoková meningitida C	Menjugate TM konj.	1000,-
Meningokoková meningitida (A+C+W135+Y)	Menveo A/C/Y/W135 konj., Nimenrix	1700,-
Japonská encefalitida	IXIARO	2500,-
Žlutá zimnice	Stamaril	900,-
Chřipka	IDFLU 9, IDFLU 15	350,-
Chřipka	Vaxigrip	250,-
Tetanus	Tetanol	350,-

²² Údaje platné ke 28.3.2013.

²³ Uvedené ceny jsou kalkulovány za jednu dávku vakcíny včetně aplikace, vystavení očkovacího průkazu pro ČR a stručného poučení pacienta.

Vzteklina	Verorab	550,-
Cholera	Dukoral	1150,-
DiTePe – záškrť, tetanus, černý kašel	Boostrix, Adacel	850,-
Břišní tyfus	Typhim Vi	700,-
Břišní tyfus	TYpherix PSVi	Není k dispozici

Tab. 4. Oblasti výskytu vybraných infekčních nemocí, proti kterým lze očkovat

Zpracováno podle: Beneš 2009: 606.

Infekční nemoc	Oblast výskytu
Virová hepatitida A	celosvětově, vyšší výskyt v zemích s nižším hygienickým standardem
Virová hepatitida B	celosvětově, vysoký výskyt JV Asie, Afrika, Amazonie a Střední Amerika
břišní tyfus	země s teplým klimatem a nižším hygienickým standardem
Tetanus	celosvětově, zvláště indický subkontinent
Dětská obrna	Afrika, Asie, země s aktuálním výskytem
Záškrť	tropy, subtropy, místa s epidemickým výskytem
žlutá zimnice	subsaharská Afrika, Střední a Jižní Amerika
meningokoková meningitida typ A	subsaharská Afrika, epidemicky Čína, Mongolsko, Tibet
meningokoková meningitida typ B a C	celosvětově, endemicky
meningokoková meningitida typ A,C,Y,W-135	endemicky Saudská Arábie (poutníci do Mekky)
vzteklina	celosvětově, hlavně Indie a JV Asie, Afrika, jižní Tichomoří
Cholera	Afrika, Asie – zejména indický subkontinent, Jižní Amerika, Kuba, Dominikánská republika
japonská encefalitida	JV Asie

8. Země nejčastěji navštěvované českými občany

Při pojednání o destinacích, které jsou českými občany²⁴ navštěvovány nejčastěji, je nutno provést určité základní rozdělení do dvou skupin. Ve skupině první nacházíme tzv. „běžné“ destinace, tedy takové země, do nichž osoby z České republiky jezdí nejčastěji a které s sebou zároveň zpravidla nenesou větší množství závažných zdravotních rizik. Druhou skupinu tvoří tzv. „exotické destinace“, do nichž lze obecně zařadit rizikovější státy (viz Tabulka č. 6). V této souvislosti se zároveň setkáváme s překážkou absence dostupných dat o přesnějším počtu lidí z ČR, kteří tyto země meziročně navštíví. Domnívám se, že s technickými možnostmi 21. století by bylo možné tato data zaznamenávat lépe.

Tab. 5. Počty českých občanů v „běžných destinacích“

Zdroj: Beran 2011

Pořadí	„Běžné destinace“	Počet osob v „běžných destinacích“ (2009)
1	Chorvatsko	900 000
2	Slovensko	490 000
3	Řecko	410 000
4	Itálie	380 000
5	Španělsko	380 000
6	Francie	210 000
7	Rakousko	130 000
8	Tunisko	65 000
9	Maďarsko	60 000
10	Turecko	35 000

8.1. „Běžné destinace“

Jak z výše uvedené tabulky vyplývá, nejvyšší počet občanů České republiky navštěvuje země, kde při dodržení základních hygienických návyků a vyhnutí se rizikovým oblastem (chudinské periferie velkých měst atd.) výraznější riziko nehrozí. Nejběžnějším rizikem zůstává cestovatelský průjem (Egypt, Turecko, Tunisko) v souvislosti s diametrálně odlišnou kompozicí běžné stravy v inkriminovaných zemích. Evropské země

²⁴ Vzhledem k patologické nedostupnosti vhodných statistických dat není možno rozlišovat mezi osobami, které do zahraničí cestují za prací a těmi, kteří cestují „pouze“ za turistikou a poznáním.

jsou díky své geografické i kulturní blízkosti obecně považovány za relativně bezpečné, přesto se doporučují určitá očkování: proti virové hepatitidě typu A (Řecko, Španělsko, Chorvatsko – stejně jako mimo Evropu například Tunis nebo Turecko). Mladým cestovatelům, kteří navštěvují například diskotéky či místa, kde dochází ke koncentraci většího množství osob, by mělo být doporučeno očkování proti Neisseria meningitis typu C, a to například v Itálii, Španělsku nebo Francii (Beran, Vaništa, et., al. 2006: 260).

8.2. „Exotické“ destinace

Jak je již patrné z předchozího textu, většina destinací, které jsou považovány za exotické, leží mimo evropský kontinent. Zároveň se potýkáme s absencí přesných statistických údajů o počtu Čechů cestujících do jednotlivých zemí, proto budou konkrétní státy řešeny v abecedním pořadí²⁵.

Tab. 6. Počty českých občanů v „exotických destinacích“

Zdroj: Beran 2011

„Exotické destinace“
Egypt
Brazílie
Dominikánská republika
Filipíny
Gambie
Indie
Indonésie
Keňa
Tanzanie
Thajsko

8.2.1. Brazílie

Jedním z nejdůležitějších onemocnění je v souvislosti z touto zemí žlutá zimnice. Při příjezdu do Brazílie je vyžadováno očkování proti této nemoci u všech cestovatelů ze zemí, jež jsou považovány za endemické (například se jedná o Angolu, Bolívii, Gabon, Ghanu, Ekvádor, Keňu, Súdán nebo Peru). Brazílie jako taková je považována také za

²⁵ Důležitým zdrojem obecných informací o jednotlivých destinacích je portál www.etravel.cz.

endemickou oblast pro žlutou zimnici, proto je obecně doporučována imunizace pro všechny oblasti starší devíti měsíců, které hodlají navštívit nějakou z rizikových oblastí²⁶.

Druhou nebezpečnou nemocí s vysokým výskytem je v Brazílii malárie²⁷. Podíl *P.vivax* je cca 79 % a *P.falciparum* zhruba 21 %. Ve vysoce rizikových oblastech se setkáváme s další komplikací, kterou je resistance na chlorochinová antimalarika. Svou roli hrají rovněž přírodní podmínky. 85 % případů onemocnění malárií bývá v průměru zaznamenáno v amazonské oblasti, kde je doporučována profylaxe preparáty Malarone nebo Lariam doplněná o expoziční profylaxi. Rizikové jsou rovněž například oblasti hornické a sídlištní, které se nacházejí pod 900 metrů nadmořské výšky (podrobně Beran 2007; Yellow book 2012).

Významným zdravotním rizikem je v Brazílii rovněž nebezpečí nakažení virem HIV, které hrozí především ve velkých aglomeracích, jakými jsou Rio de Janeiro nebo Sao Paulo. V rozmezí prosince a května²⁸ se v této zemi vyskytuje rovněž horečka dengue, proti níž očkovací látka neexistuje. Na severu země byla opakovaně zaznamenána kožní a viscerální leishmanióza, často se objevují také epidemie žloutenky typu A nebo B. V chudinských čtvrtích se vyskytuje rovněž mor. Endemická je v Brazílii také vzteklna (opět zejména na severu země), očkování je v tomto případě doporučováno primárně osobám, které budou v zemi pobývat více než jeden měsíc, popřípadě se hodlají pohybovat ve volné přírodě. V podstatně menší míře se v Brazílii vyskytuje cholera, ovšem očkování proti této nemoci není Světovou zdravotnickou organizací (WHO) vyžadováno ani doporučováno. V Brazílii byla hlášena například také schistosomóza a rovněž některé helmitózy (podrobně viz Beran 2007).

Pokud se týče zdravotních rizik v Brazílii nelze opominout také vysokou úroveň kriminality, coby jeden z významných negativních znaků této země. Za nebezpečné z hlediska pouliční kriminality je považováno zejména Rio de Janeiro. Cizinci jsou častými terči přepadení – v takových situacích se doporučuje neklást žádný odpor a preventivně rovněž dodržovat určité zásady (nosit s sebou jen omezenou hotovost, vyhnout se nebezpečným oblastem a nepohybovat se osamoceně).

²⁶ Konkrétně se jedná o venkovské oblasti ve státech Acre, Amazonas, Goiás, Maranhao, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Rondonia a rovněž celé oblasti a Roraimá, Tocantis, Paraná a Sao Paulo. Vzhledem k rozloze výše jmenovaných oblastí je dle mého názoru možno toto doporučení vztáhnout na Brazílii jako celek.

²⁷ Pro většinu oblastí Brazílie je doporučována profylaxe preparáty Lariam nebo Malarone, v méně rizikových regionech se doporučuje pouze pohotovostní léčba.

²⁸ Výjimečně až srpna.

