

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA EKONOMICKO-SPRÁVNÍ

Lokace zdravotních zařízení ve zvoleném regionu

Bc. Barbora Šaldová

Diplomová práce
2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Barbora Šaldová**
Osobní číslo: **E13570**
Studijní program: **N6202 Hospodářská politika a správa**
Studijní obor: **Regionální rozvoj: Urbanismus**
Název tématu: **Lokace zdravotních zařízení ve zvoleném regionu**
Zadávací katedra: **Ústav regionálních a bezpečnostních věd**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Období po roce 1989 je charakterizováno rozpadem systému státem řízeného hospodářství a do jisté míry i zdravotnictví. Postupný přesun kompetencí v oblasti zdravotnictví ze státní úrovně na regiony a obce změnil regionální rozvrstvení zdravotní péče. Cílem práce je zmapovat a vyhodnotit nabídku zdravotní péče ve zvoleném regionu a upozornit na nedostatky v její dostupnosti.

Osnova:

- Rešerše odborné literatury a dalších pramenů.
- Regionální rozvrstvení zdravotní péče v ČR.
- Analýza zdravotnictví vybraných regionů.
- Vyhodnocení dostupnosti zdravotní péče ve vybraných regionech.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: **cca 50 stran**

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

DRBAL, Ctibor. Česká zdravotní politika a její východiska. Praha: Galén, 2005. ISBN 8072623400.

GLADKIJ, Ivan. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 8072269968.

IVANOVÁ, Kateřina. Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-442-9.

NISTOR, Laura. Public services and the European Union healthcare, health insurance and education services. Hague: T.M.C. Asser Press, 2011. ISBN 978-906-7048-057.

STEJSKAL, Jan a KOVÁRNÍK, Jaroslav. Regionální politika a její nástroje. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-588-2.

VURM, Vladimír. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha: Triton, 2007. ISBN 8072549979.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Martin Maštálka, Ph.D.**

Ústav regionálních a bezpečnostních věd

Datum zadání diplomové práce: **1. října 2014**

Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2015**

doc. Ing. Renáta Myšková, Ph.D.
děkanka

L.S.

doc. Ing. Ivana Kraftová, CSc.
vedoucí ústavu

V Pardubicích dne 1. října 2014

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 28. 4. 2015

Bc. Barbora Šaldová

PODĚKOVÁNÍ:

Tímto bych ráda poděkovala svému vedoucímu práce Ing. Martinu Maštálkovi, Ph.D. za jeho odbornou pomoc a cenné rady, které mi velmi pomohly při zpracování diplomové práce a dále Ing. Václavu Matuškově za poskytnuté informace a umožnění přístupu do archivu Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině, která mě podporovala a vytvářela příznivé podmínky při celém studiu.

ANOTACE

Cílem práce je zmapovat a zhodnotit nabídku zdravotní péče, která je dostupná v České republice. První část práce se zaměřuje na vymezení základních pojmů, jako je zdraví a jeho determinanty, zdravotní služby a péče, zdravotnická zařízení a další. Následuje popis všech typů zdravotních systémů a jejich aplikace v rámci historického vývoje na našem území. Druhá část práce analyzuje současnou síť zdravotnických zařízení, která je ovlivněna především přesunem kompetencí a pravomocí státu na regiony a obce České republiky.

KLÍČOVÁ SLOVA

Zdraví, zdravotní péče, zdravotní zařízení, zdravotnický systém, dostupnost

TITLE

Location of Medical Facilities in Selected Region

ANNOTATION

The aim of this thesis is to monitor and evaluate the health care that is available in the Czech Republic. The first part focuses on the definition of basic concepts such as health and its determinants, health services and care, medical facilities and others. All types of health systems and their application in the context of the historical development of our country are also described here. The second part analyzes the current network of health care facilities which is primarily affected by the transfer of competencies to the regions and municipalities in the Czech Republic.

KEYWORDS

Health, Health Care, Medical Facilities, Medical System, availability

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 DŮLEŽITÉ POJMY V OBLASTI ZDRAVOTNICTVÍ.....	12
1.1 ZDRAVÍ.....	12
1.1.1 <i>Determinanty zdraví</i>	13
1.2 ZDRAVOTNÍ SLUŽBY.....	14
1.3 ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	14
1.3.1 <i>Druhy zdravotní péče</i>	15
1.3.2 <i>Aktéři zdravotní péče</i>	16
1.4 ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ.....	17
1.4.1 <i>Typy zdravotnických zařízení</i>	17
1.5 VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ.....	18
1.6 ZDRAVOTNÍ POLITIKA.....	19
1.6.1 <i>Nástroje zdravotní politiky</i>	20
1.6.2 <i>Fáze zdravotní politiky</i>	21
2 ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY.....	22
2.1 MODEL Y ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ.....	23
2.1.1 <i>Bismarckovský model zdravotnictví</i>	23
2.1.2 <i>Liberální model zdravotnictví</i>	24
2.1.3 <i>Beveridgeův model</i>	25
2.1.4 <i>Semaškův model</i>	26
3 ZDRAVOTNICTVÍ NA NAŠEM ÚZEMÍ.....	28
3.1 POČÁTKY ZDRAVOTNICTVÍ.....	28
3.2 ZDRAVOTNICTVÍ PO ROCE 1918.....	29
3.2.1 <i>Zdravotnictví v letech 1945 - 1989</i>	31
3.3 ZDRAVOTNICTVÍ PO ROCE 1989.....	36
4 SOUČASNÝ SYSTÉM ZDRAVOTNICTVÍ V ČR.....	38
4.1 ZDRAVOTNÍ INSTITUCE.....	39
4.1.1 <i>Zdravotní pojišťovny v ČR</i>	39
4.1.2 <i>Ministerstvo zdravotnictví ČR</i>	42
4.1.3 <i>Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR</i>	42
5 SÍŤ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ.....	44
5.1 DATA A TECHNIKA PROVEDENÉ ANALÝZY.....	45
5.2 LOKACE AMBULANTNÍ PÉČE.....	45
5.3 LOKACE LŮŽKOVÉ PÉČE.....	51
5.4 SHRNU TÍ DOSTUPNOSTI ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	57
6 LOKACE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH VE VYBRANÝCH KRAJÍCH.....	60
6.1 KRÁLOVÉHRADECKÝ KRAJ.....	61
6.1.1 <i>Ambulantní zdravotnická péče v okresech</i>	61
6.1.2 <i>Ambulantní zdravotnická péče v obcích</i>	62
6.1.3 <i>Lůžková péče</i>	66
6.2 PARDUBICKÝ KRAJ.....	67
6.2.1 <i>Ambulantní zdravotnická péče v okresech</i>	67
6.2.2 <i>Ambulantní zdravotnická péče v obcích</i>	69
6.2.3 <i>Lůžková péče</i>	72
6.3 POROVNÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE VE VYBRANÝCH KRAJÍCH.....	73
ZÁVĚR.....	76
POUŽITÁ LITERATURA.....	78
SEZNAM PŘÍLOH.....	83

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Výhody a nevýhody Bismarckovského modelu zdravotnictví	24
Tabulka 2: Výhody a nevýhody liberálního modelu zdravotnictví	25
Tabulka 3: Výhody a nevýhody Beveridgeova modelu zdravotnictví	26
Tabulka 4: Výhody a nevýhody Semaškova modelu zdravotnictví	27
Tabulka 5: Průměr a medián přepočteného počtu lékařů na 10 tisíc obyvatel ve vybraných letech.....	57
Tabulka 6: Průměr a medián počtu lůžek na 10 tisíc obyvatel ve vybraných letech.....	58
Tabulka 7: Doporučený počet lékařských míst na 100 tisíc obyvatel	60
Tabulka 8: Počty lůžek v okresech KHK	66
Tabulka 9: Počty lůžek v okresech PK.....	72
Tabulka 10: Četnost lékařů lokalizovaných v obcích KHK	74
Tabulka 11: Četnost lékařů lokalizovaných v obcích PK.....	74

SEZNAM ILUSTRACÍ

Obrázek 1 Determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech	13
Obrázek 2 Úloha a význam zdravotní politiky	20
Obrázek 3 Systémové uspořádání péče o zdraví	22
Obrázek 4: Organizační graf zdravotnického systému v ČR	38
Obrázek 5: Graf vývoje počtu zdravotních pojišťoven od roku 1992	40
Obrázek 6: Graf představující počet pojištěnců zdravotních pojišťoven k 1. 1. 2014	41
Obrázek 7: Přepočtený počet lékařů v roce 1963	46
Obrázek 8: Přepočtený počet lékařů v roce 1973	47
Obrázek 9: Přepočtený počet lékařů v roce 1983	48
Obrázek 10: Přepočtený počet lékařů v roce 1993	49
Obrázek 11: Přepočtený počet lékařů v roce 2003	50
Obrázek 12: Přepočtený počet lékařů v roce 2013	51
Obrázek 13: Počet lůžek v roce 1963	52
Obrázek 14: Počet lůžek v roce 1973	53
Obrázek 15: Počet lůžek v roce 1983	54
Obrázek 16: Počet lůžek v roce 1993	55
Obrázek 17: Počet lůžek v roce 2003	56
Obrázek 18: Počet lůžek v roce 2013	57
Obrázek 19: Graf vývoje ambulantní péče ve vybraných letech.....	58
Obrázek 20: Graf vývoje lůžkové péče ve vybraných letech	59
Obrázek 21: Graf představující ambulantní zdravotní péči v okresech KHK	62
Obrázek 22: Počet PL pro dospělé v obcích KHK	63
Obrázek 23: Počet PL pro děti a dorost v obcích KHK.....	64
Obrázek 24: Počet stomatologů v obcích KHK.....	65
Obrázek 25: Počet ženských praktických lékařů v obcích KHK.....	66
Obrázek 26: Graf počtu lůžek v nemocnicích na 10 tisíc obyvatel v okresech KHK	67
Obrázek 27: Graf představující ambulantní zdravotní péči v okresech PK	68
Obrázek 28: Počet PL pro dospělé v obcích PK.....	69
Obrázek 29: Počet PL pro děti a dorost v obcích PK	70
Obrázek 30: Počet stomatologů v obcích PK	71
Obrázek 31: Počet ženských praktických lékařů v obcích PK	72
Obrázek 32: Graf počtu lůžek v nemocnicích na 10 tisíc obyvatel v okresech PK.....	73

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AP	Ambulantní péče
ČNR	Česká národní rada
ČR	Česká republika
ČSSR	Československá socialistická republika
HDP	Hrubý domácí produkt
KHK	Královéhradecký kraj
LP	Lůžková péče
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
OSN	Organizace spojených národů
PK	Pardubický kraj
PL	Praktický lékař
PP	Přepočtený počet
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Zdraví je zcela jistě to nejcennější v životě člověka. Každý jedinec by se o své zdraví měl v první řadě starat sám a podporovat ho správnou životosprávou. Pokud však člověka postihnou zdravotní problémy, je pro něho jak kvalita, tak i dostupnost odborné zdravotní péče velmi důležitá.

Jakým způsobem se měnila nabídka zdravotnických služeb a její rozvrstvení v rámci regionů České republiky, bude předmětem této diplomové práce.

Vymezování termínů se z historického pohledu vyvíjelo, neboť se měnila mentalita lidí, a také režimy, v nichž se země nacházela. Pro pochopení a proniknutí do problematiky zdravotnictví obecně, se první část práce bude zabývat vybranými pojmy. Budou zmíněny determinanty zdraví a zdravotní služby budou rozděleny na specifické druhy. Zdravotničtí aktéři budou vyjmenováni hned vzápětí. Jelikož je nutné, aby existovaly prostory, kde bude zdravotní péče poskytována, je důležité, aby tato zařízení byla specificky, technicky a personálně vybavena, proto bude typům zdravotnických zařízení věnována část práce.

