

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Bakalářská práce

Zdravotní turistika se zaměřením na fertilitu

Kateřina Hambergerová

Plzeň 2017

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie

Studijní program Sociologie

Studijní obor Sociologie

Bakalářská práce

Zdravotní turistika zaměřená na fertilitu

Kateřina Hambergerová

Vedoucí práce:

Mgr. Alena Pařízková, Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2017

Prohlašuji, že jsem práci zpracoval(a) samostatně a použil(a) jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, duben 2017

.....

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Aleně Pařízkové Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala.

Obsah:

1	ÚVOD	1
2	TEORETICKÁ ČÁST.....	2
2.1	Vymezení pojmů	2
2.1.1	Zdravotní turistika	2
2.1.2	Zdravotní turista	3
2.1.3	Rozdílné přístupy v anglické terminologii	4
2.2	Proměna zdravotní turistiky	6
2.3	Přední světové destinace	7
2.3.1	Asie.....	7
2.3.2	Afrika.....	9
2.3.3	Latinská Amerika	9
2.3.4	Evropa.....	9
2.3.5	Střední východ.....	10
2.4	Faktory ovlivňující zdravotní turistiku	10
2.4.1	Odstředivé („push“) faktory	11
2.4.2	Přitažlivé („pull“) faktory	12
2.4.3	Další vlivy	14
2.5	Rizika spojená se zdravotní turistikou	16
2.6	Aktéři zdravotní turistiky.....	18
2.7	Druhy zdravotní turistiky.....	19
3	METODOLOGICKÁ ČÁST.....	21
3.1	Cíl práce.....	21
3.2	Kritéria výběru publikací	21
3.3	Zdroje.....	22
3.4	Limity.....	22
4	ANALYTICKÁ ČÁST	23
4.1	Reprodukční turistika.....	23
4.2	Náhradní mateřství.....	24
4.2.1	Etické aspekty náhradního mateřství.....	25
4.2.2	Motivace párů	26
4.2.3	Motivace náhradních matek.....	26
4.2.4	Stigma spojené s náhradním mateřstvím	27
4.2.5	Doporučení ohledně legislativy náhradního mateřství	27

4.3	Motivace pro léčbu neplodnosti v zahraničí	30
4.4	Nejednotnost v legislativě států	31
4.5	Zkušenosti reprodukčních turistů.....	32
4.5.1	Lesbické páry.....	32
4.5.2	Opomíjená mužská role	33
5	ZÁVĚR.....	35

1 ÚVOD

Zdravotní turistika, která je typickým případem komercializace zdravotní péče, se během posledních deseti let stala rychle rozrůstajícím mezinárodním trendem a očekává se, že její význam poroste i v blízké budoucnosti [Hanefeld et al. 2014; Hopkins et al. 2014]. Toto odvětví turistického ruchu představuje fenomén, při kterém zdravotní turisté z celého světa cestují za hranice své vlastní země, aby získali lékařskou péči. Motivace pro tyto zahraniční cesty mohou být různé. Mohou to být nízké náklady za léčbu, možnost vyhnout se dlouhým čekacím pořadníkům na zákrok či výhoda kombinace exotické dovolené a zdravotního ošetření [Debata et al. 2013].

Cílem mé práce je shrnout, uspořádat a klasifikovat existující zdroje, které se zabývají zdravotní turistikou a pokusit se tak podat přehledný obraz o této problematice. Těž si kladu za cíl dát důraz na zhodnocení a komparaci jednotlivých publikací z hlediska toho, jak popisují motivace zdravotních turistů a turistek a dalších aktérů, které se účastní přeshraniční reprodukční péče. V teoretické části práce pojednává o fenoménu zdravotní turistiky obecně. Druhá část práce se soustředí pouze na odvětví zdravotní turistiky, které se zaměřuje na léčbu neplodnosti. Americká antropoložka [Deomampo 2013: 516] takovou část zdravotní turistiky označuje jako reprodukční turistiku. Toto odvětví je velice diskutované, neboť neplodnost lidí se neustále zvyšuje a v současnosti se podle některých odhadů týká přibližně 186 - ti milionů lidí po celém světě [Inhorn, Patrizio 2015].

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Vymezení pojmů

V úvodní kapitole je nejprve potřeba představit a vymežit pojem zdravotní turistika, protože se prolíná celou bakalářskou prací a je tudíž pro tuto práci klíčový. Proto nejprve shrnuji, jak autoři analyzovaných článků zdravotní turistiku definují. Dále se věnuji představení souvisejícího termínu zdravotního turisty, ke kterému následně připojuji i typologii zdravotních turistů podle sociologa Erika Cohena. Poté ukazuji odlišné přístupy autorů ohledně anglické terminologie související se zdravotní turistikou. Hranice mezi termíny, které se pojí se zdravotní turistikou, totiž nebývá vždy zcela jasná, a proto bývají často zaměňovány.

2.1.1 Zdravotní turistika

Zdravotní turistika se definuje jako jev, kdy pacienti cestují do cizí země za účelem vyhledání lékařské péče. Toto vyhledávání lékařské péče za hranicemi vlastní země je nejčastěji motivováno nízkými náklady, možností vyhnout se dlouhým čekacím pořadníkům na zákrok nebo službami, které nejsou dostupné ve vlastní zemi [Debata et al. 2013: 19; Hopkins et al. 2010: 186; Smith et al. 2011: 277]. Dvouslovné spojení zdravotní turistika také naznačuje kombinaci zdravotní péče a dovolené v zahraničí. Někteří autoři [Gupta, Das 2012; Iordache et al. 2013] však upozorňují na diskutabilnost tohoto spojení, protože ne vždy k této kombinaci doopravdy dochází. Navíc spojení turismu a zdravotnictví může vyznít poněkud paradoxně. Zatímco cestovní ruch bývá spojován s relaxací a zábavou, nemocnice vyvolávají spíše představy utrpení, omezení a pocitu bezmocnosti.

2.1.2 Zdravotní turista

Z definice zdravotní turistiky vyplývá, že jako zdravotního turistu můžeme označit člověka, který vycestoval *cíleně*, aby získal lékařskou péči za hranicemi své země. Slovo *cíleně* má v této definici zásadní význam. Někteří autoři totiž poukazují na to, že pokud turisté v zahraničí vyhledají lékařskou pomoc až poté, co onemocní nebo se zraní, nelze je označit za zdravotní turisty, neboť primárním účelem jejich cesty nebylo vyhledat lékařskou péči. Podle podobného principu se za zdravotní turisty neoznačují ani migranti, kteří využili zdravotní službu v zemi pobytu. Lékařské ošetření totiž nebylo hlavním důvodem jejich emigrace. Do této definice se dále nezahrnují zahraniční cesty s úmyslem nákupu farmaceutických výrobků nebo zdravotnických prostředků a jsou z ní vyloučeny i lékařské služby, kdy pacienti fyzicky necestují do jiné země. Jako příklad takové služby lze uvést tzv. „tele medicínu“¹ [Crooks et al. 2016: 187; Glinos et al. 2010: 1145 (A)].

Sociolog Erik Cohen rozdělil zdravotní turisty, podle toho, do jaké míry jejich rozhodnutí vycestovat ovlivnila potřeba lékařského ošetření. K tomuto účelu vytvořil pěti stupňovou typologii zdravotních turistů, která zahrnuje: 1) *pouhého turistu*², který vycestoval na zahraniční dovolenou a nevyužil žádné lékařské služby. 2) *Léčený turista*³ je takový člověk, který na dovolené vyhledal lékařskou péči neplánovaně kvůli zdravotním problémům (například následkem nehody). 3) *Řádný zdravotní turista*⁴ cestoval do cizí země, aby využil kombinace lékařských služeb a cestovního ruchu. 4) *Prázdninový pacient*⁵ vycestoval především za účelem léčby, ale náhodně využil i příležitosti dovolené (například v období rekonvalescence). 5) *Řádný pacient*⁶ je protipólem řádného turistu a v zahraničí využil pouze možnosti léčby, která byla i jeho jediným motivem k vycestování [Cohen 2008: 25-26]. Z tohoto dělení lze vyčíst, že dva z Cohenových typů (pouhý turista a léčený turista) nezapadají do běžných definic zdravotní turistiky, protože jejich hlavním motivem pro vycestování do zahraničí není vyhledat lékařskou péči. Dalo by se tedy říci, že existují dva zobecněné druhy zdravotních turistů. Jedni cestují do zahraničí explicitně pro získání

¹ „Tele medicína“ se definuje jako využívání telekomunikačních technologií k poskytnutí lékařských služeb či informací. Používá se také jako zkratka pro dálkové elektronické konzultace [Douglas et al. 1995].

² Anglicky: „Mere Tourist“

³ Anglicky: „Medicated Tourist“

⁴ Anglicky: „Medical Tourist Proper“

⁵ Anglicky: „Vacationing Patient“

⁶ Anglicky: „Mere Patient“

lékařské služby a druzí využívají kombinace dovolené a léčby [Cohen 2008: 25-26; Wongkit, McKercher 2013: 5].

2.1.3 Rozdílné přístupy v anglické terminologii

Zdroje pro svou bakalářskou práci čerpám především z odborných článků, které jsou psány v anglickém jazyce. V anglicky psané literatuře jsem se setkala s více výrazy, které lze přeložit do českého jazyka jako zdravotní turistika, zdravotně orientovaný cestovní ruch či zdravotní turismus. Nejčastěji jsem se však setkala s označeními „health tourism“ (zdraví, zdravotní), „medical tourism“ (lékařský, medicínský) a „wellness tourism“ (zdraví, zdravý životní styl). Tyto tři výrazy se svým významem sice blíží, ale ne zcela překrývají. Liší se totiž škálou léčebných postupů, které se pod ně zahrnují. Proto je důležité zaměřit se na rozdíly mezi jednotlivými termíny.

Termín „health tourism“ se vyznačuje tím, že kombinuje získání lékařského ošetření s volnočasovými aktivitami, které přináší cestovní ruch. Od ostatních výrazů se liší tím, že nezahrnuje pouze lékařskou péči, ale i nelékařské služby jako je například lázeňství [Crooks et al. 2016: 186; Gustavo 2010: 17]. Pod tento pojem lze zahrnout širokou škálu zdravotních služeb od relaxačních cvičení a masáží ke kosmetické chirurgii, chirurgickým operacím, transplantacím orgánů a reprodukčním metodám. Někteří autoři do této kategorie řadí dokonce tzv. „death tourism“, který označuje pacienty, kteří cestují za hranice své země, aby ukončili svůj život. Cílovou zemí k tomuto účelu bývá nejtypičtěji Švýcarsko, kde je povolen zákrok euthanasie [Connell 2013: 2-3; Gauthier 2015; Fletscherin, Stephano 2016: 540].

Anglický termín „medical tourism“ byl původně označením pro lidi, kteří se rozhodli trávit dovolenou v cizí zemi, aby využili pro zdraví blahodárných přírodních zdrojů například v lázeňských, horských nebo přímořských oblastech. Když se termín více rozšířil, začal se používat spíše pro označení lidí, kteří vycestují přes hranice své země, aby získali zdravotní péči. V současnosti již tento rekreační aspekt nemusí být vždy přítomen, i když stále může do jisté míry hrát svou roli [Pennings 2007: 505]. Termín „medical tourism“ se zaměřuje spíše na chirurgické zákroky, na rozdíl od pojmu „health tourism“, který je širším pojmem a soustředí se hlavně na popis cest za účelem zlepšení zdravotního stavu těla i mysli. [Health Tourism. Discover Medical Tourism. [online]. 2011] Pod pojem „medical tourism“ se zahrnují chirurgické zákroky, zubní ošetření, reprodukční léčba, lékařské prohlídky, transplantační zákroky a podobně [Smith et al. 2011: 277].

Termín „wellness tourism“ označuje zahraniční cestu pacientů, jejichž hlavní motivací je uchovat či podporovat své zdraví. Je spojen především se zahraničním lázeňským pobytem, homeopatickou léčbou a tradičními terapiemi. Tito pacienti většinou zůstávají ve specializovaných hotelech, které poskytují individuální péči a mohou si vybrat ze služeb zahrnujících lázeňské procedury, fitness služby, kosmetické ošetření, zdravou stravu a výživu, relaxaci, meditaci, podpora duševní aktivitu a vzdělání, ale také doplňkové rekreační aktivity spojené s přírodou a kulturním dědictvím [Costa et al. 2015: 21; Smith et al. 2011: 277; Mueller, Kaufmann 2000: 3]. Součástí „wellness tourism“ mohou být, jak zahraniční cesty pro léčbu zdravotních problémů, tak cesty za účelem hledání prevence, relaxace a získání vitality [Costa et al. 2015: 21; Handaric et al. 2015 77, 80].

Další autoři volili trochu odlišný přístup v terminologii a dávali přednost pojmům „cross border patient mobility“ (přeshraniční mobilita pacientů) či „cross-border health care“ (přeshraniční péče) [Glonti et al. 2015]. Pro tyto pojmy je charakteristické, že se většinou nepoužívají pro popis průmyslu a ekonomických aspektů zdravotní turistiky, ale soustředí se spíše na charakteristiky a motivace osob zainteresovaných v procesu zdravotní turistiky [Glinos et al. 2010: 1145 (A)]. „Cross-border patient mobility“ je hojně používaný výraz v rámci Evropské unie a popisuje lidi překračující hranice k získání zdravotní péče [Legido-Ouigley 2012: 27]. Je součástí širšího výrazu „cross-border health care“ (přeshraniční zdravotní péče), který kromě mobility zdravotních turistů zahrnuje i mobilitu zaměstnanců (lékařů, zdravotníků atd.) [Legido-Ouigley 2012: 28].

