

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Adiktologie



Pavčina Štřelcová (Autor)

Užívání návykových látek a souvislosti s poskytováním asistenčních
služeb v zahraničí

Substance use and relations to the provision of assistance
services abroad.

Bakalářská práce

Vedoucí práce: as. MUDr. Petr Popov

Praha 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 26. 07. 2012

Pavλίna Střelcová

Identifikační záznam:

STŘELCOVÁ, Pavlína. *Užívání návykových látek a souvislosti s poskytováním asistenčních služeb v zahraničí. [Substance use and relations to the provision of assistance services abroad]*. Praha, 2012. 52 s., 1 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Popov, Petr.

Na tomto místě bych ráda poděkovala mému vedoucímu bakalářské práce as. MUDr. Petru Popovovi, za jeho nápady, cenné rady a připomínky, kterými přispěl jak k výběru tématu, tak k realizaci mé práce.

Obsah:

1. Souhrn	7
2. Úvod	8
3. Mapování	9
3.1. Základní informace o asistenční službě.....	9
3.1.1. První kontakt a ochrana osobních údajů	9
3.2. Pobočky asistenční služby	10
3.2.1. Využití poboček.....	10
3.2.2. Spolupráce s pobočkami	11
3.3. Nejčastější požadavky na medicínskou asistenci:.....	11
3.4. Hlavní náplň práce medicínské asistence	11
3.5. Možnosti platby při pojistných událostech.....	12
3.6. Destinace	12
3.6.1. Egypt, Turecko	12
3.6.2. Řecko	14
3.6.3. Bulharsko	15
3.7. Přehled států a jejich postoj k řízení pod vlivem návykových látek.....	15
3.7.1 Země EU	15
3.7.2. Země mimo EU	19
4. Cíl práce	22
4.1. Výzkumné otázky	22
4.2. Hodnocená data.....	22
5. Metodika a výběr dat	22
5.1. Znázornění získaných dat	23
5.1.1. Graf č. 1.....	23
5.1.2. Graf č. 2.....	23

5.1.4. Graf č. 3 - 2001.....	24
5.1.5 Graf č. 4 - 2002.....	24
5.1.6. Graf č. 5 - 2003.....	25
5.1.7. Graf č. 6 - 2004.....	26
5.1.8. Graf č. 7 - 2005.....	26
5.1.9. Graf č. 8 - 2006.....	27
5.1.10. Graf č. 9 – 2007	27
5.1.11. Graf č. 10 – 2008	28
5.1.12. Graf č. 11 – 2009	28
5.1.13. Graf č. 12 - 2010.....	29
5.1.14. Graf č. 13 – 2011	29
6. Pojistné události v praxi.....	30
6.1. Kazuistika Rakousko, 2009	30
6.2. Kazuistika Řecko, 2008.....	31
6.3. Kazuistika Řecko 2007.....	32
6.4. Kazuistika USA, 2011	35
6.5. Kazuistika Dominikánská republika, 2006.....	36
6.6. Kazuistika ČR, 2010	36
6.7. Návykové látky	37
6.7.1. Alkohol.....	37
6.7.2. Marihuana	43
6.7.3. Extáze.....	47
7. Diskuze a závěr	48
8. Literatura:.....	51
9. Příloha.....	52

1. Souhrn

Před cestou do zahraničí si lidé v rámci zajištění svého bezpečí sjednávají cestovní pojištění. Toto pojištění má své podmínky a limity. Většina klientů se s nimi před nastoupením na cestu neseznámí, jelikož nepočítá s tím, že by se jim mohlo něco přihodit.

Součástí pojistných podmínek jsou i výluky z cestovního pojištění. Mimo jiné mezi ně patří ustanovení, že pojistitel je zbaven povinnosti poskytnout pojistné plnění v případech, kdy škodná událost nastala v souvislosti s požíváním nebo po požití alkoholu nebo po aplikaci návykových, toxických či omamných látek pojištěným nebo v souvislosti se zneužitím léku pojištěným, když je zde zřejmá příčinná souvislost se vznikem pojistné události.

Většina osob cestuje do zahraničí za účelem dovolené. Během ní si chtějí odpočinout od běžných starostí a relaxovat. Nemálo z nich si k navození pohody vypomáhá užíváním návykových látek. Cestovní kanceláře sjednávající toto pojištění často nabízejí svým klientům zájezdy tzv. all inclusive, kde jsou samozřejmou součástí alkoholické nápoje, stejně jako tzv. welcome drinky, které rovněž obsahují alkohol. Klienti, kteří nemají o pojistných výlukách informace, neřeší, zda budou v zahraničí konzumovat alkohol či nikoliv, zvláště když jim ho nabízí sama cestovní kancelář. Působením alkoholu, při změně prostředí, často za horkého počasí pak snadněji dochází k úrazům klientů, případně k projevům onemocnění, která by se za normálních okolností projevila buď později, nebo vůbec ne. Samostatnou kapitolou jsou pak osoby, které doma alkohol konzumují pravidelně a ve velkém množství a o jejichž pití třeba nemusí mít nejbližší rodina vůbec povědomí. Tito lidé pak odjíždějí s rodinou na dovolenou, kde se své pití snaží nadále utajit, nemají možnost vypít takové množství alkoholu, na které jsou zvyklí a dochází k abstinenčním příznakům různých intenzit.

Práce je zaměřena právě na zmapování pojistných událostí v souvislosti s užitím návykových látek. Pojistné události jsou čerpány z dat české asistenční služby k cestovnímu pojištění za posledních 10 let jejího působení. Tato asistenční služba spolupracuje s řadou českých a slovenských pojišťoven. Práce dále porovnává rozdílný přístup k takto způsobeným zraněním nebo vzniklým onemocněním v souvislosti s odlišnými pojistnými podmínkami jednotlivých pojišťoven a s ohledem na místní tradice v dané zemi.

Klíčová slova: návyková látka - cestovní pojištění, pojistná událost - zamítnutí pojistné události - asistenční služba

Before traveling abroad, people in order to ensure their safe travel insurance agree. This insurance has its conditions and limits. Most clients with them before embarking on a journey familiar, since it does not allow that they could have something happen. The policy conditions and exclusions as travel insurance. Among others, these include the provision that the insurer is relieved of the obligation to provide indemnification in cases where the harmful event occurred in connection with the use or alcohol abuse or after application, toxic drugs or insured, or in connection with drug abuse insured when there is a clear causal relationship with the emergence of claims. Most people traveling abroad for holidays. During the holidays they want to relax from the usual worries and relax. Quite a few of them to induce well-being helped by the use of addictive substances. Travel agency arranging insurance often offer their clients the all-inclusive tours, which are a natural part of alcoholic beverages as well as the welcome drinks that also contain alcohol. Clients who do not have information on insurance exclusions, does not address, whether abroad or not to consume alcohol, especially when it offers them the travel agency itself. Effects of alcohol, changing environment, often in hot weather it is easier for clients to injuries or manifestations of disease that would normally be expressed either later or not at all. A separate chapter is the people who regularly consume alcohol at home and in large quantities and whose drinking may be a general awareness of the immediate family. These people then travel with the family on vacation, where they try to continue their drinking to conceal, not drink so much alcohol they are used and leads to withdrawal symptoms of various intensities. Work is currently focused on mapping claims in connection with the use of addictive substances. Claims are obtained from the Czech assistance to travel insurance for the last 10 years of its work. The Assistance Service cooperates with many Czech and Slovak insurance companies. The thesis also compares the different approaches to this due to injury or disease incurred in connection with different insurance terms of individual insurance companies with regard to local traditions in the country.

Keywords: addictive substance - travel insurance - insured event - denied of insured event - assistance service

2. Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala proto, že ve zmíněné asistenční službě pracuji již pátým rokem a často se u klientů cestovních pojišťoven setkávám se zdravotními komplikacemi souvisejícími s užitím návykové látky. Bylo pro mě proto velmi zajímavé a přínosné spojit tyto pracovní zkušenosti s vědomostmi, jež jsem získala studiem adiktologie.

V práci jsem se zaměřila na průzkum statistik asistenční služby, který mi pomohl zmapovat současnou situaci a porovnat jednotlivé roky jejího působení na trhu. Porovnáním statistik jsem zároveň byla schopna zjistit, zda počet zamítnutých případů z důvodu užití návykové látky roste či klesá, případně proč.

Zaměřila jsem se jak na ty pojistné události, které jsou z uvedeného důvodu sporné tak na ty, kde se pojišťovna rozhodla rovnou pojistné plnění zamítnout z důvodu výluky těchto pojistných událostí, způsobených pod vlivem návykové látky, ze všeobecných pojistných podmínek.

3. Mapování

Na tomto místě bych chtěla představit asistenční službu, přiblížit, jaký servis poskytuje, s kým spolupracuje a jaké je její základní poslání.

3.1. Základní informace o asistenční službě

Asistenční služba k cestovnímu pojištění poskytuje pomoc lidem v zahraničí. Podmínkou je, že osoba, cestující za hranice své vlasti, musí mít sjednané cestovní pojištění. Pokud cestovní pojištění sjednané nemá a potřebuje pomoci, je nutné směřovat žádost o pomoc na konzulát nebo velvyslanectví její země. To samé platí i pro občany, kterým byla pojistná událost z nějakého důvodu zamítnuta. Služby, které mohou tyto úřady poskytnout, si však často musí uhradit občan sám.

3.1.1. První kontakt a ochrana osobních údajů

Osoba, chystající se do zahraničí, si uzavře cestovní pojištění u zvoleného pojistitele. Pojištění nabývá platnosti až po uhrazení částky za sjednané pojištění. Při sjednání pojištění na pobočce pojišťovny obdrží pojištěný od obsluhy přepážky pojistné podmínky a papírové kartičky, které slouží k předložení ve zdravotnickém zařízení v zahraničí. Je na nich uvedeno číslo pojištění, které bývá pro každého klienta jiné (s výjimkou hromadných smluv například pro cestovní kanceláře) a kontaktní telefon na příslušnou asistenční službu. Volání na uvedené číslo bývá zpoplatněno. Pokud klient nechce nebo nemůže náklady za hovor hradit, je možné

volat buď na účet volaného, nebo při prvním telefonátu požádat pracovníka asistenční služby o zpětné volání. Jelikož asistenční služba pracuje zároveň pro více pojišťoven, je na každé kartičce uvedeno číslo odpovídající příslušné pojišťovně. Po jeho vytočení se pracovníkovi asistenční služby objeví na technicky upraveném telefonu informace, od jaké pojišťovny ho chce klient kontaktovat a pracovník se představí dle nastaveného postupu. Klient sděluje citlivé osobní údaje, které pak asistenční služba eviduje. Stejně tak eviduje i lékařské informace o klientovi, které si vyžádá ze zdravotnického zařízení. Každý pracovník služby musí při prvním nástupu do zaměstnání podepsat formulář, kterým se zavazuje k mlčenlivosti. Medicínské informace o klientovi získává z nemocnic a od lékařů pouze pro účely řešení jeho pojistné události. Klient dá asistenční službě souhlas získávat tyto informace podpisem pojistné smlouvy. Stejně tak je smluvním vztahem ošetřen vztah mezi asistenční službou a pojišťovnou, kdy pojišťovna potřebuje lékařské informace klientů k tomu, aby mohla rozhodnout o likviditě pojistné události. Z prostor asistenční služby je zakázáno vynášet jakoukoliv dokumentaci, která nějak souvisí s řešením pojistných událostí a obsahuje data o klientech.

3.2. Pobočky asistenční služby

Asistenční služba má své pobočky po celém světě. Komunikuje s nimi a žádá je o pomoc v případě, kdy danou službu není pro klienta na místě schopna zajistit. Komunikačním jazykem firmy je angličtina, kterou musí ovládat každý zaměstnanec. Výhodou pak jsou další jazyky, v české pobočce jsou nejčastěji využívány němčina, francouzština, španělština a italština. V asistenční službě jsou zaměstnáni i lidé hovořící polsky, rusky, řecky, maďarsky, norský a chorvatsky. Jejich služeb se sice využívá méně, ale v případě potřeby značně urychlí řešení dané situace.

Komunikace mezi pobočkami probíhá převážně emailem.

3.2.1. Využití poboček

Pobočka je využívána nejčastěji v situaci, kdy se klient dostane do zahraniční nemocnice, ve které se pracovníci domácí pobočky nejsou schopni domluvit, nebo s nimi nemocnice komunikovat nechce. Pobočka je potom požádána o komunikaci s lékařem klienta, zajištění lékařské zprávy nebo poskytnutí aktuálních zdravotních informací o klientovi. Dále se jejich služeb užívá hlavně v případě repatriací, kdy domácí asistenční služba zajistila klientovi letecký transport a je potřeba zajistit odvoz klienta na letiště, ubytovat ho atp. Výjimkou nejsou ani situace, kdy je potřeba zajistit policejní protokol. Místní policie bude raději a lépe spolupracovat s pobočkou na místě, než se vzdálenou asistenční službou v zahraničí. Policejní

zpráva se zajišťuje v případě, kdy se pojistná událost stala při dopravní nehodě, klient byl přepaden či se účastnil pouliční potyčky, případně když se pojistná událost stala za nevyjasněných okolností.

3.2.2. Spolupráce s pobočkami

Spolupráce s pobočkami se rovněž velmi liší podle toho, o jakou pobočku v zahraničí se jedná. Předání případu k místní pobočce neznamena, že se již o pojistnou událost klienta není nutno starat. Pobočky ze zemí jako je Itálie, Francie, Španělsko, Řecko a Jižní Amerika jsou pomalejší a je často velmi náročné je přesvědčit, že daná věc spěchá a nesnese odkladu. Je to dáno mentalitou těchto národů obecně.

3.3. Nejčastější požadavky na medicínskou asistenci:

- Klienti se zdravotním problémem žádají o vyhledání nejbližšího zdravotnického zařízení v jejich lokalitě (nejčastěji země EU, USA, Austrálie, Nový Zéland), kde by je ošetřili. Většinou požadují, aby úhradu ošetření převzala rovnou asistenční služba.
- Klienti jsou již se svým zdravotním problémem na ošetření a lékař jim sám řekne, aby asistenci kontaktovali ohledně domluvy na platbě (hlavně letní destinace - Turecko, Řecko, Egypt), případně nahlásují svou hospitalizaci v nemocnici.
- Klienti jsou již zpět v ČR a chtějí zpětně pojistnou událost nahlásit z důvodu zpětného proplacení nákladů, které v souvislosti se zdravotními obtížemi měli.
- Klienti, kteří nejsou schopni se pro svůj současný zdravotní stav vrátit původně plánovaným prostředkem nebo plánovaný návrat kvůli pobytu v nemocnici zmeškali.

3.4. Hlavní náplň práce medicínské asistence

- Evidovat nahlášené pojistné události – používá se speciální program, kde jsou klienti uvedeni pod referenčními čísly, jsou zde jejich osobní údaje, informace o pojištění, destinaci a zdravotním problému. Součástí jsou i zápisy koordinátorů, co se kdy s klientem řešilo a jaké další kroky jsou potřeba.
- V případě hospitalizace klienta kontaktovat nemocnici, vyžádat si lékařské informace a vyřešit medicínské náklady – na základě lékařských informací pak rozhodne o dalším postupu lékař asistenční služby ve spolupráci s pojišťovnou.
- Zajistit pro klienta ošetření, pokud o to požádá a jedná se o akutní situaci. Toto ošetření je pak nutno monitorovat a ověřit – v zemích, kde nejsme schopni se

v nemocnici domluvit, kontaktujeme naši pobočku či agenta a o zajištění ošetření je požádáme, s klientem však komunikujeme sami.

- Zajistit pro klienta transport domů, pokud je to nutné z organizačních nebo zdravotních důvodů. Asistenční služba zajistí takový dopravní prostředek, který klientovu zdravotnímu stavu neuškodí (sanitka, běžná letecká linka, speciální letadlo vybavené jako jednotka intenzivní péče). Způsob a dobu transportu určí ošetřující lékař na místě, případně lékař asistenční služby. Méně časté jsou situace, kdy klient plánuje pobývat v zahraničí dlouhodobě, jeho zdravotní obtíže nevyžadují akutní řešení, ale léčba je výhledově potřebná. Potom asistence zajišťuje pro klienta předčasný návrat k doléčení v jeho vlasti. Zpáteční cesta do zahraničí v takovém případě klientovi zajišťována není.

3.5. Možnosti platby při pojistných událostech

V rámci zemí Evropské Unie je možné některé náklady za hospitalizaci či ošetření klienta hradit přes tzv. systém EHIC (European Health Insurance Card). Klient se prokáže kartičkou od své zdravotní pojišťovny, pod kterou je přihlášen buď v ČR, nebo na Slovensku a daná nemocnice se potom s pojišťovnou sama spojí. Podmínkou je návštěva státní nemocnice. V soukromých zařízeních většinou úhrada přes systém EHIC nefunguje. I do zemí EU je ale potřeba si komerční cestovní pojištění sjednat, jelikož zdravotní pojištění se nevztahuje na léky, berle, ortézy a hlavně repatriaci klienta. Navíc, i ve státních nemocnicích je potřeba uhradit tzv. spoluúčast, neboli regulační poplatek, který musí hradit i občan dané země. Bývá kolem 10€ na den a v případě dlouhodobé hospitalizace je již suma za spoluúčast znatelná.