Zdravotnictví je v každé zemi řízeno odlišně. Je to způsobeno nejen tradicemi a historickým vývojem daného státu, ale také místními zákony a nařízeními. Stěžejní je poté také samotná výkonnost ekonomiky. Od ní se odvíjí úroveň zdravotnické péče a vybavenost zdravotnických zařízení, která jsou spojena s jejich financováním.

Různé modely zdravotnických systémů se nachází po celém světě. I na našem území došlo několikrát k transformování zdravotních modelů, a to hned několikrát v historii. Naposledy se tak stalo po roce 1989, kdy bylo ze Semaškova modelu přistoupeno k novému systému zdravotnictví inspirovanému Bismarkovským modelem, Národní zdravotní službou a liberálním modelem zdravotnictví.

Období první republiky je známé svým velkým pokrokem ve zdravotní péči. Pozitivní změny ve zdravotnictví byly v této době vyvolány především důsledky, které způsobily dvě světové války. Období, které následovalo, se vyznačovalo především tím, že zdravotní péče byla zajišťována pro všechny zdarma a bez rozdílu.

Rok 1989 byl poté jistým mezníkem nejen pro oblast zdravotnictví. Právě proto bude tomuto přelomu věnována v práci značná část. Na jaké úrovni je zajištění zdravotnické péče dnes, bude předmětem dalších kapitol.

Tato diplomová práce je prostředkem k utvoření objektivního názoru na nabídku a dostupnost zdravotnických služeb na počátku existence České republiky a dnes. Dostupnost je možno analyzovat na základě různých faktorů, jakými jsou například administrativní, finanční či geografické aspekty. Práce bude zaměřena pouze na hledisko geografické.

Předmětem práce bude zmapovat a zanalyzovat existenci regionálních rozdílů v dostupnosti zdravotní péče. Pro analýzu celé České republiky bude za region v práci považován okres. Zkoumána bude geografická diference zastoupení zdravotnických zařízení. První část analýzy bude zaměřena na lokaci ambulantní péče. Následovat bude rozbor lůžkové péče ve vybraných letech. K vytvoření potřebných databází poslouží aplikace Excel programů Microsoft Office, k vyhotovení nezbytných kartogramů potom geografický informační program ArcGIS 10.3. Zhotovené kartogramy a databáze budou posléze podrobeny analýze, komparaci a dedukci. Veškeré databáze a další významné dokumenty budou přiloženy na kompaktním disku a stanou se tak součástí práce.

Regionální analýza pro Královéhradecký a Pardubický kraj bude dvojího typu. Nejprve bude provedena analýza ambulantní zdravotní péče na úrovni okresů, poté na úrovni obcí. Předmětem této analýzy bude dostupnost primární péče, která je poskytována praktickými lékaři pro dospělé, praktickými lékaři pro děti a dorost, stomatology a praktickými ženskými lékaři. Následně bude zkoumána lůžková péče na úrovni okresů vybraných krajů. Analýzy budou prováděny na základě dostupných dat, které poskytuje Český statistický úřad a Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky v elektronické, či knižní podobě.

Cílem práce je zmapovat a vyhodnotit nabídku zdravotní péče ve zvoleném regionu z historického pohledu a upozornit na nedostatky v její dostupnosti. Vybraným regionem bude celá Česká republika, jež bude rozdělena na okresy. Dalšími vybranými regiony se stanou Královéhradecký a Pardubický kraj. Regionální rozdíly budou v těchto krajích zkoumány detailněji.

1 DŮLEŽITÉ POJMY V OBLASTI ZDRAVOTNICTVÍ

Pro správné pochopení dané problematiky je nutno uvést na samém počátku práce pár vybraných stěžejních pojmů. Bude tomu učiněno z důvodu snazšího proniknutí do tématu a pochopení tak vyvstávajících problémů. Definovat některé pojmy je zvláště náročné. Dokládá to i fakt, že mnohé definice byly v průběhu minulých let transformovány. Tento jev souvisí nejen se zvyšováním úrovně života jedinců, ale také s rozvojem myšlení a v neposlední řadě i s rozvojem vědy a techniky.

Významné je, že v základním zákoně našeho státu, v Ústavě ČR, konkrétně v Čl. 31 Listiny základních práv a svobod je uvedeno, že [4]: „*Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.*“

Chránit zdraví by mělo být pro společnost, v níž žijeme přirozené. Nemělo by být pouze individuální otázkou, poněvadž pokud se má zdraví zlepšovat, musí se jednat o řešení problému na úrovni celé společnosti [20].

1.1 Zdraví

Samotná definice zdraví prošla mnoha proměnami. V současné době je zdraví především [35]: „*Schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život.*“ Toto vymezení bylo definováno v roce 1977 a do dnes zatím k dalším změnám nedošlo. Dle Ústavy Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, dále jen WHO) z roku 1948 bylo definováno, že [3]: „*Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.*“ Před rokem 1948 bylo však zdraví pojato jako [35]: „*Stav nepřítomnosti nemoci nebo tělesných defektů.*“

Z výše uvedeného je zřejmé, že definice zdraví prošla zajímavým vývojem. Od pouhé nepřítomnosti nemoci, či tělesných defektů se přešlo k vymezení, které v sobě obsahuje, jak zdravotní, tak sociální stránku [35].

V českých právních předpisech je možné se setkávat s pojmem veřejné zdraví. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů vymezuje, že [42]: „*Veřejným zdravím je zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin. Tento zdravotní stav je určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem života.*“

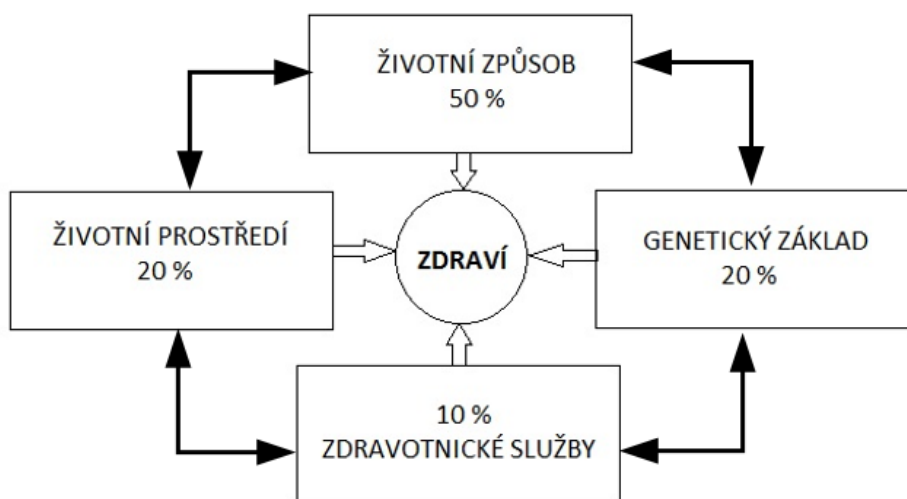
1.1.1 Determinanty zdraví

Podněty, které ovlivňují zdraví, je možno dělit na vnější a vnitřní, či na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Stupeň, na kterém se zdraví jednotlivce nachází, tedy nemusí být nutně zapříčiněn jím samotným. Neovlivnitelnými faktory jsou osobní a rodinné dispozice, pohlaví a věk. Za ty ovlivnitelné jsou považovány nedostatek tělesné aktivity, kouření, požívání alkoholu atd. Vnějšími determinanty jsou působení životního prostředí na člověka, lékařská péče a životní styl. Těmi vnitřními determinanty se rozumí především působení genetiky. Dle Vladimíra Vurma [35]: „Velkou měrou ovlivňuje zdraví člověka také jeho socioekonomický status, společenské postavení z hlediska hmotného zabezpečení.“

Zdravotní stav je tedy ovlivňován čtyřmi základními faktory [6]:

- genetický základ,
- prostředí,
- způsob života,
- zdravotní péče.

Zastoupení jednotlivých faktorů působících na zdraví člověka v procentech je uvedeno ve schématu na Obrázku č. 1.



Obrázek 1 Determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech

Zdroj: upraveno podle [35]

1.2 Zdravotní služby

Poskytovatelem zdravotní služby může být osoba fyzická, či právnická, která disponuje příslušným oprávněním k poskytování těchto služeb. Zdravotní služby potom dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) jsou [43]:

- konzultační služby, které vedou k individuálnímu posouzení léčebného postupu, jeho změny, či doplnění,
- poskytování zdravotní péče zdravotnickými a odbornými pracovníky,
- nakládání s tělem zemřelého,
- zdravotnická záchranná služba,
- zdravotnická dopravní služba,
- přeprava pacientů neodkladné péče,
- zdravotní služby v rozsahu činnosti odběrových zařízení nebo tkáňových zařízení,
- zdravotní služby v rozsahu činnosti zařízení transfuzní služby nebo krevní banky.

Zdravotní službou jsou také transplantace, umělé přerušování těhotenství a ostatní specifické zdravotní služby podle zákona o specifických zdravotních službách [43].

Další dělení těchto služeb je možné hned dle několika znaků. Tím prvním kritériem je **naléhavost**. V tomto případě se dělí zdravotnické služby na neodkladné, plánované akutní a plánované neakutní. Druhé možné dělení na základě **obsahu** dělí služby na preventivní, diagnostické, konzultační, posudkové, léčebné, ošetrovatelské, paliativní, hospicové a lékárenské. Dle **poptávky** po službách se jedná o zdravotnické služby primární (prvního kontaktu), sekundární (specializované ambulantní) a terciární (specializované lůžkové) [19].

1.3 Zdravotní péče

Péče o akutně a chronicky nemocné či péče o osoby postižené úrazem nebo vrozenou vadou včetně prevence, rehabilitace a udržení zdraví, to všechno je nazýváno zdravotní péčí. Úplnou zdravotní péčí se pak rozumí veškerá opatření k podpoře zdraví, prevence nemocí a úrazů všech úrovní. Dále taktéž včasná diagnóza, účelné léčení úrazů a postižení. Součástí úplné zdravotní péče je komplexní rehabilitace a zdravotní výchova [35].

Jak uvádí zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) zdravotní péči se rozumí [43]:

- soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem
 - a. předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu,
 - b. udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu,
 - c. udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení,
 - d. pomoc při reprodukci a porodu,
 - e. posuzování zdravotního stavu,
- preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky.

1.3.1 Druhy zdravotní péče

Jednotlivé druhy zdravotní péče vycházejí z výše uváděných opatření. Ministerstvo zdravotnictví člení zdravotní péči na osm hlavních kategorií [7]:

- ***Ambulantní péče***

U této péče není nutná hospitalizace, ani přijetí pacienta na lůžko. Poskytovatelem je lékař primární péče (praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař, gynekolog) nebo odborný specialista. Pacient se však v první řadě obrací na lékaře primární péče, u něhož je však nutná předchozí registrace. Odmítnutí pacienta je možné pouze v případě, že by přijetí nedovolilo poskytovat kvalitní péči již registrovaným pacientům. Pokud by místo pobytu pacienta znemožňovalo výkon návštěvní služby nebo v případě, že pacient je pojištěn u zdravotní pojišťovny, se kterou lékař primární péče nemá uzavřenou smlouvu.

- ***Lůžková péče***

Specifické pro lůžkovou péči je její nepřetržitost v provozování. Takovou péči doporučuje (vyjednává) lékař primární péče či ambulantní specialista a jedná se o zdravotnickou péči, kdy je nutná hospitalizace pacienta. Ve zdravotnických zařízeních (viz kapitola 1.4) je zajišťována lůžková péče dlouhodobá, následná, akutní intenzivní a akutní standardní.