Ve své bakalářské práci pracuji s termínem zdravotní turistika v nejširším smyslu „health tourism“, protože tento termín je flexibilní a lze pod něj zahrnout více léčebných postupů. Kdybych měla znovu volit název bakalářské práce, nejspíš bych se místo výrazu zdravotní turistika přiklonila spíše k označení přeshraniční zdravotní péče. Zaměřuji se totiž spíše na motivace přeshraničních pacientů, etické otázky a rizika než na ekonomický aspekt zdravotní turistiky.

2.2 Proměna zdravotní turistiky

Od 18. do 20. století převážně bohatí pacienti z rozvojových zemí cestovali do zdravotních středisek Evropy a USA, aby získali lékařské ošetření. Tento trend se však na konci 20. a během 21. století začal výrazně obracet. Současní zdravotní turisté nejčastěji pochází z vyspělých rozvinutých zemí USA, Kanady, Velké Británie, Západní Evropy, Austrálie či států Středního Východu [Cohen 2008: 25; Chuang et al. 2014: 56; Debata et al. 2013: 19; Fetscherin, Stephano 2016: 539]. Hlavní proud pacientů se tedy obrátil směrem z rozvinutých do rozvojových zemí [Chuang et al. 2014: 56]. Autoři se shodují, že tok turistů směrem z bohatého severu na chudý jih se pravděpodobně v budoucnosti ještě zvýší [Hopkins et al. 2010: 186].

Zdravotní turistika sice není novým fenoménem, ale díky globalizaci a privatizaci zdravotnictví došlo k její výrazné proměně do podoby, jak ji známe dnes. Zmíněné projevy globalizace lze spatřit například v digitalizaci rentgenu, jehož výsledky mohou být konzultovány s lékaři z cizích zemí. Globalizaci podléhají i farmaceutické firmy a mohou tak mít hlavní sídlo v rozvinutých státech, ale výrobu soustředit ve státech rozvojových. Také lékařští odborníci v rámci globalizace podstupují stáže a chirurgické školení v zahraničí [Healy 2009: 125-126]. Dalšími faktory, které se podílejí na rychlému nárůstu zdravotní turistiky do dnešní podoby jsou rostoucí konkurence, příznivé ekonomické kurzy, široká dostupnost letecké dopravy, rozvoj komunikačních a informačních technologií a stárnutí bohaté generace baby-boomu. Růst tohoto fenoménu byl usnadněn díky vzniku nových firem, které se zaměřily na zprostředkování informací mezi mezinárodními pacienty a nemocničními sítěmi [Connel 2006: 1094; Chuang et al. 2014: 56]. Mnoho rozvojových i rozvinutých zemí se pomocí těchto agentur poskytuje výhodné turistické programy, aby přilákaly zahraniční klientelu z celého světa [Bagheri 2010: 295; Hopkins et al. 2010: 185].

Během posledních deseti let se zdravotní turistika stala rychle rozrůstajícím mezinárodním trendem a očekává se, že její význam pravděpodobně poroste i v budoucnosti. Odhaduje se, že by mohla mít významný dopad jak na životy samotných pacientů, tak na zdravotní systémy zemí, ze kterých pacienti odcházejí a přicházejí [Hanefeld et al. 2014: 415; Ramírez de Arellano 2011: 290; Pennings 2007: 505].

Některé studie však ukazují, že vysoký potenciál zdravotní turistiky se zdaleka netýká všech zemí. Podle studie profesora Loha, rozvoj zdravotní turistiky neplatí celosvětově a stává se

polarizovaný mezi zeměmi s vysokou a nízkou četností nabídky zdravotní turistiky. Zmíněná studie ukazuje, že od roku 2003 do roku 2009 dovoz a vývoz zdravotního turistického ruchu výrazně vzrostl pouze mezi zeměmi s vysokým objemem zdravotních služeb. Z čehož vyplývá, že dochází k prohlubování kontrastu mezi zeměmi s vysokou a nízkou nabídkou zdravotní turistiky [Loh 2014: 262].

Zastánci zdravotní turistiky tvrdí, že zdravotní turistika může mít pozitivní vliv na ekonomiku a hospodářský rozvoj v cílových zemích. Naopak skeptici upozorňují na obavy ohledně bezpečí pacientů, na etické záležitosti (zejména u transplantací a reprodukčního turismu) a na nárůst soukromých trhů rozvojových zemí na úkor jejich veřejných systémů [Hopkins et al 2010: 186].

2.3 Přední světové destinace

Přeshraniční mobilitě pacientů mohou bránit mezi jednotlivými státy, které může být pro pacienty různě obtížné překročit. Některé země jsou rozděleny mořem, jiné vysokými horskými průsmyky a další lze překročit bez problémů. Vnímání hranic je však také úzce propojeno s podobnostmi a odlišnostmi z hlediska kulturních aspektů a jazyka [Legido-Ouigley 2012: 35]. Hlavní tři cílové destinace zdravotní turistiky jsou asijské země Indie, Thajsko a Singapur, za nimi následují o něco méně populární oblasti střední Ameriky (především Kostarika), východní Evropy (v čele s Maďarskem) a Jihoafrická republika [International Medical Travel. *Discover Medical Tourism*. [online]. 2011]

2.3.1 Asie

Na trhu zdravotní turistiky se nejprve začaly angažovat Asijské země, které nabídly potencionálním zdravotním turistům výhody spojené s nízkými náklady [Hopkins et al. 2010: 186]. Podle Lenga se mezi přední asijské destinace zdravotní turistiky řadí Thajsko, Singapur a Malajsie, jejichž vzor následují Filipíny a Indie a teprve nedávnými producenty zdravotní turistiky jsou Jižní Korea a Tchaj-wan [Leng 2010: 337].

Thajsko je pro zdravotní turisty atraktivní destinací i díky tomu, že oplývá přírodním bohatstvím v podobě krásných pláží. Zdravotní turisté, proto mohou využívat možnosti

kombinace dovolené a léčby [Kim et al. 2016: 743]. V Thajsku existuje mnoho soukromých nemocnic, které poskytují celou řadu zákroků za nižší ceny než na západě. Je známé především jako destinace pro zdravotní turisty, kteří chtějí podstoupit některou z estetických operací. Je například jednou z nejvyhlášenějších destinací pro zákroky změny pohlaví [Medical Tourism Thailand. *Discover Medical Tourism*. [online] 2011].

V *Singapuru* jsou náklady na zdravotní péči sice vyšší než u ostatních asijských zemí, ale na druhou stranu oplývá velmi dobrou infrastrukturou. Další výhodou jsou vysoké hygienické standardy a dobrá angličtina zdravotnického personálu. Singapur je významnou destinací pro pacienty, kteří potřebují endoprotézu kyčle, kolena či podstoupit operaci srdce [Kim et al. 2016: 743; Medical Tourism Singapore. *Discover Medical Tourism*. [online] 2011].

Malajsie se vyznačuje kvalitními zdravotnickými službami, které lze získat za nižší náklady ve srovnání s Thajskem a Singapurem [Manaf et al. 2015: 1023]. Mezi nejčastěji poskytované služby patří kardiovaskulární chirurgie, plastická chirurgie, oční chirurgie, transplantace a dentistické zákroky [Medical Tourism Malaysia. *Discover Medical Tourism*. [online] 2011].

Případ *Malajsie* a *Singapuru* ukazuje na komercializaci zdravotnictví. Tyto země se potýkají s dlouhodobým problémem odlivu lékařů z veřejného do soukromého sektoru. K tomuto odlivu velkým dílem přispívá i zdravotní turistika, díky které se stávají soukromé nemocnice lukrativním prostředím pro práci. Veřejné nemocnice se tak potýkají s nedostatkem lékařů. Některé z nich se tuto situaci snaží zlepšit náborem zahraničních lékařů [Leng 2010: 348].

Indie je cílovou destinací pro široké spektrum zdravotních turistů v různých oblastech léčby [Hanefeld et al. 2014: 414]. Její výhodou je to, že má téměř nulové čekací pořadníky, proto do ní jezdí pacienti z USA, Velké Británie, Kanady a dalších rozvinutých zemí. Většina zdravotnického personálu navíc ovládá angličtinu. Mnoho hotelů a letovisek má vyhrazené pokoje pro pacienty z předních nemocnic, kteří v nich pobývají v době rekonvalescence [Kumar, Raj 2015: 288-289]. Překážkou pro růst zdravotního turismu v Indii je však to, že zdejší hygiena je ze strany Západu stále vnímaná jako pochybná [Kim et al. 2016: 743]

V *Jižní Koreji* většina zdravotních turistů pochází z okolních zemí včetně Číny, Japonska a Ruska. Zdravotní turistika je v Jižní Koreji strategickým odvětvím pro hospodářský růst a její vláda zavedla různé postupy na podporu průmyslu zdravotní turistiky včetně tréninkového programu lékařského tlumočnicka (zavedeno roku 2009), aby lékaři byli

schopni lépe porozumět zahraničním pacientům [Lee 2015: 443]. Zdravotní turisté zde nejčastěji využívají služeb primární péče. To znamená, že zde podstupují především různá zdravotní vyšetření a zákroky interní medicíny. Tato destinace je dále oblíbená pro kosmetická ošetření včetně dermatologie, plastická chirurgie a velký úspěch slaví také orientální medicína [Lunt et al. 2014: 32].

2.3.2 Afrika

V Africe existuje několik destinací, které jsou významné z hlediska zdravotní turistiky. Mezi takové destinace patří především Egypt, Tunisko a Jihoafrická republika [Medical Tourism Africa. *Discover Medical Tourism*. [online] 2011].

Egypt je jednou ze vznikajících a rychle se rozvíjejících destinací zdravotní turistiky. Nabízí kombinaci dovolené u moře a cenově dostupných lékařských služeb. Země je také bohatá na lázeňská střediska [Medical Tourism Egypt. *Discover Medical Tourism*. [online] 2011].

Jihoafrická republika láká mnoho pacientů zejména díky svým kosmetickým a stomatologickým službám. Tato země může poskytnout soukromé kliniky s vysoce kvalifikovanými doktory [Medical Tourism in South Africa. *Discover Medical Tourism*. [online] 2011].

2.3.3 Latinská Amerika

Mnoho států Latinské Ameriky poskytuje chirurgické, kosmetické a reprodukční služby především pro anglicky mluvící zahraniční pacienty (nejčastěji z USA) [Hopkins et al. 2010: 186] Mezi země, ve kterých dochází k růstu zdravotní turistiky, patří Argentina, Kolumbie, Kostarika, Chile, Mexiko a Panama [Medical Tourism in Latin America. *Discover Medical Tourism*. [online] 2011].

2.3.4 Evropa

V Evropě převládá trend, kdy pacienti z bohatších států západní Evropy jako je Německo, VB, Norsko, Švédsko, Rakousko, Nizozemsko či Irsko cestují do nemocnic soukromého sektoru východních zemí [Iordache et al. 2013: 34].

Některé země se staly věhlasné pro provedení určité léčby [Hanefeld et al. 2014: 414]. Španělsko je oblíbenou cílovou destinací pacienty z Velké Británie a Irska, kteří do něj jezdí, aby získali lékařské procedury například v oblasti fertility či neurochirurgie. Také Turecko je atraktivní evropskou destinací a převládají v něm služby v oblastech optiky, chirurgie, ortopedie, zubním a kosmetickém odvětví. Do Rumunska jezdí především Italové, Francouzi a Němci kvůli nízkým nákladům za lékařské služby. V Rumunsku je lékařská péče až o 40 % levnější než v jejich zemích původu. Německo je svým excelentním zdravotním systémem atraktivní destinací pro pacienty ze Středního Východu, VB a USA, kteří očekávají vysoce kvalitní péči. Polsko je významné pro služby dentálního ošetření. Maďarsko je přednostní destinace pro zubní a kosmetickou turistiku a je významné na poli zdravotní turistiky především pro jeho zdravotní lázeňské instituce, které jsou založeny na přírodních léčebných faktorech jako léčebné lázně, nemocnice léčící pacienty s poruchami pohybového ústrojí, zdravotní spa nemocnice, sanatoria, klimatické zdravotnické zařízení, lékařská střediska, lékařské hotely, místnosti s ozdravnou vodou a jeskynní terapie [Jónás-Berki et al. 2015: 603; Iordache et al. 2013: 34; Hanefeld et al. 2014: 414].

2.3.5 Střední východ

Na středním východě je nejvýznamnější pro zdravotní turistiku Izrael a Jordánsko. Izrael přitahuje pacienty ze sousedních zemí i proto, že mnoho z nich nechce cestovat do USA nebo Velké Británie z politických důvodů [Medical Tourism in The Middle East. *Discover Medical Tourism*. [online] 2011].

2.4 Faktory ovlivňující zdravotní turistiku

Faktory, které ovlivňují poptávku a nabídku mezinárodní zdravotní turistiky se dělí na odstředivé⁷ a přitažlivé⁸. Odstředivé faktory jsou takové, které tlačí zdravotní turisty k opuštění domovské země, a tudíž je podněcují k vyhledání zdravotní péče mimo svou zemi. Souvisejí tedy s poptávkou trhu zdravotní turistiky. Na druhou stranu přitažlivé faktory působí na zdravotní turisty tak, že je lákají do cílové země. Zaměřují se na nabídku trhu

⁷ Anglicky: „push“.

⁸ Anglicky: „pull“.

zdravotní turistiky [Fletscherin, Stephano 2016: 540]. Faktory ovlivňující směr a intenzitu zdravotní turistiky jsou shrnuty v tabulce č. 1.