8.2.2. Dominikánská republika

V porovnání s Brazílií je Dominikánská republika z hlediska cestovatele relativně bezpečnou destinací, přesto je nutno dbát určitých preventivních opatření. Při cestě do této země nejsou žádná povinná očkování, doporučeno je očkování proti virové hepatitidě typů A i B, vzteklině, spalničkám, tetanu a břišnímu tyfu – v tomto případě zejména pro cestovatele, kteří plánují delší pobyt, či se hodlají pohybovat ve venkovských oblastech. Nevyskytují se zde nebezpečné nemoci, jako například žlutá zimnice nebo cholera. V turisticky exponovaných oblastech je minimální rovněž výskyt malárie²⁹. V souvislosti s cestováním do Dominikánské republiky existuje poměrně značné riziko cestovatelského průjmu – je proto užitečné s sebou vézt širší škálu pohotovostních prostředků proti průjmu. Ve srovnání s výše rozebíranou Brazílií je v Dominikánské republice podstatně nižší riziko přenosu viru HIV; i přes obvyklou absenci konkrétních údajů se předpokládá, že riziko nepřekračuje běžný evropský průměr. Významným problémem v souvislosti s cestou do Dominikánské republiky může být tuberkulóza – při delším pobytu se doporučují preventivní testy před odjezdem i po návratu (Beran 2007).

S menší intenzitou se v této zemi vyskytují například schistosomóza, z helmintóz pak zejména askarióza, ankylostomóza, trichinelóza, cysticercóza a hydatiíóza. V letních měsících existuje také riziko horečky dengue, kterou přenášejí především komáři. Z hlediska kriminality se jedná o relativně bezproblémovou destinaci bez zásadních bezpečnostních doporučení.

8.2.3. Egypt

Rovněž v Egyptě není vyžadováno povinné očkování, doporučuje se však imunizace proti tetanu, hepatitidě typu A (při pobytu delším než jeden rok a častém kontaktu s domorodci) a B a rovněž meningitidě typů A a C a břišnímu tyfu. Toto je v souvislosti zejména s nižšími hygienickými standardy, než je v Evropě obvyklé. Pro osoby starší třiceti let, které se budou pohybovat na venkově (a zároveň déle než jeden měsíc), se doporučuje rovněž přeočkování proti dětské obrně. V Egyptě se vyskytuje například cholera, ale očkování proti ní není mezinárodním očkovacím řádem doporučeno. Riziko malárie je v turisticky exponovaných místech minimální. Egypt rovněž není endemický na žlutou zimnici. Po osobách, které přijíždějí z rizikových destinací z endemických oblastí Jižní Ameriky nebo Afriky (například, Belize, Honduras,

²⁹ Výjimku představuje rok 2004, kdy došlo k přenosu malárie z dělníků původem z Haiti na turisty skrze komáry. Obecně je riziko malárie vyšší v pohraničních oblastech sousedících právě s Haiti (Beran 2007; Yellow book 2012).

Guatemala nebo Nikaragua), je běžně vyžadován mezinárodní očkovací průkaz (Beran 2007).

Podobně jako v mnoha jiných zemích, i v Egyptě existuje značné riziko cestovatelského průjmu, který je velmi pravděpodobný zejména při delších pobytech³⁰. V této souvislosti je nutno dodržovat určité hygienické návyky (nekonzumovat neomyté ovoce a zeleninu, vyhnout se konzumaci nebalené zmrzliny). V případě Egypta rozhodně není neobvyklá také bacilární úplavice. Rovněž byl zaznamenán výskyt vztekliny. Mezi další nemoci, které se v Egyptě vyskytují, jmenujme například kožní a viscerální leishmaniózu, zejména v povodí řeky Nil pak schistosomózu, západonilskou horečku nebo horečku Rift Valley (Yellow Book 2012).

Vzhledem k islámskému charakteru oblasti je nutno dodržovat určitá pravidla³¹. Ženy by neměly nosit hluboké výstřihy, šaty pod kolena a odhalená ramena; nedoporučuje se ani projevování vzájemných citů na veřejnosti. Je vhodné se rovněž vyhnout centrálním oblastem Egypta s vyšším rizikem teroristických útoků. Cizincům se s ohledem na možné postihy rovněž nedoporučuje fotit strategické objekty (kasárna, úřady) a uniformované příslušníky bezpečnostních složek.

8.2.4. Filipíny

Filipíny nepatří mezi endemické oblasti žluté zimnice, přesto je (podobně jako v Egyptě) vyžadován očkovací průkaz u osob, které z endemických oblastí přijíždějí. Naopak je možný výskyt cholery, vakcinace však není oficiálně vyžadována. V části Filipín (kromě hlavního města Manila a ostrovů Bohol, Cantanduanes a Cebu) je riziko výskytu malárie³². Při návštěvě oblastí jako jsou Luzon, Mandoro nebo Palawan se doporučuje profylaxe látkami Malarone nebo Lariam, v dalších oblastech je doporučováno očkování chlorochinem (Beran 2007). Bez ohledu na geografické aspekty se pro všechny návštěvníky Filipín doporučuje očkování proti hepatitidě typu A i B a rovněž proti břišnímu tyfu.

Podobně jako v jiných zemích je na Filipínách vysoké riziko cestovatelského průjmu. Je proto vhodné s sebou mít dostatek přípravků na pohotovostní léčbu. Oproti dalším zemím je zde poměrně vysoké riziko přenosu viru HIV. Vyskytuje se rovněž japonská encefalitida (především v oblastech Negros, Luzon a Mindoro), kde se při pobytu

³⁰ Beran zmiňuje, že cestovatel s největší pravděpodobností tento průjem zažije při čtrnáctidenním pobytu minimálně jednou. Dále se převážně bakteriálně může šířit améboza a také girardióza (Beran 2007).

³¹ Pro konkrétnější informace o rizicích a doporučeních pro cestovatele v souvislosti s cestováním, srov. Kap. 9, která podrobněji jednotlivá náboženství rozpracovává.

³² Zejména se jedná o venkovské oblasti s nižší nadmořskou výškou.

delším než měsíc v rozmezí od ledna do dubna doporučuje očkování. Kvůli riziku vztekliny je preexpoziční očkování doporučováno při pobytu delším než jeden měsíc, popřípadě při plánovaném kontaktu s divokými či domácími zvířaty. Dalším nebezpečím je tuberkulóza; toto riziko se ovšem objevuje zejména v případě venkovských oblastí a pobytů delších než jeden měsíc. V těchto případech je na zvážení preventivní kožní test před odjezdem a po návratu. Na Filipínách byly zaznamenány také případy onemocnění horečkou dengue (Beran 2007).

8.2.5. Gambie

Velmi důležité je při cestování do Gambie očkování proti žluté zimnici. Mezinárodní organizace toto očkování doporučují zejména cestovatelům starším devíti měsíců věku, kteří pobývají na venkově. Úředně je v Gambii vyžadováno očkování proti této nemoci u všech osob, které do země přijíždějí z endemických oblastí. Podobně jako například v Brazílii, i Gambie vykazuje vysoké nebezpečí malárie, přičemž nejvyšší stupeň rizika existuje v rozmezí června a října. Proti malárii se doporučuje očkování preparáty Leriam nebo Malarone³³, naopak na chlorochin byla z této země hlášena rezistence (Beran 2007).

V Gambii je dále doporučováno očkování proti hepatitidě typu A i B a břišnímu tyfu. Pro osoby, které v zemi plánují pobyt delší než jeden měsíc, je doporučována kontrola přeočkování proti tetanu, záškrtu a dětské obrně a rovněž očkování proti vzteklině³⁴. Dále odborníci doporučují očkování proti meningokokové meningitidě, a to zejména v obdobích sucha. Naopak, očkování proti dětské obrně zde není nutné. Podobně jako v řadě dalších zemí, které řadíme do kategorie „exotických“, rovněž v Gambii existuje vysoké riziko cestovatelského průjmu – i doporučovaná preventivní opatření jsou velmi podobná. Vyskytuje se zde rovněž nebezpečí AIDS/viru HIV. Vysokou míru výskytu vykazuje také leishmanióza (kožní/viscerální) a schistosomóza (Beran 2007). Z hlediska zdravotních rizik je třeba zmínit také často napjatou bezpečnostní situaci v zemi, na kterou je při cestě vždy třeba brát ohled.

8.2.6. Indie

Velmi častou nemocí vyskytující se v Indii³⁵ je například malárie, podobně jako v Gambii, s rezistencí na chlorochin. Je tedy doporučováno očkování preparáty Leriam

³³ Doplněné o expoziční profylaxi.

³⁴ Zejména při pobytu na venkově a práci se zvířaty.

³⁵ Rizikové jsou z tohoto pohledu zejména nížinné severní oblasti. Naopak oblasti s vyšší nadmořskou výškou (nad 2000 m.n.m.) jsou bez výskytu malárie.

nebo Malarone doplněné o expoziční profylaxi. Dále je očkování doporučováno proti žloutence typu A a B a břišnímu tyfu, při pobytech delších jednoho měsíce pak přeočkování proti dětské obrně a záškrtu (Yellow Book 2012). Častým onemocněním je zde cholera, proti níž se ovšem žádné očkování nevyžaduje.

I s ohledem na problematické hygienické podmínky je velmi častým onemocněním v Indii také cestovatelský průjem, který se dostavuje obvykle během druhého až třetího dne po příjezdu do země. Beran konstatuje, že příčinou vzniku tohoto onemocnění může být rovněž *Vibrio cholerae* či parazitární nákazy jako améboza, giardióza či kryptosporidióza (Beran 2007). Naopak Indie nepatří mezi endemické oblasti žluté zimnice, potvrzení o očkování může být vyžadováno pro osoby, které přicestují z infekčních oblastí.

Často se v Indii setkáváme i s horečkou dengue, vzteklinou či meningokovou meningitidou, proti které je zejména pro oblast Nového Dillí doporučováno očkování. Méně intenzivní je zejména v jižních oblastech a v nepálském a tibetském pohraničí výskyt japonské encefalitidy. Na rozdíl od většiny dalších destinací se v Indii sporadicky vyskytuje také mor. Z hlediska bezpečnosti je většina indického území považována za relativně bezpečné; zcela vyhnout by se cestovatelé měli pouze oblasti Kašmírského údolí, které je považováno za rizikovou oblast.