- ***Zdravotnická záchranná služba a pohotovostní služba***

Pokud se pacient není schopen dopravit k lékaři sám anebo je nutné přesunout se na místo zásahu, využívá se zdravotnické záchranné služby a pohotovostní služby. Bezplatné linky

tísňového volání existují v našich podmínkách dvě. První je národní číslo 155, které slouží k řešení zdravotních problémů. Dále je možné využít jednotné evropské číslo 112, které je určeno k přivolání pomoci k událostem s větším počtem na zdraví postižených osob, ale také k aktivaci složek integrovaného záchranného systému. Pohotovostní službou se také rozumí případné vzájemné zastupování lékařů v době jejich nepřítomnosti nebo organizace těchto služeb ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

- ***Pracovně-lékařské služby***

Tyto služby jsou hrazeny zaměstnavatelem, neboť souvisí s jistým zajištěním prevence na pracovišti. Jedná se o preventivní prohlídky při vstupu do zaměstnání, které v sobě zahrnují hodnocení zdravotního stavu, vlivu pracovní činnosti, pracovního prostředí nebo pracovních podmínek. Hlavním účelem je posouzení zdravotního stavu, zajištění poradenství o ochraně zdraví při práci i před pracovními úrazy, nemocemi z povolání apod.

- ***Dispenzární péče***

U této péče jde o trvalé sledování zdravotního stavu jedince, kdy lékař provádí určitý dohled nad vývojem dlouhodobé nemoci (epilepsie, mentální retardace, diabetes...). Díky trvalým kontrolám je možno flexibilně reagovat na změny zdravotního stavu pacienta.

- ***Lázeňská léčebně rehabilitační péče***

Bývá jistou složkou samotného procesu léčení, kdy je ošetřujícím lékařem doporučena a revizním lékařem potvrzena.

- ***Poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků***

Poskytování léků, přípravků a zdravotnických prostředků zajišťují lékárny, které je vydávají buď na předpis, nebo bez nutnosti předložení předpisu. Platnost tohoto lékařského předpisu je omezená a závislá na druhu poskytovaného přípravku. Jeden den je platný v případě vystavení receptu na pohotovostní službě, pět dní je platný recept na antibiotika a antimikrobiální chemoterapeutika a čtrnáct dní platí všechny ostatní recepty, u kterých lékař neurčil jinak.

- ***Preventivní péče***

Zde jsou zařazeny preventivní prohlídky a očkování.

1.3.2 Aktéři zdravotní péče

Poslání systému zdravotnictví, ale také každého zdravotnického zařízení je jasné. Mělo by se jednat o podporu a upevňování zdraví společnosti a jednotlivců. Stanovovat cíle, které by

poslání naplňovaly je obtížné, neboť pro účastníky jsou tyto cíle odlišné, mnohdy protichůdné. Hlavními aktéry zdravotní péče jsou [23]:

- *pacienti a klienti, kteří využívají služeb zdravotní péče;*
- *zdravotničtí pracovníci, kteří provádějí zdravotnickou péči;*
- *zdravotní pojišťovny;*
- *veřejná správa ČR (státní správa a samospráva).*

Hodnoty aktérů jsou v mnohých oblastech totožné. Dochází ale také ke stanovení protichůdných cílů, které způsobují, že zdravotnické systémy jsou ekonomicky náročné a jejich rozvoj nemá jednotný směr schopný udržení [23].

1.4 Zdravotnická zařízení

Zdravotnická zařízení jsou místa, kde jsou poskytovány zdravotnické služby. Jedná se o prostory zdravotnické záchranné služby, nemocnice s lůžkovou a ambulantní složkou, odborné léčebné ústavy, léčebny pro dlouhodobě nemocné, hospice, soukromé praxe praktických lékařů a ambulantních specialistů, agentury domácí péče a pobytová zařízení sociální péče a další smluvní zdravotnická zařízení, do kterých patří i mimo jiné lázně [19].

1.4.1 Typy zdravotnických zařízení

Obecně je možno dělit zdravotnická zařízení na ambulantní a lůžková. *Ambulantní zařízení* jsou *ordinace* [35]:

- praktických lékařů pro dospělé,
- praktických lékařů pro děti a dorost
- gynekologů,
- praktických zubních lékařů,
- odborných ambulantních specialistů,
- poradny.

Lůžkovými zařízeními jsou [35]:

- nemocnice,

- odborné léčebné ústavy (léčebny pro dlouhodobě nemocné, psychiatrické léčebny, léčebny pro tuberkulózu a respirační nemoci, rehabilitační léčebny a ústavy, lázeňské léčebny, ochrany, sanatoria a zvláštní dětská zařízení – kojenecké ústavy)

Jako *ostatní* jsou řazena *Zařízení lékárenské péče, Státní zdravotní ústav a Krajské hygienické stanice* [35].

Aby mohlo zdravotnické zařízení poskytovat zdravotní služby, musí být technicky i věcně vybaveno. Vybavenost je závislá na druhu poskytované zdravotní péče. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) uvádí, že jsou nutné jisté [43]: „*Požadavky na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení, týkající se stavebně technického, funkčního a dispozičního uspořádání prostor a vybavení vybranými zdravotnickými prostředky, jinými přístroji a zařízeními, na vybavení kontaktního pracoviště, a v případě lékárenské péče poskytované v odloučeném oddělení výdeje léčiv i na místo poskytování péče, stanoví prováděcí právní předpis.*“

1.5 Veřejné zdravotnictví

Rok 1990 se stal jistým mezníkem, po němž docházelo k vývoji mnoha společenských vědních oborů. Odvětví sociálního lékařství se postupně proměnilo do spojení „Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví“. Veřejné zdravotnictví je v našich podmínkách definováno jako [35]: „*...věda či předmět zabývající se především prevencí, prodlužováním života a podporou zdraví prostřednictvím organizovaného úsilí společnosti.*“

Témata, která na našem území tvoří koncept veřejného zdravotnictví, jsou [19]:

- hygiena a epidemiologie,
- sociální medicína,
- organizace a řízení zdravotnictví,
- podpora zdraví.

Veřejné zdravotnictví je bráno jako multidisciplinární obor, který je závislý na vývoji dalších věd, jako jsou ekonomika, sociologie, demografie, management atd. Úzce je také propojeno s vývojem techniky. Informační a komunikační technologie jsou stěžejními prostředky k urychlování poskytování informací. Součástí veřejného zdravotnictví je také zkoumání jeho organizačního zajištění. Úkolem veřejného zdravotnictví je však v konečném důsledku především chránit a podporovat veřejné zdraví [35].

Veřejné zdravotnictví se tedy věnuje jak zajištění zdravotních potřeb pro celou společnost, tak také řízení péče, které je spojené s kvalitou a hospodárností [19].

WHO definovala veřejné zdravotnictví v roce 1988. Definice je následující [27]: *"Veřejné zdravotnictví je umění a věda, jakým způsobem lze předcházet nemoci, prodloužit život a podporovat zdraví prostřednictvím organizovaného úsilí společnosti."*

1.6 Zdravotní politika

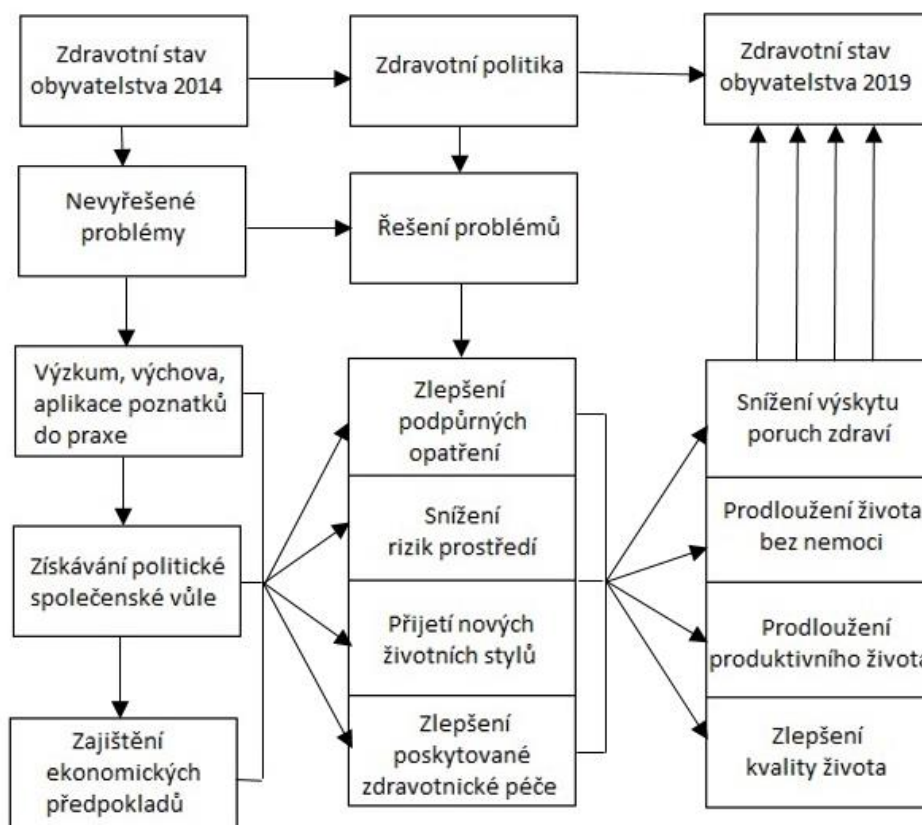
Disciplína zdravotní politika v sobě zahrnuje soubor rozhodnutí a činností, které se přímo dotýkají ochrany zdraví jedinců i celé společnosti. Jedná se o působení formálních institucí, vlády i společnosti na vývoj kvality života obyvatel o ochrany zdraví [24].

Dle zdroje [10]: *„Zdravotní politika přesahuje činnost zdravotnických služeb a zahrnuje zamýšlení i nezamýšlení jednání veřejnosti, veřejných, soukromých i dobrovolných organizací a jedinců, které a kteří mají vliv na zdraví.“*

Jelikož je zdravotní politika součástí většiny programů politických stran, je orientována vždy na cíle parlamentem zvolené vlády. Výsledkem je potom podpora či privatizace nemocnic, různý význam státu při koordinování počtu zdravotnických zařízení či zavádění (rušení) poplatků za zdravotní péči [19].

Zdravotní politika slouží tedy ke koordinování zdravotní péče i celého zdravotnictví. V současné době patří samotné organizování zdravotnictví k hlavním problémům politiky, a to nejen v rámci jednotlivých států, ale také na úrovni celého světa. Za hlavní subjekt řízení na celosvětové úrovni je považována WHO, která je jednou z nejvýznamnějších specializovaných organizací OSN. Nutné je však podotknout, že toto zařízení není nadřazeno jednotlivým státům a ani není odpovědné za jejich zdravotnické služby [35].

Jaká je úloha a význam zdravotní politiky, znázorňuje Obrázek 2.



Obrázek 2 Úloha a význam zdravotní politiky

Zdroj: upraveno podle [10]

U zdravotní politiky nelze hovořit jen o aktivitách zdravotnických služeb, ale je nutné do ní zahrnout také tvorbu a využití nástrojů. To je zřetelné z Obrázku 2 [24].

1.6.1 Nástroje zdravotní politiky

Aby bylo dosaženo stanovených cílů v oblasti zdravotnictví, je třeba použít vybrané nástroje zdravotní politiky. Mezi tyto nástroje patří zejména [19]:

1. legislativa, právní dokumenty,
2. financování zdravotní péče,
3. tvorba sítě zdravotnických zařízení, řízení zdravotnictví,
4. vzdělávání zdravotnických pracovníků,
5. sběr informací a zacházení s nimi,
6. podpora vědy a výzkumu,
7. léková politika.

1.6.2 Fáze zdravotní politiky

Celkem jsou vymezeny čtyři základní fáze pro tvorbu zdravotní politiky. Fáze jsou následující [10]:

1. *Identifikace problémů a rozpoznání východisek*

Zpočátku je nutno si uvědomit, v čem problém spočívá, přesně ho formulovat, naleznout jeho důsledky, definovat východiska, která je nutno vzít v úvahu, a dále si stanovit hodnotové priority. Důležité je položit si otázku, zda je nutné řešit problém celoplošně či se stačí zaměřit jen na nejhroženější jedince. V neposlední řadě je taktéž nezbytné stanovit, co už v řešení tohoto problému bylo řešeno.