2.4.1 Odstředivé („push“) faktory

Nedostatečná či žádná dostupnost konkrétní zdravotní péče v domovské zemi. Pacienti často požadují takový lékařský zákrok, který není ve vlastní zemi financován například z důvodu nedostatku potřebné lékařské kvalifikace, nebo je považován za eticky nepřijatelný. Konkrétně může jít o etické obavy při použití zdravotní technologie IVF⁹, která umožní výběr pohlaví dítěte na přání rodičů [Hunter, Oultram 2010: 297-298; Pennings 2007: 505]. Autoři, zabývající se medicínskou etikou, píší, že vlády se rozhodnou učinit lékařský zákrok nelegálním ze tří možných důvodů: 1) Z obav o bezpečnost konkrétního lékařského zákroku, 2) Z obav o účinnost zákroku či 3) Z obav o morální přijatelnost buď samotného zákroku či jeho důsledků [Hunter, Oultram 2010: 298-299].

Nedostatečné krytí léčby zdravotní pojišťovnou. Předpokládá se, že u pacientů, kteří nemají zajištěné zdravotní pojištění je větší pravděpodobnost, že se stanou zdravotními turisty než u těch, kteří si platí kvalitní zdravotní pojištění. Také pokud jsou pojišťovny ochotny platit pacientům výdaje spojené se zahraniční léčbou, tak se pacienti spíše zapojí do zdravotní turistiky [Henson et al. 2015: 6, 8-9]. Tento předpoklad potvrzují autoři Lydia Gan a James Frederick, kteří analyzovali postoje zdravotních turistů v komunitách Severní Karolíny. Zjistili, že lidé, kteří nemají zařízené zdravotní pojištění a oplývají nižšími příjmy, jsou citlivější na ekonomické pobídky zdravotní turistiky než pojištění lidé se středními příjmy [Gan, Frederick 2011].

Dlouhé čekací pořadníky na lékařský zákrok v domovské zemi. Délky čekací doby na zákrok se mezi jednotlivými státy mohou výrazně lišit, a proto je pro mnoho lidí výhodné podstoupit operaci v cizí zemi. Například v případě Irska dochází ve většině případech k zbytečným odkladům, oproti Belgii, kde jsou čekací pořadníky zanedbatelné [Healy 2009: 125-126; Pennings 2007: 505]. V současnosti jsou dlouhé čekací doby velkým problémem z důvodu nedostatečného počtu lidských orgánů pro transplantaci [Bagheri 2010: 295].

⁹ IVF je zkratka pro in vitro fertilizaci= metoda asistované reprodukce, která se používá při léčení neplodnosti. „*Principem IVF je metody je samovolné splynutí mužské a ženské pohlavní buňky v kultivačním médiu za přísně definovaných a kontrolovaných podmínek.*“ [Metody léčby neplodnosti. *ReproGenesis*. [online] rok?].

2.4.2 Přitažlivé („pull“) faktory

Výrazně levnější cena lékařských zákroků v zahraničí oproti domovské zemi. Některé země se snaží aktivně přilákat zahraniční pacienty tím, že jim poskytují výhodné kompletní balíčky zahrnující veškerou péči včetně letecké dopravy, transferů, ubytování v hotelech, osobní asistenty, víza, překlady, léčbu a pooperační dovolenou [Pennings 2007: 505]. Cena hraje roli obzvláště v kosmetické chirurgii či u dentistických zákroků [Hanefeld et al. 2015: 356-363].

Vysoká kvalita léčby v zahraničí a lepší technologie. Mnoho pacientů se nechá zlákat ke zdravotní turistice, díky příslibu nadstandartních služeb, do nichž lze zahrnout i odbornou znalost lékařů a přístup k vyspělým technologiím [Ramírez de Arellano 2011: 290].

Poskytnutí soukromí a anonymity. Pokud jsou lékařské postupy, jako alkoholické léčebny, odvykací kúra pro drogově závislé, kosmetická chirurgie (například různé plastiky) či zákroky změny pohlaví provedeny daleko od domova, pacienti mají pocit, že jim tato vzdálenost zajistí soukromí [Iordache et al. 2013: 37]. Tito lidé jsou také motivováni pocitem utajení zákroku či ochranou osobních údajů [Ramírez de Arellano 2011: 290]. Connell uvádí, že oblíbenou destinací pro tyto účely je Thajsko, kde navíc mohou pacienti v klidu překonat rekonvalescenci a vyrovnat se svou novou identitou. I pro pacienty kosmetické chirurgie je často příznivé podstoupit zákrok v cizím prostředí, které jim umožní vyšší diskrétnost. [Connell 2006: 1097]

Nabídka alternativní léčby. Alternativní léčba může být atraktivní pro pacienty, kteří jsou nespokojeni se službami tradiční medicíny. Například nabízené léčebné praktiky v horských obcích amerického Arkansasu poskytují naději a slibují výsledky, tam, kde konvenční medicína selhala. Tyto nekonvenční praktiky zahrnují například léčbu, která využívá krystaly, spiritualitu a esoterický přístup léčení. Zdravotní turisté také alternativní léčbu používají jako doplněk ke konvenční medicíně. Zdravotní turistika obecně přispěla k šíření různých forem alternativní medicíny [Nolan, Schneider 2011: 319-320, 325].

Kulturní a jazyková spřízněnost. Pro některé pacienty může být motivující možnost dorozumívat se s lékaři v jejich rodném jazyce či přítomnost rodinných příslušníků v blízkosti zdravotnických zařízení [Hanefeld et al. 2015: 356-363]. Důležitost těchto kulturních aspektů potvrzují data z výzkumu motivací korejských Američanů (žijících v USA, ale narozených Koreji), která odhalila motivace zdravotních turistů: navštívit svou

vlast, rodinu a přátele, jíst autentické jídlo, výhodně nakupovat, či využít pohodlné komunikace v rodném jazyce [Oh et al. 2014: 224-226]. Pokud pacienti cestují na vlastní pěst, sociální či kulturní spojení v cílové zemi (například rodinný příslušníci či přátelé) může pacientům usnadnit vyřízení záležitostí ohledně zdravotní turistiky [Johnson et al. 2011: 416].

Některé populace jsou přitahovány do určitých destinací spíše než jiné. Podle některých autorů to může být způsobeno etnickou, rasovou či náboženskou podobností. Tyto pomyslné kulturní hranice, které buď brání, či napomáhají zdravotní turistice z určité země do jiné, do značné míry ovlivňují toky pacientů. Například na Tchaj-wan přijíždějí hlavně zdravotní turisté z Číny, do Jordánska pacienti z Blízkého východu, severní Afriky a Indie. Království Saudské Arábie má podle některých autorů tu výhodu, že má potenciál přilákat mnoho pacientů islámského vyznání [Khan, Alam 2014: 261; Legido-Ouigley 2012: 35].

Pro pacienty islámského vyznání je důležité, aby nemocnice poskytly kvalitní zdravotní služby a zároveň byly schopny vyhovět jejich halal praktikám. Proto vyhledávají nemocnice, kde jim toto umožní. Mezi halal praktiky nemocnic patří například informovanost pacienta a jeho rodiny o vepřovém původu očkovací látky či podávaném léku (například o želatině v kapslích), zřízení speciální modlitební místnosti, zajištění halal stravy či lékařské vyšetření žen vždy pouze v přítomnosti jiné ženy [Zailani et al. 2016: 159, 165].

V oblasti reprodukční turistiky může zase hrát pro některé zdravotní turisty roli fenotypová podobnost případných dárců spermií a vajíček [Hanefeld et al. 2015: 356-363].

Aspekt cestovního ruchu. Podle výsledků americké studie pacienti, kteří trpí méně závažnými zdravotními problémy, zvažují při výběru destinace také její turistickou atraktivitu, aby mohli léčbu zkombinovat s trávením volného času a užít si tak rekreačních aktivit [Henson et al. 2015: 6]. Například Thajsko je velmi oblíbenou destinací zdravotní turistiky mimo jiné i pro své pobřeží a scenerické pláže [Kim et al. 2016: 743].

Tabulka č. 1. Přehled faktorů ovlivňujících směr a intenzitu zdravotní turistiky.

Odstředivé („push“) faktory (= vytlačují ZT z domovské země)	Přitažlivé („pull“) faktory (= lákají ZT do cílové země)
Nedostatečná či žádná dostupnost zdravotní péče	Levnější cena lékařských zákroků v zahraničí
Nedostatečné krytí léčby zdravotní pojišťovnou	Vysoká kvalita léčby a lepší technologie
Dlouhé čekací pořadníky na lékařský zákrok	Poskytnutí soukromí a anonymity
	Nabídka alternativní léčby
	Kulturní a jazyková spřízněnost
	Aspekt cestovního ruchu

Na závěr této kapitoly je také důležité upozornit, že motivace ke zdravotní turistice mohou být u pacientů různých států odlišné. Lunt například uvádí, že pro americké pacienty jsou hlavní motivací, proč vycestovat do Jižní Koreje levnější náklady na léčbu, než by zaplatili domovské zemi. Naopak ruští pacienti jsou motivováni spíše kvalitou služeb v Jižní Koreji, která je lepší, než mají dispozici doma v Rusku [Lunt et al. 2014: 30]. Z toho vyplývá, že motivace ke zdravotní turistice často souvisí s prostředím, odkud pacienti pochází.

2.4.3 Další vlivy

Vliv reklamy a internetu. Internet je jedním z faktorů, který přispívá k rozvoji zdravotní turistiky. Funkční hodnota internetu se skrývá především ve schopnosti zaručit trvalý vzdálený kontakt, který může být užitečný pro předoperační diagnózu, samotnou léčbu i pooperační péči. Díky němu totiž nemocnice mohou nabídnout svým pacientům služby jako on-line konzultace, telemedicínu či elektronické lékařské záznamy. Internet se může stát navíc účinným prostředkem pro sdílení zkušeností, získání pozitivní podpory a zejména k hledání informací o různých aspektech nabídky zdravotního cestovního ruchu. Nemocnice si mohou zakládat vlastní internetové blogy a fóra, kde lze nalézt veškeré potřebné informace a vytvořit virtuální komunitu, pomocí které se může šířit dobrá pověst nemocnic skrz reference od spokojených zákazníků [Hallem, Barth 2011: 17-18; Healy 2009: 126]. Další možností, jak využít internet k podání informací o zdravotní turistice je zřízení mobilní aplikace, kterou si mohou potencionální turisté stáhnout do svých mobilních telefonů. Příkladem je tchaj-wanská aplikace¹⁰, která se zaměřuje na podporu místní zdravotní

¹⁰ Název aplikace: „Taiwan Medical Travel App“ [Chang et al. 2016: 402].

turistiky. Tuto aplikaci využívají hlavně pacienti z Číny, z důvodů geografické, kulturní a jazykové blízkosti [Chang et al. 2016: 402]. Kontakty získané prostřednictvím internetu jsou atraktivní především pro nezávislé zdravotní turisty, kteří si zvolili vycestování na vlastní pěst a vyřizují si tak sami veškeré záležitosti zdravotní turistiky. U internetových zdrojů však přetrvávají obavy o přesnost informací, etické normy a informační přesycení [Henson et al. 2015: 5]. Někteří autoři upozorňují, že zdravotní turisté mohou být snadno ovlivnitelní při výběru poskytovatele zdravotní péče. Tato ovlivnitelnost je zapříčiněná omezenými znalostmi ohledně zdravotní turistiky. Pro pacienty je například často obtížné posoudit účinnost konkrétní lékařské péče. Tito lidé čelí nejistotě a omezenému množství informací, a proto jejich racionální rozhodnutí může být omezeno a mohou být náchylní vůči reklamám, které nabízení nadějí na uzdravení [Kemp et al. 2015: 621; 633-634].

Vliv neformálních sítí. Dalším faktorem, nad kterým lidé uvažují při rozhodování, zda využít zdravotních služeb v zahraničí jsou neformální sítě, kterými potencionální turisté disponují. Některé studie se proto zaměřují na úlohu formálních i neformálních sítí. Tyto sítě mají pro pacienty zásadní význam a ovlivňují jejich volbu léčby, poskytovatele zdravotní služby i konkrétní destinace. Ve studii, kterou provedla Johanna Hanefeld a její kolegové, byl pro zdravotní turisty právě výběr poskytovatele zdravotní péče a destinace do značné míry výsledkem neformálních sítí. Roli hrály například informace z internetových fór, podpůrných skupin či osobních doporučení (konkrétně zkušenosti přátel nebo lidí, s kterými se pacienti setkali prostřednictvím online fóra). Garantem odbornosti, zkušenosti a úspěšnosti klinik byly v mnoha případech reference a zkušenosti od předchozích pacientů [Hanefeld et al. 2015: 356-363]. Henson upozorňuje na to, že přátelé a rodina (neformální sítě), na jejichž doporučení dá při rozhodování mnoho lidí, většinou nemají potřebné informační předpoklady a znalosti v oblasti zdravotní turistiky. Jejich velký význam při rozhodování je však pravděpodobně zapříčiněn tím, že lidé potřebují podporu a validaci od svých blízkých [Henson et al. 2015: 5].

2.5 Rizika spojená se zdravotní turistikou

Rizika spojená s infekčním onemocněním. Některé významné destinace zdravotní turistiky se nacházejí v tropických a subtropických oblastech, kde hrozí komáry přenášené infekční onemocnění jako malárie či horečka dengue. Další onemocnění, kterým turisté mohou být vystaveni, jsou nemoci zažívacího traktu (hepatitida A, úplavice), nebo tuberkulóza [Iordache et al. 2013: 38; Nelson 2014: 680]. Potencionálními přenašeči infekce bývají také dárci orgánů, kteří v rámci transplantační turistiky, často musí čelit infekcím, jako je například virus hepatitidy B či virus HIV. Cestování po celém světě a migrace pravděpodobně přispívá k vyššímu výskytu dárců, kteří trpí infekcí [Kotton 2011: 2448].

Riziko infekčních onemocnění neohrožuje pouze zdravotní turisty, ale může mít i veřejné následky pro jejich domovskou zemi. Například pokud musí nemocnice vynaložit vysoké výdaje na léčbu pooperačních komplikací zdravotních turistů po jejich návratu domů. Navíc nakažení pacienti, kteří se vrátí zpět do domovské země, mohou představovat veřejné nebezpečí i pro ostatní obyvatele, protože antibiotika mohou být proti takovým infekcím rezistentní [Iordache et al. 2013: 38].