3.6. Destinace

Následující kapitola je zaměřena na ty země, které jsou turisticky zajímavé a kde nejčastěji dochází k pojistným událostem.

3.6.1. Egypt, Turecko

Pro řešení pojistné události je velmi podstatné, v jaké zemi nastane. V zemích jako je Turecko a Egypt se český či slovenský turista nemá možnost dostat do státní nemocnice. Cestují sem převážně jen klienti v rámci cestovní kanceláře a delegát je hned po příjezdu instruován v tom smyslu, že pokud budou mít zdravotní problém, mají buď delegáta kontaktovat a ten je odveze do smlouvané nemocnice nebo mají rovnou navštívit lékaře

v hotelu. Delegáti nabádají své klienty, aby se nezdráhali na ošetření jít, neboť je zdarma. Je ale zdarma jen v tom smyslu, že klient nemusí ošetření hradit na místě, nicméně náklady za ošetření uhrazeny být musí. Většinou náklady hradí příslušná pojišťovna na základě cestovního pojištění. Není též vyloučeno, že delegáti mohou mít provize od lékařů, když jim doporučují klienty. Hoteloví lékaři jsou většinou členy soukromých klinik, a pokud klient potřebuje důkladnější ošetření, například rentgen, odvezou je na danou soukromou kliniku. Asistenční služba má s některými lékaři z těchto destinací domluvený ceník, jelikož jejich ceny jsou často velmi nadsazené. Domluveným ceníkem se předejde následnému krácení cen ze strany asistence. Klienti se bohužel také někdy stávají rukojmím ze strany soukromých nemocnic. Jsou zde např. na pozorování několik hodin, asistenci nic nenahlásí a nemocnice se ozve, až když klienta chce propustit a žádá okamžitou úhradu nákladů. Ty ale není možné uhradit, když není známa jejich výše a není doloženo, za co klinika účet vystavila, jaká ošetření klient podstoupil apod. Proces, než nemocnice zašle lékařskou zprávu a na jednotlivé položky rozepsaný účet, než jsou schváleny náklady a zaslána garance platby, může trvat několik hodin. Klienti jsou po tuto dobu drženi v nemocnici a personál je odmítá propustit. Někdy jim nechávají v žíle kanylu, aby nemohli sami odejít. To pak vede k oprávněným stížnostem ze strany klientů. Rovněž není výjimkou, že lékař klienta ošetří, propustí, ale nechá si jeho pas jako záruku, že mu asistence ošetření uhradí, jinak by klient nemohl odcestovat ze země. Lékaři v těchto zemích při léčení klientů nečistě používají větší počet dražších medikamentů, než by bylo pro danou diagnózu nutné a než by se použilo například v ČR. Stává se, že na ošetření přijde někdo s klientem jako doprovod, který zdravotní problém nemá, nicméně i tak ho lékař prohlédne, většinou najde třeba menší vyrážku ze slunce nebo poštípání od hmyzu a člověk, který původně nechtěl být ošetřen, dostane injekci a léky na alergii. Lékař si i za tento úkon naúčtuje kolem 120€ a náklady pošle asistenční službě. Obyvatelé těchto zemí jsou zvyklí vyjednávat, je pro ně přirozené, že dají vysokou cenu a postupně snižují. Jelikož místní nemocnice již za léta spolupráce vědí, jaké pojistné události bývají zamítány, úmyslně písemné informace pro pojišťovnu zkreslují. Příkladem může být úmrtí klienta, který před utonutím podle slov kamaráda požil alkohol. Na pitevní zprávě však alkohol uveden nebyl, jelikož nemocnice ví, že v případě pozitivního testu by pojišťovna událost zamítla a oni by museli řešit, co s jeho tělem. Proto raději tuto skutečnost neuvedou. Chování nemocnic, které jsem zde uvedla, sice není v těchto destinacích pravidlem, ale bohužel ani výjimkou.

3.6.2. Řecko

Ambulantní ošetření klientů, kteří jsou na dovolené v hotelových komplexech, často probíhá na klinikách soukromých lékařů. Postup v léčbě a komunikace s asistenční službou je podobná jako v Egyptě a Turecku. Nestává se zde ale, že by klienti byli personálem ambulance zadržováni. Ceny řeckých lékařů jsou podobné, někdy o trochu vyšší, jelikož většinou je nutný transport klienta na ošetření autem. S některými lékaři má asistenční služba i zde nastaven ceník, který usnadňuje řešení pojistných událostí.

Pokud je nutné klienta hospitalizovat, je většinou převezen do státní nemocnice. Je to výhodné z toho pohledu, že náklady za zdravotní péči mohou být hrazeny přes systém EHIC a v případě zamítnutí pojistné události klient uhradí jen spoluúčast. Nevýhodou je nižší kvalita péče a zastaralé zařízení státních nemocnic. V Řecku je v současné době ve státních nemocnicích často na oddělení jen jedna sestra, která v podstatě stíhá jen zajistit rozdání léků. Lékař chodí na oddělení ráno a večer. Veškerá péče o pacienty, jako je mytí, krmení atp. tak padá na bedra rodinných příslušníků, kteří s pacienty tráví v nemocnici celé dny. Pokud nemají rodiny, zůstávají buď v nemocnici sami s minimální péčí, nebo si mohou zaplatit tzv. sociální sestru. Znalosti a dovednosti řeckých lékařů obecně nejsou na špatné úrovni, ale systém zdravotnictví jim neumožňuje se o pacienty postarat tak, jak by bylo potřeba. V nemocnici, kde je nedostatek personálu, se hospitalizace klienta prodlužuje o několik dní někdy jen proto, že lékař ještě neměl čas věnovat se konkrétnímu pacientovi natolik, aby mu byla zajištěna optimální terapie. Tato skutečnost je nepříjemná zvláště v případech, kdy jsou klienti po úrazu končetiny, a je nutná operace. Vzhledem ke vzdálenosti Řecka od ČR nebo Slovenska je repatriace pro klienta před operací často riskantní, mohlo by i při šetrné manipulaci s ním dojít k ještě většímu poškození, proto je často doporučováno provést operaci na místě. Personál nemocnice sdělí, že je operace nutná a provedou ji ihned, ale i přesto na ni klient čeká 3 dny a více, než se dostane na řadu. Získání pooperační lékařské zprávy je rovněž otázkou dnů. Klient by tedy příkladně mohl být za normálních okolností repatriován 4. den po operaci, ale uvedeným procesem se jeho hospitalizace protáhne minimálně o 5 dnů.

Testy na přítomnost návykových látek zdravotnická zařízení běžně nedělají. K tomu, aby je provedli, musí mít konkrétní důvod. To je buď zřejmá intoxikace klienta, nebo nařízení policie. V případě nehody, kdy je na místě policie a sepisuje policejní protokol, informaci o pozitivní nebo negativní intoxikaci uvede do protokolu dle skutečnosti.

3.6.3. Bulharsko

Stejně jako v Egyptě a Turecku, i zde se český či slovenský turista většinou nedostane do státního zdravotnického zařízení. V turisticky zajímavých oblastech je řada soukromých klinik. Ty mají své lékaře, kteří buď pracují přímo na klinice, nebo mají ordinace v hotelových komplexech. Klienti hotelu těchto lékařů hojně využívají. Stává se, že lékaři obcházejí klienty v hotelu a sami se jich vyptávají, zda náhodou nějaké obtíže nemají. Pokud je nutné komplexnější ošetření, odvezou je autem na spolupracující kliniku. Nemocnice většinou dobře spolupracují a není problém se v nich domluvit anglicky. Ceny za ošetření nebo hospitalizaci jsou nižší než v Egyptě, Řecku a Turecku.

3.7. Přehled států a jejich postoj k řízení pod vlivem návykových látek

I dříve poměrně tolerantní země dnes stále více zpřísňují postihy řidičů řídících pod vlivem návykové látky, zvláště když dojde k dopravní nehodě. O tom, jak se dívají v jednotlivých zemích Evropy na řízení s alkoholem v krvi, je následující kapitola.

3.7.1 Země EU

Ještě před několika lety platilo, že si řidiči v celé řadě zemí mohli dát po jídle alkoholický nápoj a poté odjet vozem. Dnes již ale například v Evropské Unii zůstávají pouze dva státy (Velká Británie, Irsko), kde do 0,8 ‰ alkoholu v krvi řidiči ještě nejsou postihováni. Se snížením limitu alkoholu v krvi se současně také razantně zvyšují sankce za jeho překročení, a to nejen formou pokut, ale také odebráním řidičských průkazů, a dokonce hrozbou vězení.

Některá data, která níže uvádím, byla dostupná na internetových stránkách pojišťoven (viz literatura). Údaje o zemích, které zde nebyly uvedeny, jsem získala telefonicky od konzulárního oddělení v daném místě.

Belgie - povolená hranice alkoholu v krvi je 0,5 ‰. Test může být proveden u každého účastníka dopravní nehody, včetně chodce. Je-li pozitivní, řidiči je zakázáno na 3 hodiny řídit dopravní prostředek a na tuto dobu je mu odebráno řidičské oprávnění. Pokud řidič okamžitě nezaplatí pokutu, je zákaz řízení prodloužen. Je-li míra alkoholu v krvi více než 0,8 ‰, je řidiči oprávnění k řízení odebráno na 6 hodin.

Bulharsko – maximální povolené množství alkoholu je 0,5 ‰. Řidiči mohou být podrobeni dechovému testu a pokud je pozitivní, tak i krevní zkoušce na alkohol.

Česká republika – je zakázán jakýkoliv obsah alkoholu v krvi během jízdy. Řidiči jsou povinni se podrobit při policejní kontrole dechové zkoušce, na základě jejího výsledku pak krevní zkoušce. To samé platí pro cyklisty i jezdce na koních.

Dánsko – maximální povolené množství alkoholu je 0,5‰. Dánské úřady rozlišují dvě kategorie řízení pod vlivem alkoholu:

-) řízení za přítomnosti alkoholu (dánský promillerkorsel), kdy se množství alkoholu v krvi pohybuje od 0,5‰ do 1,2‰.

-) řízení za prokázaného vlivu alkoholu (dánský spirituskorsel), kdy množství alkoholu v krvi překračuje 0,12‰, nebo existují přitěžující okolnosti, jako například dopravní nehoda.

Pokud je hranice alkoholu v krvi od 0,51‰ do 0,8‰, bude řidiči udělena pokuta, je-li hranice vyšší než 0,8‰, bude mu odebrán řidičský průkaz. Při překročení 0,12‰ hrozí uvěznění a odebrání řidičského průkazu na dobu minimálně 12 měsíců. Policie má právo podrobit řidiče dechovému testu.

Estonsko – není povolena žádná přítomnost alkoholu v krvi. Policie zde často provádí dechové testy.

Finsko – maximální povolená hranice alkoholu v krvi je 0,5‰. Policie často provádí namátkové dechové i krevní testy.

Francie – maximální povolená hranice je 0,5‰. Neplatí pro řidiče autokarů a autobusů, kteří nesmí mít více než 0,2‰ alkoholu v krvi.

Policie je oprávněna provést namátkově dechovou zkoušku. Ta je povinná při dopravní nehodě se zraněním, nebo když řidič spáchá závažný dopravní přestupek. Když je test pozitivní, musí řidič podstoupit kontrolní zkoušku nebo krevní test. Pokud je druhý test rovněž pozitivní nebo ho řidič odmítne, má policie právo mu zabavit řidičský průkaz. Test na drogy musí podstoupit řidič, který je účastníkem dopravní nehody, spáchal závažný dopravní přestupek, překročil povolenou rychlost, nepoužil bezpečnostní pás nebo helmu. K odhalení řidičů pod vlivem drog se používá test ze slin.

Itálie – obsah alkoholu v krvi řidiče nesmí přesáhnout 0,4‰. Absolutní zákaz platí pro řidiče do 24 let, profesionální řidiče a pro řidiče, kteří mají řidičský průkaz méně než 3 roky. Pokud

řidič test na alkohol odmítne, je považován za osobu pod vlivem alkoholu a může zaplatit pokutu ve výši 542 – 6527€. V krajním případě může být odsouzen na 1-6 měsíců pobytu ve vězení a řidičský průkaz mu může být odebrán až na 2 roky.

Irsko – osoba řídící, nebo pokoušející se řídit s obsahem alkoholu v krvi vyšším než 0,8‰, je potrestána podle velmi přísných předpisů.

Litva – povolená hranice alkoholu v krvi je 0,4‰, dechové zkoušky jsou zde časté.

Lotyšsko – množství alkoholu v krvi nesmí překročit 0,5‰.

Lucembursko – stejné omezení jako v Lotyšsku, u profesionálních řidičů je maximální limit 0,2 ‰. Dechová zkouška se provádí u řidičů podezřelých z jízdy pod vlivem alkoholu, dále povinně u řidičů při vážné dopravní nehodě se zraněním. Pokud je test pozitivní, provádí se krevní zkouška. V případě podezření jsou testy prováděny i na drogy.

Maďarsko – absolutní zákaz řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu. Jestliže je řidič přistižen s obsahem alkoholu v krvi do 0,8‰, bude pokutován, pokud je hladina nad 0,8‰, bude proti němu vedeno soudní řízení. Při podezření má policie právo požádat řidiče, aby podstoupil dechový test.

Německo – povolený obsah alkoholu v krvi je 0,5‰. U řidičů do 21 let je limit nulový. Totéž platí i pro starší řidiče, kteří mají řidičský průkaz kratší dobu než dva roky. Pokud mají tito řidiči naměřenou hladinu alkoholu v krvi menší než 0,5‰, je jim udělena pokuta od 125€, jsou jim odebrány 2 body a zkušební doba se jim prodlouží o další dva roky. Policie může vyžadovat dechovou zkoušku na alkohol při podezření na jeho požití. Řidič ji může odmítnout, ale pak je povinen podstoupit krevní test na přítomnost alkoholu v krvi.

Nizozemsko – řidič je zde považován za nezpůsobilého k řízení, jestliže jeho dech obsahuje 0,22 mg alkoholu na litr vydechnutého vzduchu, nebo jestliže má více než 0,5‰ alkoholu v krvi. V případě podezření, že řidič je pod vlivem alkoholu, může být požádán, aby podstoupil dechový test, v některých případech je dechová zkouška povinná. U nových řidičů je na prvních pět let limit 0,2‰, u řidičů mopedu je tato hranice omezena věkem 24 let.

Polsko – každý řidič, jehož hladina alkoholu v krvi je vyšší než 0,2‰, je považován za nezpůsobilého k řízení vozidla. Policie smí provádět dechové testy. Tyto testy jsou povinné pro řidiče, kteří se dopustili vážného dopravního přestupku nebo po dopravní nehodě.

Portugalsko – řidiči, kterým je naměřena hladina alkoholu vyšší než 0,5‰ jsou potrestáni pokutou či jiným způsobem (odebrání řidičského průkazu apod.). Namátkové dechové testy nejsou časté, ale provádějí se po každé nehodě.

Rakousko – je-li v krvi řidiče zjištěno 0,5‰ alkoholu nebo více (popřípadě v jeho dechu 0,4 mg/l a více), pokládá se za osobu pod vlivem alkoholu, která nesmí řídit motorové vozidlo. Řízení pod vlivem alkoholu má vážné zákonné následky s pokutou od 220 do 5 800 €. Řidičům může být zakázáno řízení v Rakousku. Řidiči, který odmítne podstoupit test na alkohol, je udělena stejná pokuta jako řidiči, kterému byla naměřena hladina alkoholu v krvi 1,6 ‰ nebo více. Alkohol 0,5 až 0,8‰ - pokuta 218 - 3 633 €, odebrání řidičského oprávnění až 3 týdny za přestupek; 0,8 až 1,19‰ -pokuta 581 - 3 633 €, odebrání řidičského průkazu až na 4 týdny; min.1,6‰ a více - pokuta 1 162 - 5 813 . €, odebrání řidičského průkazu na min. 4 měsíce.

Rumunsko - je zakázáno řídit motorové vozidlo pod vlivem alkoholu. Policie může řidiče podrobit námtkovému alkoholovému testu. Jízda pod vlivem alkoholu znamená odebrání 9 až 20 bodů a zabavení řidičského průkazu na 90 dní.

Řecko - osoby pod vlivem alkoholu nebo toxických látek mají zakázáno řídit motorové vozidlo. Hladina alkoholu v krvi řidiče 0,5‰ a více se považuje za trestný čin a uděluje se pokuta. U začátečníků (řidičský průkaz kratší dobu než 2 roky), služebních řidičů a motocyklistů je limit max. 0,2‰. Policie může při podezření požadovat na řidiči dechový test na zjištění hladiny alkoholu v krvi. Na základě tohoto testu může policie uložit pokutu, odebrat řidičské oprávnění, či řidiče uvěznit. Alkohol od 0,50 do 0,80 g/l - 78 €, od 0,80 do 1,10 g/l - 156 €, odebrání řidičského průkazu na 3 měsíce; větší množství alkoholu - 624,5 €, až 2 měsíce vězení a odebrání řidičského průkazu na 6 měsíců.