2. *Formulace cílů a postupů*

U formulace cílů a postupů je důležité vymezit, kdo, co, jak a kde má čeho dosáhnout, či učinit. Jaké výsledky jsou žádoucí, a jaké metody a technologie, a v jakém rozsahu je nutno zavést.

3. *Implementace postupů*

Zde je důležité zjistit, jaké zdroje jsou k dispozici a kdo má být zahrnut do úvah. Jakým způsobem se má implementace organizovat a podporovat. Dále zda použité zdroje odpovídají výsledkům, a zda je použití těchto zdrojů hospodárné a účelné.

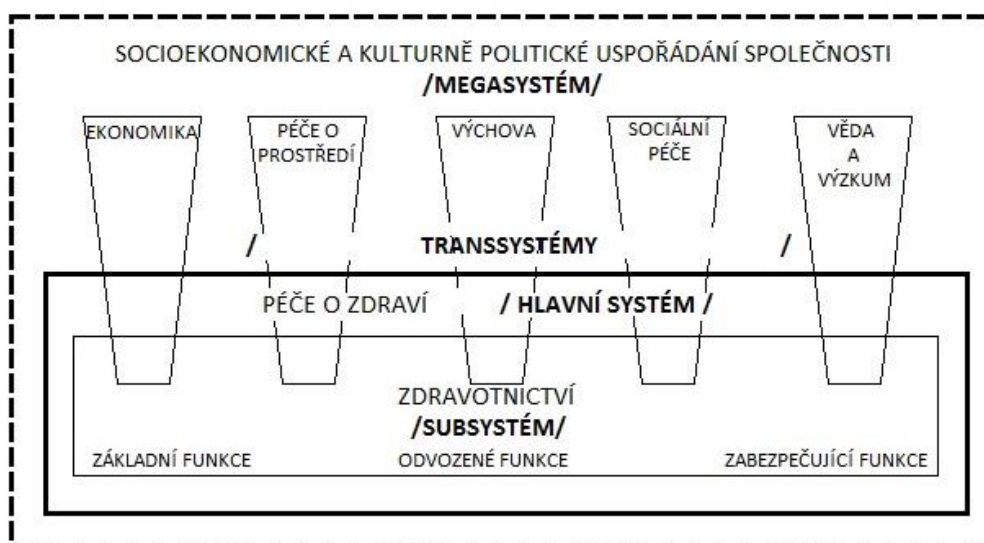
4. *Vyhodnocení postupů*

Vyhodnocení postupů v sobě zahrnuje, co se stane, zdali se politika ukáže jako účinná. Stanoví se, zdali bylo dosaženo předpokládaných cílů a zda je možné výsledky nadále monitorovat.

2 ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY

Za systém je označován strukturovaný soubor složený z jednotlivých prvků, mezi nimiž existují vztahy a vazby. Podstatné je hned v úvodu uvést, že mnoho odborníků se shoduje na tom, že [10]: „...zatím neexistuje ideální zdravotnický systém, který by vyhovoval všem kritériím optimálnosti.“

Obrázek číslo 3 znázorňuje uspořádání systémů péče o zdraví. Megasystém představuje socioekonomické a kulturně politické uspořádání společnosti, jehož transsystémy reprezentují ekonomika, péče o prostředí, výchova, sociální péče, věda a výzkum. Tyto systémy (obory) vstupují do hlavního systému, který je tvořen péčí o zdraví, a jsou zahrnuty taktéž do subsystému zdravotnictví, jenž disponuje třemi funkcemi, a to základními, odvozenými a zabezpečujícími.



Obrázek 3 Systémové uspořádání péče o zdraví

Zdroj: upraveno podle [17]

Zdravotnické systémy jsou tvořeny subjekty. Mezi něž patří, *pacienti*, jakožto konzumenti péče, dále *poskytovatelé péče* (zdravotní zařízení) a *financující instituce*, kterými jsou občané, vláda, zaměstnavatel nebo pojišťovny. Systémy v jednotlivých zemích jsou ovlivněny nejenom finančními prostředky, nýbrž také místními tradicemi. Hlavní kritéria zdravotních systémů jsou [44]:

- *dostupnost péče*,
- *finanční* (péče je poskytnuta komukoliv),
- *geografická* (péče je poskytována v terénu),

- *časová* (čekací doba),
- *organizační* (minimalizace administrativních překážek),
- *sociokulturní* (zákaz diskriminace na základě etnika, vzdělání, náboženství apod.)
- *kvalita* (stupeň péče),
- *ekonomická nákladnost* (procentní podíl HDP),
- *výkonnost zdravotnického systému* (rozmanitost služeb a jejich kvalita),
- *rovnost* (právo na rovné možnosti rozvíjení zdraví),
- *sociální akceptabilita* (míra uspokojení obyvatel).

2.1 Modely zdravotnických systémů

Zdravotnické systémy se dělí na dva základní modely [41]:

a) Zdravotní systémy založené na pojištění:

- Bismarckovský model zdravotnictví (*veřejné - povinné - zdravotní pojištění*);
- liberální model zdravotnictví (*soukromé – dobrovolné - zdravotní pojištění*).

b) Státní zdravotnictví (zdravotní péče je hrazená z veřejných prostředků, dani):

- Beveridgeův model;
- Semaškův model.

Nutné je zde zmínit, že v současné době ještě nedošlo k nalezení ideálního modelu financování zdravotnictví. U každého modelu je zaznamenáno určité usměrňování poptávky a zásah státu. O totální spravedlnosti pro celou společnost nelze hovořit u žádného z uvedených modelů [35].

Následující podkapitoly jednotlivé modely blíže specifikují a budou v nich uvedeny jejich hlavní výhody a nevýhody.

2.1.1 Bismarckovský model zdravotnictví

Bismarckovský model zdravotnictví je systém, který je založen na povinném zdravotním pojištění. Tento model je aplikován ve většině západoevropských zemích. Jsou jimi například Německo, Rakousko, Francie, ale taktéž náš stát Česká republika. Všeobecné zdravotní

pojištění je pro celou společnost povinné ze zákona a závislé na výši individuálních příjmů. Zdravotní péči zaručuje stát prostřednictvím pojišťoven, kterých je zpravidla více [8].

Tabulka 1 vymezuje základní výhody a nevýhody Bismarckovského modelu.

Tabulka 1: Výhody a nevýhody Bismarckovského modelu zdravotnictví

Výhody	Nevýhody
<i>Vysoká dostupnost základní zdravotní péče pro všechny obyvatele</i>	<i>Část prostředků spotřebují pojišťovny pro svou činnost</i>
<i>Dostatečně pestrá nabídka zdravotních služeb</i>	<i>Důraz kladen na kurativní péči</i>
<i>Vyhovující síť zdravotnických zařízení</i>	<i>Pojišťovny se občas dostávají do finančních potíží</i>
<i>Celkem vyhovující návaznost služeb</i>	<i>Administrativní těžkopádnost</i>
<i>Podpora primární péče a přiměřené náklady</i>	-

Zdroj: upraveno podle [10]

Subjekty Bismarckovského modelu zdravotnictví jsou pacienti, poskytovatelé a zdravotní pojišťovny. Pacienti mají svobodné právo volby zdravotní pojišťovny, ale zákonnou povinnost pojištění (důležitou roli zde hraje také stát, neboť zdravotní pojištění hradí za nezaměstnané, studenty, důchodce, děti, za státní zaměstnance atd.). V ČR je výše pojistného ukotvena v zákoně, ale například v Německu je výše pojistného různá v závislosti na dané pojišťovně. Poskytovatelé zdravotnických služeb jsou soukromé praxe praktických lékařů, specialistů, nemocniční zařízení či specializované léčebny. Zřizovatelé těchto subjektů se odlišují. Fakultní nemocnice zřizuje stát, ostatní jsou veřejné nebo soukromé. V současné době se v ČR nemocnice mění z neziskových organizací na akciové společnosti [23].

Dle Doc. MUDr. Vladimíra Vurma, CSc. platí, že v současné době: „*V některých zemích je v rámci tohoto modelu uplatňován tzv. pokladenský princip, kdy pacient u lékaře zaplatí celou úhradu nebo zálohu a s vystaveným účtem pak žádá u své zdravotní pojišťovny peníze.*“ I v ČR vedou mnohá úsilí k těmto opatřením. Formy, ve kterých se tento systém vyskytuje, jsou různé [35].

2.1.2 Liberální model zdravotnictví

Liberální model je založen na tržním pojetí zdravotní péče. Zdravotní péče je představována jako zboží či služba. Tento model zdravotnictví je znám také pod názvem tržní model a je uplatňován především ve Spojených státech amerických. V Evropě byl aplikován ve Švýcarsku, avšak pouze do roku 1996 [35].

Zdravotnické služby jsou zajišťovány na místní úrovni. Zákon, který by vymezoval všeobecné veřejné zdravotní pojištění, neexistuje. Lékaři jsou obyčejnými podnikateli.

Platby za zdravotní péči jsou z více než třetiny hrazeny přímo. To však představuje jistou nevýhodu pro občany, kteří nedisponují dostatkem financí. Další nevýhody, ale také výhody liberálního systému jsou uvedeny v Tabulce 2 [17].

Tabulka 2: Výhody a nevýhody liberálního modelu zdravotnictví

Výhody	Nevýhody
<i>Podporuje soutěživost mezi zdravotnickými zařízeními</i>	<i>Nízká dostupnost kvalitní péče pro nemajetné nebo málo zámožné občany</i>
<i>Podporuje rozvoj medicínských technologií</i>	<i>Vysoký podíl nákladů na administrativu</i>
<i>Nabízí velký výběr kvalitních služeb</i>	<i>Nedostatečná preventivní péče, nedostatečná návaznost péče</i>
-	<i>Péče je drahá</i>

Zdroj: upraveno podle [10]

Kvůli jisté diskriminaci nemajetných občanů vznikají v zemích využívajících liberální model zdravotní programy. Ve Spojených státech amerických vznikly programy Medicare a Medicaid. Program Medicare je solidárním programem pro osoby starší 65 let a díky programu Medicaid je hrazena zdravotní péče osobám s nízkými příjmy. Zdravotní péče je hrazena z rozpočtu státu, kdy je jednou za rok vyčleněno určité množství potřebných finančních prostředků [35].

2.1.3 Beveridgeův model

Beveridgeův model funguje na principu „financování z daní“. Stát zde hraje významnou roli, a tak je většina nemocnic a dalších zdravotnických zařízení součástí Národní zdravotní služby. Soukromými subjekty jsou ordinace praktických lékařů, specialistů, stomatologů a sanatorií. Téměř všechny výdaje nutné k zajišťování zdravotní péče jsou hrazeny z veřejných prostředků [23].

V Tabulce číslo 3 jsou uvedeny některé výhody a nevýhody Beveridgeova modelu zdravotnictví, známého také pod názvem Národní zdravotní služba.

Tabulka 3: Výhody a nevýhody Beveridgeova modelu zdravotnictví

Výhody	Nevýhody
<i>Obecná dostupnost služeb</i>	<i>Nedostatek prostředků na investování</i>
<i>Dostatečná nabídka služeb</i>	<i>Problémy financování v době ekonomické recese</i>
<i>Přiměřená pozornost prevenci</i>	<i>Dlouhé čekací doby na neurgentní velké operace</i>
<i>Dobře řešená návaznost služeb</i>	<i>Nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví</i>
<i>Nízké náklady na zdravotní služby</i>	<i>Podpora nesoutěživého klimatu</i>
<i>Dobře koordinované zájmy účastníků péče</i>	-

Zdroj: upraveno podle [10]

Hlavním představitelem Beveridgeova modelu je Kanada a Velká Británie, ve které je uplatňován již od roku 1948. Dle zdroje [35] je specifický pro tento model fakt, že: „Zdravotní péče je hrazena z veřejných prostředků, které jsou získávány z větší části z daně z příjmu obyvatel (cca 80 %) a z menší části (cca 15 %) z doplňkové platby národního pojištění.“ Posledních 5 %, které zbývají do celku zajištění zdravotní péče, jsou získávány z doplatků za léky. U praktického lékaře musí být pacient registrován [35].