Nedostatečná kvalita pooperační péče. Kvalita péče se může lišit mezi jednotlivými zeměmi i nemocnicemi a může být odlišná od západních norem. Také dlouhá cesta zpět do domovské země brzy po operaci může zvýšit riziko zdravotních komplikací. Navíc v případě, že komplikace nastanou až v domovské zemi, pacient nemusí mít nárok na pooperační péči [Iordache et al. 2013: 38-39].

Odlišnosti mezi zdravotními standardy. Zdravotní standardy jsou na úrovni států i jednotlivých nemocnic odlišné a v případě nespokojenosti pacientů je náročnější vyřízení stížností, protože některé zdravotní zařízení nemají dostatečnou politiku pro spravedlivé vyřízení například zanedbání péče [Iordache et al. 2013: 38].

Kulturní a jazykové bariéry. Angličtina je považována za oficiální jazyk zdravotní turistiky, pokud však pacienti nemají žádné zkušenosti s cestováním do cizí země, mohou nastat problémy. Kombinace neznalosti jazyka a složité lékařské procedury může představovat problém, proto mnoho nemocnic kompletní služby včetně vyzvednutí na letišti a ubytování [Iordache et al. 2013: 38].

Právní rizika. V některých turistických destinacích si pacienti nemusí platit zdravotní pojištění, a proto v případě zanedbání povinné péče nemají nárok na odškodnění [Iordache et al. 2013: 38].

Dalším rizikem je podle studie Mirrera-Singera nedostatečná právní zodpovědnost zprostředkovatelských agentur. Agentury, které zprostředkují informace mezi zdravotními turisty a zahraničními nemocnicemi, často nejednají v nejlepším zájmu pacientů. Proto by měly mít právní zodpovědnost za zanedbání zdravotní péče svých zahraničních partnerů. Tyto agentury by pak nemohly tolik využívat pozici svých informačních výhod a byly by motivovány vybrat pro zdravotní turisty nejlepší poskytovatele zdravotních služeb [Mirrer-Singer 2007: 231].

Etické problémy. Zdravotní turistika se neobejde bez kritiky zejména etické povahy. Mezi časté obavy patří to, že lékařská zařízení, která se specializují na zahraniční klientelu, neposkytují obdobnou péči i vlastnímu obyvatelstvu [Bagheri 2010: 295]. To znamená, že nemocnice jsou tak zaneprázdněné nemocnými turisty, že jim nezbývá čas na místní pacienty.

Dalším etickým problémem je taková zdravotní turistika, která využívá zatím nepodložených technologií jako je léčba pomocí kmenových buněk. Tato léčba čelí časté kritice ze strany vědeckých komunit, kvůli obavám z podvodu a nedostatku vědeckých poznatků o zákroku a bezpečnosti pacientů. Některé země nabízejí léčbu pomocí kmenových buněk, neexistují však klinické studie, které by podpořily účinnost takové terapie [Lunt, Carrera 2010: 30; Iordache et al. 2013: 38-39]. Poskytovatelé takové zdravotní péče dodávají pacientům často falešnou naději a zlehčují rizika a snaží se potlačit varování [Master et al. 2014: 267]. Další etické obavy přináší například vážně nemocní pacienti, kteří jezdí ukončit svůj život do Švýcarska [Gauthier 2015]. Kritické ohlasy také vzbouzí náhradní mateřství v Indii, kde indické ženy za peníze propůjčí svou dělohu, aby v ní donosily embryo zahraničních rodičů [Pande 2011].

2.6 Aktéři zdravotní turistiky

Mezi hlavní aktéry zdravotní turistiky patří na jedné straně poskytovatelé zdravotních služeb (tedy různá zdravotnická zařízení) a na straně druhé zdravotní turisté, kteří vyhledávají zdravotní péči v zahraničí [Bagheri 2010: 295]. Na zdravotní turistice se však podílejí i rezidentní obyvatelé, vlády zemí, dodavatelé a vývojáři zařízení pro zdravotní péči [Jackson, Barber 2015: 22]. Nemocnice a kliniky hrají důležitou roli v lékařském turistickém ruchu, poskytují lékařskou péči, kvalifikované doktory a kvalitní vybavení. Výrobci lékařského vybavení, chemické a farmaceutické společnosti, pojišťovací společnosti poskytují spojení s pacienty a léčebnými službami v zahraničí v souladu s pojišťovacími plány, cestovní kanceláře, hoteliéři [Lee, Fernando 2015: 155].

Agentury na zprostředkování zahraniční péče se snaží nalákat mezinárodní pacienty vydáváním brožurek a letáků [Crooks et al. 2011: 727]. Některé cestovní agentury nabízejí urychlení vyřízení cestovních víz a zlevněné letenky bez poplatků za zavazadla [Iordache et al. 2013: 37].

Američtí autoři Lydia Gan a James Frederick ve svém studiu dělí zdravotní turistiku do čtyř modelů, podle interakcí aktérů na trhu zdravotní turistiky [Gan; Frederick 2011]. 1) *Přímá zdravotní turistika*¹¹ Přímá cesta zdravotní turistiky se vyznačuje tím, že zdravotní turisté si veškeré záležitosti ohledně své cesty zařizují sami. Jsou obeznámeni s výběrem nemocnic v zahraničí a podnikají své vlastní kroky, co se týče dopravy a získání lékařského ošetření. Jedná se o nejstarší a nejsnazší způsob zdravotní turistiky. 2) *Zdravotní turistika sjednaná prostřednictvím zprostředkovatelů*¹² V tomto modelu zdravotní turisté využívají pro získání lékařské péče zprostředkovatele. To znamená, že využívají služeb agentur, které se specializují na vyhledávání vhodných zahraničních nemocnic, sjednání léčebných procedur, zajištění dopravy a ubytování v období rekonvalescence. 3) *Zdravotní turistika iniciovaná zdravotními plány USA nebo americkými zaměstnavateli*¹³ Vzhledem k cenové dostupnosti a věhlasu lékařské péče v zahraničních nemocnicích, někteří zaměstnavatelé a pojišťovny začali dávat pobídky, aby pacienti vyhledali zdravotní pomoc mimo USA. Podobně některé zdravotní plány zahrnují zahraniční nemocnice do svých seznamů schválených poskytovatelů zdravotní péče, protože je to jeden ze způsobů, jak snížit náklady. 4) *Zdravotní*

¹¹ Anglicky: „Direct medical tourism“.

¹² Anglicky: „Medical tourism arranged by medical tourism facilitators“.

¹³ Anglicky: „Medical tourism induced by US health plans or by US employers“.

*turistika pobízena ze strany poskytovatelů zdravotní péče*¹⁴ Stále více amerických nemocnic má partnerství se zahraničními nemocnicemi. Jedná se běžnou praxi nemocnic při outsourcingu zdravotních služeb (externí zajišťování zdrojů). Předpokládá se, že tento model bude v budoucnosti čím dál více významný [Gan; Frederick 2011: 166].

2.7 Druhy zdravotní turistiky

Velký počet analyzovaných textů se zaměřoval na určité odvětví zdravotní turistiky podle poskytovaných zdravotních služeb. Některé články [Bagheri 2010; Bagheri 2013; Delmonico 2013] se zaměřovaly na transplantační turistiku také kvůli častým obavám, které jsou s ní spojovány. Další texty na zdravotní turistiku, která se soustředí na léčebné metody pomocí kmenových buněk¹⁵ [Bowman et al. 2015; Connolly et al. 2014; Gunter et al. 2010]. Kosmetická turistika se stává velkým trendem, a proto existuje mnoho článků, které se tomuto tématu věnují [Bell et al. 2011; Birch et al. 2010; Edmonds 2011; Enteen 2014; Gangemi et al. 2015; Gimlin 2014; Hallem, Barth 2011]. Wellness a spa turistika se stala také čtým tématem [Cristian-Constantin et al. 2015; Gustavo 2010; Handaric 2015]. Některé studie [Foster 2015; Gauthier et al. 2015] se věnují kontroverzní „sebevražedné turistice“¹⁶.

Transplantační turistika je definována jako cestování za účelem přijmout nebo darovat transplantovaný orgán. V posledních deseti letech dochází k růstu tohoto fenoménu [Kotton 2011: 2448]. V současnosti jsou velkým problémem dlouhé čekací pořadníky, z důvodu nedostatečného počtu lidských orgánů pro transplantaci. Výsledek je takový, že lidé jsou ve velkém měřítku nuceni cestovat přes hranice vlastní země, aby získali potřebnou transplantaci [Bagheri 2010: 295; Wright et al. 2013: 924]. Transplantační turistika vyvolává etické problémy, které zahrnují využívání chudoby, nejistota informovaného souhlasu dárce orgánu či otázku komodifikace těla. Transplantační turistika také rozšiřuje socioekonomické nerovnosti v přístupu k transplantaci [Wright et al. 2013: 921]. V některých zemích dochází k získání orgánů ilegální cestou. Země často prodávají orgány zahraničním pacientům a ztrácí tak možnost získat dostatečný počet dárců pro své vlastní obyvatelstvo [Ossareh,

¹⁴ Anglicky: „Medical tourism encouraged by US healthcare providers“

¹⁵ Anglicky: „Stem cell tourism“

¹⁶ Anglicky: „Suicide tourism“

Broumand 2015: 91, 93]. Typickou destinací, kam jezdí pacienti získat orgány jsou Filipíny. Pacienti z Izraele naopak jezdí pro orgány do cizích zemí jako jsou Turecko, JAR, Bulharsko, Srí Lanka atd. Tyto zákroky v zahraničí jim tradičně hradí pojišťovna bez ohledu na původ místních dárců či legalitu podle místních zákonů [Padilla, Danovitch 2013: 916].

Do *kosmetické turistiky* lze zahrnout celá škála zdravotních služeb od dentistických zákroků po velké plastické operace. Některé články se také věnovaly tzv. „bariatrické chirurgii“, což jsou postupy, které vedou ke zmenšení objemu žaludku (například bandáž žaludku) [Birch et al. 2010].

Zdravotní turistika zaměřená na léčbu kmenovými buňkami poskytuje vědecky neověřené léčebné postupy na základě kmenových buněk pacientům, kteří trpí často nevléčitelnými onemocněními [Bowman et al. 2015]. Connolly píše, že zranitelní pacienti si často nejsou plně vědomi možných rizik, které se pojí s těmito metodami. Navíc on-line weby, které tyto metody nabízejí, často poskytují zavádějící či nedostatečné informace a tak i falešné naděje na uzdravení [Connolly et al. 2014: 695].

Wellness turistika je tu pro zdravotní turisty, kteří hledají zdravotní služby napomáhající prevenci nemocí, chtějí zlepšit svůj fyzický stav, nalézt duševní rovnováhu nebo využít kulturních a relaxačních programů. Poskytuje rozmanitou škálu služeb a produktů jako lázeňské procedury, ale také doplňkové rekreační aktivity spojené s přírodou a kulturním dědictvím [Costa et al. 2015: 21]. Typickou evropskou wellness destinací je Švýcarsko. Průzkum [Mueller, Kaufmann 2000: 7] odhalil, že wellness hraje důležitou roli ve 40 % případů švýcarských hotelů.

Turistika pro zákrok euthanasie. Zatímco ve většině států je tzv. asistovaná sebevražda zapovězena zákonem, ve Švýcarsku tomu tak není¹⁷. Asistovaná sebevražda je ve Švýcarsku legální za předpokladu, že asistent nebude profitovat ze smrti pacienta [CBS NEWS. Zurich voters keep “suicide tourism” alive. [online] 2011]. Proto se někteří nevléčitelní pacienti rozhodnou ukončit svůj život právě ve Švýcarsku (nejčastěji cílem bývá kanton Curych) [Gauthier et al. 2015].

¹⁷ V květnu 2011 se v kanonu Curych konalo referendum. Hlasovalo se o zákazu asistované reprodukce pro místní i zahraniční pacienty. Oba zákazy však byly zamítnuty [Zurich voters keep “suicide tourism” alive. CBS NEWS [online] 2011].

3 METODOLOGICKÁ ČÁST

Bakalářská práce je pojatá jako přehledová stat'. Podle Jadwigy Šanderové by měla být přehledová stat' vyčerpávajícím přehledem o dosavadním vědeckém bádáním v určité oblasti. Neměl by také chybět úplný seznam relevantní literatury [Šanderová 2007: 76].

3.1 Cíl práce

Cílem mé práce je shrnout, uspořádat a klasifikovat existující zdroje, které se zabývají zdravotní turistikou a pokusit se tak podat přehledný obraz o této problematice. Též si kladu za cíl dát důraz na zhodnocení a komparaci jednotlivých publikací z hlediska toho, jak popisují motivace zdravotních turistů a turistek a dalších aktérů, které se účastní přeshraniční reprodukční péče.

3.2 Kritéria výběru publikací

Jako kritéria pro výběr publikací jsem si stanovila především relevantnost a odbornost textů. Z důvodu získání, co největšího počtu zdrojů jsem se při výběru neomezovala na konkrétní země ani na časové období. Co se týče jazyka publikací, zvolila jsem anglický jazyk, protože v něm bylo k dispozici nejvíce publikací autorů z celého světa. Klíčová slova, pomocí kterých jsem vyhledávala zdroje pro svou práci, byla: *medical tourism (tourist)*, „*medical travel(s)*, *health travel*, *(patient) mobility*, *cross-border health care*, *abortion tourism*, *reproduction tourism*.

3.3 Zdroje

Zdroje pro bakalářskou práci jsem získala pomocí odborných internetových databází: *JSTOR*, *Sage*, *ScienceDirect*, *SpringerLink*, *Ebsco* a internetového vyhledávače *google scholar*.