8.2.7. Indonésie

Stejně jako v Indii se i zde vyskytuje cholera, proti níž ovšem není vyžadováno očkování. Velmi podobná situace je v případě žluté zimnice – Indonésie není endemickou oblastí žluté zimnice, při příjezdu cestovatelů z rizikových oblastí může být vyžadováno očkování proti této nemoci. Riziko Malárie je poměrně vysoké zejména v oblastech Bornea, Nové Guineje či Sulawesi, naopak turisticky exponované oblasti Jávy a Bornea i hlavní město Jakarta jsou z tohoto hlediska rizikové podstatně méně. *P. falciparum* se vyskytuje zhruba v 65 %, *P. vivax* je zastoupeno v 35 % případů, přičemž oba parazitické druhy jsou rezistentní vůči chlorochinu³⁶. Dále se doporučuje očkování proti žloutence typu A i B a proti břišnímu tyfu.

Zejména v období března a dubna se v Indonésii hojně vyskytuje horečka dengue, riziko představuje také japonská encefalitida. Proti ní by se měly nechat očkovat osoby, které hodlají v oblasti pobývat déle než jeden měsíc a které plánují pobyt v zemědělských oblastech. Očkování proti vzteklině, jež se v Indonésii rovněž vyskytuje, se doporučuje

³⁶ Podobně jako v jiných zemích je v této situaci prováděno očkování látkami Malarone nebo Lariam doplněná o expoziční profylaxi.

lidem, kteří hodlají v zemi strávit více než jeden měsíc a/nebo během pobytu přijdou do styku se zvířaty. V ojedinělých případech byl zaznamenán také mor. Riziko cestovatelského průjmu je zde rovněž vysoké, rapidně vzrůstá při stravování mimo hotely (Beran 2007). Z obecných bezpečnostních rizik v indonésckém případě zmiňme fakt, že se jedná o muslimskou zemi, kde zejména ženy musí na veřejnosti dodržovat určitá pravidla (vyvarovat se vyzývavého odívání, nepožívat alkohol na veřejnosti), v průběhu muslimských svátků rovněž roste nebezpečí teroristických útoků ze strany islámských radikálů.

8.2.8. Keňa

V kontrastu s většinou výše jmenovaných zemí se v Keni vyskytuje žlutá zimnice, a to zejména v pralesních oblastech na severozápadě země. Proto je doporučováno očkování pro všechny cestovatele přijíždějící do Keni. Potvrzení o vakcinaci může být navíc vyžadováno od osob, které přijíždějí z endemických zemí. Další hojně se vyskytující nemocí je malárie; rizikovými oblastmi jsou zejména deštné pralesy, naopak nižší výskyt této nemoci je zaznamenán ve vyšších nadmořských výškách. Z hlediska parazitů převažuje *P. falciparum* (85 %), který je odolný vůči chlorochinu i meflocinu – z toho důvodu je doporučována očkovací látka Malarone (Beran 2007). Při cestě do Keni se doporučuje očkování proti hepatitidě typu A a B, stejně jako proti břišnímu tyfu a meningokokové meningitidě, která se vyskytuje především v období sucha, u turistů je však její rozšíření nižší. Podobně jako v jiných zemích je u delších pobytů vhodné přeočkování proti záškrtu a dětské obrně. V souvislosti s vysokohorskou turistikou se doporučuje poradit se s lékařem o možnostech předcházení, respektive zmínění následků tzv. akutní vysokohorské nevolnosti, což platí zejména pro turisty ve vysokohorských oblastech jako je například Kilimandžáro (Yellow Book 2012).

V Keni je častá také leishmanióza. Vyskytuje se i mor nebo cholera – v obou případech však povinnost očkování neexistuje. Proti vzteklině by se měli nechat očkovat zejména cestovatelé, kteří plánují pobyt delší než jeden měsíc a kteří pravděpodobně přijdou do styku se zvířaty. Mezi další nemoci, které se v Keni vyskytují, patří například klíšťový tyfus, západonilská horečka, rozšířena je také nemoc AIDS. V souvislosti s náboženstvím není nutno dodržovat nějaká speciální opatření, vzhledem ke zdravotním a bezpečnostním rizikům je třeba reflektovat nestálou vnitropolitickou situaci v zemi.

8.2.9 Tanzanie

Stejně jako Keňa, i Tanzanie patří mezi oblasti s výskytem žluté zimnice. Je tedy doporučováno očkování proti této nemoci, přičemž očkovací průkaz může být vyžadován u osob z endemických zón žluté zimnice. Existuje rovněž riziko malárie, které trvá celý rok, pouze v období dešťů se zvyšuje. Ve zhruba 85 % se vyskytuje na chlorochin rezistentní *P. falciparum*, očkování by proto mělo probíhat přípravky Lariam nebo Malarone. Stejně jako v dalších zemích z této skupiny by měl být cestovatel očkovan proti hepatitidě typu A i B a rovněž proti břišnímu tyfu; jedná se opět jen o doporučení a nikoliv povinnost.

Stejně jako v Keni je třeba reflektovat nebezpečí spojená s vysokohorskou turistikou v oblasti Kilimandžára – zejména se jedná o zmíněnou akutní horskou nevolnost ve vyšších nadmořských výškách (Yellow Book 2012). Další doporučení směřuje k delším pobytům, při nichž se doporučuje přeočkování na záškrt a dětskou obrnu. Opětovně hrozí vysoká pravděpodobnost cestovatelského průjmu. Mezi další vyskytující se nemoci patří mor, leishmanióza, schistosomóza, horečka dengue a meningoková meningitida. Hlášen je i výskyt vztekliny, doporučení pro očkování je identické jako v dalších výše zmíněných zemích. Tanzanie se poněkud vymyká tím, že zde došlo i k výskytu spavé nemoci po návštěvě národního parku Serengeti. Přenašečem této nemoci je moucha tse-tse (Beran 2007). Z hlediska náboženských problémů není třeba brát ohled na specifické požadavky, relativně stabilní je i politická a bezpečnostní situace v Tanzanii.

8.2.10. Thajsko

V Thajsku nejsou hlášeny případy výskytu žluté zimnice, nicméně v rámci preventivních opatření může být u osob přijíždějících z endemických oblastí vyžadováno potvrzení o očkování proti této nemoci. Cholera se vyskytuje pouze minimálně a v určitých oblastech³⁷ a očkování není vyžadováno ani doporučováno. Hlavní turistické destinace na pobřeží jsou označovány jako prosté malárie, ta se však vyskytuje na venkově a ve vnitrozemských regionech Thajska. Podobně jako v dalších zemích, kde se malárie vyskytuje, převažuje *P.falciparum* (cca 60 %) odolné vůči chlorochinu i mefločinu. Rovněž *P.vivax* je rezistentní vůči chlorochinu. Tento fakt poněkud komplikuje očkování proti malárii; vesměs se očkování provádí skrze kombinaci dvou očkovacích látek (Malarone, doxycyklin) doplněnou o expoziční profylaxi (Beran 2007).

Stejně jako ve všech ostatních zemích, které jsou v tomto textu probírány jako „exotické“ destinaci, rovněž v Thajsku je doporučováno očkování proti hepatitidě typů A i

³⁷ V souvislosti se záchytnými tábory pro migrující osoby.

B a rovněž proti břišnímu tyfu. I při návštěvě Thajska musí cestovatelé počítat s četným výskytem cestovatelského průjmu, hrozí i nebezpečí japonské encefalitidy, proti níž je doporučováno očkování osobám, které hodlají v rizikové oblasti pobývat déle než třicet dní nebo část pobytu stráví ve venkovských zemědělských oblastech³⁸. Lidé, kteří přijdou během pobytu v této zemi do kontaktu se zvířaty³⁹, by se měli nechat očkovat proti vzteklině. Na konci období dešťů (březen-duben) se také významně zvyšuje riziko horečky dengue. Cestovatel by měl své chování přizpůsobit rovněž v souvislosti s četností výskytu HIV/AIDS v Thajsku. Z hlediska bezpečnostního a náboženského není tato země považována za nijak rizikovou – s výjimkou jižních regionů (Yala, Pattani a Narathiwat) kde došlo v poslední době k opakovaným teroristickým útokům a bezpečnostní situace je zde značně napjatá.

Tab. 7. Přehled očkování v „exotických“ destinacích

Zpracováno podle: Šerý a kol. 2002: 76-81.

Země	Žlutá zimnice	VHB	Břišní tyfus	VHA	Vzteklina	Meningokoková meningitida	Japonská encefalitida
Brazílie	R	R	R	R	A	-	-
Dominik. republika	-	A	R	R	A	-	-
Egypt	-	A/-	R	R	R	A	-
Filipíny	-	R	R	R	A	-	A
Gambie	R	R	R	R	A	R	-
Indie	-	A	R	R	A	R	A/R
Indonésie	-	A/R	A/R	R	-/A	-	-/A
Keňa	R	R	R	R	A	R	-
Thajsko	-	R	R	R	A	-	A
Tanzanie	R	R	R	R	A	R	-

Legenda: VHB – virová hepatitida B, VHA – virová hepatitida A

R – doporučené, A – dle uvážení

³⁸ Rizikové jsou především rýžové plantáže a farmy pěstující prasata.

³⁹ Zároveň opět platí i pro pobytu delší než třicet dní.