Daně platí pouze osoby, které mají svůj příjem nad určitou hranicí. I tak je však zajištěna zdravotní péče pro všechny bez ohledu na jejich platební možnosti [17].

Velká Británie patří k zemím, kde zdravotnictví představuje velmi demokratický a socializovaný systém a zdravotní péče je na solidní úrovni [35].

Beveridgeovův model je společně se Semaškovým modelem opakem modelu tržního. Tržní model nezajišťuje poskytování zdravotní péče všem obyvatelům, avšak Beveridgeovův ano.

2.1.4 Semaškův model

Systém zdravotnictví, se kterým se území ČR setkávalo v minulých dobách, nese název Semaškův model. Pojmenován je po lékaři N. A. Semaškov, který po první světové válce spolupracoval v V. I. Leninem a byl lidovým komisařem pro zdravotnictví [2].

Jde o centralistický model, ve kterém jsou všechna zdravotnická zařízení ve vlastnictví státu a zdravotnictví jako takové je centrálně plánováno. Veškeré zdravotnické služby jsou poskytovány bezplatně pro všechny a hrazeny jsou pouze z finančních prostředků státního rozpočtu. Všichni zaměstnanci ve zdravotnictví jsou považováni za zaměstnance státní, a jsou placeni formou mzdy. Zdravotnictví je považováno v tomto modelu jako neproduktivní, a proto není ekonomicky prioritní [17].

Model byl aplikován ve všech socialistických státech do roku 1990. Dnes je možné se s ním setkat pouze na Kubě. Platí tu, že [35]: „*Základním principem je úhrada veškerých zdravotnických úkonů ze státního rozpočtu.*“.

Na první pohled se může jevit tento model jako ideální, avšak jeho nevýhody jsou značně demotivující a potlačující rozvoj. Přehled výhod a nevýhod Semaškova modelu zdravotnictví poskytuje Tabulka číslo 4.

Tabulka 4: Výhody a nevýhody Semaškova modelu zdravotnictví

Výhody	Nevýhody
<i>Všeobecná dostupnost péče</i>	<i>Nízká výkonnost systému</i>
<i>Pozornost věnovaná prevenci</i>	<i>Chronický nedostatek prostředků</i>
<i>Návaznost péče</i>	<i>Ekonomické brzdy technického rozvoje</i>
<i>Racionálně zvolená síť zdravotnických zařízení</i>	<i>Nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví</i>
-	<i>Zcela nesoutěživé prostředí</i>
-	<i>Nízké ekonomické ohodnocení práce lékařů a pracovníků resortu</i>

Zdroj: upraveno podle [10]

Pacient, který je subjektem tohoto modelu, nezná ceny za výkony zdravotnických služeb. Zaměstnanci zdravotnictví nemají žádné pravomoci a dochází u nich k potlačování iniciativy a kreativity. Zdravotnictví se stává pro státní rozpočet pouze [35]: „... *nenasytným konzumentem s byrokratickými metodami regulace.*“

3 ZDRAVOTNICTVÍ NA NAŠEM ÚZEMÍ

Celá historie zdravotnictví procházela dynamickým vývojem a zaznamenala mnoho změn. Jak je uvedeno výše, veřejné zdravotnictví v sobě zahrnuje mnoho vědních oborů. Společným cílem všech je však zlepšovat zdraví obyvatel. Je zde nutno uvést rozdíl, který je znatelný v porovnání s oborem lékařství, neboť lékařství klade důraz především na lidské tělo jednotlivce, kdy jsou stěžejní především symptomy a způsoby léčby nemocí. Veřejné zdravotnictví se naopak zabývá zdravím celé společnosti, popř. skupin, komunit. Východiskem jsou zde údaje o [19]:

- *zdravotním stavu populace a jeho vývoji* (nemocnost, úmrtnost, střední délka života atd.),
- *determinantách zdraví, hodnocení zdravotních rizik* (pracovní rizika, konzumace návykových látek, rizikové prvky v chování lidí atd.),
- *poskytování zdravotní péče* (sít' zdravotnických zařízení, dostupnost a využití, počty zdravotnických pracovníků).

S termínem veřejné zdravotnictví je možné se setkat až ve 20. letech 20. století, kdy byl poprvé definován Američanem A. Winstowem [35].

3.1 Počátky zdravotnictví

V období třicetiletí války vypukla na našem území morová epidemie. První opatření, týkající se podpory zdravotnictví, jsou tak zaznamenány na našem území v podobě „morových řádů a protimorových spisů“, které měly zabránit dalšímu rozšíření moru [9].

Renesance je etapou, která je zasvěcena vzdělávání. Díky němu vzniklo mnoho nových poznatků, které se významně dotkly také oboru zdravotnictví. Nejen vynález knihtisku, nárůst procesu výměny informací, ale také vznik základních stavebních prvků chemie a farmacie představuje jistý přínos pro budoucí vývoj veřejného zdravotnictví [35].

Za hlavní zlom je považováno období Marie Terezie, které s sebou přineslo mnoho změn. Nejzásadnější je skutečnost, že zdravotnictví začalo být spravováno centrálně s jasně vymezenými pravidly pro zdravotní zaměstnance. Těmi byli v té době ranhojiči, řezači močových kamenů či okulisti. Velmi podstatným pro tvorbu zdravotního systému se stal zákon č. 68 z roku 1887 o veřejné zdravotní službě. Na našem území byly hierarchicky vytvořeny instituce, které vedli lékaři se zájmem zajistit a kontrolovat dodržování vymezených pravidel. Pro české země se stalo v tomto období vzorem Německo, a tak není divu, že roku 1888 byl

i na našem území zaveden systém nemocenského – zdravotního pojištění. Stejný systém se později stal součástí právního řádu Československa [9].

V této době vzniká tzv. Zdravotní policie a ustanovení státní zdravotní správy, a je také uceleno zdravotnické zákonodárství [23].

3.2 Zdravotnictví po roce 1918

V roce 1918 vznikla samostatná Československá republika, která se skládala z Českých zemí, Slovenska a Podkarpatské Rusi. Po první světové válce nebyl zdravotní stav obyvatel příznivý. Mnoho lidí hladovělo, bylo podvyživeno a následně nakaženo tuberkulózou, která postihla více než půl milionů obyvatel Československa [35].

Zájem dotčených orgánů, co se týče řešení otázky zdravotních problémů, je považován v této době za obdivuhodný. Za nejvýznamnější se dá pokládat vznik Státního zdravotního ústavu Československé republiky, který byl přímo řízen Ministerstvem zdravotnictví. Tento orgán začal vést zdravotnickou statistiku, a také se díky němu začalo zvyšovat povědomí o řešení problémů týkajících se zdraví a nemoci na veřejnosti. Dále se začínají rozvíjet obory medicíny na Karlově univerzitě a také v roce 1919 vznikají univerzity v Brně a Bratislavě. Do popředí se dostává otázka zdravotní péče o více než 250 tisíc invalidů postižených válkou, kterou musel nově vzniklý stát řešit [35].

Zdravotní správu na území zemí zajišťovaly zemské zdravotní odbory, které kontrolovaly dodržování zákonů a nařízení. Okresní úřady byly v působnosti okresních lékařů, kteří měli na starost evidenci zdravotnických zařízení a zdravotníků. Vedli statistiky a prováděli také kontroly těchto zdravotnických zařízení. Okresní zdravotní rada byla poradním orgánem v daném okrese. Členy této rady byly starostové obcí, okresní lékař, obecní lékař, obvodní lékaři, zvěrolékař, vojenský lékař, znalci veřejného zdravotnictví, zástupci nemocenských pokladen a dělnických odborových organizací a spolků zdravotně sociálních. Jednání rady se týkala vymezení sídel obvodních lékařů, zřízení vedení poraden pro matky a kojence a další. Reforma z roku 1934 vyzdvihovala význam okresního stupně. Důležitou otázkou bylo usměrňování sítě nemocnic a dalších zdravotnických zařízení [31].

V roce 1932 vzniká na našem území první poradna pro nemoci z povolání, které však předchází přijetí zákona č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců v případě nemoci, invalidity a stáří. Zaměstnavatelé tak museli za své zaměstnance odvádět 6 % jejich mzdy nemocenským pojišťovnám [9].

V Československu žije v této době kolem patnácti milionů obyvatel a přibližně polovina všech je pojištěna. Systém nemocenského pojištění tvořily samosprávné okresní nemocenské pojišťovny, závodní pojišťovny a spolkové pojišťovny. V jejich vedení stála Ústřední sociální pojišťovna, kterou řídilo Ministerstvo sociální péče [10].

Na našem území existovalo v této době zhruba tři sta zdravotních pojišťoven, díky jejímž finančním prostředkům byla hrazena zdravotní péče. Lékaři byli odměňováni za svou činnost různě. Buď se jednalo o paušální odměňování, nebo ohodnocení za počet ošetřených pacientů za rok. V této době tvoří síť zdravotnických zařízení soukromé ordinace lékařů, sociálně zdravotní zařízení, soukromé léčebné ústavy a léčebné ústavy s lůžkovou péčí. V nemocnicích fungoval systém tříd. Třetí třída zajišťovala bezplatné ambulantní a nemocniční ošetření pro pojištěnce a jejich rodinné příslušníky při základním pojištění. Druhá třída byla vytvořena pro státní zaměstnance a první třída byla poskytována za příplatek [35].

Za první republiky bylo postaveno několik zásadních budov, jako jsou například Masarykovy domovy v Krči (dnes Thomayerova nemocnice), Baťova nemocnice ve Zlíně nebo nemocniční komplexy v Hradci Králové a Pardubicích [18].

„Co se týká nemocenských dávek, patřilo v této době ČSR v rozsahu nemocenských dávek a úrovně léčební péče mezi přední státy Evropy.“ [35].

Jak je uvedeno výše, za zásadní je považován vznik Státního zdravotnického ústavu, jehož ředitelem byl až do doby německé okupace profesor Hynek Pelc. Jeho přístup ke zdravotnictví byl demokratický. Orgány podle něj měly vytvářet vhodné podmínky, avšak o zdraví jako takové se měli starat především sami občané. Další doporučení profesora Pelce směřovala ke sjednocení zdravotnické legislativy na celém území Československa. Jeho působení bylo významné, neboť byl průkopníkem sociologických, epidemiologických a statistických metod. Mezi jeho další přínosy patří zejména studie o zdravotním stavu českého a slovenského obyvatelstva nebo učebnice sociálního lékařství [19].

Druhá světová válka s sebou přinesla mnoho problémů týkajících se zdravotního stavu obyvatelstva. Ve městech vznikaly epidemiologické pobočky Státního zdravotnického ústavu a docházelo také k mnoha inovacím, které se týkaly především medicínských technologií a farmakologických přípravků. Zdravotnictví Československa se v této době začíná inspirovat Semaškovým modelem [9].

3.2.1 Zdravotnictví v letech 1945 - 1989

Po 2. světové válce došlo ke znovuoobnovení republiky, která byla však od roku 1948 v moci jedné politické strany a zavládl zde totalitní politický systém, kontrolován komunisty. Zdravotnická zařízení byla zestátněna a lékaři byli lokalizováni nerovnoměrně, což značí i fakt, že v pohraničí naší země měl na starost jediný lékař až 1000 obyvatel. Materiální a technické zajištění zdravotnické péče bylo nedostačující. Roku 1948 byly znárodněny nemocnice a další léčebné ústavy. Stát řídil a zabezpečoval všechny zdravotnické služby. Po roce 1950 byl na našem území nastolen sovětský systém. Zrušena byla Ústřední národní pojišťovna a veškerou zdravotní péči hradil stát prostřednictvím daní. Finanční prostředky poskytovalo Ministerstvo financí krajům a okresům, konkrétně do národních výborů, které tyto prostředky dále přerozdělovaly ústavům národního zdraví [31].