Vyhledávání v databázích probíhalo v časovém období od konce září do poloviny listopadu roku 2016. Celkem jsem našla 110 publikací týkajících se zdravotní turistiky zaměřené na fertilitu. Některé z nich jsem však musela vypustit, protože jsem k nim nezískala oprávněný přístup. Zda jsou pro mé účely texty relevantní, jsem zvažovala podle názvů a abstraktů studií. V průběhu psaní jsem texty dále selektovala podle toho, zda se v nich nacházely vhodné a potřebné informace pro naplnění cílů této práce. Mým prvním záměrem bylo do práce zahrnout i studie o tzv. „potratové turistice“¹⁸, ale od tohoto záměru jsem v průběhu psaní upustila, proto se počet textů zúžil. V průběhu práce jsem také našla ještě několik textů, pomocí vyhledávače *google scholar*.

Čerpala jsem jak z kvalitativně, tak i kvantitativně orientovaných studií. Nejvíce zdrojů jsem našla v podobě odborných článků, využila jsem však i informace z kapitol knih, výzkumných zpráv či recenzí článků. Nalezené články se vyskytovaly v časopisech marketingového, lékařského, sociologického, antropologického i právního oborového zaměření a pohybovaly se v časovém rozmezí od roku 1995 do současného roku 2017.

3.4 Limity

Limitem této práce může být skutečnost, že pracuji výhradně se články psanými v anglickém jazyce. Jak upozorňuje Jiří Mareš, díky volbě pouze jednoho jazyka bývají výsledky determinovány sociokulturními zvláštnostmi dané země (například kulturními zvyklostmi, školským a zdravotnickým systémem a podobně) [Mareš 2013: 429-430]. Jako další limit sledávám to, že se mi nepodařilo získat oprávněný přístup k některým zdrojům.

¹⁸ Potratová turistika znamená vycestování za hranice, kvůli získání zákroku interrupce. Jedná se, jak uvádí Šimek ve své knize *Lékařská etika*, o častou strategii pro ženy ze zemí, kde interrupce není legální jako například v Irsku nebo v Polsku [Šimek 2015: 112].

4 ANALYTICKÁ ČÁST

4.1 Reprodukční turistika

Reprodukční turistika¹⁹ neboli přeshraniční reprodukční péče²⁰ se běžně považuje za součást zdravotní turistiky [Ferraretti et al. 2010: 261]. Americká antropoložka Daisy Deomampo uvádí, že se počet neplodných párů neustále zvyšuje a z lidského plození dětí se postupem času stává globální záležitost [Deomampo 2013: 514]. Nicméně reprodukční turistika může být i lokálně specifická. To znamená, že se různé státy odlišují svými etickými, náboženskými a právními postoji ohledně práv pacientů na své reprodukční zdraví [Ferraretti et al. 2010: 261]. Možná kvůli spojení globálního aspektu a zmíněné lokální specifičnosti se stává, že pacienti při léčbě neplodnosti vyhledávají v zahraničí takové lékařské služby, které jsou ve vlastní zemi nezákonné či jinak právně omezené [Dickens 2008: 213]. Pod pojem reprodukční turistika lze zahrnout různé metody, které slouží k léčbě neplodnosti.

Zatímco řada neplodných párů se stále uchyluje k tradičním metodám, jako jsou adopce a pěstounská péče, jiní dávají přednost využití nových a moderních postupů asistované reprodukce [Munjar-Shankar 2014: 388]. Asistovaná reprodukce či umělé oplodnění je soubor metod, které mají potenciál pomoci neplodným párům, aby mohli otěhotnět [<http://www.fertimed.cz/asistovana-reprodukce/>]. Pod tímto pojmem se rozumí přímý zásah člověka do přirozené lidské reprodukce či dokonce její úplné nahrazení. Tyto metody zahrnují léčebné postupy, které se podílejí na manipulaci s lidskými gamety (ženskými oocyty a mužskými spermii) a embryi za účelem zahájení těhotenství. Termín také zahrnuje jakékoliv zapojení třetí strany do těhotenství. Zapojením třetí strany se rozumí dárce spermií, náhradní matky a podobně. Kromě léčených metod, které se potýkají se sterilitou, reprodukční technologie mohou zahrnovat i různé diagnostické techniky, které se týkají stavu embrya před implantací nebo před porodem. Pod metody asistované reprodukce

¹⁹ Používají se také anglické termíny: „reproductive tourism“, „fertility tourism“, „procreative tourism“ nebo „fertile tourism“ [Bassan, Michaelsen 2013: 2].

²⁰ Někteří autoři [Bassan, Michaelsen 2013; Bergmann 2011: 283] navrhují termín reprodukční turistika nahradit neutrálnějším výrazem přeshraniční reprodukční péče (anglicky: „cross-border reproductive care“). Spojení reprodukční turistika se v médiích obvykle vyskytuje při pojednání o ekonomických aspektech reprodukčních praktik nebo naopak ve spojení s volnočasovými aktivitami a zábavou. Výraz turistika v sobě nese tudíž spíše negativní konotace a také neodráží realitu pacientů, zejména to, že při svých cestách zakouší stres a námahu [Bassan, Michaelsen 2013: 1,5, 6].

lze zahrnout mimo jiné fertilizaci in vitro (IVF), preimplantační genetická diagnostiku (PGD), kryokonzervaci spermií, darování gamet a náhradní mateřství [Chakravarthi 2016: 134; Chatzinikolaou 2010: 3].

Tato práce se podrobněji zaměřuje na metodu náhradního mateřství z hlediska etiky, motivací a charakteristik zdravotních turistek a náhradních matek a také na přináší legislativní doporučení ohledně této metody.

4.2 Náhradní mateřství

Náhradní mateřství²¹ je jednou z metod asistované reprodukce a lze ho definovat jako proces, při kterém žena (také náhradní či surogátní matka) dává svolení k tomu, že bude nést ve své děloze dítě pro jiný pár, který není schopen, nebo v méně častých případech není ochoten, počít dítě přirozenou cestou. Přičemž náhradní matka takové dítě odnese s úmyslem předat dítě zamýšleným rodičům, jakmile se narodí [Ahmad 2011: 138; Munjar-Shankar 2014: 388; Niekerk, Zyl 1995: 1]. Náhradní matka se vzdá svých rodičovských práv a umožní tak, aby si zamýšlení rodiče mohli takto odnošené dítě osvojit [Náhradní (surogátní) mateřství. *Fertimed* [online] 2017]. Náhradní mateřství je tedy jedna z metod léčby neplodnosti, ke které je potřeba třetí osoba v reprodukčním cyklu. Umožňuje léčbu neplodnosti pro heterosexuální páry, ve kterých žena není schopna otěhotnět či donosit dítě, dále pro svobodné ženy a také pro stejnopohlavní páry, které si nemohou obstarat dítě jiným způsobem [Hammarberg et al. 2015: 694].

Běžně se rozlišují dvě formy náhradního mateřství. První forma se nazývá *tradiční náhradní mateřství*. V tradičním uspořádání náhradní matka poskytuje své vajíčko a je inseminována buďto zamýšleným otcem, nebo jiným dárcem spermií. To znamená, že tradiční náhradní matka je geneticky příbuzná s dítětem. Druhý typ náhradního mateřství se označuje jako *gestační náhradní mateřství*. Tato forma vyžaduje tzv. in vitro fertilizaci (IVF), tedy oplodnění mimo tělo ženy. Proces probíhá tím způsobem, že embrya vytvořená pomocí IVF z gamet od obou zamýšlených rodičů (nebo anonymních dárců) jsou zavedena přímo do dělohy náhradní matky. Z toho vyplývá, že u této formy náhradní matka nese dítě, se kterým

²¹ Jako synonymum náhradního mateřství se používá termín surogátní (surogační) mateřství, který vychází z anglického výrazu „surrogate motherhood“.

není geneticky příbuzná. Obě formy náhradního mateřství mohou být prováděny jako *komerční* (náhradní matka získá finanční kompenzaci za léčebné výdaje) či *altruistické* neboli *nekompensované* (náhradní matka nese dítě bez motivace finančního zisku) [Knoche 2014: 183; Hammarberg et al. 2015: 690].

4.2.1 Etické aspekty náhradního mateřství

Náhradní mateřství, které je často považováno za kontroverzní téma již více, než tři desetiletí vyvolává diskuze ve feministických, lékařských, právních i etických kruzích [Pande 2015: 244]. Jonathan Knoche píše, že je potřeba se kriticky zamyslet nad tím, že neregulovaný mezinárodní trh náhradního mateřství může potencionálně umožnit zneužívání a vykořisťování náhradních matek. Nejčastěji se diskutuje o obavách z komodifikace ženských těl. To znamená, že dělohy žen jsou považovány za zboží a jsou vnímány jako něco, co se dá oddělit od zbytku ženy. Ty tak plní funkci jakéhosi lidského inkubátoru. Podle Knocheho by však žádná lidská bytost (ani část jejího těla) neměla být degradovaná na pouhou věc, protože to popírá její lidskou důstojnost a odporuje to i zásadám mezinárodních lidských práv [Knoche 2014: 184-185]. Komodifikace se však netýká pouze náhradních matek, ale jako ke zboží se v určitém smyslu přistupuje i k dětem, které se prostřednictvím náhradního mateřství rodí [Ahmad 2011: 136].

Náhradní mateřství představuje pro mnoho lidí možná poslední naději, jak získat geneticky příbuzné dítě, pojí se s ním ovšem i mnoho právních, sociálních, lékařských i etických problémů [Pande 2015: 244]. Některé feministické autorky se soustřeďují především na spojitost náhradního mateřství s vykořisťováním a nerovnostmi. Nesouhlasí s představou, že se ženy stávají náhradními matkami svobodně a ze své vlastní volby. Podle nich je na ženy vytvářen společenský nátlak, který způsobuje, že se většinou chudé ženy s nízkým socioekonomickým statutem stávají náhradními matkami pro ženy bohaté. Reprodukční schopnost celé třídy žen se tak stává zbožím, kdy vysoká finanční kompenzace může působit jako donucovací nástroj při rozhodování žen o tom, zda se stát náhradními matkami. Některé feministky tak dodnes nazývají náhradní mateřství jako „reprodukční prostituci“. Oproti tomu některé liberální proudy feminismu na tuto problematiku nahlíží z pohledu neplodných žen, které díky náhradnímu mateřství mohou rozhodovat o své reprodukci a obhajují tak náhradní mateřství jako právo žen nakládat se svým tělem, jak uznají za vhodné [Ahmad 2011: 141; Karandikar et al. 2014: 231; Pande 2015: 245].

Komercializace náhradního mateřství je typická spíše pro chudší rozvojové země. Řadí se mezi ně například Indie, Malajsie či země východní Evropy, kde tyto praktiky často nepodléhají právním regulacím [Ahmad 2011: 136-137]. Z tohoto důvodu do těchto zemí míří neplodné páry z celého světa. I přes existující důkazy o tom, že náhradního mateřství přispívá k vykořisťování žen se vlády zemí (Př. Indie) zdráhají zakázat či omezit praktiky náhradního mateřství. Podle některých studií je tento postup pochopitelný, protože zdravotní turistika spolu s náhradním mateřstvím velkou měrou přispívá k růstu ekonomiky státu a překrývá se tak se zájmy vlády. Vláda Indie navíc není ochotna ignorovat finanční přínosy, které ženy mohou získat prostřednictvím náhradního mateřství. Pohlíží na náhradní mateřství jako na možnost zaměstnání pro ženy, které jsou ve znepokojivé finanční situaci [Chakravarthi 2016: 144].

4.2.2 Motivace párů

Jaké jsou motivace neplodných párů k tomu, aby cestovali za hranice a obstarali si tam dítě prostřednictvím náhradního mateřství? Studie, která se těmito motivacemi zabývala, odhalila, že k přeshraničním cestám za náhradním mateřstvím přistupují lidé z nutnosti. K takovým cestám se totiž zdravotní turistiky a turisté většinou odhodlají až po opakovaném selhání metod asistované reprodukce ve vlastní zemi či kvůli svému nevyhovujícímu zdravotnímu stavu. Pro většinu heterosexuálních párů představuje náhradní mateřství poslední šanci, jak mít biologicky příbuzné děti. V případě homosexuálních párů je to pak jediný způsob, jak mít biologicky příbuzné děti [Hammarberg et al. 2015: 694].

4.2.3 Motivace náhradních matek

V kvalitativní studii [Karandikar et al. 2014] zkoumající motivace indických žen pro zapojení se do procesu náhradního mateřství byla pro všechny ženy primární motivací k náhradnímu mateřství finanční kompenzace za úspěšné porození a předání dítěte. Přijatá kompenzace byla odlišná u každého těhotenství a závisela na ekonomickém zázemí zamýšlených rodičů a také na smlouvě, kterou podepsala klinika s rodiči. Tato motivace byla způsobená hlavně skutečností, že většina žen měla nízký socioekonomický status. Ženy se stávají náhradními matkami, aby podpořily své rodiny. K náhradnímu mateřství jsou tudíž dohnány finanční situací. To znamená, že se nejedná o zcela svobodnou volbu žen

[Karandikar et al. 2014: 227]. Jako druhou motivaci ženy uváděly altruismus. To znamená, že chtěly pomoci jiné ženě.

Autorka upozorňuje, že při rozhodování o tom, zda se ženy mají stát náhradními matkami, hraje významnou roli také vůle jejich rodin. Ve zmíněné studii většina žen zvažovala při rozhodování jak názor manžela, tak i ostatních rodinných příslušníků. Některé kliniky dokonce požadovaly písemný souhlas manžela, se zapojením své ženy do procesu náhradního mateřství. Z toho vyplývá to, že žena nemůže sama rozhodovat o svém těle a svých reprodukčních procesech [Karandikar et al. 2014: 229-232].