Slovensko - před či během jízdy je zakázáno požívat alkohol. Alkohol v krvi není tolerován v žádném množství. Motorista může být požádán, aby se podrobil dechové zkoušce a na

základě výsledku může být vyzván k odebrání krevního vzorku. Odmítnutí testu na alkohol se postupuje administrativní procedurou, pokuta 332 - 1 328 € + zákaz řízení na max. 5 let; jízda pod vlivem alkoholu nebo drog 232 - 996 € + zákaz řízení na max. 5 let.

Slovinsko - Maximální povolená hranice alkoholu v krvi je pro řidiče osobních automobilů a motocyklů 0,5‰. Profesionální řidiči nemají povoleno žádné množství alkoholu v krvi, stejně tak řidiči vlastníci řidičský průkaz max. 2 roky. Každý řidič, podezřelý z řízení nebo manipulace s vozem pod vlivem alkoholu či drog, se musí na požádání podrobit dechové či krevní zkoušce. Jízda pod vlivem alkoholu do 0,5‰ (není-li řidič schopen bezpečně řídit) – pokuta 126 €; 0,51 - 0,8‰ – pokuta 450 €; 0,8 - 1,1‰ – pokuta 570 €; větší množství 950 € a odebrání řidičského průkazu.

Španělsko - všeobecný limit je 0,5‰, cyklisti 0,5‰, řidiči vozů nad 3,5 t 0,5‰; řidiči veřejné dopravy, vozidel pro více než 8 pasažérů nebo vozidel vezoucích nebezpečný náklad 0,3‰. Řidič musí na požádání policie podstoupit dechový test. Pokud řidič odmítne, může mu policie odebrat vozidlo, uložit pokutu 300 EUR a na 3 měsíce odebrat řidičské oprávnění. Jízda pod vlivem alkoholu - pokuta 302 - 600 €, odebrání řidičského průkazu na 3 měsíce až 4 roky, vězení na 8 až 12 týdnů nebo na tři až osm měsíců.

Švédsko - max. povolená hladina alkoholu v krvi je 0,2‰. Při překročení tohoto limitu se uděluje vysoká pokuta, možnost uvěznění až na 1 měsíc a odebrání ŘP na 1 až 12 měsíců.

3.7.2. Země mimo EU

Albánie – absolutní zákaz řízení pod vlivem alkoholu nebo omamných látek.

Alžírsko – povolená je zde hladina alkoholu v krvi do 0,1‰. Za překročení tohoto limitu se uděluje pokuta ve výši 100.000 – 300.000 DZD, je zde i možnost trestu vězením.

Argentina – pro řidiče motocyklů a mopedů je dovolená hladina alkoholu v krvi 0,2‰. Pro řidiče autobusů a taxi 0,0‰. Pokuty bývají ve výši až 20.000 ARS, případně se přistupuje k odebrání řidičského průkazu či trestu odnětí svobody.

Bělorusko – není povolen žádný alkohol v krvi, policie provádí testy.

Bosna a Hercegovina – maximální povolené množství alkoholu je 0,3‰.

Černá Hora – maximální povolené množství alkoholu je 0,5‰, u řidičů z povolání pak 0,00‰.

Egypt – je zakázáno řídit vozidlo pod vlivem alkoholu nebo drog.

Chorvatsko – povolená hranice je 0,5‰, ale pro následující kategorie je hranice 0,00‰:

-) řidiči do 24 let

-) profesionální řidiči

-) řidiči vozitel nad 3,5 tuny

Policie má právo náhodně vykonávat testy. Obsah alkoholu může být zjišťován dechovou zkouškou, krevní zkouškou, nebo odběrem moči. V případě nehody je povinný test na alkohol nebo omamné látky v krvi. Přítomnost drog může být testována z krve, slin a moči. Je zakázána jízda po požití léků, které ovlivňují schopnost řídit motorové vozidlo.

Indie – není povolen žádný alkohol v krvi řidiče (v Západním Bengálsku je povoleno 0,8‰).

Policie nesmí používat balónky na dechovou zkoušku alkoholu, ale smí zastavit řidiče podezřelého z jízdy pod vlivem alkoholu.

Island – maximální povolená hodnota alkoholu v krvi je 0,5‰. Za překročení této hranice jsou velmi přísné tresty.

Izrael – řidič, který je podezřelý z řízení pod vlivem alkoholu nebo se dopustí dopravního přestupku, musí podstoupit testy. Zákon se množstvím alkoholu v krvi nezabývá, avšak soudní precedens upravuje maximální přípustné množství 0,1‰.

Jordánsko – maximální povolená hladina alkoholu v krvi je 0,8‰. Pokud je naměřena vyšší hladina, je mu zabaven řidičský průkaz i vozidlo a policie může nařídít krevní testy, které jsou použity při eventuálním soudním řízení. Krevní test se převážně vykonává při dopravním přestupku nebo po dopravní nehodě.

Kanada – v provincii British Kolumbie je povolená hranice alkoholu v krvi řidiče 0,5‰, v ostatních provinciích je 0,8‰. V motorovém vozidle je zakázáno převážet láhve nebo

plechovky s alkoholickými nápoji. Některé státy začínají být benevolentnější a povolují otevřené alkoholické nápoje ve vozidle, pokud jsou umístěny mimo dosah řidiče.

Makedonie – maximální povolené množství alkoholu v krvi je 0,5‰. V případě profesionálních řidičů je vyžadována nulová hladina. V případě podezření je řidič povinen podstoupit dechovou nebo krevní zkoušku.

Norsko – maximální povolená hodnota alkoholu v krvi je pro řidiče motorových vozidel 0,2‰. Pro obsluhu motorových lodí a plachetnic je limit 0,8‰. Policie má právo vyzvat řidiče, aby se podrobil dechové zkoušce. Pokud je tato zkouška pozitivní, může být vyžadován krevní test.

Srbsko - max. povolené množství alkoholu v krvi je 0,5‰. U profesionálních řidičů je zakázáno jakékoliv množství alkoholu v krvi. Pokuty v rozmezí 5 000 - 25 000 RSD.

Švýcarsko - řidič je nezpůsobilý k jízdě, zjistí-li se v jeho krvi obsah alkoholu vyšší než 0,5‰. Při zjištění nepovoleného množství může být udělena pokuta, v krajním případě může dojít k uvěznění. Zahraničním řidičům bude na určitou dobu zakázán vjezd do Švýcarska.

Ukrajina - je zakázáno řídit motorové vozidlo pod vlivem alkoholu. Není povolena žádná tolerance. Jízda pod vlivem alkoholu je pokutována částkou 2 550 - 3400 UAH a zákazem řízení na 1 - 2 roky.

USA – maximální dovolená hladina alkoholu v krvi je pro řidiče 0,8‰. Pro řidiče mladší 21 let je stanoven limit 0,2‰. Řidiči užitkových vozidel nesmějí překročit hladinu 0,4‰. Sankce se liší stát od státu. Při udělení pokuty v horní části rozmezí většina států uplatňuje zadržení řidičského průkazu a to i u prvopachatelů.

Velká Británie a Severní Irsko - maximální povolené množství alkoholu v krvi je 0,8‰. Policie má právo u každého řidiče vykonat dechový test. Při překročení hladiny alkoholu je pokuta až 5 000 GBP. Může také dojít k odebrání řidičského průkazu nebo dokonce k uvěznění až na 6 měsíců.

4. Cíl práce

Následující kapitola představí, na jaké otázky je práce zaměřena, jaká data jsem získala, porovnávala a znázornila pomocí grafů a tabulek.

4.1. Výzkumné otázky

- Jak se v posledních 10 letech (2001 – 2011) změnil počet úrazů nebo onemocnění českých turistů v zahraničí v souvislosti s užitím návykové látky?
- Proč jsou některé pojistné události, kde je užití návykové látky evidentní, uznány jako likvidní (asistence může být poskytnuta) a jiné ne (o klienty se nemůžeme postarat)?
- Mění se u českých turistů v uvedených letech nejvíce zneužívaná návyková látka nebo je nejoblíbenější stále jen jedna? Která?

4.2. Hodnocená data

Praktická část práce je zaměřena na vyhodnocení následujících dat:

- Počet evidovaných pojistných událostí během jednotlivých let 2001 – 2011.
- Počet evidovaných pojistných událostí v nejčastějších destinacích během jednotlivých let 2001 – 2011.
- Počet zamítnutých pojistných událostí v průběhu jednotlivých let 2001 – 2011 v souvislosti s užitím návykové látky.

5. Metodika a výběr dat

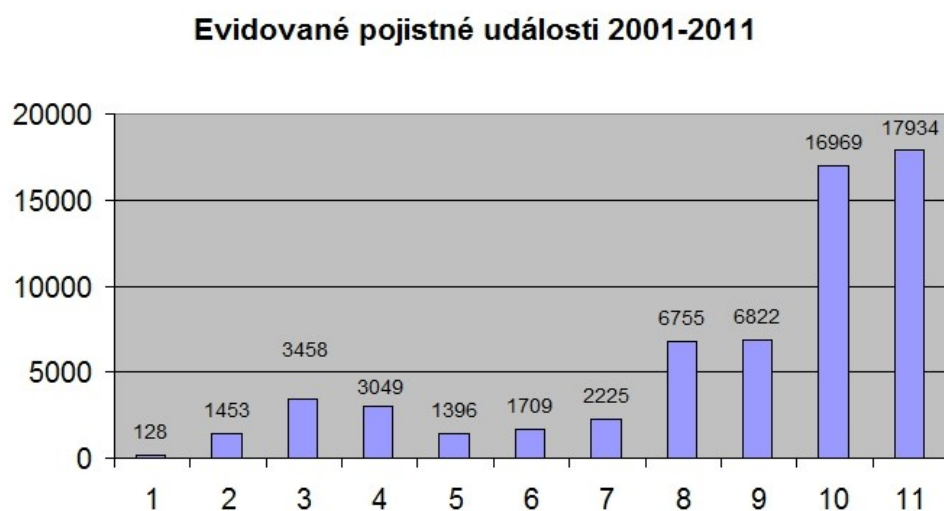
Vzhledem k charakteru porovnávaných dat jsem zvolila výzkum kvantitativní.

Z přístupných dat asistenční služby jsem vybrala taková, na kterých se dá ukázat, zda pojistné události vzniklé v souvislosti s užitím návykové látky v průběhu let klesají či stoupají.

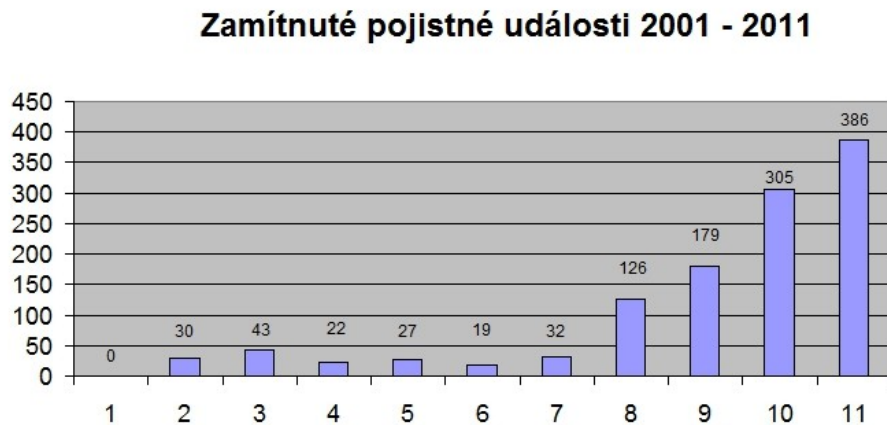
Dále jsem se zaměřila na znázornění destinací, kde během let 2001 – 2011 nejčastěji k pojistným událostem docházelo. Původně jsem chtěla znázornit a porovnat i nejvíce zastoupené návykové látky v jednotlivých letech, graf by však nebyl příliš průkazný, jelikož v evidovaných případech klientů jsem nenašla jiné návykové látky, než alkohol (99%), pervitin a marihuanu. Výsledky jsem popsala a znázornila pomocí tabulek a grafů.

5.1. Znázornění získaných dat

5.1.1. Graf č. 1



5.1.2. Graf č. 2



5.1.3. Tabulka č. 1

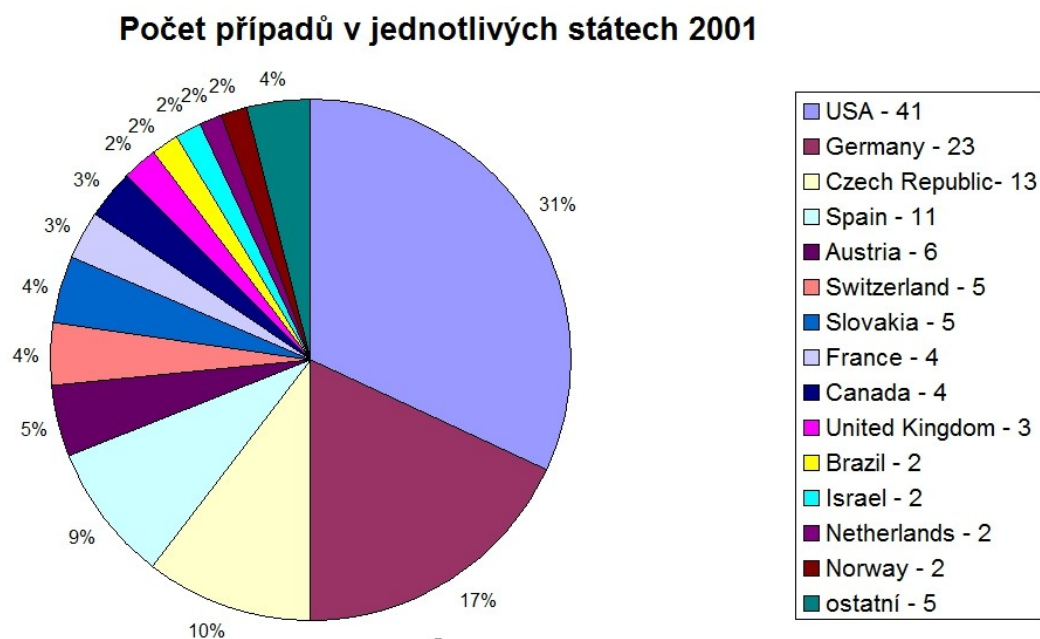
	Procentuelní vyjádření zamítnutých pojistných událostí										
rok	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
procento	0	2,06	1,24	0,72	1,93	1,11	1,44	1,87	2,62	1,80	2,15

Graf č. 1 ukazuje počet pojistných událostí během let 2001 – 2011. Největší pokles byl v roce 2005, od roku 2009 naopak asistenční služba zaznamenává velký nárůst.

V grafu č. 2 je uveden počet zamítnutých pojistných událostí v souvislosti s užitím návykové látky. Jejich nárůst během posledních let je logicky způsoben zvýšeným množstvím pojistných případů. Zajímalo mě, zda ve srovnání s ostatními lety, kdy byl počet událostí menší, procentuelně klesá či stoupá množství zamítnutých případů pro přítomnost návykové látky. K tomuto zjištění slouží tabulka č. 1. Zjistila jsem, že ve srovnání s množstvím případů, pojišťovny nejvíce zamítaly pojistné události v roce 2009, nejméně pak v roce 2003. Rok 2001 do toho nezahrnuji, jelikož asistenční služba teprve začínala působit na trhu a neměla takový počet klientů (pojištěoven), kterým mohla své služby nabídnout.

5.1.4. Graf č. 3 - 2001

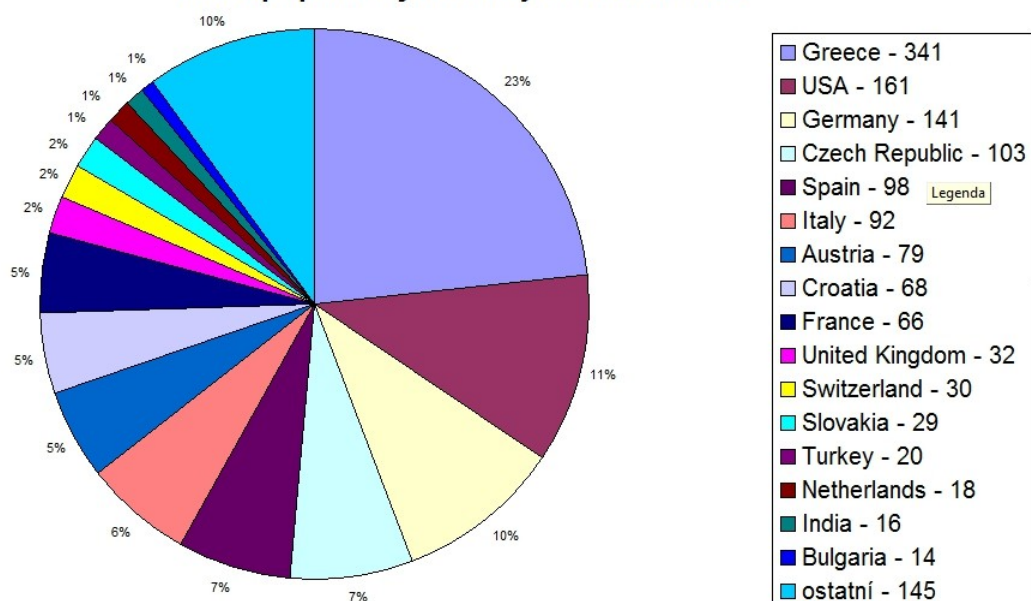
Za rok 2001 měla asistenční služba celkem 128 případů. Z toho nejvíce, 31% bylo v USA. V tomto roce nebyla žádná hlášená pojistná událost zamítnuta pro užití návykové látky.