9. Náboženství

9.1 Křesťanství

Křesťanství je nejrozšířenější náboženství na světě se dvěma miliardami stoupenců. Křesťané věří v jednoho Boha a ve vykupitelskou úlohu Ježíše Krista, považovaného za Božího syna, Mesiáše a Vykupitele. Základním posvátným textem je pro křesťany Bible, která obsahuje Starý zákon a Nový zákon. Přebývá v Evropě, Severní a Jižní Americe, v Austrálii, výrazněji je zastoupeno i v některých afrických a asijských zemích (Etiopie, Čína, Libérie, Libanon, Korea, Filipíny).

Počátky křesťanství sahají do doby před 2000 lety. Traduje se, že muž jménem Ježíš tehdy začal vyučovat a uzdravovat na území, kde v té době žili Židé. Svým konáním si nepřátelil židovské náboženské vůdce a ti ho nechali odsoudit ke smrti přibitím na dřevěný kříž. Ježíšovi následovníci stále věří, že Ježíš vstal z mrtvých třetí den po ukřižování. Tato událost je nazývána vzkříšením. Ježíšův učedník Petr poprvé veřejně kázal o Ježíšovi 50 dní po vzkříšení. Během následujících 70 let se křesťanství rozšířilo do východního Středomoří (součásti římského impéria). V dalších letech se křesťanství dostalo až do Španělska, Anglie a na africké pobřeží. Šíření křesťanství bylo v římské říši nebezpečné; křesťané odmítali uctívat římské Bohy a často byli pronásledováni a zabíjeni. Situace se zlepšila v roce 312 n.l., kdy přichází na římský trůn císař Konstantin, který přijal křesťanskou víru - pak netrvalo dlouho a křesťanství bylo prohlášeno římským státním náboženstvím. V roce 1054 se církve rozdělila – ze západní poloviny vznikla katolická církev a východní polovina se sdružila do církve pravoslavné (podrobněji o této tématice viz Hitchcocková, Esposito 2009: 265-296; Self 2009: 28-43).

Křesťanské učení odmítá jakoukoliv formu násilí. V prosazování náboženské praxe je velmi liberální, nenařizuje přesný charakter či počet modliteb a nejvíce se zaměřuje na udržování významu svátostí. I díky této liberálnosti a tolerantnosti křesťanství nepůsobí jako významný omezující faktor pro cestovatele – v jeho případě se s tolika omezeními jako u jiných náboženství nesetkáváme. V oblastech silně věřících (východní Evropa a Jižní Amerika) se nedoporučuje oblékat se a chovat se vyzývavě. Na veřejnosti se taktéž nedoporučuje líbání a další projevy vzájemné náklonnosti (Kavka 2006:16).

9.2. Islám

I vyznavači islámu neboli muslimové mají svého proroka. Legenda praví, že byl prorok Mohamed (Muhammad) roku 610 n.l. povolán archandělem Gabrielem, který mu zjevil korán. Ten je zároveň svatou knihou muslimského náboženství. To se opírá o pět

základních principů. Prvním z nich je vyznání víry, druhým pak modlitba; je nejen důležité se modlit, korán určuje i pět konkrétních časových rozmezí během dne, v jejichž rámci by muslim měl své modlitby vykonávat. Třetím pilířem islámu je pak povinnost dávat almužnu chudým. Rovněž je nutno dodržovat půst v rámci postního měsíce ramadánu a alespoň jednou za život musí muslim vykonat pouť do Mekky. Islám je druhým nejrozšířenějším náboženstvím na světě, tuto víru vyznává zhruba 20 % světové populace.

Šíření islámu probíhalo velmi rychle. Z původního srdce muslimského světa v dnešní Saúdské Arábii lavinově (a násilně) expandoval. Zhruba sto let po Mohamedově zjevení již muslimské obyvatelstvo kontrolovalo území od Španělska až po Indii. V průběhu staletí vzniklo několik státních útvarů, z nichž největší význam měla osmanská říše, jejíž existence trvala od počátku 14. století až do rozpadu po první světové válce. V průběhu staletí její vliv slábl a muslimové byli postupně ze svých původních evropských držav vytlačováni (známým příkladem je například tzv. reconquista, jak je označováno znovudobytí Pyrenejského poloostrova křesťany).

Islám je zejména v křesťanském světě často nepochopen. Je to způsobeno zejména historickými vlivy, když je část muslimů přesvědčena, že se západní země v minulosti vůči islámskému světu chovaly agresivně. Někteří muslimové považují životní styl západní civilizace za hříšný a jako protiváhu tohoto stavu se snaží svou víru posilovat. Zároveň se jednotlivé aspekty naplňování islámské víry napříč jednotlivými státy značně liší. Příkladem budiž postavení žen, které požívají sice dle koránu s muži rovného postavení, v praxi to však pravidlem nebývá. Menšinová část islamistů se uchýlila k teroristickým praktikám, skrze něž chce se západními neřestmi bojovat (blíže viz Hitchcocková, Esposito 2009: 334-397).

Při cestování je nutné reflektovat určité náboženské faktory, neboť islám (zejména ve svých fundamentalistických podobách) není ani zdaleka tak tolerantní jako křesťanství. Cizinci by v muslimských zemích měli tedy dodržovat určitá pravidla: nezobrazovat na veřejnosti Boha ani jiné svaté, nenarušovat modlitby v mešitách či nepožívat na veřejnosti alkohol a drogy (zejména během ramadánu). V případě žen je rovněž kladen důraz na oblékání, žena by neměla mít odhalené břicho a ramena a neměla by se pohybovat sama (Kavka 2006: 18) Rovněž se nedoporučuje snažit se navázat kontakt s místními obyvateli, nebo je fotografovat bez jejich vědomí a svolení.

9.3. Judaismus

Judaismus sice co do počtu svých vyznavačů nepatří mezi nejrozšířenější světová náboženství, jeho pohnutá a mnohdy tragická historie jej však nedovoluje opomenout. Židovské náboženství je od nepaměti spjato s hledáním svého místa ve světě, respektive hledáním vlastní země zaslíbené. Pověst praví, že Bůh slíbil Abrahámovi, že se židé budou moci jednoho dne usadit ve vlastní zemi. V té době žili v Egyptě vesměs jako otroci. Židé z Egypta odešli pod vedením Mojžíše, který je po čtyřicetiletém putování dovedl do zaslíbené země. Této pouti se říká exodus a vyznavači judaismu si ji každoročně připomínají v rámci svátku Pesach.

Ani další vývoj židovství se neobešel bez konfliktů a časté poroby. Po sjednocení zaslíbené země (Izraele) za dob králů Davida a jeho syna Šalamouna došlo k jejímu opětovnému rozdělení na dvě části. Následovala porážka Asyřany, kteří vzali mnoho židů do zajetí, na přelomu letopočtu pak byli židé pod nejprve řeckou a později římskou nadvládou. V roce 135 n.l. byli židé ze zaslíbené země vyhnáni a žili roztroušeni po celém světě – často byli vyháněni a žili na okraji společnosti. K obnovení státu Izrael došlo až v roce 1947 poté, co židovská populace na celém světě značně prořídla v důsledku holocaustu - masového vyvražďování ze strany nacistů. Rovněž v dnešní době jsou židé předmětem nenávisti zejména ze strany muslimů, přičemž ani geografická poloha státu Izrael uprostřed islámského světa zlepšení této situace příliš nenahrává.

Židovskou biblí je Tanach, jehož spisy se rozdělují do tří dalších skupin. Klíčovým místem shromažďování židovské komunity je synagoga, kde zároveň probíhají modlitby. Podobně jako jiná náboženství, i judaismus zahrnuje různé skupiny věřících. V zásadě lze židy rozdělovat na ortodoxní (bez výjimky dodržují původní židovské zákony) a reformní, kteří považují původní zákonitosti za zastaralé. Stravování probíhá dle zásad povolené stravy, které se říká košer. Židé tak například nesmí požívat vepřové maso a korýše (Self 2009: 14-27). Zásadním nebezpečím ze zdravotního hlediska je při cestách do Izraele zvýšená možnost teroristických útoků, a to zejména během svátků, a na místech s vyšší koncentrací lidí. I když je většina dnešních židů reformních a tolerantních, rovněž se nedoporučuje jakkoliv narušovat režim věřících v průběhu svátků a bohoslužeb.

9.4. Hinduismus

Název tohoto náboženství pochází od jména řeky Indus, tvořící kdysi hranici mezi Indií a Persií. Jeho počátky lze vystopovat již před zhruba 4000 lety. Hinduistické náboženství je velmi mírumilovné. Základním úkolem hinduisty je žít svůj život správně

v rámci náboženských povinností, pracovního života a také vztahu k ostatním lidem a zvířatům. Těm by správný hinduista neměl za žádných okolností ubližovat. Na rozdíl od jiných náboženství, hinduismus postrádá konkrétní podobu nejvyššího boha; Bráhma, neboli „Velký duch“, který stojí za existencí celého světa, je dle hinduistů zcela imanentní, bez konkrétní podoby a nelze jej spatřit. Vedle Bráhmy existuje mnoho osobních bohů (Višnu, Šiva). Svatými texty hinduismu jsou tzv. védy a upanišady.