Po roce 1951 bylo veřejné zdravotnictví podřízeno socialistickému státu. Zdravotnictví se orientovalo více na rozvoj zdravotnických služeb a na jejich řízení. Na druhou kolej bylo převedeno studium zdraví a podpora životního stylu. Cílem bylo především zajistit, aby byla zdravotní péče dostupná všem. V této době vzniká mnoho nových institucí a orgánů zdravotnictví, kterými jsou Krajské ústavy národního zdraví, Okresní ústavy národního zdraví, Krajské hygienické stanice, Okresní hygienické stanice, Ústav sociálního lékařství a organizace zdravotnictví i Ústav zdravotní výchovy. Rozhodovací procesy jsou centralizovány a hierarchizovány. Státní zdravotnický úřad byl přejmenován na Institut hygieny a epidemiologie [12].

Povinné zdravotní pojištění bylo zrušeno, zdravotnická zařízení byla znárodněna a stát hrál nejen v této oblasti hlavní roli. Ústřední národní pojišťovna byla taktéž zrušena a zdravotní péče byla výhradně financována ze státního rozpočtu. Ministerstvo tyto prostředky rozdělovalo krajským a okresním národním výborům, jejichž výkonné orgány byly právě ústavy národního zdraví [10].

Zprvu byla činnost Ústavů národního zdraví spíše poradenská. Jednalo se o části systému československé veřejné správy zajišťující preventivní péči v podobě zamezování chorob, alkoholismu a dalších sociálně zdravotních obtíží. Poradny ústavů zajišťovaly dle nařízení vlády tyto činnosti [25]:

- a. všestranná preventivní (ochranná) zdravotní péče o obyvatelstvo správního okresu (zejména veškeré zdravotní poradenství, zdravotní evidence všeobecná a speciální, sociálně zdravotní statistika, zdravotnický výzkum a zdravotnická výchova),
- b. zdravotnické prohlídky obyvatelstva a veškerá s tím spojená činnost,

- c. zprostředkování léčebné péče ústavní a ambulatorní, dále zprostředkování péče rekreační a podpůrné,
- d. hromadné bezplatné léčebné akce.

Po roce 1952 se vzorem pro systém zdravotnictví stal Beveridgeův model a působnost těchto ústavů se tedy změnila. Později se totiž jednalo zejména o orgány, jejichž hlavní pravomocí bylo zajišťovat zdravotnická zařízení v určitém kraji, ale i okresu. Ústavy národního zdraví tak nyní plánovaly, řídily, organizovaly a kontrolovaly zdravotní péči ve stanovené oblasti. Preventivní a léčebnou péči poskytovala zdravotnická zařízení typu [26]:

- obvodní zařízení (ambulatoria, lékařské stanice, ženské poradny, dětské poradny a ošetrovatelské stanice),
- okresní nemocnice s okresním zdravotnickým střediskem (poliklinikou), okresní zdravotnická střediska (polikliniky), porodnice a krajské, fakultní, závodní a dětské nemocnice se středisky,
- kojenecké ústavy, dětské domovy a jesle,
- odborné ústavy léčebné a ošetrovací,
- transfusní stanice,
- stanice záchranné služby,
- výzkumné ústavy.

Krajské ústavy národního zdraví dohlížely na krajské nemocnice s krajským zdravotnickým střediskem, transfusní stanice a stanice záchranné služby se sídlem Krajského národního výboru. Naopak Okresní a závodní ústavy národního zdraví v zájmu hospodárnosti, jednotného plánování, organizace a rozpočtu sdružovaly všechna zdravotnická zařízení na území daného okresu. V čele těchto ústavů stál ředitel - lékař [26].

Taková zařízení, která si žádala ústřední řízení, mělo ve své moci Ministerstvo zdravotnictví. Jednalo se především o výzkumné a odborné ústavy v oboru preventivní a léčebné péče. Ministerstvo zdravotnictví mělo také ve své kompetenci sdružovat zdravotnická zařízení [26].

Prvky, které jsou zásadní a profilují socialistické zdravotnictví, jsou [9]:

- centralizovaná organizace zdravotnických služeb,
- jednotná soustava zdravotnických zařízení na jednotlivých územněsprávních úrovních,

- direktivní řízení,
- omezená možnost výběru lékaře (automatické určení dle spádové oblasti),
- nedostatečné zdravotnické služby (nedostatek léků, zaostalost a nedostatečnost přístrojových zařízení),
- nízká motivace zdravotníků (odměny dle tabulek),
- „kolektivní nezodpovědnost“ (bezplatný přístup ke službám),
- korupce, netransparentnost.

Okresní a Krajské ústavy národního zdraví zaměstnávaly všechny zdravotnické pracovníky a ti měli fixní platy. Spádová oblast zdravotnických zařízení byla jasně vymezena, jednalo se o tzv. rajonizaci podle místa bydliště a zdravotní péče byla poskytována bez přímého hrazení (vyjma zubní zlato a další nadstandardní služby). Krajské ústavy, kterých bylo nejdříve 19 a od roku 1960 pouze 10, zřizovaly zdravotnická zařízení na úrovni kraje. Šlo především o fakultní nemocnice a další specializovaná zařízení. Zdravotnictví se vyvíjelo především na základě usnesení na sjezdech KSČ. Orgánem na úrovni státu bylo Ministerstvo zdravotnictví, které plánovalo a organizovalo péči, dále pak zdraví a spravovalo výzkumné a zdravotnické ústavy [31].

Krajské a Okresní ústavy národního zdraví seskupovaly tedy zdravotnická zařízení s danou územní působností. Veškeré zdravotnické služby byly rajonizovány, občané byli přidělováni praktickým lékařům, poliklinikám a nemocnicím vždy podle místa bydliště. Závazným předpisem v této době byl pro rajonizaci a integraci zdravotnických služeb zákon č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči. Osu sítě zdravotnických zařízení tvořily nemocnice s poliklinikou [43].

V sedmdesátých letech 20. století začal vznikat systém zdravotnické záchranné služby, neboť bylo třeba rozvíjet okamžitou a mobilní péči s odborným zdravotnickým personálem. Nově vznikaly také stanice rychlé zdravotnické pomoci, a to proto, že docházelo k nárůstu počtu úrazů především v souvislosti s rozvojem průmyslu, dopravy a sportu. Mimo to byl v této době zaznamenán také nárůst civilizačních chorob [19].

V roce 1968 se tento stát stal federací České a Slovenské republiky, a to až do rozpadu Sovětského systému v roce 1989 [31].

České zdravotnictví po roce 1989 přešlo od řízeného a z daní financovaného systému k modelu všeobecného zdravotního pojištění. Financování a celou organizaci zdravotní péče

měly v gesci zdravotní pojišťovny. Do roku 1990 byla síť zdravotnických zařízení ve třístupňové struktuře – republika, kraj, okres. Všechna zdravotnická zařízení byla státní a léčebně preventivní péče byla poskytována bezplatně [38].

Velmi významnou (před rokem 1989) se stala Vyhláška Ministerstva zdravotnictví Slovenské socialistické republiky ze dne 25. února 1975, o soustavě zdravotnických zařízení. Soustavu zdravotnických zařízení poskytující zdravotnické služby, tvořily jednotnou síť zařízení hygienické služby a zařízení léčebně preventivní péče. Zdravotnická zařízení spravovaly okresní a krajské národní výbory a začleňovaly se do Okresních nebo Krajských ústavů národního zdraví. Základ soustavy zdravotnických zařízení tvořily územní a závodní zdravotnické obvody, ve kterých se nacházely obvodní zdravotnická střediska poskytující zdravotnické služby obyvatelstvu územního obvodu (případně i několika obvodům zejména na venkově a v okrajových částech měst). Ve středisku byly poskytovány služby územního obvodního lékaře, obvodního dětského lékaře, ženského lékaře a obvodního zubního lékaře, popř. dentisty. Nemocnice byly zřizovány ve třech typech a společně zajišťovaly komplexní léčebnou preventivní péči. Na nemocnice s poliklinikou byla funkčně i organizačně napojena obvodní zdravotnická střediska, porodnice a další polikliniky v daném obvodu. Nemocnice s poliklinikou I. typu poskytovaly léčebně preventivní péči ve spádovém území s přibližně 50 000 obyvateli a jejich členění bylo následující [43]:

- nemocnice s oddělením interním, dětským, chirurgickým, ženským a zpravidla anesteziologicko-resuscitačním;
- poliklinika s oddělením interním, dětským, chirurgickým, ženským, stomatologickým, tuberkulózy a respiračních nemocí- ušní – nosní - krční, očním, kožním a posudkovým;
- společné vyšetřovací a léčebné složky: oddělení klinické biochemie, rentgenové, fyziatricko - rehabilitační , popř. prosektura.

Nemocnice s poliklinikou II. typu poskytovala ve spádovém území s počtem zpravidla do 200 000 obyvatel specializované služby, které nepatřily do úkolů nemocnic s poliklinikou I. typu [43]:

- nemocnice s oddělením interním, dětským, chirurgickým, ženským, kožním, ušním – nosním - krčním, očním, nervovým, psychiatrickým, anesteziologicko-resuscitačním; v souladu s perspektivní sítí zdravotnických zařízení může mít též oddělení infekční, tuberkulózy a respiračních nemocí, ortopedické, urologické a radioterapeutické;

- poliklinika s oddělením interním, dětským, chirurgickým, ženským, stomatologickým, ušním – nosním - krčním, očním, tuberkulózy a respiračních nemocí, kožním, dorostovým, ortopedickým, nervovým, psychiatrickým, urologickým, radioterapeutickým, tělovýchovně lékařským, posudkovým, popř. pracovním lékařstvím;
- společné vyšetřovací a léčebně složky: oddělení klinické biochemie, rentgenové, fyziatricko - rehabilitační, hematologické a transfúzní, nukleární medicíny, patologicko-anatomické.

V nemocnicích s poliklinikou II. typu byly vždy zřízeny také stanice rychlé zdravotnické pomoci. V nemocnicích s poliklinikou III. typu poskytovaly na spádovém území s počtem zpravidla 1 milión obyvatel zvlášť specializované služby nepatřící do úkolů nemocnice s poliklinikou II. typu na tomto území [43]:

- nemocnice s oddělením interním, dětským, chirurgickým, ženským, infekčním, tuberkulózy a respiračních nemocí, kožním, ušním – nosním - krčním, očním, stomatologickým, nervovým, psychiatrickým, ortopedickým, urologickým, radioterapeutickým, anesteziologicko-resuscitačním a pracovním lékařstvím;
- poliklinika s oddělením interním, dětským, chirurgickým, ženským, stomatologickým, ušním – nosním - krčním, očním, tuberkulózy a respiračních nemocí, kožním, dorostovým, ortopedickým, nervovým, psychiatrickým, urologickým, radioterapeutickým, pracovním lékařstvím, lékařské genetiky, tělovýchovně lékařským, posudkovým;
- společné vyšetřovací a léčebně složky: oddělení klinické biochemie, rentgenové, fyziatricko - rehabilitační, protetické, patologicko-anatomické, soudně lékařské, nukleární medicíny, tkáňová stanice.

I u nemocnice s poliklinikou III. typu se zřizovala rychlá zdravotnická pomoc.

Polikliniky, zřizované mimo nemocnici, byly funkčně i organizačně napojeny na obvodní zdravotnická střediska spádového území. Dále byla také zřizována závodní zdravotnická zařízení, která poskytovala péči pracujícím v podnicích. Velikost a členění záviselo na druhu výroby, provozu závodu a počtu pracujících. Tato vyhláška byla zrušena 2. listopadu 1991 [30].

3.3 Zdravotnictví po roce 1989

V listopadu roku 1989 přišel pád socialistického režimu, který způsobil rozpad centralizovaného systému hospodářství, jenž se výrazně dotkl také zdravotnictví. Hlavním cílem tohoto období se stalo decentralizování řízeného zdravotnictví, privatizace některých zdravotnických zařízení a návrat k veřejnému zdravotnímu pojištění. Sametová revoluce tedy započala proces transformace, tehdy ještě československého zdravotnictví [19].