5.1.5 Graf č. 4 - 2002

Do popředí stran počtu hlášených pojistných událostí se dostává Řecko. Z tohoto roku eviduje asistenční služba 9 zamítnutých pojistných událostí, z celkového počtu 1453, z důvodu požití NL (návykové látky).

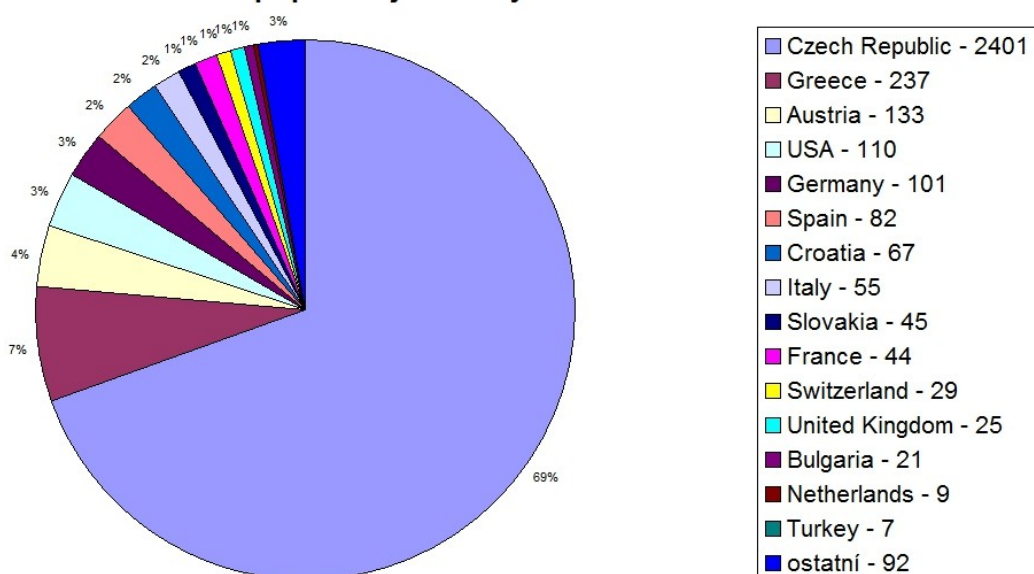
Počet případů v jednotlivých státech 2002



5.1.6. Graf č. 5 - 2003

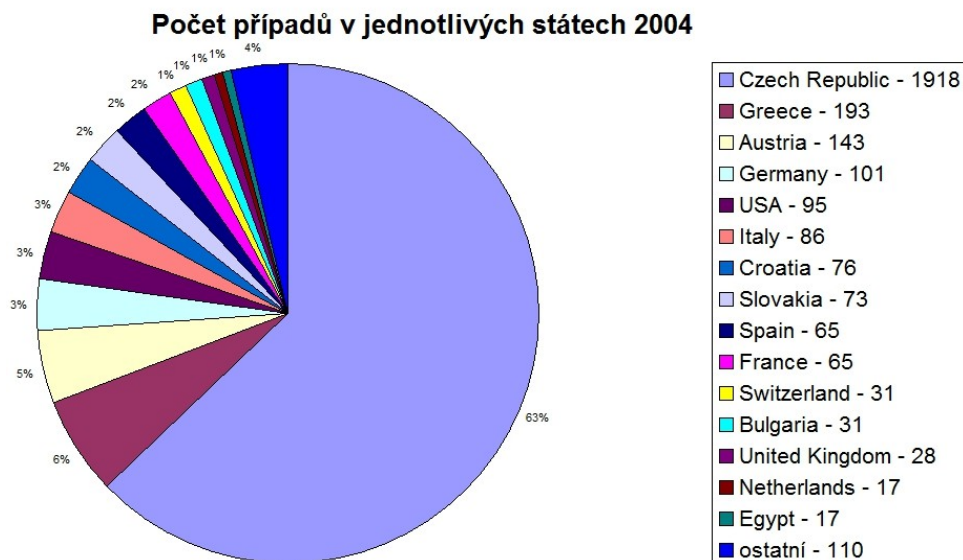
V grafu pro rok 2003 zaznamenáváme velký rozdíl v počtu pojistných událostí v ČR proti minulým rokům. S českou pobočkou začaly více spolupracovat ostatní pobočky z cizích zemí a začaly jí předávat své klienty. Celkový počet je 3458 evidovaných případů. Přesto počet zamítnutých pojistných událostí v souvislosti s užitím návykové látky v zahraničí v tomto roce, stoupl na 43.

Počet případů v jednotlivých státech 2003



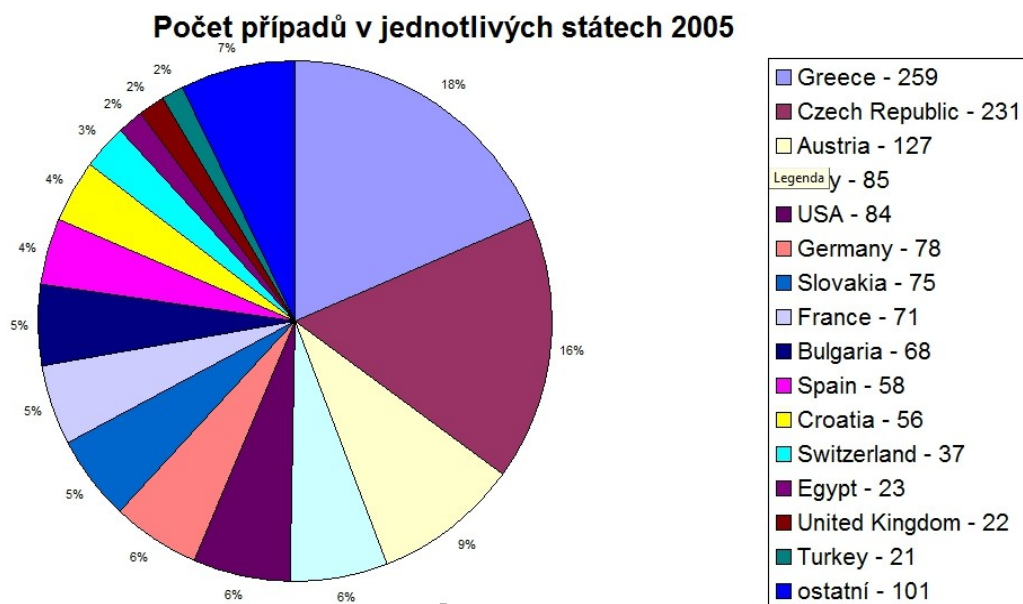
5.1.7. Graf č. 6 - 2004

Počet klientů předaných zahraničními pobočkami do ČR se mírně snížil. Celkem bylo 3049 případů, z toho 63% v ČR. Počet zamítnutých pojistných událostí z důvodů užití návykové látky se proti minulému roku snížil téměř na polovinu a to na 22.



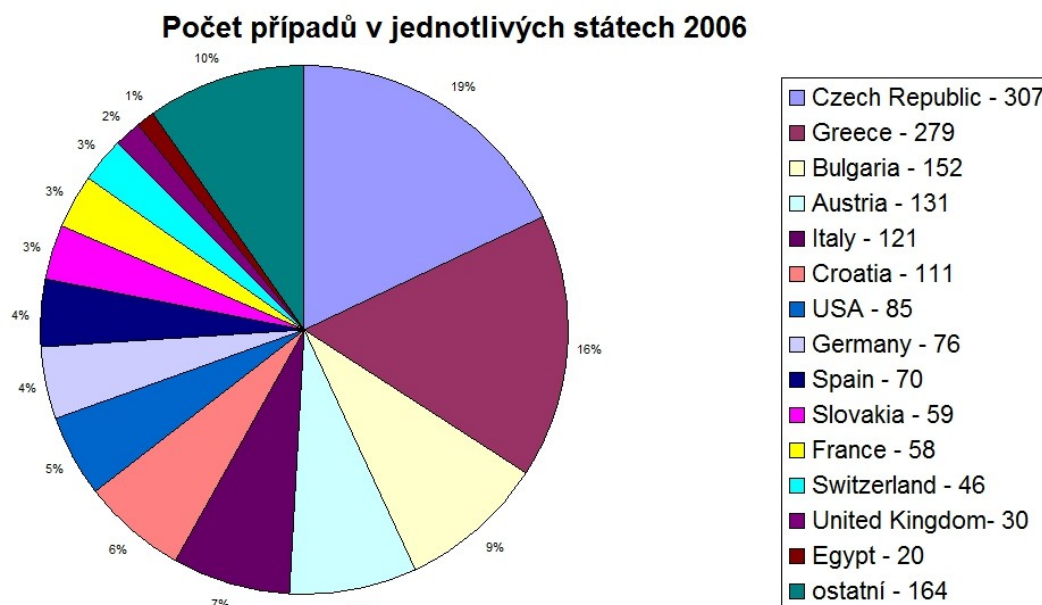
5.1.8. Graf č. 7 - 2005

Celkový počet případů klesl o více než polovinu a to na 1396. Zvýšil se počet pojistných událostí v Řecku. Zamítnuté případy z důvodu užití návykové látky stouply na počet 27.



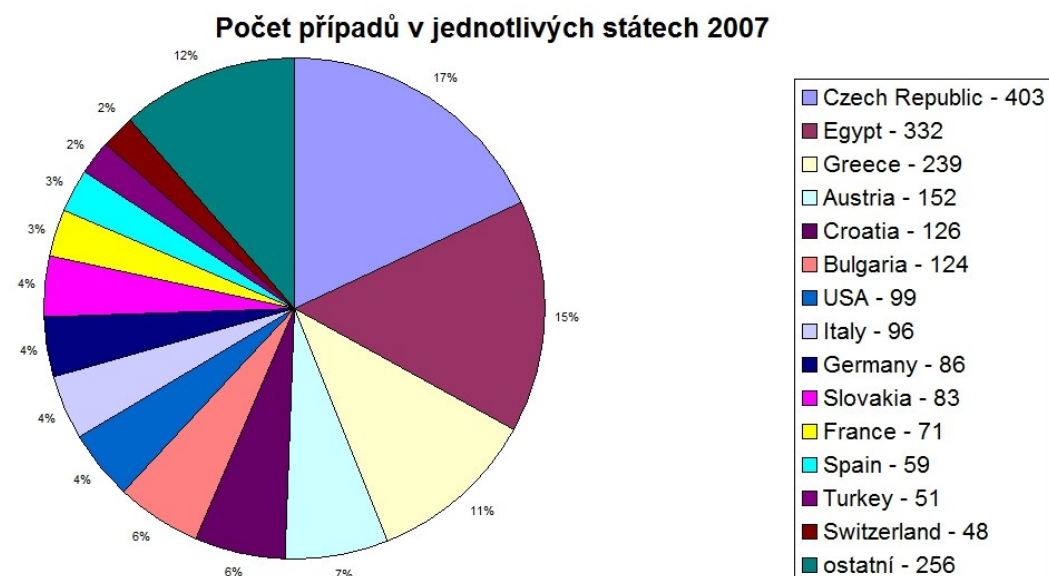
5.1.9. Graf č. 8 - 2006

V roce 2006 eviduje asistenční služba 1709 pojistných událostí. Dochází k navýšení jejich počtu hlavně v Bulharsku, Řecku a znovu i v ČR. Zároveň ale dochází k poklesu zamítnutých případů a to na 19, což je od roku 2002 nejméně.



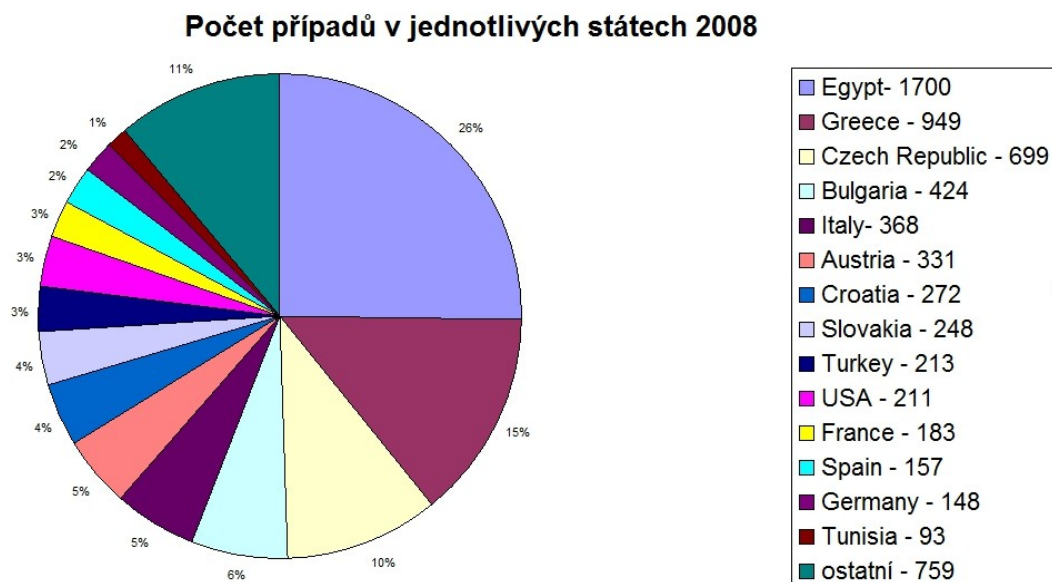
5.1.10. Graf č. 9 – 2007

V roce 2007 dochází k velkému nárůstu evidovaných pojistných událostí v Egyptě oproti minulému roku, a to z 20 na 332. Celkový počet je 2225 případů, z toho zamítnutých z důvodu požití návykové látky je 32.



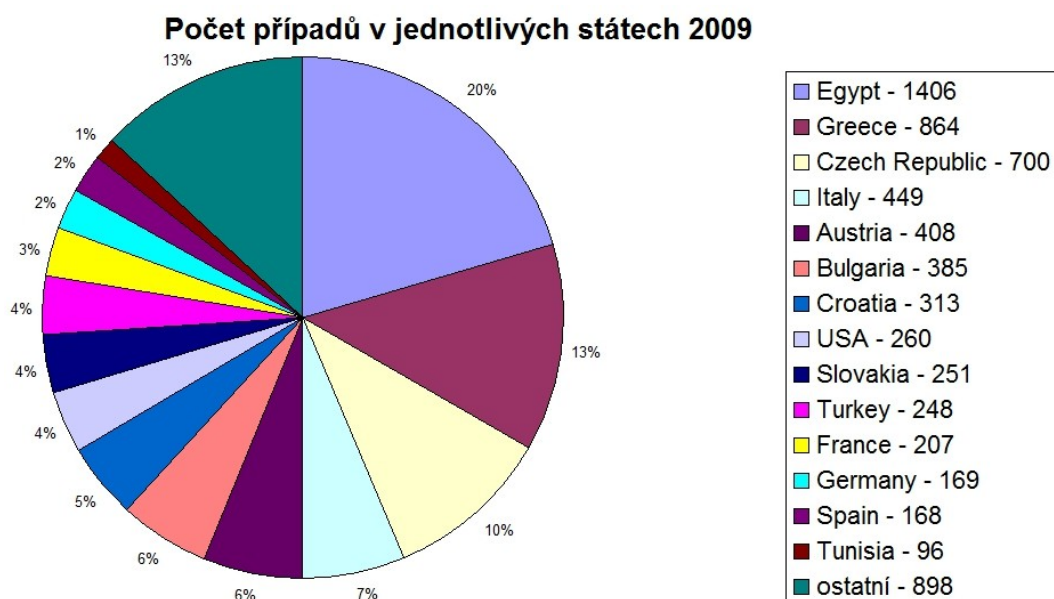
5.1.11. Graf č. 10 – 2008

Dochází k velkému zvýšení objemu pojistných událostí. Celkově jich asistenční služba eviduje 6755. Trvá vzestup případů v Egyptě a razantní nárůst je i v Řecku a Bulharsku. Zamítnutých případů z důvodu užití návykové látky asistenční služba eviduje 126.