Důležitou součástí života hinduisty je víra v posmrtnou přeměnu na další život – reinkarnaci. Proto jsou důležité všechny činy, které věřící během života vykoná - vytvářejí kolem každé bytosti jakousi karmu. Pokud má člověk špatnou karmu, pro další život se rodí v nižší existenční formě – například jako zvíře. Důležitým prvkem v životě vyznavače hinduismu je rodina, nezřídka žije v jedné domácnosti společně několik generací lidí. V této souvislosti nepřekvapí, že v hinduismu je typická obrovská úcta ke starým lidem. Centrem hinduismu je Indie, kde se tomuto náboženství hlásí zhruba 80 % obyvatel. Podobně jako v případě buddhismu (viz níže) dochází v posledních letech k vzestupu oblíbenosti tohoto náboženství i v západním světě, zejména díky jeho nekonfliktnosti (blíže viz Self 2009: 62-77). V této souvislosti nelze zaznamenat výrazná zdravotní rizika v souvislosti s hinduismem jako takovým, snad jen v důsledku i po desetiletích citlivé otázky vztahu Indie a Pákistánu. Rizikové je pak naopak geografické prostředí – a to zejména v souvislosti s hygienickými podmínkami, omezeným přístupem k čisté vodě, epidemiemi atd.

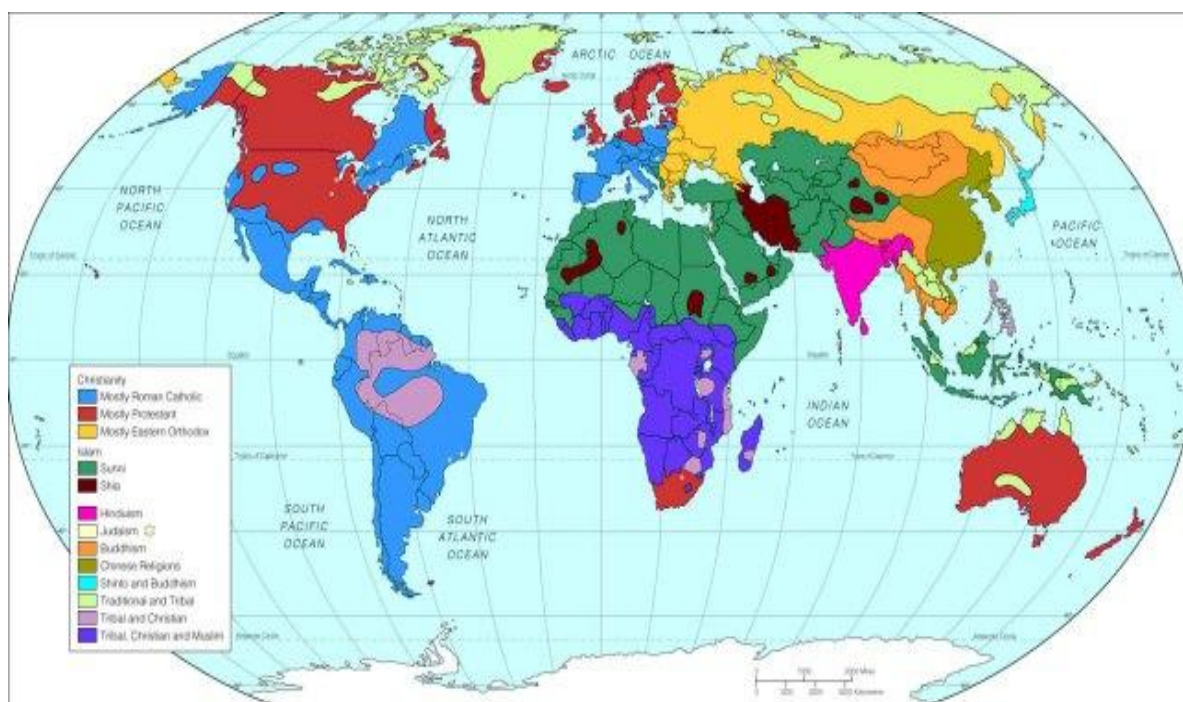
9.5. Buddhismus

Vznik buddhismu spadá do severní Indie před zhruba 2500 lety. Buddha byl hinduistický princ, který dle přání svého otce původně neměl poznat žádné utrpení. Princ však odešel do světa na zkušenou a během svého putování se mu podařilo poznat, co je v životě opravdu důležité. Právě proto se mu začalo říkat Buddha – v překladu to znamená „osvícený“ či „probuzený“.

Učení buddhismu se opírá o čtyři vznešené pravdy, které zjevil Buddha svým následovníkům. Jedná se o to, že vše na tomto světě je pomíjivé. Utrpení a bolest vzniká tím, že jsou lidé chamtiví – chtějí stále víc a víc a nikdy nejsou spokojeni. Nejedná se však o stav nevratný, neboť člověk je schopen svou chamtivost a zlost překonat. Prostředkem k tomuto překonání je tzv. střední cesta nebo také osmidílná cesta. Jedná se o jakési následování Buddhova osvícení, cílem buddhistova života je dobrat se stejné pravdy a zjištění, jakého dosáhl sám Buddha. Člověk by měl osm základních věcí dělat správným

způsobem. Jedná se o: poznání, myšlení, mluvení, jednání, živobytí, snahu, bdělost, soustředění a meditaci (blíže viz Self 2009: 78-81). Stejně jako hinduisté, i buddhisté věří v reinkarnaci.

Rovněž buddhismus má dva základní směry – théravádový (Thajsko, Srí Lanka) buddhismus věří, že naprostého osvícení mohou dosáhnout jen mniši, proto tráví muži hlásící se k tomuto směru alespoň část svého života v kláštrech. Naproti tomu mahájánový buddhismus (Japonsko, Čína, Tibet) věří, že osvícení mohou být všichni věřící. V současné době proniká buddhistické učení i do západní Evropy, kde je vnímáno jako moderní způsob hledání sebe sama při meditaci. Rovněž lidi na celém světě zaujal pohnutý osud Tibetu, který byl po staletí nezávislou buddhistickou zemí a od roku 1951 je okupován Čínou. Buddhistické učení je díky své snášenlivosti a toleranci minimálně rizikové (blíže viz Hitchcocková, Esposito 2009: 132-157; Self 2009: 78-89). Nebezpečí může spočívat výrazněji jen ve slabších hygienických standardech (Kavka 2006: 19).



Obr. 1. Zastoupení jednotlivých náboženství ve světě

Zdroj: <http://mapcollection.wordpress.com/2012/06/28/modern-distribution-of-world-religions/>

10. Závěr

V souvislosti s deklarovaným zaměřením této práce je možno konstatovat, že při cestování do zahraničí je třeba počítat s mnoha zdravotními riziky, která cestovatele ohrožují. Jedná se o značně komplexní problematiku, což lze potvrdit dramaticky se rozrůstajícím oborem cestovní medicíny v posledních dvou dekadách.

V zásadě můžeme identifikovat dvě základní oblasti, které by cestovatel v žádném případě neměl podcenit. První z nich jsou doporučení před samotnou cestou; v souvislosti s jakoukoliv destinací je vhodné si předem zajistit informace týkající se rizik spojených s konkrétní zemí (či zeměmi), kam se cestovatel chystá vyjet. Na základě této informovanosti je možno s dostatečným předstihem zajistit odpovídající prevenci – zejména pak v podobě doporučeného očkování. V souvislosti s pobyty zejména v zemích, které označujeme jako „exotické“ se často jedná o široké spektrum doporučených očkování. Toto spektrum se dále často ještě rozrůstá díky pobytu v rizikových oblastech či při vykonávání určitých činností (například práce se zvířaty).

Další nedílnou součástí opatření v této fázi je sjednání komerčního cestovního zdravotního pojištění. Rovněž zde by nemělo dojít k podcenění – a to ani v souvislosti s cestováním v rámci Evropské unie. I když existuje Evropský průkaz zdravotního pojištění, neznamená to, že českému občanovi (až na výjimky popsané v příslušné kapitole tohoto textu) je v zahraničí bez nutnosti doplácení poskytnuta stejná péče jako v České republice. Výběr konkrétního produktu pojištění by měl být proveden zároveň se zřetelem na činnosti, které hodlá cestovatel v destinaci provozovat (práce/odpočinková dovolená v letovisku, které je považováno za bezpečné/extrémní sporty). Rizika jsou spojena i se samotnou cestou, zejména na delší vzdálenosti a letecky. Jedná se o psychické problémy související s létáním, rizika spojená s tlakem v kabině letadla (například pro osoby s kardiovaskulárními a respiračními chorobami) či pásmovou nemoc v souvislosti s výraznějšími časovými posuny.

Druhou fází je přizpůsobení chování v cílové destinaci určitým standardům (a rovněž případné návštěvy lékařských odborníků po návratu do ČR atd.). Především se jedná o zásady hygienické (pití balené vody a balených nápojů obecně či vyhýbání se syrovým potravinám) - a to zejména v oblastech, kde nemohou být z nějakých důvodů dodržovány běžné hygienické standardy. Rovněž je třeba s sebou mít dostatečné množství preventivních přípravků proti nejrozličnějším onemocněním. Zřejmě nejznámější a zejména v exotických destinacích (ale i například v Turecku či Egyptě) velmi obvyklou komplikací

je cestovatelský průjem. Dále existují obecná doporučení směřovaná například vůči pobytu na slunci, či přizpůsobení sexuálního chování vzhledem k rizikům pohlavních chorob v dané oblasti.

V této práci jsem se zároveň pokusila alespoň náznakem dokázat, že by v souvislosti s cestováním do zahraničí neměly být opomíjeny aspekty související s náboženstvím. V některých zemích (především islámských) je náboženství důležitou součástí místní kultury i běžného života a cizinci by měli tento fakt respektovat a své chování mu přizpůsobit. Ve své radikální podobě navíc může být náboženství rovněž zdrojem násilí v podobě teroristických akcí (v souvislosti s detailněji probíranými zeměmi bylo o této problematice pojednáno v případě Indonésie, obecně je pak zvýšené riziko třeba reflektovat kupříkladu v Izraeli). Cestování do zahraničí, ať už za jakýmkoliv účelem, proto nelze podcenit a v souvislosti s konkrétními zdravotními riziky je třeba se na něj důkladně připravit. Rizika není možné zcela eliminovat. Prevencí a přizpůsobením svého chování je lze ale značně zmírnit.