4.2.4 Stigma spojené s náhradním mateřstvím

Autorka Sharvari Karandikar a její kolegové píší, že náhradní matky se typicky potýkají s různou mírou stigmatizace ze svého okolí, která může vyústit až vyhoštěním náhradní matky z vesnice. Náhradní matky proto volí různé strategie, aby takovým konfliktům předešly. Některé se po dobu těhotenství rozhodnou žít v náhradním domově. Pro ženy, které často již mají své vlastní biologické děti, to znamená omezit s nimi a dalšími rodinnými příslušníky kontakt. Podmětem k náhradnímu bydlení nebývá tedy pouze otázka zdraví náhradních matek, ale dochází k němu i z důvodů krytí žen před nesouhlasnou komunitou. Pomáhá to ženám zachovat si své soukromí a obejít společenské normy ohledně reprodukce [Karandikar et al. 2014: 230-231].

4.2.5 Doporučení ohledně legislativy náhradního mateřství

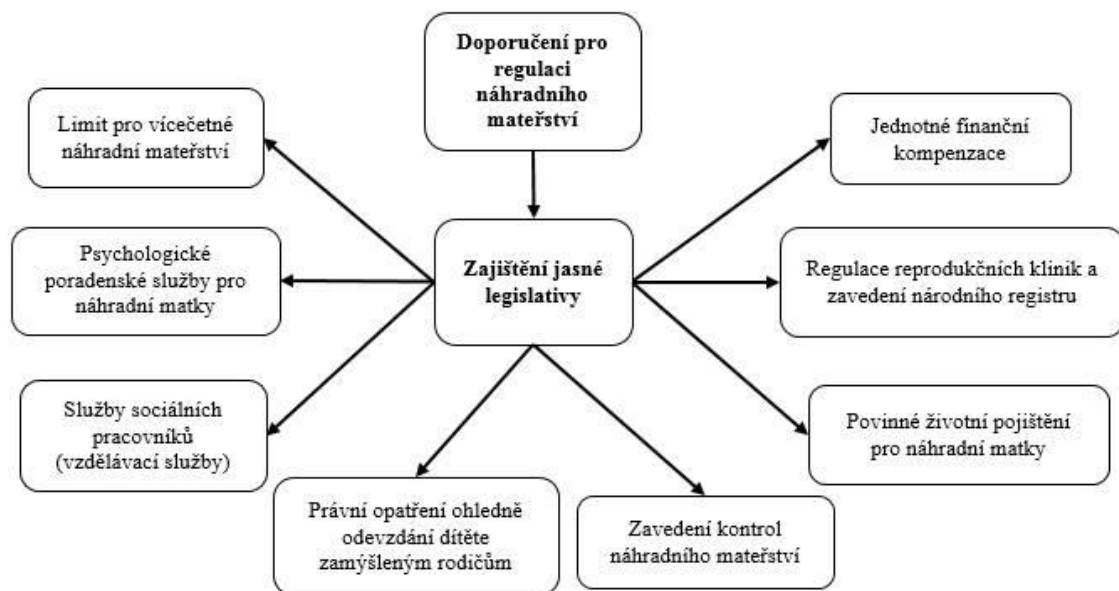
Některé studie [Ahmad 2011; Ferraretti et al. 201; Karandikar et al. 2014; Jaiswal 2012] navrhují doporučení, jak postupovat, aby nedocházelo k diskriminaci a zneužívání osob, které se na procesu náhradního mateřství podílejí. Tato doporučení jsou graficky znázorněna v obrázku č. 1.

Analyzované studie [Ahmad 2011; Jaiswal 2012; Karandikar et al. 2014] se shodují v tom, že zákaz náhradního mateřství by mohl podkopat bezpečnost náhradních matek, a ještě více je ohrozit vykořisťováním a zneužíváním. To, že bude náhradní mateřství zakázáno, neznamená, že tento proces vymizí a zajistí tak bezpečnost žen. Nejvhodnějším postupem je podle zmíněných studií vytvoření jasné legislativy, která zamezí diskriminaci

zainteresovaných osob. Například aby nedocházelo k případům, kdy kvůli nejasné legislativě náhradní matka odmítne předat novorozené dítě oprávněným rodičům [Ahmad 2011: 136]. V náhradním mateřství je potřeba respektovat práva náhradních matek nejen během těhotenství, ale i po něm. Konkrétně je doporučováno bedlivě sledovat situaci a zavést kontroly za účelem odstranění bezohledných praktik a vykořisťování spojené s náhradním mateřstvím. Dalším opatřením je zajistit pro ženy povinné životní pojištění, protože mohou vzniknout situace, kdy náhradní matka trpí dlouhodobými vážnými následky nebo dokonce zemře v důsledku náhradního těhotenství. Životní pojištění je však často obtížné pro náhradní matky opatřit, protože pocházejí často z chudého prostředí a nemají průkazy totožnosti, rodné listy nebo jiné základní dokumenty. Matkám by měly být také zpřístupněny a proplaceny poradenské psychologické služby z peněz zamýšlených rodičů, aby se náhradní matka dokázala lépe vyrovnat s odloučením poté, co se vzdá dítěte. Aby byl souhlas náhradních matek doopravdy dobrovolný, náhradní matky by měly být náležitě obeznámeny ohledně fyzických rizik náhradního mateřství a lékařských postupech a komplikacích, které mohou nastat. Zvláště v případech, kde jsou tyto ženy negramotné či pocházejí z venkovského prostředí. Doporučuje se také zavést ustanovení, které by umožnilo náhradní matce odvolat souhlas s předáním dítěte. Náhradní matka by měla mít přiměřenou příležitost odvolat svůj souhlas během celého těhotenství a alespoň 48 hodin po porodu. Tento počet hodin je minimální doba, kdy nově narozené dítě zůstává v nemocnici předtím, než si ho zamýšlení rodiče mohou vzít domů. Také by mělo existovat povinné psychologické poradenství, které by náhradním matkám zajistilo informace o možných rizicích spojených a bylo by tak zárukou informovanosti a dobrovolnosti [Jaiswal 2012: 20-21; Karandikar et al. 2014: 233]. Reprodukční kliniky a centra náhradního mateřství by měla být přísně regulována a být zapsána v národním registru [Jaiswal 2012: 21]. Toto opatření slouží k tomu, aby kliniky daly lépe regulovat a v případě, že jsou nevyhovující eliminovat.

Je nutné zavést řádně odůvodněné a jednotné kompenzace pro náhradní matky, aby ženy nemohly být využívány. Také by měla být stanovena jednotná politika pro maximální počet následujících těhotenství jedné náhradní matky. Rovněž je potřeba zavést službu sociálních pracovníků, kteří by měli za úkol zvyšovat povědomí kolem otázek náhradního mateřství, protože tento proces není snadno srozumitelný a pojí se s ním celá řada stigmat a tyto služby by tak mohly sloužit ke zvýšení bezpečnosti žen po návratu do rodných vesnic [Karandikar

et al. 2014: 233-234]. Podobným způsobem by podle autorů měla být přijata také opatření, která by zabránila vzniku ekonomických, psychologických a lékařských škod na pacientech navštěvujících zahraniční kliniky. Mezi tyto opatření se řadí například konzultace a poradenství, monitorování ovariální stimulace či psychologická pomoc, která má být součástí léčby v místní nemocnici. Dále podpora různých vzdělávacích kampaní, které by mohly pomoci pacientům lépe vyhodnotit informace o kvalitě zdravotnických klinik, které kontaktují. Nejlepším řešením podle autorů by bylo ustanovit nezávislý mezinárodní systém, který by potvrdil kliniky z hledisek jejich schopností a bezpečnosti a pacienti by tímto způsobem mohli získat jistotu, že tyto kliniky pracují v souladu s pravidly správné klinické praxe. Mezinárodní vědecké společnosti a zdravotnická zařízení by měly urychleně podporovat takové řešení. [Ferraretti et al. 2010: 265].



Obrázek č. 1. Diagram znázorňující doporučení pro regulaci náhradního mateřství

4.3 Motivace pro léčbu neplodnosti v zahraničí

Mezinárodní pacienti mohou přistupovat k léčbě neplodnosti v zahraničí z různých důvodů. Podle vybraných studií [Ferraretti et al. 2010; Hoof et al. 2015; Chakravarthi 2016] se lidé účastní přeshraniční reprodukční péče v případě, že je potřebný druh léčby neplodnosti je v legislativě vlastní země zakázán (Př. výběr pohlaví, anonymní darování gamet) nebo je odepřen lidem určitých demografických a sociálních charakteristik (Př. omezení pro lidi určité sexuální orientace či věkového limitu) [Ferraretti et al. 2010: 261; Hoof et al. 2015: 391; Chakravarthi 2016: 147]. Dalším možným důvodem, proč lidé navštěvují zahraniční zdravotní střediska a reprodukční kliniky je, že tyto kliniky vykazují vyšší míru úspěšnosti, než zdravotnictví v zemi původu [Ferraretti et al. 2010: 261]. K vyšší míře reprodukční turistiky též přispívá, pokud některá léčba neplodnosti není v zemi původu k dispozici kvůli nedostatku odborných znalostí nebo nedostačujícímu technickému zařízení (Př. preimplantační genetická diagnostika) či je konkrétní léčba považovaná za experimentální, a tudíž nedostatečně bezpečnou (Př. přenos cytoplazmy) [Ferraretti et al. 2010: 261; Hoof et al. 2015: 391]. Dalším důvodem je existence dlouhých čekacích pořadníků (Př. darování vajíček), velké vzdálenosti od zdravotních center či vysokých nákladů na léčbu (Př. absence pojištění) v domovské zemi [Ferraretti et al. 2010: 261; Hoof et al. 2015: 391]. Poslední motivací bývají osobní přání pacientů a pacientek (Př. ochrana soukromí, anonymita) [Hoof et al. 2015: 391; Chakravarthi 2016: 147]. Důvody pro léčbu neplodnosti v zahraničí jsou shrnuty v obrázku č. 2.

Obecně platí, že tyto důvody lze rozdělit do dvou kategorií. Za první se jedná o kategorii právního omezení. Druhá kategorie by se dala nazvat jako dostupnost kvalitní lékařské péče [Hoof et al. 2015: 391]. K cestám za reprodukci se nicméně turisté většinou odhodlají až po opakovaném selhání metod asistované reprodukce ve vlastní zemi či kvůli svému nevyhovujícímu zdravotnímu stavu. Pro většinu heterosexuálních párů představuje náhradní mateřství poslední šanci, jak mít biologicky příbuzné děti. V případě homosexuálních párů je to pak jediný způsob, jak mít biologicky příbuzné děti [Hammarberg et al. 2015: 694].



Obrázek č. 2. Grafické znázornění motivací pro léčbu neplodnosti v zahraničí.

4.4 Nejednotnost v legislativě států

Zatímco touha mít děti je považována za univerzální a lze se s ní setkat u lidí po celém světě, celosvětový konsensus ohledně léčby neplodnosti pomocí metod asistované reprodukce neexistuje [Crockin 2013: 734]. Postmoderní společnosti, které jsou charakteristické pluralitou kultur, morálních postojů a náboženských hledisek, si vytvořily různé hodnoty a zákony ohledně otázek reprodukce [Ferraretti et al. 2010: 264]. V druhé polovině 20. století se společně s výskytem komercializace metod asistované reprodukce začaly v legislativách průmyslových států objevovat různé úrovně regulací volného přístupu k těmto metodám [Harrison 2014: 146]. Legislativa těchto států často odráží odlišné náboženské a kulturní hodnoty. Některé lékařské technologie jako například darování gamet či náhradní mateřství nejsou v určitých zemích k dispozici, díky morálním přesvědčením a hodnotám ve společnosti. Například darování spermií bývá často zakázáno v zemích, kde má velký vliv římskokatolická církev (například v Itálii) nebo v zemích, kde je tradičně uznávané islámské právo šaría [Crockin 2013: 734; Blyth, Farrand 2005: 96; Ferraretti et al. 2010: 262]. Některé typy léčby jsou zapovězeny lidem určitých charakteristik. Například na základě věku, rodinného stavu či sexuální orientace [Blyth, Farrand 2005: 98]. Nejčastěji se jedná o svobodné matky, ženy po menopauze, stejnopohlavní páry a v některých Evropských zemích dokonce o nesezdané páry. Toto vyloučení z léčby neplodnosti bývá často založeno na stereotypních přesvědčeních o tom, že pouze heterosexuální ženaté páry v reprodukčním věku mohou zapadnout do modelu „normální a ideální rodiny“ [Ferraretti et al. 2010: 263].

Podle Ferrarettiho a jeho kolegů by v případě Evropy bylo nejlepším řešením, kdyby došlo k harmonizaci zákonů, týkající se asistované reprodukce či zavedení silných politik, které budou garantovat zajištění veřejného financování či pojištění, které by krylo léčbu

neplodnosti. Takové řešení je však v současné době vzdálené, i z toho důvodu, že by mohlo zásadně narušit suverenitu států [Ferraretti et al. 2010: 265]. Podle Charkravarthiho studie by se však regulace lékařské asistované reprodukce v zemích Evropy daly sjednotit na základě a) blahobytu narozeného dítěte, b) ochrany a respektu embrya, c) komercializací lidských těl, d) morálních názorů na formování rodiny, e) předcházení zneužívání dárců a náhradních matek a f) nezveřejnění identity dárců [Chakravarthi 2016: 145].