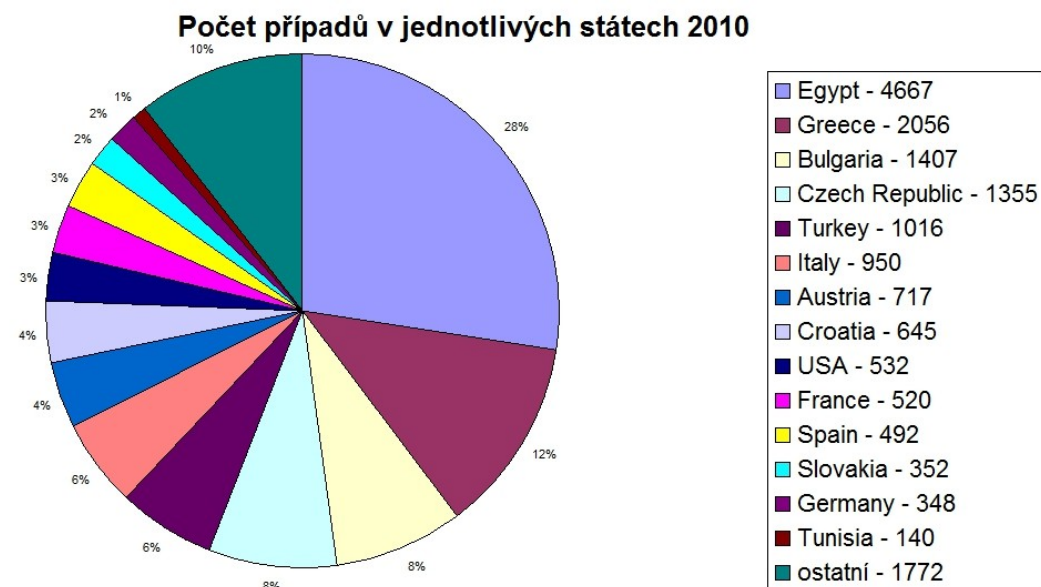
5.1.12. Graf č. 11 – 2009

Vzestupný trend trvá. Počet pojistných událostí v ČR a ostatních zemích je 6822. Rozdíl proti roku 2008 není již tak razantní jako v letech 2007 a 2008. Snižuje se počet případů v Egyptě a Řecku, dochází ale k vzestupu v ostatních, méně častých destinacích. Zamítnutých je 179 pojistných událostí z důvodu užití návykové látky.



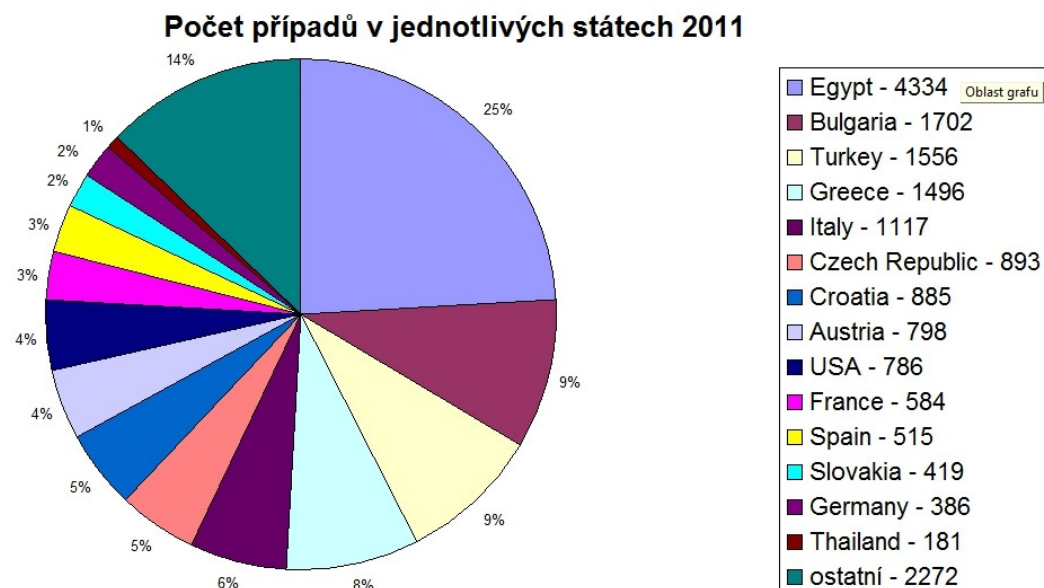
5.1.13. Graf č. 12 - 2010

V roce 2010 zaznamenává asistenční služba velký nárůst pojistných událostí a to o více než polovinu. Celkem jich je 16 969. Zamítnutých případů z důvodu užití návykové látky je 305. V porovnání s předchozím rokem tedy dochází ke snížení, když uvážíme, o kolik se zvýšil počet případů.



5.1.14. Graf č. 13 – 2011

Stejně jako v letech 2008, 2009 a 2010 má vedoucí postavení Egypt. Před Řecko se ale dostává Bulharsko. Zájezdy do této destinace jsou levnější než do Řecka. Počet pojistných událostí je 17 934, z toho zamítnutých pro užití návykové látky je 386.



6. Pojistné události v praxi

Při shromažďování dat jsem podrobně procházela i pojistné události, které byly zamítnuty. Situace, které k nim vedly, byly často podobné. Případy jsem vybírala podle následujících kritérií:

- Zastoupení všech návykových látek, se kterými se asistenční služba setkala, tedy alkohol, marihuana a pervitin.
- Případy, které pojišťovna zamítla z důvodu výluky pojistné události v souvislosti s užitím návykové látky i ty, které ani přes uvedenou výluku nezamítla a proč.
- Destinace, kde se nejčastěji uvedené pojistné události vyskytují.
- Nejčastější diagnózy v souvislosti s užitím návykové látky.

6.1. Kazuistika Rakousko, 2009

Klient A029673, věk 26, pobyt v zahraničí od května 2009 do prosince 2009 z důvodu práce.

O pojistné události se asistenční služba dozvěděla až v době, kdy klient byl již zpět v ČR. Sám ji nenahlásil. Rakouská nemocnice potřebovala zaplatit účet za jeho hospitalizaci, kontaktovala proto v červnu 2009 rakouskou pobočku asistence a ta žádost přeposlala emailem do ČR. Na klienta byla známa pouze adresa, proto mu byl zaslán dopis s žádostí, aby asistenci kontaktoval v zájmu dořešení své pojistné události. Do září 2009 na dopis nikdo nereagoval, pak se ozvala matka klienta, jelikož jí domů přišel účet z nemocnice. Předala kontakt na syna, se kterým byla následně pojistná událost ověřena. Sdělil, že mu bylo zle, neví jak, měl nějakou slabost, probral se až v sanitce. V nemocnici byl několik hodin na infuzích a následně propuštěn. Neví, kdo sanitku volal, neguje další obtíže. Dále uvedl, že v zahraničí pracuje na černo, ve své zemi je nezaměstnaný, není zaregistrován nikde na úřadě, žije život bez dokladů. Z nemocnice lékařskou zprávu neměl a nechtěl dát svolení pro její vyžádání. O jeho diagnóze se asistence dozvěděla z dalšího účtu za sanitku, který nemocnice poslala. Jako prvotní diagnóza zde byla uvedena intoxikace alkoholem (MKN – 10: F10.1). S klientem se poté nepodařilo znovu spojit, pokládal telefony. Asistence požádala pojišťovnu o odsouhlasení zamítnutí nákladů a pojišťovna souhlasila. Klientovi byl zaslán dopis s informací o zamítnutí, které bylo podloženo výlukami z cestovního pojištění a zároveň s informací, jak postupovat v případě, že by se klient chtěl odvolat, to však neučinil.

V tomto případě pojišťovna zamítla pojistnou událost, jelikož má ve svých výlukách uvedeno, že se pojištění nevztahuje na události, které jsou přímým nebo nepřímým důsledkem požití alkoholu, nebo jiných omamných a psychotropních látek. Diagnóza, na základě které se provedlo zamítnutí, byla ovšem jen prvotním impulzem k zamítnutí. V tomto případě si klient přitížil tím, že nechtěl s asistencí komunikovat. Kdyby sám sdělil, že alkohol nepil, asistence by musela zajistit plnohodnotnou lékařskou zprávu z nemocnice, což by nějakou dobu trvalo a hlavně, pokud by nemocnice nedoložila u klienta pozitivní testy na alkohol, nedal by se nijak zpětně alkohol prokázat a událost by se patrně nezamítla. Klient měl v podstatě štěstí, že byl v nemocnici v zemi, která je členem EU. Většina nákladů v nemocnici byla hrazena přes systém EHIC a klient doplatil jen spoluúčast a sanitku, což dohromady byla částka do 500€.

6.2. Kazuistika Řecko, 2008

Klient B022456, věk 52, pobyt v zahraničí červenec 2008 z důvodu dovolené. Pojistnou událost nahlásila manželka klienta, která s ním byla na dovolené. Uvedla, že byl klient v noci někde pryč a vrátil se dezorientovaný. Byl na ambulantním vyšetření u hotelového lékaře, který mu napsal léky na zavodnění a minerály. Manželka chtěla jen událost nahlásit a zjistit, co potřebuje za dokumenty, aby jí po návratu byly peníze vynaložené za léky klienta vráceny. Následující den přišla ze zdravotnického zařízení lékařská zpráva a účet. Jako diagnóza byla stanovena dehydratace. Následně telefonoval lékař, že klient se v noci probudil a začal běžet, uběhl asi 20 km, několikrát upadl, je dost poraněný, má psychické obtíže a nyní je na policii. Požadoval jeho okamžité převezení do ČR. Po této informaci kontaktovala asistence klienta i manželku, ale neúspěšně. Požádala proto o pomoc svou řeckou pobočku, aby kontaktovala policii a zjistila podrobnosti. Klient byl následně policejním vozem převezen na psychiatrii do státní nemocnice, kterou asistence doporučila. Již v tuto chvíli totiž měla podezření, že náklady za klientovu hospitalizaci nebudou cestovní pojišťovnou hrazeny z důvodu účasti psychických obtíží ve výlukách z cestovního pojištění a ve státní nemocnici budou hrazeny přes systém EHIC. S klientem nebylo možné v ten den hovořit a manželka opakovaně nebrala telefon. Asistence se proto pokoušela s ní spojit na hotel, což se nakonec podařilo. Třetí den přišla z nemocnice lékařská zpráva, kde byla uvedena diagnóza delirium tremens (MKN 10 – F10.4). Ošetřující lékař klienta žádal informaci o jeho zdravotní historii, s klientem nebyla možná domluva a lékař věděl jen to, že je klient alkoholik. Na předchorobí byla tážána manželka, která sdělila, že se klient léčí pouze s bederní páteří, byla velmi překvapena, že má klient problém s alkoholem. Poté se do řešení záležitosti vložila dcera

klienta, která byla velmi pohoršená a zpochybňovala diagnózu sdělenou nemocnicí. Klient byl v dalších dnech převezen na interní oddělení, což ji v domněnce utvrzovalo. Obstarala informace od praktického lékaře klienta, kde byly uvedeny obtíže se zády, ale zároveň i zvýšené jaterní testy, které mohly na nadužívání alkoholu upozornit. Stav klienta se postupně zlepšoval, měl ale ještě vysokou teplotu pravděpodobně z infekce dýchacích cest, jaterní enzymy byly na vzestupu. Objektivně byl klient zmatený, podezřivý a personál ho musel přivazovat k posteli. Jelikož další zprávy z nemocnice potvrzovaly původní diagnózu spadající do pojistných výluk, kdy pojistitel není povinen uhradit léčebné výdaje související s psychickou poruchou. Dcera podala odvolání a obrátila se na právníky. Vzhledem k zamítnutí nebylo možné, aby asistence zorganizovala transport klienta zpět domů. Pravděpodobně byl jeho odlet možný komerčním letem za doprovodu někoho z rodiny a po několika dalších týdnech pobytu v nemocnici a vhodné medikaci. Náklady za klientovu hospitalizaci, které by musela rodina hradit, pravděpodobně žádné nevnikly, právě proto, že byl klient ve státní nemocnici. Pokud by byl v soukromé, byly by velmi vysoké. Otázkou zůstává kvalita péče, která mu byla poskytnuta. Už jen situace, že se klient, který nehovoří jinak než česky a má vážné psychické problémy, ocitne v Řecku na psychiatrii, kde mu nikdo nerozumí, je dost problematická. Když k tomu přidáme ještě nevědomost rodiny o potížích s alkoholem, dá se pochopit, že rodina takto reagovala.

6.3. Kazuistika Řecko 2007

Klientka C02541, věk 55, pobyt v zahraničí září 2007 z důvodu dovolené. Den před plánovaným odjezdem klientky zpět na Slovensko kontaktoval asistenci lékař, u kterého byla klientka právě na ošetření. Sdělila, že před dvěma dny upadla v koupelně na kachlíkové podlaze a narazila si žebra, bolest stále přetrvává, proto šla na ošetření. Lékař naplánoval transport klientky do nemocnice na RTG. S druhem klientky, který s ní byl v zahraničí, bylo rovněž hovořeno. Klienti s sebou neměli mobilní telefon, bylo s nimi tedy domluveno, že ohledně dohlášení pojistné události se ozvou až z domova a pokud by byl ještě v nemocnici nějaký problém, ozvou se z pevné linky jako nyní. Po rentgenu byla klientka z nemocnice propuštěna, žebra byla jen pohmožděná. Ten samý den večer znovu telefonoval lékař s informací, že klientka zvrací krev, ale nechce do nemocnice, jelikož se domnívá, že bude muset odvoz hradit a na to nemá. Vzhledem k faktu, že následující den odjíždí domů, se rozhodla hospitalizaci odmítnout a od lékaře, který jí chtěl nechat odvézt do nemocnice, odešla. Asistence kontaktovala delegáta, který se rozhodl s klientkou ještě ohledně sanitky

domluvit, i když uvedl, že je s ní domluva problematická. Ani na druhý pokus se klientka nenechala odvézt, i když jí delegát řekl, že sanitku uhradí pojišťovna. Asi o dvě hodiny později se stav klientky ještě zhoršil a s transportem do nemocnice nakonec souhlasila. S klientkou samotnou ani s druhem nebylo možné navázat dále telefonické spojení, rodina o ničem nevěděla. Do zahraničí s nimi sice přijeli ještě přátelé, ale ti s nimi dle slov delegáta vůbec nekomunikovali. Sanitka odvezla klientku do státní nemocnice, kde nikdo z personálu nehovořil anglicky. Následující den byla kontaktována delegátka pro zjištění více informací. Uvedla, že klientka není ve špatné nemocnici, ale není možné nyní lékařské informace získat, ani s klientkou hovořit, protože dosud nebyla ukončena všechna potřebná vyšetření. Druh, který s ní 11 let žije, se rozhodl odcestovat společně se zájezdem domů. Od něj bylo zjištěno, že klientka je v invalidním důchodu, v lednu 2007 byla hospitalizována pro podezření na jaterní cirhózu, která se ale nepotvrdila. Z užívaných léků uvedl jen medikamenty na odvodnění. Kvůli jazykové bariéře v nemocnici byla o pomoc požádána řecká pobočka asistence. Ani druhý den hospitalizace klientky však nebylo možné zjistit diagnózu, lékařská zpráva nebyla hotová. S klientkou samotnou se podařilo hovořit 3. den po převozu do nemocnice. Druh se mezitím zajímal o její zdravotní stav. Klientka sdělila, že nesouhlasí, abychom jejího přítele informovali o jejím zdravotním stavu, stěžovala si na podmínky v nemocnici, udávala, že nemá oblečení a zvažovala odchod z nemocnice na vlastní riziko, což jí ale asistence rozhodně nedoporučovala. Bylo to pro klientku po zdravotní stránce nebezpečné, pokud by po jejím vynuceném odchodu z nemocnice nastaly komplikace, asistence by se již nemohla o klientku postarat, stejně jako by nemohla zajistit její transport zpět na Slovensko. Dle pojistných podmínek je totiž klient povinen řídit se pokyny a doporučením asistenční služby. Ta v tomto případě doporučovala zůstat v nemocnici a až lékař rozhodne o propuštění, zajistila by odvoz klientky domů. Vzhledem k informacím o prodělaném onemocnění v lednu 2007 zažádala asistence o výpis ze zdravotní dokumentace praktického lékaře klientky. Ten se velmi divil, že je klientka v zahraničí na dovolené, jelikož si od něj nechává vyplňovat potvrzení o hmotné nouzi, navíc ani její zdraví není úplně v pořádku. Potvrdil její hospitalizaci v lednu 2007, kdy byla na interním oddělení pro obtíže s játry, z jícnových varixů nekrvácela, měla anémii, ascites, byla potvrzena cirhóza jater.

Klientka byla propuštěna 6. den od přijetí do nemocnice. Lékařskou zprávu zaslali až s jejím propuštěním. Asistence mezitím zajistila prostřednictvím delegátky ubytování pro klientku, než pro ni bude zajištěn transport. Cestovní pojišťovna byla mezitím informována o pravděpodobné výluce z pojistných podmínek, nicméně jelikož se nejednalo o přímou

souvislost s užitím alkoholu, pojistnou událost nezmítla, rozhodla se o klientku postarat. Vzhledem ke zdravotnímu stavu klientky se asistence domluvila s cestovní kanceláří, že se klientka vrátí autobusem, jak bylo původně naplánováno, jen s jiným turnusem zájezdu. Den po propuštění delegát zajistil pro klientku mobilní telefon a asistence s ní tedy mohla hovořit. Sdělila, že se její stav opět zhoršuje, opět se objevil ascites, chce odletět co nejdříve domů, nechce čekat 3 dny na autobus. Delegát potvrdil slova klientky. Druh jí poslal nějaké peníze, už je ale nemá, utratila je za cigarety.