11. Resumé

11.1 Resumé v českém jazyce

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou cestování a práce v zahraničí. Konkrétně je zaměřena na zdravotní rizika spojená s cestováním nejen do zemí Evropské unie, ale i do států, které jsou považovány za exotické. V souvislosti s vývojem oboru cestovní medicíny je diskutována nutnost prevence a očkování před cestou do zahraničí i zásady, které je nutno dodržovat v jejím průběhu. Jako důležitý (a často opomíjený) faktor je zmiňováno náboženství. Vynechána nejsou ani rizika spojená s cestováním letadlem. Zvláštní pozornost je pak věnována deseti nejčastěji navštěvovaným exotickým zemím z pohledu českých občanů, se zaměřením na konkrétní požadavky a doporučení na očkování pro každou z nich.

11.2 Resumé v anglickém jazyce

This diploma thesis deals with the issue of travelling and working abroad. Concretely it refers about health risks associated with travelling not only to the European Union countries but also to the states, that are considered „exotic“. In connection with the development of the field of travel medicine, the necessity of prevention and vaccination before travelling abroad and also the principles which should be followed during the stay are discussed. Religion is mentioned as important (but also often neglected) factor. The risks connected with travelling by plane are also not omitted. The special attention is paid to the countries which are visited by the Czech citizens the most – focusing on the specific requirements and recommended vaccination for each of them.

12. Seznam použité literatury

- Beneš, Jiří. 2009. *Infekční lékařství*. Praha: Galén.
- Beran, Jiří; Vaništa, Jiří, et, al. 2006. *Základy cestovního lékařství*. Praha: Galén.
- Centrum mezinárodních úhrad. 2011. *Průvodce. Zdravotní péče při pobytu ve státech EU, zemích Evropského hospodářského prostoru, ve Švýcarsku a smluvních státech*. Praha: BMSS - Start, s.r.o.
- Čechová, Miloslava; Pružina, Vladislav; Truska, Oldřich. 2008. *Létání beze strachu*. Praha: Smart Press.
- Hitchcocková, Susan, Tyler; Esposito, John, L. 2009. *Zeměpis náboženství: kde žije Bůh, kudy kráčejí poutníci*. Praha: Knižní klub.
- Hroboň, Pavel; Macháček, Tomáš; Julínek, Tomáš. 2005. *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století*. Praha: Reforma zdravotnictví-forum.cz.
- Kavka, Aleš. 2006. *Zdravotnická problematika práce v zahraničí*. Diplomová práce z preventivního lékařství.
- Lobovská, Alena. 2001. *Infekční nemoci*. Praha: Karolinum.
- Němec, Jiří. 2008. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada.
- Self, David. 2009. *Encyklopedie světových náboženství*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Šatera, Karel. 2012. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati.
- Šerý, Vladimír; Bálint, Ondřej. 1998. *Tropická a cestovní medicína*. Praha: MEDON.
- Šerý, Vladimír; Rutsch, Jan; Mand'áková, Zdenka; Band'ouchová, Libuše. 2002. *Zdraví na cestách*. Praha: Medon.

Elektronické zdroje

- Beran, Jiří. 2005a. *Úvod do cestovního lékařství*. On-line text (<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/uvod-do-cestovniho-lekarstvi-166066>). Ověřeno k 7.4.2013.
- Beran, Jiří. 2005b. *Trombóza hlubokých žil a pásmová nemoc při cestování letadlem*. On-line text (<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/tromboza-hlubokych-zil-a-pasmoiva-nemoc-pri-cestovani-letadlem-166074>). Ověřeno k 7.4.2013.
- Beran, Jiří. 2007. *Přehled zdravotních doporučení pro nejčastější „exotické země“*. On-line text (<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/prehled-zdravotnich-doporuceni-pro-nejcastejsi-exoticke-destinac-308619>). Ověřeno k 7.4.2013.

Beran, Jiří. 2011. *Vakcinace před cestou do zahraničí*. On-line text (<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/ockovani-pred-cestou-do-zahranici-462093>).

Yellow Book CDC. 2012. Online text (<http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2012/table-of-contents.htm>). Ověřeno k 7.4.2012.

Zdravotnické noviny; 15.4.2005. *Lidé se pojišťují na cesty i po vstupu do EU*. On-line text (<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/lide-se-pojistuji-na-cesty-i-po-vstupu-do-eu-166144?category=z-domova>). Ověřeno k 7.4.2013.

Internetové stránky

Centrum cestovní medicíny – očkování do zahraničí, vakcíny. (www.centrumcestovnimediciny.cz).

Centrum mezistátních úhrad. (www.cmu.cz).

Euroskop. Věcně o Evropě. (www.euroskop.cz).

E-travel. (www.etravel.cz).

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. (www.ipvz.cz).

Map collection. (<http://mapcollection.wordpress.com/>).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (www.mzcr.cz).

Očkování na cestách. (www.zdravinacestach.cz).

Státní zdravotní ústav. (www.szu.cz).

WHO – World Health Organisation. (www.who.int).

13. Seznam příloh

Příloha 1 - Odhadovaná měsíční incidence infekčních onemocnění pro cestovatele
v rozvojových zemích

Příloha 2 – Výskyt žluté zimnice (mapa)

Příloha 3 – Výskyt malárie (mapa)

Příloha 4 – Výskyt meningokokové meningitidy (mapa)

Příloha 5 – Výskyt břišního tyfu (mapa)

Příloha 6 – Výskyt vztekliny (mapa)

Příloha 7 – Výskyt hepatitidy A (mapa)

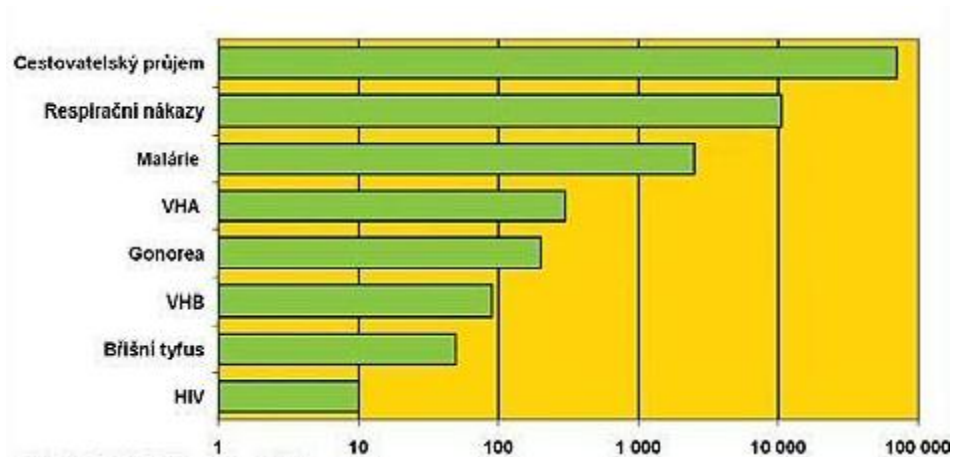
Příloha 8 – Výskyt hepatitidy B (mapa)

Příloha 9 – Mezinárodní očkovací průkaz

14. Přílohy

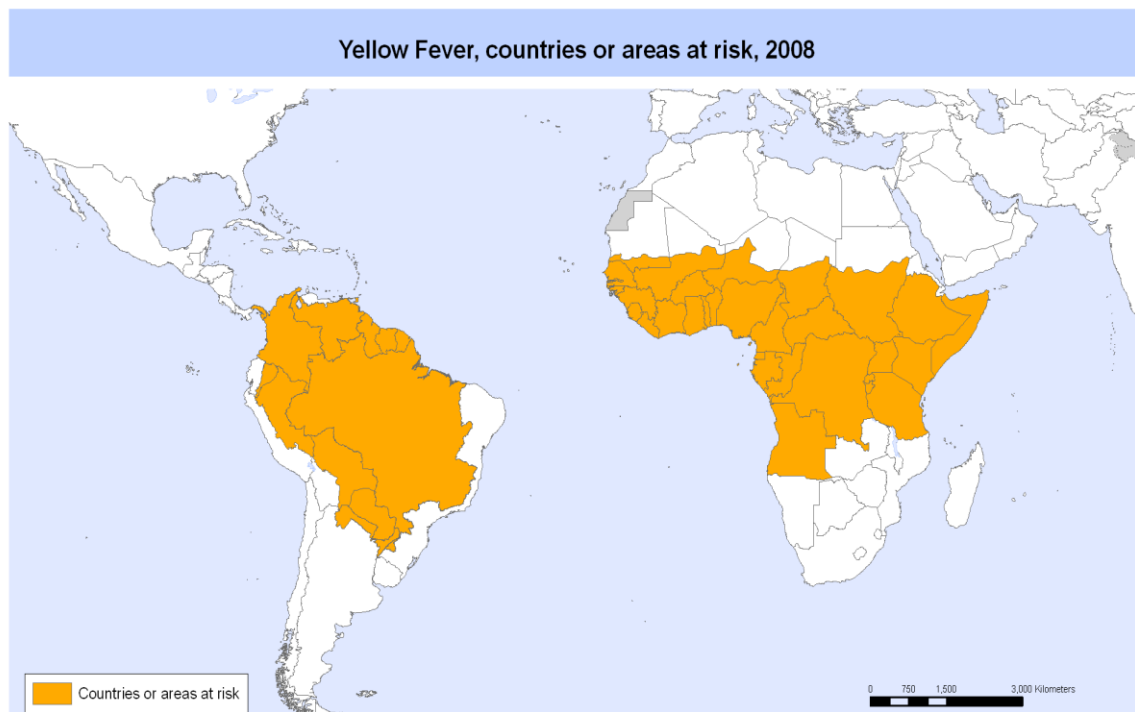
Příloha 1 - Odhadovaná měsíční incidence infekčních onemocnění pro cestovatele v rozvojových zemích

Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/zdravotni-rizika-spojena-s-cestovanim-166067>



Příloha 2 – Výskyt žluté zimnice (mapa)

Zdroj: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_YFRisk_ITHRiskMap.png



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

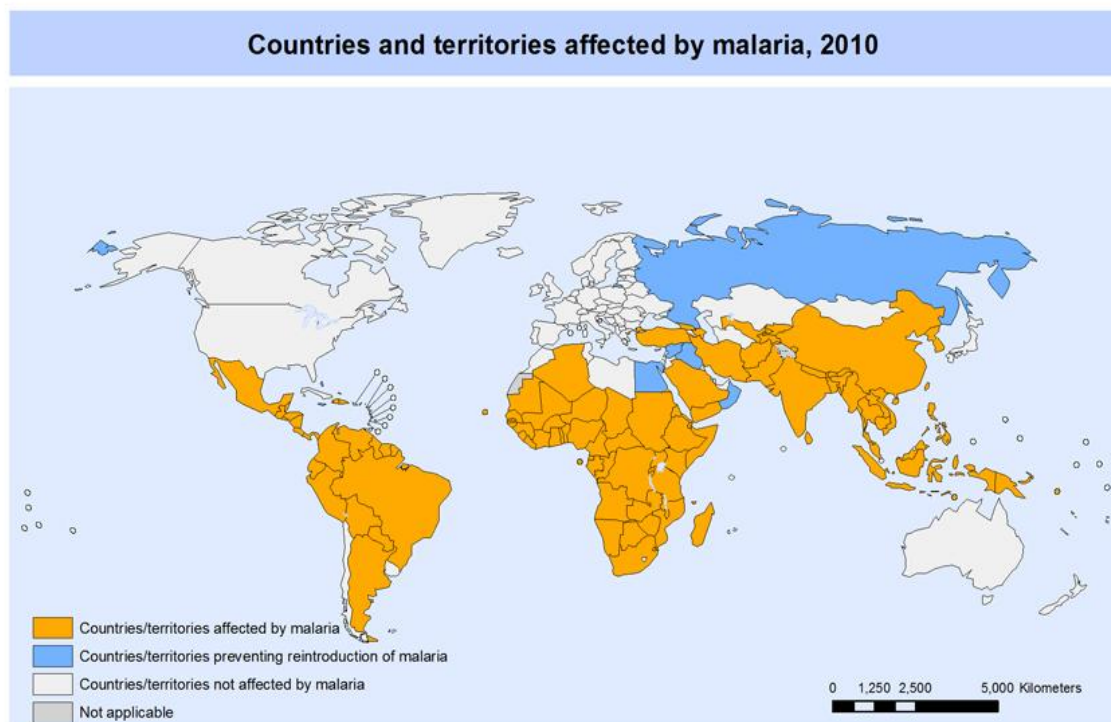
Data Source: World Health Organization/CDC
Map Production: Public Health Information
and Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization



© WHO 2008. All rights reserved

Příloha 3 – Výskyt malárie (mapa)

Zdroj: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/malaria_003.jpg



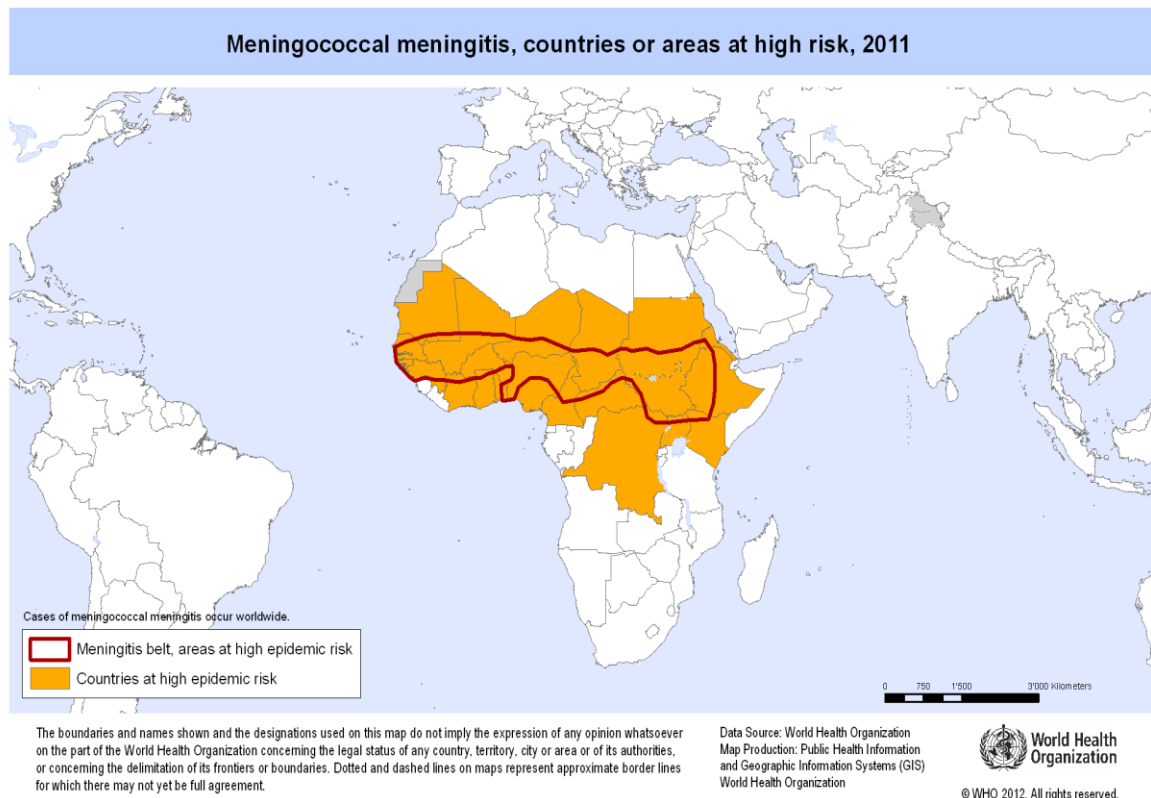
The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Public Health Information and Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization

 **World Health Organization**
© WHO 2012. All rights reserved.

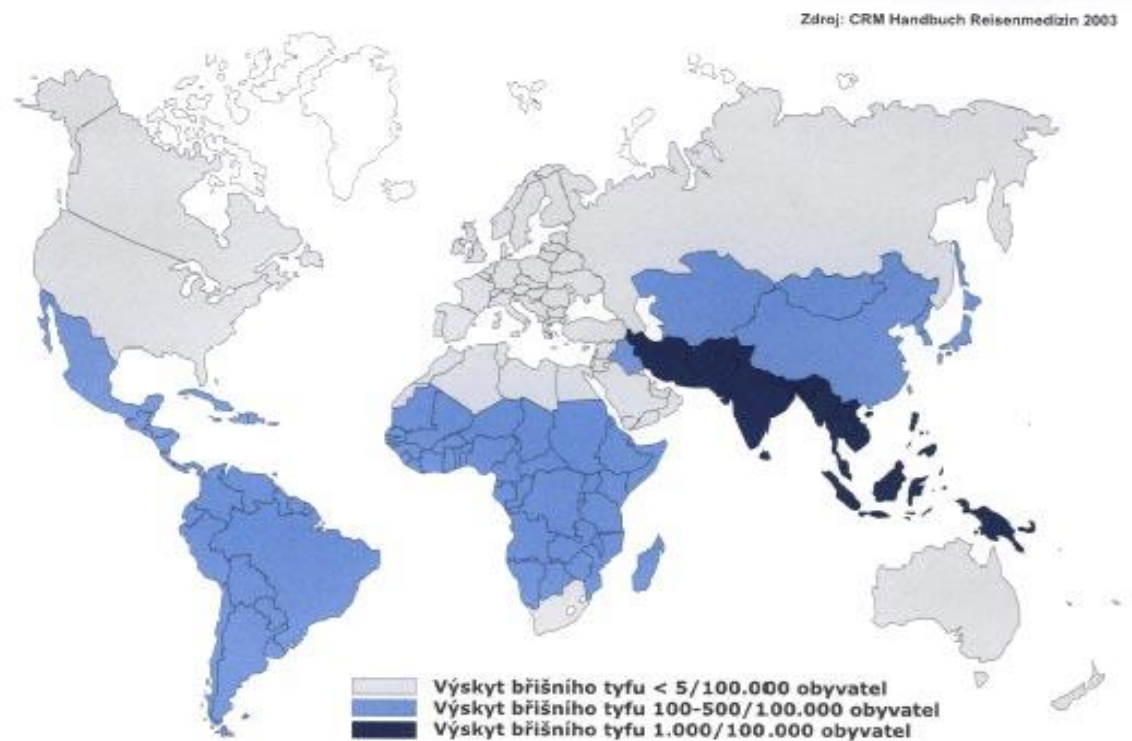
Příloha 4 – Výsky meningokokové meningitidy (mapa)

Zdroj: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_MeningitisRisk_ITHRiskMap.png