4.5 Zkušenosti reprodukčních turistů

4.5.1 Lesbické páry

Některé publikace se věnovaly problematice vyloučení stejnopohlavních párů z léčby neplodnosti [Bassan, Michaelsen 2013; Hoof et al. 2015]. Příkladem zemí, kde není těmto párům léčba povolena, jsou například Německo nebo Francie. Páry z těchto zemí, proto cestují do Belgie a Španělska, kde jsou liberálnější zákony ohledně poskytování léčby neplodnosti pro stejnopohlavní páry [Bassan, Michaelsen 2013: 2]. Studie popisují průběh těchto zahraničních cest a také úskalí, které se s nimi pojí.

Studie Hoofa a jeho kolegů ukázala, že pokud se lesbické páry rozhodnou pro přeshraniční reprodukční péči, musí čelit mnoha výzvám. Již před zahájením léčby mají *problém se získáním relevantních informací*. Informace jsou dostupné pouze na internetu nebo od lidí, kteří cestu za obdobnou léčbou již podstoupili. Navíc praktičtí lékaři žen nejsou často ochotni poskytnout informace ohledně zahraničních klinik. Pro tyto ženy je také často těžké *zdůvodnit svou nepřítomnost v zaměstnání*. Mnoho žen neřekne v zaměstnání o svém záměru, protože se bojí, že si ohrozí kariéru nebo toho, že budou ze strany zaměstnavatele vnímány negativně [Hoof et al. 2015: 395]. Proces přeshraniční reprodukční péče je časově náročný, protože vyžaduje několik návštěv na klinice, konzultace s lékařem, poradenství u psychologa a ženy většinou na klinikách tráví i několik dní. Ženy se často *cítí diskriminovány a mají pocit, že jejich práva nejsou chráněna* kvůli tomu, kým jsou. Dalo by se říci, že k přeshraniční reprodukční léčbě přistupují z donucení, protože nemají jinou možnost [Hoof et al. 2015: 394]. Další bariéra, se kterou se ženy musí potýkat je *právní neuznání geneticky nepříbuzného partnera*. To znamená, že v lesbickém páru vždy jedna

z žen nebude právně uznána jako matka dítěte. Z toho plynou různé praktické problémy. Například v případě úmrtí genetické matky se její partnerka automaticky nestává zákonným zástupcem dítěte. Lesbické páry se tak při opatrovnictví musí spoléhat na ochotu ostatních členů rodiny [Hoof et al. 2015: 394].

4.5.2 Opomíjená mužská role

Při provádění rešerše analyzovaných článků jsem našla pouze jednu studii [Hudson, Culley 2013], která se soustředila na mužské zkušenosti s reprodukční turistikou. Studie uvádí, že mužská role v rozhodovacím procesu je spíše pasivní a vedlejší. Muži zařizují doplňkové činnosti, jako jsou rezervace letenek nebo organizace dalších aktivit, ale tím, kdo rozhoduje o vycestování, bývá většinou žena. Tato pasivní mužská role lze vysvětlit tím, že léčbu podstupuje především žena, a proto by měla sama učinit konečné rozhodnutí. Další možné vysvětlení mužské pasivity je přirovnání rozhodovacího procesu k běžnému rozdělení rolí v domácnosti. Někteří participanti uváděli, že ženskou rolí je organizování veškerého cestování a dovolených obecně [Hudson, Culley 2013: 255-256]. Vyšší aktivitu žen v procesu léčby neplodnosti potvrzuje i výzkum z českého prostředí. Lenka Slepíčková píše, že muži i ženy popisují roli žen jako výrazně aktivnější [Slepíčková 2009: 185]. V procesu přeshraniční reprodukční péče se projevují jak tradiční, tak nové genderové identity. Mužská pasivita při léčbě neplodnosti může být výzvou k tradiční mužské identitě, ve které se předpokládá, že muži budou aktivní, dominantní a budou kontrolovat celý proces. Na druhou stranu aktivní role žen je v kontrastu k tradičním normám feminity, která je obvykle charakterizována jako pasivní a poddajná. Tyto role však mohou být chápány též jako tradiční pojetí mužnosti a ženskosti. Tradičně se totiž očekává, že ženy budou cítit vyšší odpovědnost ke svému reprodukčnímu zdraví a budou spíše usilovat o rodičovství. Studie také uvádí, že pro ženy je celkový proces komplexnější a náročnější a je často spojen úzkostí, která je spojená s tím, že se léčba odehrává na cizím místě. S tím souvisí, že některé ženy popisovaly jako nejdůležitější mužskou úlohu emoční podporu. Hudson a Culley uvádí, že někteří muži se cítí na klinikách léčby neplodnosti marginalizováni a svou úlohu darování spermií na zahraniční klinice za traumatizující zkušenost. Navíc se cítí pod nátlakem kvůli tomu, že pokud se nepovede odebrat dobrý vzorek spermatu, bude to mít pro pár špatné následky a celý složitý a finančně nákladný proces přeshraniční reprodukční péče bude k ničemu [Hudson, Culley 2013: 256-258]. Tyto reprodukční přeshraniční cesty mají

potencionální negativní dopad na pracovní životy partnerů. Stejně jako u lesbických žen ve studii [Hoof et al. 2015], partneři musí řešit absenci v zaměstnání, vybírat si dovolené a podobně [Hudson, Culley 2013: 256].

Zmíněná studie [Hudson, Culley 2013] upozorňuje na významnost aspektu genderu při léčbě neplodnosti v zahraničí. Muži a ženy totiž často mají odlišné zkušenosti, které se odvíjejí také od očekávání, které se pojí s genderovou rolí. Myslím si, že je proto důležité podívat se na toto téma i z perspektivy a zkušeností mužů, aby povedlo zlepšit kvalitu péče a snížit pocit marginalizace mužů a zvýraznit tak mužské zkušenosti s léčbou.

5 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo podat přehledný a ucelený obraz o zdravotní turistice. Dále si tato práce klade za cíl zjistit, jak analyzované studie vypovídají o motivacích zdravotních turistů a dalších aktérů, kteří se účastní procesu reprodukční turistiky. Záměrem této práce též bylo zjistit, s jakými bariérami se tito aktéři musí při svých cestách potýkat.

Teoretická část práce je věnována zdravotní turistice obecně. Práce nejprve definuje základní pojmy spojené s tímto fenoménem a také ukazuje odlišné přístupy autorů ohledně anglické terminologie související se zdravotní turistikou. Hranice mezi termíny, které se pojí se zdravotní turistikou, totiž nebývá vždy zcela jasná, a proto bývají často zaměňovány. Poté práce pojednává o tom, jak se v důsledku globalizace a doprovodných jevů změnila podoba zdravotní turistiky. Hlavní směr toku pacientů se postupem času obrátil a v současnosti pacienti míří směrem z rozvinutých do rozvojových zemí [Chuang et al. 2014]. Práce dále představuje přední světové destinace, které se pojí se zdravotní turistikou. Hlavní cílové destinace zdravotního turistického ruchu jsou asijské země, které lákají zdravotní turisty především na nízké náklady za léčbu. V dalších kapitolách práce jsou přehledně popsány faktory, které mají vliv na poptávku a nabídku mezinárodní zdravotní turistiky. Práce se věnuje také možným rizikům, se kterými se zdravotní turisté mohou na svých cestách do zahraničí setkat. Další kapitola shrnuje aktéry, podílející se na formování trhu zdravotní turistiky.

Analytická část práce se podrobněji zaměřuje na konkrétní odvětví zdravotní turistiky, které se běžně nazývá jako reprodukční turistika. Jedná se tedy o mezinárodní cesty pacientů, kteří hledají léčbu neplodnosti. Práce se soustředí na různé aspekty náhradního mateřství, které je jednou z metod asistované reprodukce. V analyzovaných studiích byla nejvíce probírána problematika etiky náhradního mateřství spojená s komodifikací ženských těl, kdy je na dělohy náhradních matek nahlíženo jako na zboží. Náhradní matky jsou tak přirovnávány k lidskému inkubátoru [Ahmad 2011; Knoche 2014]. Práce dále ukazuje, jak na problematiku náhradního mateřství nahlíží feministické přístupy. První z nich spojuje mateřství s vykořisťováním náhradních matek a nerovnostmi. Druhý přístup se naopak soustředí na právo reprodukčních turistek nakládat s vlastním tělem, jak uznají za vhodné [Ahmad 2011; Karandikar et al. 2014; Pande 2015]. Práce dále nastiňuje hlavní motivace náhradních matek. Z analyzovaných článků, které pojednávaly o náhradním mateřstvím v Indii vyplynulo, že náhradní mateřství představuje pro indické ženy určitý druh reprodukční

práce. Prvotní motivací náhradních matek je většinou finanční kompenzace za odnošené dítě, i když jistou roli hraje i altruismus. Praxe náhradního mateřství je stigmatizována a ženy tak musí volit strategie, jak se stigmatizaci ze strany okolní komunity vypořádat [Karandikar et al. 2014]. Výstupem této práce je také přehled doporučení pro regulaci legislativy ohledně náhradního mateřství, která by mohla zamezit zneužívání a vykořisťování náhradních matek. Práce dále shrnuje motivace reprodukčních turistek, které vyplynuly z analyzovaných studií. Nejednotnost legislativ zemí ohledně asistované reprodukce zapříčinila, že lidé jsou nuceni vyhledat léčbu neplodnosti v zahraničí. V důsledku toho, že potřebné služby jsou v zemi původu zakázané nebo jsou odepřeny lidem určitých charakteristik například na základě sexuální orientace či věku. Příkladem mohou být například lesbické páry, které v (často nábožensky založených) zemích nemají k těmto léčebným postupům přístup.

Poznatky z této studie by mohly posloužit jako dobrý základ pro další výzkum. Podle mého bádání by bylo v budoucnosti přínosné zaměřit se na mužské zkušenosti s přeshraniční reprodukční péčí, protože jsem našla pouze jednu studii [Hudson, Culley 2013], která se se touto problematikou zabývala.

Seznam použité literatury:

Analyzované články:

Ahmad, Nehaluddin. "An International View of Surgically Assisted Conception and Surrogacy Tourism". 2011. *Medico-Legal Journal* 79(4): 135–145.

Bagheri, Alireza. "Global health regulations should distinguish between medical tourism and transplant tourism". 2010. *Global Social Policy* 10(3): 295-297.

Bagheri, Alireza; Delmonico, Francis L. "Global initiatives to tackle organ trafficking and transplant tourism". 2013. *Medicine, Health Care and Philosophy* 16(4): 887–895.

Bassan, Sharon; Michaelsen, Merle A. "Honeymoon, medical treatment or big business? An analysis of the meanings of the term "reproductive tourism" in German and Israeli public media discourses". 2013. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 8(1): 1–9.

Bergmann, Sven. "Fertility Tourism: Circumventive Routes That Enable Access to Reproductive Technologies and Substances." 2011. *Signs* 36(2): 280–289.

Birch, Daniel et al. "Medical tourism in bariatric surgery". 2010. *The American Journal of Surgery* 199(5): 604–608.

Blyth, Eric; Farrand, Abigail. "Reproductive tourism- a price worth paying for reproductive autonomy?". 2005. *Critical Social Policy* 25(1): 91–114.

Bowman, Michelle et al. "Responsibilities of Health Care Professionals in Counseling and Educating Patients With Incurable Neurological Diseases Regarding "Stem Cell Tourism"". 2015. *JAMA Neurology* 72(11): 1342-1345.

Burns, Lawton Robert. "Medical tourism opportunities and challenges: Illustration from US–India trade". 2015. *International Journal of Healthcare Management* 8(1): 15-26.

Cohen, Erik. "Medical tourism in Thailand". 2008. *AU-GSB e-Journal* 1(1): 24-37.

Connell, John. "Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification" 2013. *Tourism Management* 34: 1-13.

Connell, John. "Medical tourism: Sea, sun, sand and y surgery". 2006. *Tourism Management* 27: 1093–1100.

Connolly, Ruairi; O'Brien, Timothy; Flaherty, Gerard. "Stem cell tourism--a web-based analysis of clinical services available to international travellers". 2014. *Travel Medicine and Infectious Disease* 12(6): 695-701.