Zpráva z nemocnice potvrdila, že klientka je alkoholička, má VHC, jaterní cirhózu, krvácela z prasklého žaludečního vředu a má malý pneumotorax, který se ale začal rozvíjet již na Slovensku, nicméně nebyl doléčen. Saturaci krve kyslíkem měla klientka 94%, při této hodnotě je potřeba kyslík do letadla. Klientku bylo znovu třeba odvézt na vyšetření, aby se zjistilo, nakolik se její stav zhoršil a zda pro ni není let rizikový. Delegát v tuto chvíli již odmítl s klientkou pomoci, je s ní složitá domluva, chodí ji navštěvovat, ale ona na něj jen křičí, má mít dietu, ale kupuje si párky a kouří, nechtěl být nadále v případě zainteresován. Klientce bylo zajištěno taxi do nemocnice cestou řecké pobočky, jela do stejné nemocnice, kde byla hospitalizována. V nemocnici ji ale odmítli přijmout, jelikož ji už jednou ošetřili a propustili. Asistence proto kontaktovala konzulát, který jim potvrdil, že v Řecku mají pravidlo, že se nemocnice v péči střídají a pokud již klientka byla z nemocnice propuštěna, není možné ji sem znovu přijmout. Musela být tedy odvezena do jiné, vzdálenější nemocnice, kde ji opět hospitalizovali. Klientku bylo třeba stabilizovat natolik, aby byla schopna leteckého transportu s doprovodem lékaře. Pokud pacient potřebuje během letu kontinuálně kyslík, což byl tento případ, lékařský doprovod je nutný, aerolinky by jinak klientku na palubu letadla nepustily. Ten samý den, kdy byla klientka hospitalizována, byla opět propuštěna pro nedostatek lůžek s odůvodněním, že hospitalizace není bezpodmínečně nutná. Zajištění lékaře jako doprovodu pro klientku a odletu klientky spolu s ním domů by trvalo přibližně pět dní. Klientka se proto rozhodla riskovat cestu autobusem a následující den odjet autobusovým spojem cestovní kanceláře. Asistence se s řidiči autobusu domluvila, že dají klientce dvousedadlo, aby měla větší pohodlí a pokud se objeví komplikace během jízdy, odvezou ji do nejbližší nemocnice. Řidiči nebyli příliš ochotní, obávali se možných těžkostí. Klientka nakonec došla domů bez dalšího zhoršení zdravotního stavu. Náklady za její pojistnou událost pojišťovna uhradila ve výši 2500€.

6.4. Kazuistika USA, 2011

Klient D076231, věk 22, pobyt v zahraničí duben až květen 2011 z důvodu turistiky a studia. Událost klienta nahlásila jeho matka z ČR. Uvedla, že klient je v USA na studijním pobytu angličtiny a má psychické obtíže, přesněji řečeno byl nachlazený, následně je vyčerpaný, nejí, nespí, není s ním možná domluva, mluví z cesty. V USA pobýval u jedné americké rodiny. Během stejného dne se klient ztratil. Rodina, u které bydlel, se o něj odmítla postarat, policie ho po několika hodinách našla, na řešení se podílela i ambasáda, kterou kontaktoval otec klienta. Ten ještě uvedl, že klient si vzal nějaké silné léky na nachlazení a byl po nich zmatený. Klient byl policií převezený do nemocnice. Vzhledem ke skutečnosti, že americké nemocnice odmítají posílat emaily a faxy mimo území USA, obrátila se asistence na svou pobočku na místě. Získání lékařské zprávy trvalo několik dní. Asistence se pokoušela spojit s rodinou, která hned druhý den po nahlášení za klientem odletěla, ale neúspěšně. Šestý den po přijetí do nemocnice byla zaslána lékařská zpráva, ve které jako důvod hospitalizace byla uvedena úzkost, deprese a sebevražedné myšlenky. Byla stanovena diagnóza akutního psychotického onemocnění, abusus cannabis (MKN – 10: F12.0).

Hned po tomto zjištění byla kontaktována pojišťovna, jelikož bylo nutné rozhodnout o zamítnutí nákladů, které v té době dosahovaly výše 11 000 USD. S klientem nebylo možné vzhledem k jeho stavu hovořit. Matce byla sdělena pravděpodobnost zamítnutí. Po zaslání potvrzujícího emailu z pojišťovny bylo matce sděleno konečné stanovisko, tedy že pojistná událost musí být zamítnuta pro vyluku z pojištění, na základě psychického onemocnění v souvislosti s požitím návykové látky. Matka s rozhodnutím nesouhlasila, uvedla, že psychické obtíže nemohou souviset s drogami, klient je sice užíval, ale jen doma, v zahraničí nic nebral. Žádala asistenci, aby kontaktovala nemocnici a pomohla jí dostat klienta z USA domů. Klienta údajně nemocniční prostředí ještě více stresovalo a ošetřující lékař nebyl k zastižení. Propuštění klienta však nebylo možno ze strany asistence řešit, jelikož kdyby asistence žádala jeho propuštění, znamenalo by to, že s tímto postupem souhlasí, což tak nebylo. Lékaře asistenční služby se dle lékařské zprávy klient nezdál stabilizovaný ani na propuštění, ani na odlet, který trvá relativně dlouho. Rodičům jsme proto doporučili kontaktovat znovu ambasádu, která má povinnost se o klienta postarat.

6.5. Kazuistika Dominikánská republika, 2006

Klient E054456, věk 35, pobyt v zahraničí únor 2006 z důvodu dovolené. Úraz klienta nahlásil jeho bratranec. Uvedl, že klient spadl z hotelového balkónu, má zlomené nohy a úraz hlavy, sanitka ho transportovala do nemocnice. On sám pád neviděl, neví, zda byla na místě policie, večer s klientem popíjeli v hotelovém baru, měl asi 7 drinků, on poté odešel na pokoj a klient zůstal ještě v baru. V zahraničí je též klientova manželka a jejich dvě děti. Asistence se s nemocnicí ihned spojila a zjistila, že klient není schopen převozu, je na umělé plicní ventilaci na JIP. Požádali personál nemocnice o provedení testu na alkohol, nicméně bylo jim sděleno, že testy na alkohol se u nich nedělají. Členové personálu hotelu sdělili, že viděli klienta vyskočit z 3. patra hotelu tam, kde je bar a recepce. Bratranec klienta nesouhlasil s myšlenkou, že by mohl vyskočit úmyslně. Nikdy se s ničím neléčil, neměl deprese a se všemi problémy se mu svěřoval. Bylo potřeba zajistit transport vrtulníkem do jiné nemocnice, která byla lépe vybavena, kvůli těžkému úrazu hlavy. Asistence transport připravila, ale klient ještě před převozem zemřel. Podařilo se kontaktovat místní policii, která potvrdila, že nehodu vyšetřovala. Policejní protokol informací o alkoholu neobsahoval. Vzhledem k mnoha nejasnostem a nemožnosti prokázat alkohol v krvi klienta, se pojišťovna rozhodla pojistnou událost uznat jako likvidní. Asistence proto přepravila tělo klienta a jeho rodinu zpět do ČR na náklady pojišťovny.

6.6. Kazuistika ČR, 2010

Klientka F076530, věk 21, Američanka, studentka UC Berkley, v ČR na výletě s kamarády. Americká pobočka požádala o pomoc asistenci v ČR ohledně zajištění lékařské zprávy z nemocnice v Praze, kam byla klientka převezena sanitkou. Potřebovali zjistit, co klientce je a zda budou hradit náklady za její hospitalizaci. Z nemocnice se asistence v ČR dozvěděla, že klientka je nekuřáčka, alkohol užívá příležitostně, byla přivezena RZP, v noci nespala, vzala MDMA, energy drink, večer před nehodou pila víno, ráno v metru se objevila porucha vědomí s křečemi. Kamarádi popisovali strnulý výraz v obličeji, napnutí, pád, křeče, poté zmatenost. Přítomná kolemjdoucí lékařka stav vyhodnotila jako epileptický záchvat, který se objevil poprvé v životě. Neurolog stav rovněž vyhodnotil jako provokovaný epileptický záchvat (kombinace psychostimulancií, minocyklin, spánková deprivace), na CT podezření na lehký mozkový edém. Klientka měla poruchu vědomí charakteru somnolence, na oslovení otevřela oči, nespolupracovala, střídavě naříkala, psychomotoricky neklidná, bez

cyanózy a ikteru, afebrilní. Mimo MDMA byla klientka intoxikována ještě metadonem a alkoholem. Americká pobočka uhradila náklady v nemocnici ve výši 18 000 CZK.

6.7. Návykové látky

Kapitola je věnována popisu účinků nejvíce užívaných drog v zahraničí a zdravotním následkům jejich užívání.

6.7.1. Alkohol

Alkoholizmus neboli závislost na alkoholu, je chronické recidivující onemocnění. Postihuje jak nemocného po stránce psychické a fyzické, tak jeho rodinu a blízké. Často se v této souvislosti hovoří o spoluzávislosti. Závislost na alkoholu patří mezi nejrozšířenější a nejzávažnější formy závislosti. Obecně lze o závislosti hovořit, splňuje-li jedinec alespoň tři z šesti znaků závislosti během doby jednoho roku (vzrůst tolerance, tělesné abstinenční příznaky, užívání i přes prokázanou škodlivost, zanedbávání jiných zájmů, bažení, problémy v sebeovládání).

6.7.1.1. Alkohol v ČR

V ČR je alkohol problém, který je často bagatelizován. Z dostupných statistik vyplývá, že problém tohoto druhu má 25 % mužů a 10 % žen. Znepokojující je i rozšířenost konzumace alkoholu mezi mládeží. Tento fenomén je na okraji zájmu veřejnosti a zastíňuje ho viditelnější drogová problematika. Alkohol, i přesto, že je legální, pořád zůstává drogou srovnatelnou s heroinem nebo opiáty. Nabaluje na sebe celou řadu negativních jevů, jako je kriminalita, rozvodovost, sekundární chronická až smrtelná onemocnění.

6.7.1.2. Působení alkoholu

Alkohol může působit na mozek jedince různými způsoby v závislosti na jeho množství, prostředí, kde je konzumován, osobnosti uživatele, jeho věku a dalších faktorech. V menších dávkách působí podobně jako amfetamin, tedy povzbudivě, zmírňuje úzkost a tenzi, podobně jako benzodiazepiny. Působí na motoriku, ovlivňuje tělesnou teplotu a má anestetické účinky. Tyto projevy jsou způsobeny působením alkoholu na různé přenašečové systémy v mozku, zejména serotoninový, endorfinový a dopaminový.

Zablokuje-li alkohol glutamátové receptory, může dojít k utlumení několika různých procesů v neuronu, který přijímá podněty a produkuje další přenašeče. Zároveň tlumí aktivaci enzymů a hormonů, které hrají v podstatě zásadní roli ve všech tělesných procesech. Dochází ke

zhoršení schopnosti neuronu zapínat a vypínat geny. To je jedna ze základních tělesných funkcí, je to jediný způsob, jak neurony mohou vytvářet receptory, vylučovat neuropřenašeče a udržovat se při životě. Narušení těchto procesů vede k narušení správného fungování mozkových funkcí. Alkohol může zpočátku zvyšovat chuť k jídlu. Nepřímo totiž stimuluje činnost hypotalamu (centrum hladu). Dále snižuje rychlost reakcí, mozek pracuje pomaleji, zornice reagují pomaleji na stimuly z mozku. Díky velkému uvolňování tepla může snadněji nastat smrt zmrznutím nebo podchlazením.

První stadium okysličení alkoholu probíhá postupně, alkohol koluje nezředěný v krvi, která jej roznáší do všech tkání. Přestože se na dočasném uskladnění alkoholu podílejí všechny tělesné tkáně, je tímto procesem nejvíce poškozena nervová tkáň, která je na alkohol vůbec nejcitlivější. Tím je i vysvětlen stav opilosti, což je tedy v pravém smyslu narušení především vyšší nervové činnosti. Pořadí působení alkoholu na nervový systém je následující: mozková kůra, podkoří a mozeček, prodloužená mícha.

V lidském organismu může být alkohol absorbován všemi částmi trávicí trubice, plícemi, močovým měchýřem, pobřišnicí, pohrudnicí a podkožním vazivem. Po požití alkohol rychle proniká sliznicí trávicího systému do krevního oběhu celého těla. Jeho koncentrace v krvi rychle stoupá a dosahuje maxima asi po jedné hodině. Jestliže dojde k požití jídla před pitím alkoholu, jeho vstřebávání se zpomalí. Likvidace alkoholu v těle probíhá hlavně oxidací v játrech (až 98%), kde alkohol odevzdá značné množství tepla, což vyvolá rozšíření povrchových kožních cév, kterými se ne hospodárně vydává teplo. Dále se alkohol likviduje vydechováním a částečně se vylučuje močí. Rychlost poklesu promile alkoholu v krvi není konstantní. Závisí na množství požitého alkoholu, na době, za kterou byl alkohol vypit, na toleranci jedince i na momentální duševní a tělesné kondici.

Aby mohla nastat oxidace, potřebuje organismus jaterní ferment alkoholoxidázu, který se vyskytuje u člověka až asi od 5 let věku. Jeho výskyt je u různých národností různý a také trvalé zatěžování jater alkoholiků vede v prvních obdobích k uvolňování většího množství dalších oxidačních systémů, později už je tomu naopak. Proto v prvním období alkoholizmu dochází ke zvyšování tolerance, která v dalším průběhu klesá. Při oxidaci alkoholu v játrech se uvolní energie o velikosti přibližně 7 cal/g. To znamená, že alkohol dovede pokrýt až polovinu energetického přívodu potřebného pro tělesnou aktivitu s mírnou svalovou zátěží.

6.7.1.3. Projevy opilosti

V počátcích alkoholického opojení vzniká u uživatele stav spokojeného a sdílného rozpoložení mysli. Obvykle se to projevuje i navenek veselým výrazem v obličeji, svítivýma očima, živou mimikou, výřečností a smíchem. Jedinec je rozpustilý, snadno a rád uzavírá přátelství, dostavuje se u něho zvýšený pocit sebevědomí, dojem, že by snadno překonal všechny životní těžkosti. Právě tento stav je často nejsilnějším popudem, proč jedinec sahá po alkoholu a považuje jej za společníka ve štěstí a útěchu v neštěstí.

V dalším průběhu opilosti alkohol postihuje i činnost podkoří a mozečku. Pijan se stává nekritický, netaktní, začíná křičet, zpívat, nedbá na své okolí. Jeho chování a jednání je impulzivní a nepromyšlené. Takoví lidé už postrádají schopnost naslouchat druhým, neumějí kontrolovat svou řeč, jejich obličej rudne, puls stoupá nad 100/min. Pohyby jsou neuspořádané, vyskytují se závratě, vrávorání při chůzi a dvojité vidění. Při těžké akutní otravě alkoholem se dostavuje únava, spavost, často zvracení, obličej zbledne. Při velkých dávkách alkoholu se opilost podobá narkóze: dochází až k úplnému bezvědomí, necitlivosti, mimovolnému pomočení a pokálení. Svalstvo je uvolněné, puls mělký, dýchání pomalé, zornice normální nebo rozšířené a nereagující na světlo. Někdy je otrávený zmatený, blouzní a zmítá sebou. V těžkých případech a při nedostatečné pomoci může zemřít následkem ochrnutí tzv. dechového centra v prodloužené míše, případně udušením kvůli aspiraci zvratků.

6.7.1.4 Sekundární onemocnění

6.7.1.4.1. Jícnové varixy

Jedná se o žilní pleteně ve stěně jícnu. Postižený je ohrožen možností vzniku náhlého krvácení, které ho může usmrtit. Jejich příčinou je portální hypertenze, přetlak v portální žíle, která ústí do jater, kam přivádí živiny, ale i toxické sloučeniny vstřebané ze střev. Při přetlaku nemůže krev téci do jater, proto si najde jiné, boční cesty, což jsou hlavně žíly ve stěně jícnu. V takovém případě do nich proudí velké množství krve, která obchází játra. K portální hypertenzi nejčastěji dochází při pokročilé jaterní cirhóze. Cirhotická tkáň klade příliš velký odpor a to vede k hromadění krve v portální žíle.

Jícnové žíly nejsou schopny masivní průtok krve dlouho tolerovat, začnou se rozšiřovat a vyklenovat do dutiny jícnu. Smrtelně nebezpečnou komplikací je jejich prasknutí, které se téměř nedá zastavit, je spojené s hematemézou a melénou.