Nový systém zdravotnictví po roce 1989 začala tvořit skupina odborníků. Prioritami bylo odstranění monopolu státu při poskytování zdravotní péče, svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení, zrušení okresních a krajských ústavů národního zdraví a zavedení všeobecného zdravotního pojištění. Semaškův model, který byl dosud na našem území aplikován, byl postupně zaměňován evropským pluralitním typem zdravotnictví. Základním kamenem zdravotnictví se stávalo samostatné zdravotnické zařízení s právní subjektivitou. Z nemocnic a ordinací lékařů se postupně stávaly právně ekonomicky samostatné subjekty. Slova, která vystihují nový zdravotnický systém, jsou zejména demonopolizace, privatizace a decentralizace. Nový systém s sebou přinesl však i mnoho komplikací v podobě nízké pravomoci obcí týkající se zdravotní péče. Došlo také k rozpadu struktury hlavních specialistů, který nebyl nahrazen žádnou novou sítí. Československá republika se opět stala demokratickým státem s modelem tržního hospodářství [31].

V únoru roku 1990 byl sestaven pracovní tým, jehož úkolem bylo předložit zcela nové uspořádání zdravotnictví. Již v květnu tým předložil „Návrh reformy péče o zdraví“, který se však dočkal v říjnu téhož roku ještě aktualizace v podobě „Návrhu nového systému zdravotní péče“. Nový systém zdravotní péče měl být nastolen již roku 1992. Dokument blíže specifikoval, jakým způsobem bude hrazena zdravotní péče, že dojde k zavedení povinného zdravotního pojištění, odstátnění některých zdravotnických zařízení, a že je nutné, více se zaměřit na samotnou efektivnost zdravotní péče. „Návrh nového systému zdravotní péče“ byl přijat Vládou ČR, jako stěžejní dokument v následující přeměně zdravotní péče u nás [10].

Koncem roku 1990 byly zrušeny Krajské a Okresní ústavy národního zdraví. Docházelo ke zvyšování technologického vybavení v podobě mamografů, tomografů, magnetických resonancí, sonografů a dalších. Zdravotnictví se těšilo příznivému rozvoji [19].

Zatímco Krajské ústavy národního zdraví byly zcela zrušeny. Okresní se postupem času přeměňovaly na zdravotnická zařízení s právní subjektivitou. Stát se začal ohlížet zpět v čase a při řešení otázek, týkajících se systému pojištění, se nechal inspirovat Bismarckovým pojištěním, které bylo uplatňováno za první republiky. Státní regulace byla na nízké úrovni

a způsob tohoto pojištění vykazoval dobré výsledky. „*Zásadním důvodem pro zavedení veřejného zdravotního pojištění bylo zachování solidarity, motivace obyvatel k zájmu o své zdraví a svůj zdravotní stav, ale i motivace poskytovatelů zdravotní péče o co nejkvalitnější a nejefektivnější péči.*“ [10].

Rozdíl, který je zaznamenán mezi pojištěním za první republiky a tím nynějším, je oddělení systému zdravotního pojištění a systému nemocenského pojištění. Je nutné mít na vědomí, že toto odlišení existuje i v porovnání našeho systému s těmi, které fungují v západoevropských zemích. Při komparaci výdajů na zdravotnictví i jejich podílů na HDP je třeba brát tento fakt v potaz. Při tvorbě nového zdravotního systému se staly inspirací tři stávající modely, které byly aplikovány ve světě. Jsou jimi modely Národní zdravotní služba, Bismarkovský systém a liberální systém zdravotnictví [10].

V této době vznikly dva zákony, zákon ČNR č. 550/91 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a zákon č. 551/91 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, jenž tvořily právní rámec pro systém financování zdravotnictví. Rychlost, se kterou byly zákony přijaty, se stala důsledkem mnoha nedokonalostí a pochybení. Zákon musel být nesčetněkrát doplňován a novelizován. V roce 1997 došlo k nahrazení zákona ČNR č. 550/91 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, a to zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. O zákoně je často hovořeno v negativním smyslu a mnozí se domnívají, že by měl být pro svou nedokonalost nahrazen. Do této doby (rok 2015), však k záměně nedošlo. [10].

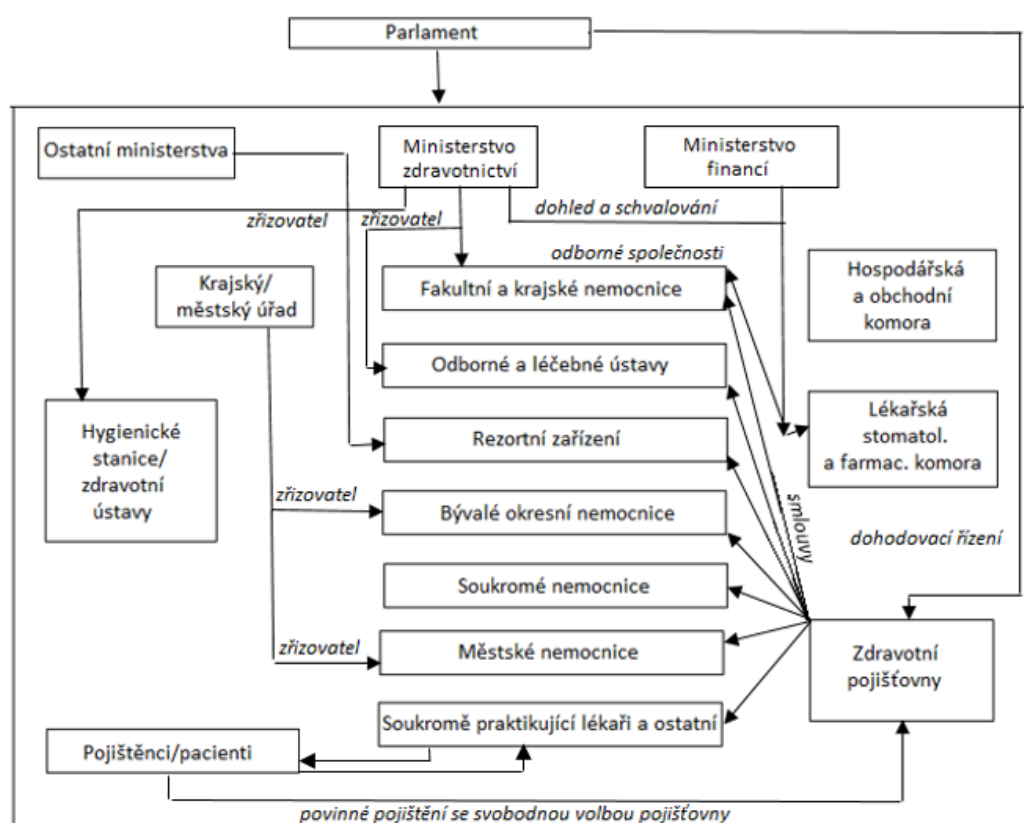
Velké změny byly zaznamenány za vlády pravice v roce 1992. Síť ambulantních zdravotnických zařízení, vyjma velkých nemocnic, měla přejít do formy obchodní společnosti. V roce 1996 byl však tento záměr pozastaven, neboť nabídka ambulantních specialistů rostla, ale zdravotní stav obyvatelstva se nezlepšoval. Obchodními společnostmi se stalo pouze několik malých nemocnic [23].

Vyhláška Ministerstva zemědělství ČR č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi kodifikovala decentralizaci Okresních ústavů národního zdraví v menší právní subjekty. Privatizace, která začala v zemi již koncem roku 1992, způsobila prudký nárůst počtu zdravotnických zařízení. V roce 1989 jich bylo v evidenci kolem 8 tisíc, na konci roku 1993 již více než 17 tisíc, v roce 2000 kolem 25 tisíc a v roce 2009 již necelých 28 tisíc zdravotnických zařízení. 82 okresních nemocnic přešlo v roce 2003 do kompetence krajů. O rok později se především díky vysoké zadluženosti staly z nemocnic akciové společnosti, kdy jediným akcionářem byl kraj [38].

4 SOUČASNÝ SYSTÉM ZDRAVOTNICTVÍ V ČR

Zdravotní systém je možno vymezit dvěma způsoby. První možností je strukturovat tento soubor jako instituce a jejich činnosti, které vedou ke zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva (viz Obrázek 6). Druhou možností je uchopit zdravotní systém jako schopnost zajišťování dostupnosti zdravotnických zařízení společně s jejich financováním. V práci půjde o definování kombinace obou možností. Práce je zaměřena jak na mapování nabídky zdravotní péče, tak na hodnocení její dostupnosti [23].

Pro srovnání je uveden v příloze A této práce také systém orgánů státní správy zdravotnictví pro období před rokem 1989.



Obrázek 4: Organizační graf zdravotnického systému v ČR

Zdroj:[10]

Dle §11 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, má každý pojištěnec právo si svobodně zvolit svého praktického lékaře i nemocnici. Není vymezeno spádové území zdravotnických zařízení a nemocnice může odmítnout pacienta jen za jistých okolností. Buď v případě, že požadovanou péči neposkytuje nebo disponuje-li nedostatkovou kapacitou. Pokud je osoba odmítnuta, lékař vystaví na základě ustanovení §11 odst. 1 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, písemné potvrzení. V současnosti jsou

zdravotnická zařízení v ČR zřizována Ministerstvem zdravotnictví ČR, kraji, obcemi, fyzickými či právníckými osobami. Ta, která jsou spravována Ministerstvem zdravotnictví, kraji v samostatné působnosti a obcemi jsou dle § 39 odst. 2 z č. 20/1966 Sb. povinna poskytovat zdravotní péči ve spádových územích stanovených vyhláškami ministerstva zdravotnictví. Lékař nemůže odmítnout pacienta s potřebnou zdravotní pojišťovnou ze spádové oblasti, ale naopak pacient si může zvolit svobodně zdravotnické zařízení i mimo svou spádovou oblast [12].

Rok 2000 se stal zlomovým nejen pro zdravotnictví. V lednu došlo k novému administrativnímu členění na 14 krajů. Okresní úřady byly zrušeny v roce 2002 a od začátku roku 2003 přešly na kraje a obce všechny pravomoci, práva a závazky. Z nemocnic se staly akciové společnosti a postupně přechází do kompetence krajů. Stalo se tak z důvodu jejich zadluženosti [38].

Jediné nařízení, které koriguje síť zdravotnických zařízení, je Nařízení vlády ze dne 29. srpna 2012 s účinností od 1. ledna 2013, které se týká místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. Místní dostupnost vyjadřují dojezdové doby ke zdravotním službám hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Dojezdové doby jsou stanoveny pro jednotlivé obory či služby jako nejzazší možné. Předsedou vlády, která toto nařízení vydala, byl v této době RNDr. Nečas a ministrem zdravotnictví doc. MUDr. Heger, CSc. Dojezdová doba pro skupinu 1, která představuje služby, či obory v podobě - všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, gynekologii a porodnictví, zubní lékaře, lékárny) je stanovena na 35 minut [22].