- Costa, Carlos et al. "Health and Wellness Tourism: A Strategic Plan for Tourism and Thermalism Valorization of São Pedro do Sul". 2015. *Health and Wellness Tourism*
- Cristian-Constantin, Draghici et al. "The Role of SPA Tourism in the Development of Local Economies from Romania". 2015. *Procedia Economics and Finance* 23: 1573–1577.
- Crooks, Valorie et al. "Critically reflecting on Loh's "Trends and structural shifts in health tourism". 2016. *Social Science & Medicine* 152: 186-189.
- Crooks, Valorie et al. "Promoting medical tourism to India: messages, images, and the marketing of international patient travel". 2011. *Social Science & Medicine* 72(5): 726-732.
- Debata, Bikash Ranjan et al. "Interrelations of service quality and service loyalty dimensions in medical tourism". 2013. *Benchmarking: An International Journal* 22(1): 18-55.
- Deomampo, Daisy. "Gendered Geographies of Reproductive Tourism." 2013. *Gender & Society* 27(4): 514–537.
- Enteen, Jillana. "Transitioning Online: Cosmetic Surgery Tourism in Thailand". 2014. *Television & New Media* 15(3): 238–249.
- Ferraretti, Anna P. et al. "Cross-border reproductive care: a phenomenon expressing the controversial aspects of reproductive technologies". 2010. *Reproductive BioMedicine Online* 20(2): 261–266.
- Fetscherin, Marc; Stephano, Renee-Marie. "The medical tourism index: Scale development and validation". 2016. *Tourism Management* 52: 539-556.
- Foster, Charles. "Suicide tourism may change attitudes to assisted suicide, but not through the courts". 2015. *Journal Of Medical Ethics* 41(8): 620.
- Gan, Lydia; Frederick, James. "Medical tourism facilitators: Patterns of service differentiation". 2011. *Journal of Vacation Marketing* 17(3): 165-183.
- Gangemi, Antonio; Young, Alexandria; Elli, Enrique Fernando. "A rare sequela after a case of early bariatric surgery tourism". 2015. *Surgery For Obesity And Related Diseases: Official Journal Of The American Society For Bariatric Surgery* 11(1): 1-3.
- Gauthier, Saskia et al. "Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon". 2015. *Journal Of Medical Ethics* 41(8): 611-617.
- Gimlin, Debra. "National healthcare rhetoric beyond the nation: The materiality of narrative in cosmetic surgery tourism". 2014. *Tourist Studies* 14(3): 302–318.
- Glinos, Irene A. et al. "A typology of cross-border patient mobility". 2010. *Health & Place* 16: 1145–1155. (A)

- Glonti, Ketevan et al. "European health professionals' experience of cross-border care through the lens of three common conditions". 2015. *European Journal of Integrative Medicine* 7: 29–35.
- Gunter, Kurt et al. "Cell therapy medical tourism: Time for action". 2010. *Cytotherapy*. 12: 965–968.
- Gupta, Vijay; Das, Poonam. "Medical Tourism in India". 2012. *Clinics in Laboratory Medicine* 32(2): 321-325.
- Gustavo, Nuno Silva. "A 21st-Century Approach to Health Tourism Spas: The Case of Portugal". 2010. *Journal of Hospitality and Tourism Management*. 17(1): 127-135.
- Halle, Yousra; Barth, Isabelle. "Customer-Perceived Value of Medical Tourism: An Exploratory Study — The Case of Cosmetic Surgery in Tunisia". 2011. *Journal of Hospitality and Tourism Management* 18(1): 121-129.
- Hammarberg, Karin; Stafford-Bell, Martyn; Everingham, Sam. "Intended parents' motivations and information and support needs when seeking extraterritorial compensated surrogacy". 2015. *Reproductive BioMedicine* 31(5): 689–696.
- Handaric, Anca Gabriela et al. "STUDY REGARDING THE SPA TOURISM IN ROMANIA". 2015. *Agricultural Management* 17(4): 77-81.
- Hanefeld, Johanna et al. "What Do We Know About Medical Tourism? A Review of the Literature With Discussion of Its Implications for the UK National Health Service as an Example of a Public Health Care System". 2014. *Journal Of Travel Medicine* 21(6): 410-417.
- Healy, C. "Surgical tourism and the globalisation of healthcare". 2009. *Irish Journal of Medical Science* 178(2): 125–127.
- Henson, Jennifer; Guy, Bonnie; Dotson, Michel. "Should I stay or should I go?: Motivators, decision factors, and information sources influencing those predisposed to medical tourism". 2015. *International Journal of Healthcare Management* 8(1): 4-14.
- Hoof, Wannes Van; Pennings, Guido; De Sutter, Petra. "Cross-border reproductive care for law evasion: A qualitative study into the experiences and moral perspectives of French women who go to Belgium for treatment with donor sperm". 2015. *Social Science & Medicine* 124: 391–397.
- Hopkins, Laura et al. "Medical Tourism Today: What Is the State of Existing Knowledge?" 2010. *Journal of Public Health Policy* 31(2): 185-198.
- Hudson, Nicky; Culley, Lorraine. "The bloke can be a bit hazy about what's going on': men and cross-border reproductive treatment". 2013. *Reproductive BioMedicine Online* 27(3): 253–260.

- Hunter, David; Oultram, Stuart. "The ethical and policy implications of rogue medical tourism". 2010. *Global Social Policy* 10(3): 297-299.
- Chakravarthi, Indira. "Regulation of Assisted Reproductive Technologies: Gains and Losses." 2016. *Indian Journal of Gender Studies* 23(1): 133–156.
- Chatzinikolaou, Nikolaos. "The ethics of assisted reproduction". 2010. *Journal of Reproductive Immunology* 85(1): 3–8.
- Chuang, Thomas et al. "The main paths of medical tourism: From transplantation to beautification". 2014. *Tourism Management* 45: 49-58.
- Iordache, Carmen; Ciochina, Iuliana; Roxana, Popa. "Medical tourism -between the content and socio-economic development goals. Development Strategie". 2013. *Romanian Journal of Marketing* 1: 31-42.
- Jackson, Leonard; Barber, Diana. "Ethical and sustainable healthcare tourism development: A primer". 2015. *Tourism and Hospitality Research* 15(1): 19–26.
- Jaiswal, Sreeja. "Commercial Surrogacy in India: An Ethical Assessment of Existing Legal Scenario from the Perspective of Women's Autonomy and Reproductive Rights." 2012. *Gender Technology and Development* 16(1): 1-28.
- Johnson, Rory et al. "An industry perspective on Canadian patients' involvement in Medical Tourism: implications for public health". 2011. *BMC Public Health* 11: 416.
- Jónás-Berki, Mónika et al. "A Market and Spatial Perspective of Health Tourism Destinations: The Hungarian Experience". 2015. *International Journal of Tourism Research* 17(6): 602-612.
- Karandikar, Sharvari et al. "Economic Necessity or Noble Cause? A Qualitative Study Exploring Motivations for Gestational Surrogacy in Gujarat, India." 2014. *Journal of Women and Social* 29(2): 224-236.
- Kemp, Elyria; Williams, Kim; Porter, McDowell. "Hope across the seas: the role of emotions and risk propensity in medical tourism advertising". 2015. *International Journal of Advertising* 34(4): 621-640.
- Khan, Shahzad; Alam, Shariful. "Kingdom of Saudi Arabia: A potential destination for medical tourism". 2014. *Journal of Taibah University Medical Sciences* 9(4): 257-262.
- Kim, Hyun Ji; Lee, Timothy J.; Ko, Tae Gyou. "Satisfaction and Subjective Well-Being of Health Tourists: The Case of Japanese and Korean Tourists". 2016. *Journal of Travel & Tourism Marketing* 33(5): 742-756.
- Knoche, Jonathan W. "Health concerns and ethical considerations regarding international surrogacy". 2014. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 126(2): 183–186.

- Kotton, C.N."Transplant Tourism and Donor-Derived Parasitic Infections". 2011. *Transplant Proc.*43(6): 2448-2449.
- Lee, Hwee K.; Fernando, Yudi. "The antecedents and outcomes of the medical tourism supply chain" 2015. *Tourism Management* 46: 148-157.
- Legido-Ouigley, Helena et al. "Analysing arrangements for cross-border mobility of patients in the European Union: A proposal for a framework". 2012. *Health Policy* 108: 27–36.
- Leng, Chee. "Medical tourism and the state in Malaysia and Singapore". 2010. *Global Social Policy* 10(3): 336-357.
- Loh, Chung-Ping A. "Health tourism on the rise? Evidence from the Balance of Payments Statistics". 2014. *Eur J Health Econ* 15(7): 759–766.
- Lunt, Neil et al. "Insights on medical tourism: markets as networks and the role of strong ties". 2014. *Korean Soc Sci J* 41(1): 19–37.
- Lunt, Neil; Carrera, Percivil. "Medical tourism: assessing the evidence on treatment abroad". 2010. *Maturitas* 66(1): 27–32.
- Manaf, Noor Hazilah Abd et al. "Medical tourism service quality: finally some empirical findings". 2015. *Total Quality Management & Business Excellence* 26(9/10): 1017-1028.
- Master, Zubin et al. "Stem Cell Tourism and Public Education: The Missing Elements". 2014. *Cell Stem Cell* 15(3): 267-270.
- Mirrer-Singer, Philip. "Medical Malpractice Overseas: The Legal Uncertainty Surrounding Medical Tourism". 2007. *Law and Contemporary Problems* 70(2): 211-232.
- Mueller, Hansruedi; Kaufmann, Eveline L. "Wellness tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry". *Journal of Vacation Marketing* 7(1): 5-17.
- Munjar-Shankar, Diksha. "Identifying the “Real Mother” in Commercial Surrogacy in India." 2014. *Gender Technology and Development* 18(3): 387–405.
- Nelson, Roxanne. "Infectious risks of medical tourism". 2014. *The Lancet Infectious Diseases* 14(8): 680–681.
- Niekerk, Anton van; Zyl, Liezl van. "The ethics of surrogacy: women's reproductive labour". 1995. *Journal of medical ethics* 21: 345–349.
- Nolan, Justin M.; Schneider, Mary J. "Medical Tourism in the Backcountry: Alternative Health and Healing in the Arkansas Ozarks." 2011. *Signs* 36(2): 319-326.

Oh, Kyeong Mi et al. "Korean American Women's Perceptions about Physical Examinations and Cancer Screening Services Offered in Korea: The Influences of Medical Tourism on Korean Americans". 2014. *Journal of Community Health* 39(2): 221–229.

Ossareh, Shahrzad; Broumand, Behrooz. "Travel for Transplantation in Iran: Pros and Cons Regarding Iranian Model". 2015. *Experimental And Clinical Transplantation* 13(1): 90-94.

Padilla, Benita; Danovitch, Gabriel M.; Lavee, Jacob. "Impact of legal measures prevent transplant tourism: the interrelated experience of The Philippines and Israel". 2013. *Medicine, Health Care and Philosophy* 16(4): 915–919.

Pande, Amrita. "Global reproductive inequalities, neo-eugenics and commercial surrogacy in India." 2015. *Current Sociology Monograph* 64(2): 244–256.

Pande, Amrita. "Transnational commercial surrogacy in India: gifts for global sisters?". 2011. *Reproductive BioMedicine Online* 23(5): 618–625.

Pennings G. "Ethics without boundaries: medical tourism". 2007. *Principles of health care ethics, 2nd edn. West Sussex, England: Wiley* 505-510.

Purdy, Lisa; Fam, Mark. "Evolving Medical Tourism in Canada: Exploring a New Frontier. Deloitte, Quebec, Canada". 2011. *Evolving medical tourism in Canada* 1-16.

Ramírez de Arellano, Annette B. "Medical Tourism in the Caribbean." 2011. *Signs* 36(2): 289-297.

Smith, Richard; Martínez Álvarez, Melisa; Chanda, Rupa. "Medical tourism: A review of the literature and analysis of a role for bi-lateral trade". 2011. *Health Policy* 103(2–3): 276-282.

Wongkit, Methawee; McKercher, Bob. "Toward a typology of medical tourists: A case study of Thailand". 2013. *Tourism Management* 38: 4-12.

Wright, L. Et al. "Kidney transplant tourism: cases from Canada". 2013. *Medicine, Health Care and Philosophy* 16(4): 921–924.

Zailani, Suhaiza et al. "Predicting Muslim medical tourists' satisfaction with Malaysian Islamic friendly hospitals". 2016. *Tourism Management* 57: 159-167.

Ostatní zdroje:

Health Tourism. *Discover Medical Tourism*. [online]. 2011. [cit. 5.2. 2017]. Dostupné z: <http://www.discovermedicaltourism.com/health-tourism/>

- International Medical Travel. *Discover Medical Tourism*. [online]. 2011. [cit. 12.2. 2017]. Dostupné z: <http://www.discovermedicaltourism.com/international-medical-travel/>
- Mareš, Jiří. "Přehledové studie: jejich typologie, funkce a způsob vytváření". 2013. *Pedagogická orientace* 23(4): 427-454.
- Medical Tourism Africa. *Discover Medical Tourism*. [online] 2011. [cit. 12.2. 2017]. Dostupné z: <http://www.discovermedicaltourism.com/africa/>
- Medical Tourism in Latin America. *Discover Medical Tourism*. [online] 2011. [cit. 12.2. 2017]. Dostupné z: <http://www.discovermedicaltourism.com/latin-america/>
- Medical Tourism in South Africa. *Discover Medical Tourism*. [online] 2011. [cit. 12.2. 2017]. Dostupné z: <http://www.discovermedicaltourism.com/south-africa/>
- Medical Tourism in The Middle East. *Discover Medical Tourism*. [online] 2011. [cit. 12.2. 2017]. Dostupné z: <http://www.discovermedicaltourism.com/middle-east/>
- Medical Tourism Malaysia. *Discover Medical Tourism*. [online] 2011. [cit. 12.2. 2017]. Dostupné z: <http://www.discovermedicaltourism.com/malaysia/>
- Medical Tourism Singapore. *Discover Medical Tourism*. [online] 2011.[cit. 12.2. 2017]. Dostupné z: <http://www.discovermedicaltourism.com/singapore/>
- Medical Tourism Thailand. *Discover Medical Tourism*. [online] 2011. [cit. 12.2. 2017]. Dostupné z: <http://www.discovermedicaltourism.com/thailand/>
- Metody léčby neplodnosti. *ReproGenesis*. [online] 2013. [cit. 12.2. 2017]. Dostupné z: <http://www.reprogenesis.cz/lecba-neplodnosti/metody-lecby-neplodnosti/>
- Náhradní (surogátní) mateřství. *Fertimed*. [online] 2017. [cit. 26.3. 2017]. Dostupné z: <http://www.fertimed.cz/nahradni-surogatni-materstvi/>
- Slepičková, Lenka. "Neplodnost jeho a neplodnost její: Genderové aspekty asistované reprodukce". 2009. *Sociologický časopis* 45(1): 177-203.
- Šanderová, Jadwiga. "Jak číst a psát odborný text ve společenských vědách". 2007. *Sociologické nakladatelství (Slon)*
- Zurich voters keep "suicide tourism" alive. *CBS NEWS*. [online] 2011. [cit. 7.2. 2017]. Dostupné z: <http://www.cbsnews.com/news/zurich-voters-keep-suicide-tourism-alive/>

Resumé

This bachelor thesis is a review study on health tourism. Health tourism is defined as a phenomenon where patients travel to a foreign country for health care. The theoretical part deals with health tourism in general. In the analytical part, it focuses on its particular sector called reproductive tourism. The aim of this work is to give a comprehensive picture of this issue, which has become a global phenomenon as a result of globalization. The work also aims to find out the motivation of healthcare tourists and other actors involved in cross-border reproductive care.