Přítomnost jícnových varixů se zjišťuje pomocí gastrokopie, jaterních testů a ultrazvukem břicha. Léčí se obtížně, musí se často kontrolovat a jejich prasknutí vyžaduje akutní zákrok.

6.7.1.4.2. *Peptický vřed*

Jedná se o zánětlivé onemocnění žaludku, kdy je stěna jeho sliznice poškozena přímým působením kyseliny chlorovodíkové. Její pH se pohybuje kolem 1-2. U zdravého jedince je stěna žaludku chráněna vrstvou hlenu, za patologického stavu se tento hlen buď tvoří méně, nebo dochází k jeho zvýšenému odstraňování. Poškozeno je většinou okrouhlé ložisko, které může dosahovat průměru až několika centimetrů. Nejčastěji se objevují v malé křivatuře. Žaludeční vředy může mít mnoho příčin. Patří mezi ně infekce bakterií *Helicobacter pylori*, polékové vředy, vředy z akutního stresu a nadměrná produkce některých hormonů. Rizikovými faktory jsou kouření, pití kávy a alkoholu, stres, špatná životospráva, dědičnost a užívání některých léků. Peptický vřed se vyznačuje bolestí žaludku, nechutenstvím, zvracením, nauzeou a průjmami.

Vyšetření se provádí pohledem, poklepem, pohmatem, endoskopií a průkazem *Helicobacter pylori*.

6.7.1.4.3. *Jaterní cirhóza*

Označuje se tak chronické jaterní onemocnění, při kterém postupně dochází k přestavbě jaterního parenchymu a cévního řečiště jater. Onemocnění za poslední roky přibývá, mezi postižené často patří buď sociálně slabší jedinci, nebo zajištěné ženy středního věku, které si alkoholem kompenzují tzv. syndrom opuštěného hnízda.

Na jejím vzniku se nejčastěji podílejí virové infekce a nadměrné užívání alkoholu. K jaterní cirhóze rovněž může vést i biliární cirhóza nebo kardiální cirhóza. Příčinou úmrtí postižených jsou častěji následné komplikace, jako krvácení z jícnových varixů, hepatocelulární karcinom, zánětlivé komplikace a selhání ledvin.

Rozlišujeme kompenzovanou a dekompenzovanou formu, podle charakteru příznaků. Nemocný se na první pohled pozná podle velkého břicha a tenkých končetin. Je bledý až ikterický, může mít na kůži pavoučkové névy. Vypadá unaveně a má zpomalené reakce. Na kůži rukou se objevuje erytém, rty a jazyk jsou červené.

Mezi typické projevy patří hemoragické diatézy jako petechie, podlitiny, krvácení z dásní a nosu. Na břišní stěně jsou výrazné cévy jako důsledek kolaterálního oběhu. Stěna břicha je ochablá a často se tvoří kýly. Játra jsou zvětšená, na pohmat tuhá s ostrým okrajem. Postupně dochází ke zvětšení sleziny a k otokům dolních končetin.

Základem vyšetření je podrobná anamnéza, objektivní biochemická a sonografická vyšetření.

Příčina onemocnění se většinou léčí těžko. V počátečním stadiu je důležitá zdravá životospráva, dieta a abstinence od alkoholu. V pokročilých stádiích je snaha o zmírnění projevů onemocnění, případně transplantace jater. Mezi preventivní opatření patří omezené užívání alkoholu a očkování proti VHA a VHB.

6.7.1.4.4. Alkoholová epilepsie

Česká republika, jak známo, patří k zemím s vysokou spotřebou alkoholu pohybující se dlouhodobě kolem 10 litrů 100% alkoholu na obyvatele za rok. Zneužívání alkoholu a výskyt epileptických záchvatů spolu nezřídka souvisejí.

Alkohol není jediná psychoaktivní látka, která může vyvolat epileptické záchvaty. Epileptické záchvaty se dále vyskytují v odvykacím stavu po barbiturátech, po vysokých dávkách benzodiazepinů, nebo při intoxikaci amfetaminy či kokainem. Vzhledem k rozšířenosti alkoholu jsou však epileptické záchvaty související se zneužíváním jiných látek daleko méně časté.

Alkohol, podobně jako např. barbituráty nebo benzodiazepiny, může v odvykacím stavu vyvolat epileptický záchvat nebo status epilepticus u osob, u nichž se dříve epileptické záchvaty nevyskytovaly. Epileptický záchvat se typicky objevuje 6 - 48 hodin po té, co bylo ukončeno pití alkoholu.

Riziko epilepsie mohou zvyšovat některé strukturální změny a úbytek mozkové tkáně, k nimž dochází v důsledku pití vysokých dávek alkoholu. Velká část epileptických záchvatů u závislých na alkoholu, nesouvisí s odvykacím stavem. Častou komplikací u pacientů zneužívajících alkohol jsou úrazy hlavy nebo cévní mozkové příhody v důsledku prudkého zvýšení krevního tlaku po vysokých dávkách alkoholu. Určitý význam v etiologii epileptických záchvatů u závislých na alkoholu má patrně i rozvrat vodního a minerálního hospodářství a hypoglykémie.

Zásadní význam má náležitá léčba odvykacího stavu. K tomu jsou vhodné clomethiazol a dlouhodobě působící benzodiazepiny. Ty ale mohou zhoršovat respirační insuficienci např. u pacienta s deliriem tremens a pneumonií. Podobně jsou u těžkých odvykacích stavů a delirií tremens nevhodná antipsychotika, jelikož zvyšují riziko epileptického záchvatu a mohou působit u těchto vulnerabilních pacientů kardiální komplikace.

Při léčbě odvykacích stavů je velmi důležitá úprava minerálního a vodního hospodářství (draslík, hořčík, tekutiny, glukóza) a to nejen z hlediska prevence epileptických záchvatů. Dlouhodobá léčba pacientů s epilepsií alkoholové etiologie antiepileptiky se nedoporučuje,

protože chaotické užívání antiepileptik a jejich interakce s alkoholem zvyšují, nikoliv snižují, riziko dalších záchvatů. Po zvládnutí akutního stavu je jasnou prioritou léčba závislosti na alkoholu.

6.7.1.4.5. *Delirium tremens*

Je život ohrožující stav, který vzniká po přerušení užívání alkoholu. Typicky se vyskytuje, pokud se pacient v ebrietě zraní a je hospitalizován. Průběh je individuální, předchází mu predelirantní stav charakterizovaný pocením, nevolností, zrychlenou srdeční činností a nespavostí. Pokud se nezasáhne včas, dochází k přechodu do deliria. Během deliria pacient mohutně halucinuje, může vidět různá malá zvířata (tzv. mikrozoopsie), často vykonává zažité, zautomatizované pohyby, např. řidiči z povolání napodobují řízení auta atp. Mohou být přítomny bludy, kdy pacient může například být přesvědčen, že mu ostatní usilují o život. Dostavuje se třes.

V čase a prostoru je jedinec nepřesně orientován či vůbec neorientován, výrazná je porucha bezprostřední paměti a porucha konsolidace paměťových stop. Pacient bývá zvýšeně aktivní, neklidný, agresivní či naopak zcela klidný, utlumený. Toto se může celkem rychle měnit. Z dalších projevů jsou typické poruchy emocí, jako nadnesená nálada, euforie či naopak úzkost či agrese. Závažnou komplikací je epileptický záchvat. Tento stav může trvat několik dní a končí hlubokým spánkem. Na proběhlý stav je amnézie. Jedná se o život ohrožující stav, pacienti bývají často hospitalizováni na jednotkách intenzivní péče.

Vzhledem k tomu, že u těchto pacientů je přítomná minerálová dysbalance (zejména nízká hladina draslíku), dále deficit vitamínů skupiny B - zejména thiaminu, je nutné tyto látky dodávat, buď perorálně a pokud pacient není schopen či ochoten polykat, tak ve formě infúzí. V důsledku snížení záchvatového prahu se k prevenci epileptického záchvatu podává magnezium (hořčík). Hrozí riziko smrtelných komplikací vyplývajících z nasedajících tělesných komplikací typických pro chronicky alkoholizmem poškozený a oslabený organizmus (například zápal plic, selhání jater, ruptura jícnových varixů apod.).

6.7.1.4.6. *Alkoholická halucinóza*

Projevuje se neklidem, úzkostí, bolestí hlavy, možné jsou sluchové iluze až halucinace. Na rozdíl od deliria tremens si postižený zpravidla uvědomuje, že jde o iluzi. Alkoholická halucinóza je diagnostikována na základě trvalé přítomnosti halucinací, zpravidla sluchových a vizuálních, objevujících se po náhlém odnětí alkoholu u osoby závislé 10 a více let.

Postihuje čtyřikrát častěji muže než ženy, vzácně přechází do chronické formy připomínající schizofrenii.

6.7.1.4.7. Alkoholová demence

Projevuje se jako jiné demence, a to postupným zhoršováním paměti, úsudku a duševních schopností sloužících k zajišťování svých životních potřeb. Pro alkoholovou demenci jsou typické tzv. konfabulace, tedy fakt, že když si pacient něco nepamatuje, „maskuje“ danou skutečnost vymyšlenými údaji, přičemž ale na stejnou otázku pokaždé odpoví jinak. Na rozdíl od ostatních demencí je tato reverzibilní a může dojít k obnovení poškozených duševních schopností, a to pokud pacient dlouhodobě abstínuje. K léčbě bývají používány některé vitamíny.

6.7.2. Marihuana

Nejpodstatnější složkou, která je pro uživatele marihuany směrodatná jsou kanabinoidy. Konopí je produkuje jako jediná rostlina na světě. Množství a poměrné zastoupení kanabinoidů rozhoduje o tom, jaké bude mít marihuana vlastnosti z hlediska psychotropních účinků. Syntéza kanabinoidů probíhá především v buňkách živičných (pryskyřičných) žláz, jejichž množství na rostlině kolísá podle kultivaru, pohlaví a umístění na rostlině. Hlavní biologicky aktivní látkou je THC, přisuzuje se mu 75-100 % psychických účinků. Jeho množství v rostlině kolísá takřka od nuly až po 95 % z obsažených kanabinoidů. Marihuana pocházející z mírného podnebného pásma je po sklizni zelená, během sušení dostane barvu tmavě zelenou; zažloutnutí marihuany způsobuje sušení na slunečním světle. Květenství a plod rostliny obsahují velice málo pryskyřice. Evropská marihuana obsahuje více listů než severoamerická, u které se využívají hlavně plodící a kvetoucích koncečky větví. Chemické složení evropské marihuany je velmi pestré, protože se zasévají semena pocházející z různých zeměpisných oblastí, jejichž výsledkem je marihuana různé kvality.

6.7.2.1. Užívání

Marihuana se užívá převážně kouřením, plní se do cigaret smíchaná s tabákem, dýmek, nebo vodních dýmek. V Indii se marihuana smíchaná s tabákem žvýká. Rovněž se může jíst (přidává se do koláčků, bramboráčků), případně se přepustí s máslem nebo olejem. Další možností je marihuanové mléko, které se několik hodin vaří s méně hodnotnými částmi rostliny. Do tohoto mléka se přidává alkohol, protože vytáhne z rostlinek více THC, tudíž je mléko "silnější".

Cigaretě obsahující sušenou marihuanu s tabákem nebo bez tabáku, který funguje jako katalyzátor, se říká joint. Množství marihuany v jointu se řídí zkušeností a chutí kuřáků. Název „joint“ odráží skutečnost, že cigareta je sdílena několika kuřáky mezi sebou. Marihuanový „doutník“ neboli blunt, se liší tím, že se místo papírku použije list tabáku, zpravidla z vysypaného doutníku. Tento způsob kouření je rozšířený hlavně v USA, odkud se začal v poslední době šířit do Evropy. V současné době je i u nás možné koupit předpřipravené tabákové listy s různými příchutěmi, do kterých je možné ubalit blunt ihned bez obtížného vysypávání doutníku.

Bong je přenosná jednoduchá vodní dýmka. Při kouření je marihuana uložena v kotlíku a prochází přes vodní lázeň, takže se kouř ochladí a ve vodě zůstane podstatná část nečistot. Tím je kouření méně škodlivé. Velikost bong se pohybuje od malých kapesních modelů až po velké metrové dýmky.

Skleněnka, regionálně též sklo, je malá skleněná trubička s takzvaným kotlem (rozšíření na konci), kam se dá marihuana, která se zapálí a vdechuje. Skleněnka bývá většinou dlouhá jako cigareta, ale existuje i v řadě odlišných provedení a barvách.

Mezi další možnosti jak užívat marihuanu patří takzvaná vaporizace, při které nedochází k hoření marihuany, ale marihuana je zahřátá na teplotu přibližně 185 °C. Při této teplotě se z ní vypařují aktivní látky. K tomuto procesu je využit tzv. vaporizér. Ten vede horký vzduch přes vloženou směs, většinou marihuanu, ale třeba i tabák, eukalyptus, šalvěj atd. Vapor z vaporizéru neobsahuje škodlivé toxické a karcinogenní látky.

6.7.2.2. Účinky

V případě kouření marihuany se účinky dostavují v řádech sekund až minut. Nízké dávky vedou k navození klidu a vzrůstajícího pocitu dobré pohody, doprovázené jakýmsi stavem zasněného uvolňování, pocitem hladu, zejména chuti na sladké. Uvádějí se změny ve smyslovém vnímání - živější vnímání zrakových, sluchových, čichových, hmatových a chuťových vjemů, ty mohou být doprovázeny pronikavými změnami ve způsobu myšlení a vyjadřování. Velmi se prohlubuje i prožitek z hudby. Při vyšších dávkách se vyskytuje nezadržitelný smích. Někdy tyto záchvaty mohou trvat i desítky minut. Po stavu euforie nastává útlum, jedinec je uvolněný a spavý. Uživatelé tento stav popisují jako velice příjemnou relaxaci, avšak chroničtí uživatelé jej nemusí vnímat. V některých případech, zvláště u začínajících kuřáků marihuany, se mohou projevit nepříjemné stavy a úzkosti, tělesné pocity jako například snížená citlivost končetin, zkreslení vidění a pocit pomalejšího

plynutí času. V případě konzumace marihuany v jídle nastupuje účinek později (hodina i více) a efekt trvá déle (dvanáct hodin i více). U dlouhodobých uživatelů je stav poklidnější.

Kromě rekreačního užívání je konopí často využíváno i pro své terapeutické efekty, které zahrnují léčení a mírnění nepříjemných symptomů u řady onemocnění nebo zmírnění vedlejších účinků řady léčiv, především při protinádorové chemoterapii a léčebném ozařování nádorů. Marihuana je prokazatelně sedativum, neuroleptikum, antiemetikum, spasmolytikum, bronchospasmolytikum, kardiokorigens. Mezi nepříjemné symptomy, které jsou různé konopné preparáty schopny zmírnit, patří nechutenství, nutkání na zvracení, deprese, křeče, bolesti kloubů a páteře, alergie a některé psychotické stavy. Dále potlačuje symptomy např. Parkinsonovy choroby, Alzheimerovy choroby, roztroušené sklerózy mozkomíšní, tachykardie, anginy pectoris, migrény, insomnie, katalepsie, maniodeprese, epilepsie, dystonie, anorexie, glaukomu. V posledních letech se úspěšně používá pro léčbu takřka všech druhů rakoviny. Léčení konopím je důležité i při nerovnováze endogenního cannabinoidního systému v humánní i veterinární medicíně. Konopí má antibakteriální, fungicidní a virostatické účinky. K medicínským účelům ovšem nejde marihuanu kouřit, neboť při tomto způsobu požití se 97% účinných látek spálí. K léčbě se používá především jako konopný výtažek, více známý jako hašišový olej perorálně nebo ve formě spreje, který se stříkne pod jazyk, protože se takto dobře vstřebávají přes ústní sliznici. Dají se vyrábět i rektální čípky, kanabinoidy se vstřebávají i sliznicí konečníku. Pro mnoho onemocnění a potlačení symptomů se používá i přímé vdechování odpařované marihuany (výše zmíněná vaporizace). Pro léčebné účely se používá marihuana s co nejvyšším obsahem THC (až 20%) a doprovodných látek. Nejlepší výsledky se dosahují při použití prošlechtěných variet a subvariet Cannabis indica. Evropskou Unií povolené odrůdy technického konopí (týká se i ČR od roku 1999) Cannabis sativa nemají pro léčení prakticky žádný význam vzhledem k nízkému obsahu THC - do 0,3%. Pro výrobu léků je nutný obsah THC minimálně 8 %.

Kouření obecně zvyšuje riziko bronchitidy a jiných plicních onemocnění. Pravidelní uživatelé marihuany kouřením bývají apatičtí a letargičtí, zanedbávají svou práci i osobní vztahy. Nebylo zatím jednoznačně prokázáno, zda výskyt psychických poruch jako je paranoia nebo schizofrenie souvisí bezprostředně s užíváním konopí nebo naopak zda jedinci se sklony k psychickým poruchám, např. kvůli genetické podmíněnosti a dědičnosti, vyhledávají konopí kvůli možným psychoterapeutickým či psychosomatickým účinkům. Účinky u jednotlivých uživatelů či pacientů se ovšem velmi liší a škála důsledků užívání u nemocných se pohybuje od rozvoje choroby, přes zmírnění bolestí nebo příznaků postupující

psychické nemoci, až po vyléčení. Zvyšuje a následně snižuje krevní tlak a zvyšuje tepovou srdeční frekvenci.