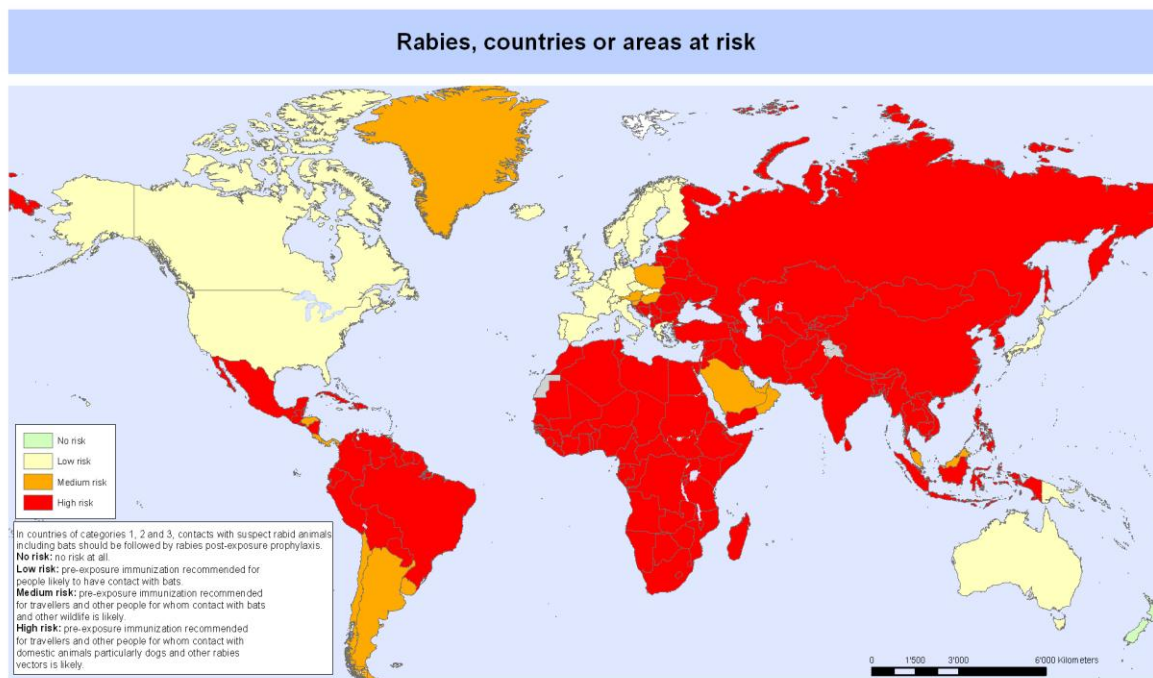
Příloha 5 – Výskyt břišního tyfu (mapa)

Zdroj: http://www.zdravinacestach.cz/index.php/?dalsi_onemocneni/brisi_tyfus



Příloha 6 – Výskyt vztekliny (mapa)

Zdroj: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_Rabies_ITHRiskMap.png



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

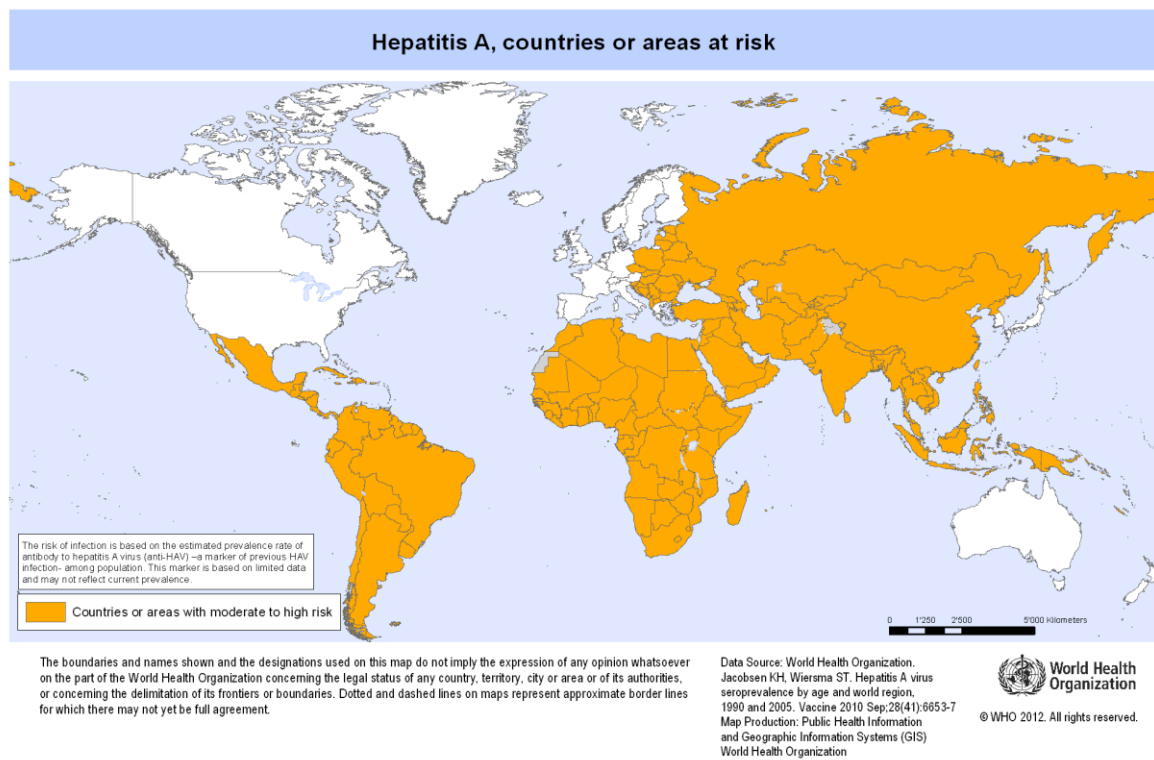
Data Source: WHO RabNet/CDC
Map Production: Public Health Information
and Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization



© WHO 2012. All rights reserved.

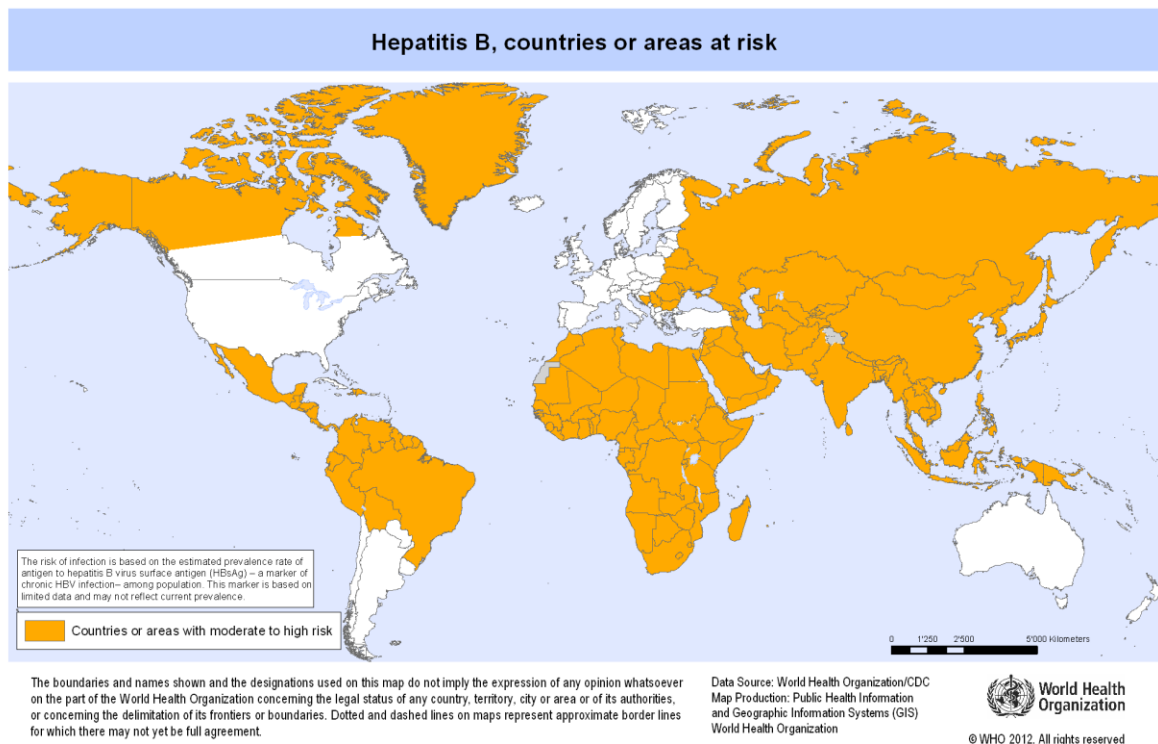
Příloha 7 – Výskyt hepatitidy A (mapa)

Zdroj: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_HepA_ITHRiskMap.png



Příloha 8 – Výskyt hepatitidy B (mapa)

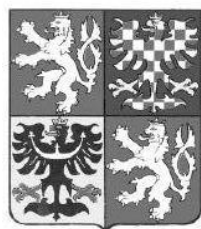
Zdroj: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_HepB_ITHRiskMap.png



Příloha 9 – Mezinárodní očkovací průkaz

Zdroj: <http://www.szu.cz/tema/cestovni-medicina/mezinarodni-ockovaci-prukaz>

MEZINÁRODNÍ OČKOVACÍ PRŮKAZ
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION



vystaveno pro / issued to / délivré à

Jméno, příjmení / Name, surname / Prénom, nom

Narozen(a) / Born on / Né(e) le

Číslo pasu nebo
cestovního dokladu

Passport No. or
Travel Document No.

Numéro du passeport ou
de la pièce justificative