Metabolické produkty rozkladu účinných látek obsažených v konopí, zejména THC, se z těla vylučují jen velmi pomalu, mají tendenci se ukládat v tukové tkáni několik měsíců u jednorázového použití až desítky měsíců a několik let po skončení dlouhodobého kouření marihuany. Uživatelé mají často hyperemii spojivek a vyskytuje se i mírné koktání či zadrhávání při mluvení.

6.7.2.3. Potenciál závislosti

U marihuany byla dokumentována pouze návykovost psychická. Dosud není znám případ smrti z předávkování. Vyšší riziko předávkování hrozí u perorální aplikace, kde celková tělem přijatá dávka účinné látky vyžaduje delší dobu k nástupu účinku, ale působí silněji než stejné množství inhalované a poté co se psychoaktivní účinky požitých konopných produktů dostaví, už je nelze žádným jednoduchým způsobem zastavit. Je nutné počkat i několik hodin, než odezní, často ale pomůže spánek. Není však znám případ, kdy by předávkování produkty z konopí požitými v potravě způsobilo smrt nebo mělo trvalé zdravotní následky.

Dle lékařských studií může kouření marihuany způsobit u mladých lidí takové poškození plic, které je typické pro starší lidi a není léčitelné. Jedná se o rozedmu plic (plicní emfyzém). Uvádí se, že tři až čtyři cigarety marihuany denně poškodí plíce stejně jako dvacet tabákových cigaret. Kuřáci jointu totiž vdechují kouř hluboko do plic a poté zadržují dech nejméně na šest vteřin, většinou však ještě déle, aby účinné látky měly dostatek času k navázání na hemoglobin. Tato technika má však destrukční účinek na řasinkový epitel plic. Marihuana potencuje účinky některých léků, které mají sedativní účinky na centrální nervový systém. Patří mezi ně anxiolytika, hypnotika, celková anestetika, narkotická analgetika, neuroleptika, tricyklická antidepresiva, antihistaminika a alkohol.

6.7.2.4. Prokazatelnost v organismu

Po vykouření jednoho jointu lze prokázat 40–50 % metabolitů THC v buněčných membránách po 4–8 dnech, 10–20 % metabolitů po 30 dnech a 1 % dokonce po 48–138 dnech. Při pravidelnějším užívání se neaktivní metabolity THC hromadí v organismu.

6.7.2.5. Lékařské využití

V některých státech, kde je zákonem legalizováno medicínské použití kanabinoidů, jsou tyto užívány jako např. antiemetika. Byly vyvinuty látky bez euforizujících a halucinogenních

účinků - dronabinol a nabilon. Dronabinol (firemní název - Marinol) zvyšuje apetit a lze očekávat i antiemetický účinek. Tyto syntetické léky jsou méně účinné. Další možné indikace kanabinoidů jsou glaukom – ke snížení nitroočního tlaku, k úlevě od bolesti u onkologických pacientů, v terminálním stádiu AIDS nebo při roztroušené skleróze. Uvažuje se i o využití konopí při léčbě depresí. Kanabinoidy jsou vynikající superfaciální anestetikum a zároveň antineoplastikum. Těchto dvou vlastností se může využít při léčbě popálenin, jelikož tlumí bolest a omezuje tvorbu jizev. Bránění v růstu novotvarů je vlastnost, pro kterou se kanabinoidy používají i v experimentální léčbě všech druhů rakoviny. Zatím neexistuje mnoho objektivních studií, které by její léčebné účinky u konkrétních onemocnění jednoznačně potvrdily nebo vyvrátily.

V 90. letech 20. stol. byl vědecky prokázán v organismech savců endogenní kanabinoidní systém, (ECS). Jedná se o přirozený systém receptorů, dále tzv. endokanabinoidů a enzymů podílejících se na jejich odbourávání. Endokanabinoidy jsou lipidy, které jsou tvořeny mimo jiné rovněž např. při zvýšeném neuronálním přenosu v postsynaptické membráně. Následně přechází do synaptické štěrby a tzv. reverzní transmisí přechází k presynaptickému zakončení, kde se váží na tzv. kanabinoidní receptory. Vazbou na ně inhibují vápníkové iontové kanály, v konečné fázi dochází k inhibici uvolňování transmitterů z presynaptického zakončení a tím inhibují zvýšenou tvorbu mediátorů.

Podle typu, přítomnosti synergického nebo modálního elementu, kvantity a dalších faktorů na ně reagují kanabinoidové receptory jako na agonisty i antagonisty. ECS například moduluje příjem potravy, behaviorální stavy, působí na centrální nervovou soustavu, moderuje imunitní reakce atd. Kanabinoidy se do těla nemusí nutně dostávat z vnějšího prostředí, organismus si je dokáže syntetizovat sám.

6.7.3. Extáze

Patří mezi syntetické drogy, vyskytující se většinou ve formě pilulek či tobolek. Má různé barvy a tvary. Vyvolává značné stimulační účinky, takže konzument je schopen zvýšené fyzické aktivity, aniž by adekvátně pociťoval únavu, což může vést až ke kolapsu organismu následkem fyzického vyčerpání. Mírné psychedelické účinky se projevují především v nárůstu empatie. Účinná látka je tzv. MDMA. Původní výroba byla pouze jako medikament na hubnutí už v roce 1912. Do veřejnosti se rozšířila v 80. letech 20. století a během několika málo let se rozšířila jako velice účinné a následně zakázané stimulant.

6.7.3.1. Užívání

Běžná dávka se pohybuje mezi 80–150mg účinné látky. Maximální dávka v jedné pilulce by měla být 200mg. MDMA z krve filtrují játra a přes ledviny se látka dostává z těla močením, proto je nejběžnější močová zkouška, která ale i po 2–3 měsících může prokázat přítomnost drogy.

6.7.3.2. Účinek

Nejsilnější účinek, pro který bývá extáze užívána, je podpora vnějšího citového vnímání. Začne se projevovat do hodiny po aplikaci. Dále podporuje fyzickou aktivitu. Přemíra energie se vyplaví většinou tancem na rytmickou hudbu. Účinky jsou znatelné po dobu dvou až šesti hodin, následuje takzvaný dojezd, ve kterém se mohou dostavit depresivní nálady a úzkostné myšlenky. MDMA tlumí vegetativní nervový systém, což s sebou nese změny tepelné regulace a absenci pocitu žízně. Po odeznění účinku je uživatel zima a má pocit velké žízně. Největší komplikací, která se vyskytuje v souvislosti s užíváním je kolaps z vyčerpání a dehydratace.

Dalším z nežádoucích efektů je neurotoxita, která byla prokázána na zvířatech. Na lidech se předpokládá obdobný efekt.

6.7.3.3. Potenciál závislosti

Dlouhodobé časté užívání může vyústit v toxickou psychózu. Pravidelní uživatelé MDMA také častěji sahají po silnějších stimulantech (pervitinu, kokainu), což je logický důsledek vyčerpání synapsí, na kterých MDMA účinkuje, ale závislost na extázi není přímo prokázána. Při opakovaném užívání nebývají případné negativní pocity tak silné, dostavují se deprese a tíživé pocity. Kombinace extáze s jinými drogami jako alkohol, pervitin či LSD zvyšuje pravděpodobnost nežádoucích účinků. MDMA se ale někdy už při výrobě kombinuje s jinými látkami pro dosažení silnějšího efektu. Oproti ostatním drogám ve své skupině je extáze látka s mírným působením.

7. Diskuze a závěr

Varianty řešení pojistných událostí, ve kterých figurovala návyková látka, se v zásadě odvíjejí od skutečnosti, zda poraněný či nemocný klient užití návykové látky přizná. Pokud se jedná o vážnější úraz, na místo je většinou přivolána policie či záchranná služba a užití drogy pak lze dokázat například z policejního protokolu. Pokud má klient zdravotní komplikace v důsledku dlouhodobého užívání návykové látky, většinou je možno tyto informace získat až

z laboratorních testů či jiných lékařských informací. Klienti sami, případně jejich příbuzní, často abúzus negují. Záleží potom na rozhodnutí příslušné cestovní pojišťovny, jak se v dané situaci zachová. V pojistných podmínkách českých pojišťoven jsou alkohol a jiné návykové látky, stejně jako psychické poruchy, ve výlukách z cestovního pojištění. Někdy ale nelze jednoznačně dokázat, zda onemocnění souvisí s užíváním drog, například zda se jedná čistě o delirium nebo o epileptický záchvat vyvolaný jinými symptomy. Asistenční služba často nemá k dispozici kompletní a přehledné lékařské záznamy, jelikož je někdy velmi náročné je ze zahraničních nemocnic získat. Problémem je jednak jazyková bariéra, ale i neochota nebo zaneprázdněnost místních lékařů.

V případě, že je klient agresivní, napadá personál nebo ostatní pacienty, záleží další postup na jeho zdravotním stavu. Pokud není v ohrožení života, je na místo většinou přivolána policie, která pacienta odveze na psychiatrickou kliniku. V opačném případě je klient připoután na lůžko a je mu podávána potřebná medikace.

Podobný postup je i v případě, že psychotický klient ještě není ve zdravotnickém zařízení, ale je nalezen například nahý na chodbě hotelu. Pokud nikoho neohrožuje, přijede pro něj sanitka, pokud je agresivní, přijede spolu s ní i policie. Uvedené postupy jsou podobné ve většině zemí, bez ohledu na to, zda jsou v Evropě či jinde. Záchytné stanice v zahraničí nejsou pro tyto účely používány a v turisticky zajímavých destinacích ani nebývají zřízeny.

U psychotické poruchy se často nedá přesně určit, zda jejich příčinou byl abúzus drogy nebo zda by se projevil i bez něho. Většina cestovních pojišťoven má psychické obtíže ve výlukách z pojištění, u některých jsou však z výluk vyjmuty tzv. „prvozáchvaty“, kdy se klientovi projevila ataka v zahraničí poprvé v životě. Tyto informace je pak nutné ověřit, což se děje buď tak, že se od klientova praktického lékaře vyžádá výpis ze zdravotní dokumentace, případně musí klient doložit tzv. „individuální výpis pojištěnce“, o který si musí sám zažádat na své zdravotní pojišťovně. Na základě těchto údajů pak pojišťovna posoudí, zda náklady uhradí, či nikoliv.

Obecně však platí, že pokud je klient ve vážném stavu, nebo dokonce zemře, nejsou pojistné podmínky pojišťovnou tak striktně dodržovány. Pro tyto případy mají některé pojišťovny dokonce zvláštní limit 50 000 CZK, který definují tím, že slouží „na záchranu života“ a nevztahují se na něj pojistné podmínky. Lze ho použít v případě, kdy je klient ve vážném stavu, hospitalizovaný, ale jeho zdravotní stav souvisel s nějakým činem, který je ve všeobecných výlukách z podmínek pro cestovní pojištění, tedy i s užitím návykové látky.

Dle výsledků grafů a tabulek je patrné, že nárůst zamítnutých pojistných událostí za poslední roky nijak výrazně neklesá ani neroste. Domnívám se, že v podstatě konstantní počet zamítnutých případů nesouvisí s tím, že by české a slovenské pojišťovny měly mírnější požadavky, či měnily pojistné podmínky. Pojistná událost způsobená návykovou látkou je uvedena v pojistných podmínkách stejným způsobem od doby jejich vzniku.

Platí, že nejvíce lidé konzumují alkohol a jiné návykové látky na krátkodobých dovolených, hlavně v Řecku, Bulharsku, Turecku a Egyptě. Tyto destinace jsou nejvíce nabízeny cestovními kancelářemi na letní pobyty. Po vlastní ose zase cestují lidé nejčastěji do Chorvatska, jelikož ze zmiňovaných destinací je nejbližší. Španělsko, Francii a Itálii nabízejí cestovní kanceláře spíše na poznávací zájezdy. Dá se předpokládat, že klienti, kteří sem cestují, chtějí dovolenou strávit aktivně, proto konzumace návykových látek není příliš častá. Častější konzumace návykových látek v uvedených letních destinacích dle mého názoru souvisí s tím, že klienti na těchto zájezdech si chtějí dovolenou maximálně užít, relaxovat, odpočívat a zapomenout na starosti všedního dne a návykové látky jim k tomu usnadní cestu. Naopak klienti, kteří mají problém s konzumací návykových látek, nejčastěji alkoholu, dlouhodobě, na dovolené příliš nepijí, jelikož málokdy cestují sami a nechtějí pít před rodinou. To potom vede k abstinenčním příznakům, které si někdy vyžádají lékařskou pomoc.

V asistenční službě, o které se v práci zmiňuji, pracuji již pátým rokem. Bylo pro mě velmi přínosné uvědomit si mnohé souvislosti díky vědomostem, získaným studiem adiktologie. Umožnilo mi to podívat se na pojistné události, které se staly v souvislosti s užitím návykových látek a se kterými se v práci setkávám, z mnohem širšího pohledu a méně jednostranně. Zajímavé pro mě bylo též porovnání přístupu českých a slovenských pojišťoven, se kterými jsem denně v kontaktu, s přístupy pojišťoven dalších zemí. Tím, jaká data mi byla zpřístupněna a jaká jsem porovnávala, jsem zároveň získala přehled o užívání návykových látek nejen českých a slovenských turistů, ale i zahraničních klientů v ČR. Bylo by zároveň zajímavé a přínosné zaměřit se podrobněji na zahraniční nemocnice v různých zemích, jak danou problematiku řeší. V tom vidím potenciál pro případné další zpracování tohoto tématu.

8. Literatura:

1. Bakalar, J. B., Grinspoon L.: Marihuana – zakázaná medicína, CAD Press, Bratislava 1996
2. Booth, M.: Dějiny konopí, BB Art, Praha 2004
3. Buchberger, J.: Cestování a zdraví, Maxdorf, Praha, 1997
4. Caumes, E., Keystone, J. S.: Health and travel, Aventis Pasteur, Leon, 2000
5. Dupal, L.: Kniha o marihuaně, Maťa, Praha 2004
6. Kager, L., Lindberg, S.: Alcohol consumption and acute pankreatitis in men, Universitetsforlaget, Oslo, 1972
7. Nešpor, K.: Návykové chování a závislost, Portál, Praha 2007
8. Sovinová, H.: Alkohol a úrazy, Státní zdravotní ústav, Praha 2002
9. Zima, T.: Poškození jater, pankreatu a trávicího traktu alkoholem, Medprint, Praha 1996

Internetové zdroje:

1. Amfetaminy. (n.d.). Získáno 1. května 2012 dostupné z <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Amfetaminy>
2. Alkoholismus. (n.d.). Získáno 14. dubna 2012 dostupné z <http://cs.wikipedia.org/wiki/Alkoholismus>
3. Marihuana. (n.d.) Získáno 20. dubna 2012 dostupné z <http://cs.wikipedia.org/wiki/Marihuana>
4. MDMA. (n.d.). Získáno 17. dubna 2012 dostupné z <http://cs.wikipedia.org/wiki/MDMA>
5. Limity v evropských zemích. (n.d.). Získáno 20. května 2012 dostupné z <http://www.klubgenerali.cz/clanky/auto-moto-a-cestovani/pozor-na-alkohol-limity-v-evropskych-zemich>

9. Příloha

Všeobecné pojistné podmínky

Výluky z pojištění

Pojistitel je zbaven povinnosti poskytnout pojistné plnění v případech, kdy škodná událost nastala v souvislosti s:

- 1) úmyslným jednáním pojištěného, pojistníka nebo další osoby z jejich podnětu, přičemž na roveň úmyslu je postaveno lehkovážné jednání nebo opomenutí, při kterém musel být vznik škody předpokládán nebo očekáván;
- 2) nervovými psychickými poruchami pojištěného bez ohledu na to, zda se jedná o psychiatrické poruchy, depresivní stavy nebo duševní nemoc, včetně onemocnění, které s těmito poruchami bezprostředně souvisí;
- 3) pátracími akcemi sloužícími pouze k vyhledání ztracené osoby bez potřeby ošetření ve zdravotnickém zařízení nebo hospitalizace;
- 4) výherními automaty a jakýmkoli loteriemi;
- 5) požíváním nebo po požití alkoholu nebo po aplikaci návykových toxických či omamných látek pojištěným nebo se zneužitím léků pojištěným, kdy je zde dána příčinná souvislost se vznikem pojistné události;
- 6) pokusem o sebevraždu nebo vědomým poškozením zdraví;
- 7) jadernými reaktory, jadernou reakcí či radioaktivitou, únikem jaderné energie či zářením z radioaktivního paliva nebo odpadů; pojistitel není rovněž povinen poskytnout plnění v případě následně vzniklých škod;
- 8) provozováním motoristického sportu;
- 9) s pracovní cestou; výluka se nevztahuje na pojistné smlouvy, u nichž je sjednáno připojištění pracovní cesty.