4.1 Zdravotní instituce

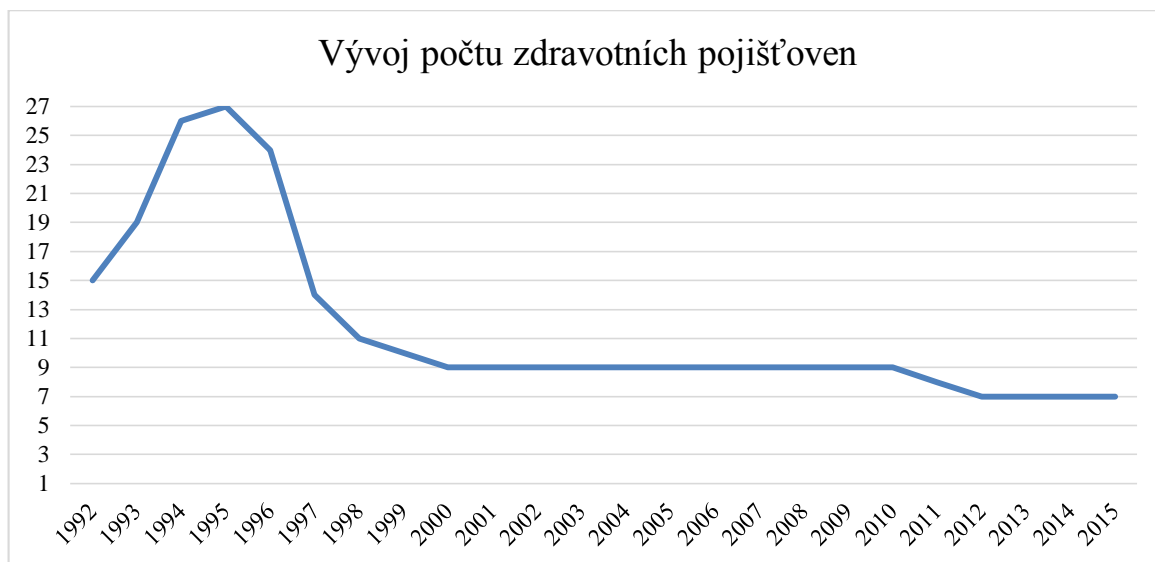
Mezi zdravotnické veřejné instituce patří v současné době Ministerstvo zdravotnictví ČR, Státní ústav pro kontrolu léčiv, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR a Všeobecná zdravotní pojišťovna. Ty, které jsou významné pro cíl této práce, budou následně více rozebrány [51].

4.1.1 Zdravotní pojišťovny v ČR

Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávní instituce a neziskové organizace, které zajišťují, že uspořené prostředky se vrací zpět do systému zdravotní péče [11].

Kromě dvou zákonů, zmíněných v předchozí kapitole, má ještě velký význam přijetí zákona ČNR č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, který měl zajistit posílení konkurenčního prostředí mezi pojišťovny [10].

Přijetí tohoto zákona způsobilo nárůst počtu pojišťoven, který je uveden v grafu 4 pod tímto odstavcem.



Obrázek 5: Graf vývoje počtu zdravotních pojišťoven od roku 1992

Zdroj: upraveno podle [10], [11]

Postupem času však v ČR docházelo ke snižování počtu zdravotních pojišťoven. Od roku 2000 do roku 2010 se tento počet ustálil na devíti. V roce 2011 došlo k zániku Zdravotní pojišťovny Média kvůli nesplnění podmínky o minimálním počtu pojištěnců a v roce 2012 byla Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE sloučena s Českou průmyslovou pojišťovnou [23].

Jak již bylo zmíněno, občané ČR musí povinně platit zdravotní pojištění. Výše zdravotního pojištění je závislá na výši příjmů jednotlivých osob. Vyměřovací základ zdravotního pojištění je 13,5 %. Sám zaměstnanec hradí 4,5 % a zbylých 9 % hradí zaměstnavatel. Osoby samostatně výdělečně činné platí toto pojistné sami formou měsíčních záloh a ročního doplatku. Zdravotní pojištění je pak odvedeno na účty zdravotních pojišťoven, které tyto finanční prostředky přerozdělují v rámci solidarity. Jinak řečeno, zdraví občané projevují solidaritu vůči těm nemocným, kterým je poskytnuta zdravotní péče [46].

Za dob První republiky byl vyměřovací základ na úrovni 6 %. V současné době došlo tak ke zdvojnásobení výše pojistného [9].

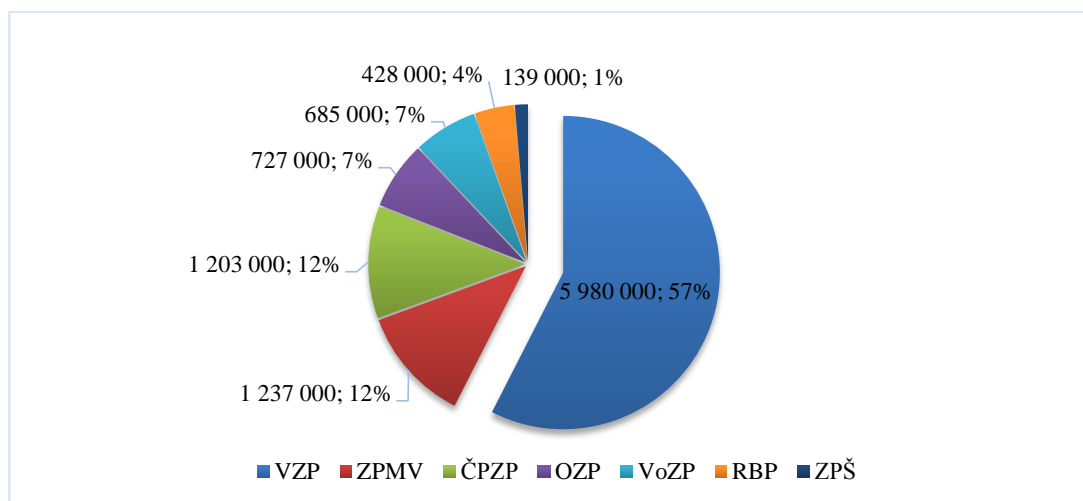
Za osoby bez příjmu (studenti, děti, důchodci ...) platí pojistné stát ze státního rozpočtu. Tento příspěvek, který je státem vložen do pojistného fondu zdravotních pojišťoven, není

v dalších státech s Bismarkovským modelem zcela běžný. Němečtí důchodci hradí pojistné také, avšak vyměřené z nižšího základu a členové rodin bez vlastních příjmů jsou kryti pojištěním živitele rodiny [10].

V České republice je evidováno od roku 2012 celkem 7 zdravotních pojišťoven, které kromě názvu či zkratky, používají číselný kód, který je součástí výčtu těchto pojišťoven [23]:

- *Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (VZP ČR) - 111*
- *Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (VoZP ČR) - 201*
- *Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP) - 205*
- *Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP) - 207*
- *Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ) - 209*
- *Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (ZPMV ČR) - 211*
- *Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (RBP) - 213*

Všeobecná zdravotní pojišťovna je však stále pojišťovnou do jisté míry zvýhodněnou, neboť byla zformována jako první a je upravena samostatným zákonem. Počty pojištěnců k 1. 1. 2014 jsou uvedeny na grafu pod tímto odstavcem (Obrázek 6). Více než polovinu (57 %) pojištěnců je registrováno u Všeobecné zdravotní pojišťovny. Zbylých 43 % si dělí ostatní zdravotní pojišťovny.



Obrázek 6: Graf představující počet pojištěnců zdravotních pojišťoven k 1. 1. 2014

Zdroj: upraveno podle [23]

4.1.2 Ministerstvo zdravotnictví ČR

Na úseku zdravotní péče a ochrany veřejného zdraví je ústředním orgánem státní správy právě Ministerstvo zdravotnictví, které bylo zřízeno zákonem č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy ČR. Působnost tohoto ministerstva je velmi rozsáhlá, neboť je ústředním orgánem státní správy pro zdravotní péči a ochranu veřejného zdraví, zdravotní pojištění, zdravotní informační systém a vědeckovýzkumnou činnost. Ministerstvo je též řídicím orgánem pro některá zdravotnická zařízení. Od vzniku České republiky se na postu ministra vystřídalo celkem osmnáct osob. V současné době je Ministrem zdravotnictví Svatopluk Němeček [28].

4.1.3 Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Zřizovatelem tohoto Ústavu (dále ÚZIS) je Ministerstvo zdravotnictví a byl zřízen již roku 1960. Jedná se o organizační složku státu a je součástí státní statistické služby. Velmi úzce spolupracuje s Českým statistickým úřadem, a dále také s provozovateli informačních systémů, a to v rámci jednotlivých resortů i mimo ně. ÚZIS se řídí principy Kodexu evropské statistiky, což je soubor evropských norem stanovených pro statistické orgány a pro Evropský statistický systém. Hlavními principy jsou především zajištění spolehlivosti dat, ochrana důvěrnosti, profesionální nezávislosti, přesnosti, včasnosti, dostupnosti, jasnosti, srovnatelnosti a soudržnosti [40].

Nástrojem pro výkon Ústavu je Národní zdravotnický informační systém (dále NZIS), který je vymezen v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v § 70 odst. 1 s platností k 1. 4. 2012. NZIS je jednotný celostátní informační systém, který slouží [14]:

- ke zpracování údajů o zdravotním stavu obyvatelstva, o činnosti poskytovatelů a jejich ekonomice, o zdravotnických pracovnících, pro řízení zdravotnictví a tvorbu zdravotní politiky,
- k vedení Národních zdravotních registrů,
- k vedení Národního registru poskytovatelů a Národního registru zdravotnických pracovníků,
- k realizaci a zpracování výběrových šetření o zdravotním stavu obyvatel, o determinantách zdraví, o potřebě a spotřebě zdravotních služeb a spokojenosti s nimi a o výdajích na zdravotní služby,

- pro potřeby vědy a výzkumu v oblasti zdravotnictví,
- zpracování údajů uvedených a k poskytování statistických informací, včetně poskytování informací pro mezinárodní instituce.

Především Národní registr poskytovatelů zdravotnických služeb je významný pro zpracování lokace zdravotních zařízení. Byl zřízen podle §§ 74 a 75 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a jeho veřejná část je volně přístupná na internetu. Registr přináší přehled o všech poskytovatelích zdravotní péče v ČR. Dostupné zde jsou kontaktní údaje (název zdravotnického zařízení, adresa, číslo telefonu, email, případně adresa www), dále také rozsah a specializace péče. Provozovatelem registru a technickou podporu jeho aplikace zajišťuje Koordinační středisko pro rezortní zdravotnické a informační systémy, správcem registru a metodickou podporu zajišťuje ÚZIS [21].

Pro analýzu dostupnosti primární zdravotnických služeb a lůžkové péče v České republice měl kvůli aktuálnosti dat posloužit právě tento registr. Jelikož však nemocnice jsou registrovány na více adresách a jsou uváděny vícekrát v případě existence detašovaných pracovišť, nebylo možné na tomto základu analýzu provádět. Po nastudování dat bylo dále zjištěno, že i přes povinnost poskytnout data o zdravotních zařízeních, nebyly termíny mnohými kraji splněny. Po důkladnější analýze těchto dat bylo také objeveno, že některá pracoviště jsou registrována opakovaně. Toto bylo zástupci poskytovatele tohoto registru v průběhu osobní schůzky sděleno. Registr se tedy pro celoplošný rozbor republiky jevil jako nevhodný. Použit byl pouze v analýzách dostupnosti zdravotní péče v Královéhradeckém a Pardubickém kraji [29].

Kromě Národního registru poskytovatelů zdravotnických služeb jsou zřízeny v ČR další registry. Tyto Národní zdravotní registry vznikly především díky podnětu odborných lékařských společností v roce 2002 a byly zřízeny Ministerstvem zdravotnictví ČR na základě zmocnění zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění. Tento zákon byl ještě dvakrát novelizován avšak od 1. 4. 2012 platí zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), který zákon z roku 1966 plně nahrazuje. Některé registry byly sloučeny, jiné úplně zrušeny a v současné době vede NZIS celkem deset registrů. Jsou jimi například *Národní registr hospitalizovaných* či *Národní registr kloubních náhrad*. Další registry jsou k nalezení na webových stránkách, viz zdroj [21].

5 SÍŤ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Jak je uvedeno výše, mezi hlavní kritéria zdravotního systému patří také dostupnost zdravotní péče. Zájmem veřejného zdravotnictví je nejen udržení a zlepšování zdravotního stavu populace, ale také právě spravedlivé zajištění zdravotní péče, jejichž hlavními pilíři jsou efektivní síť zdravotnických zařízení, rovná dostupnost, využití a počty zdravotnických pracovníků. Primární zdravotnická péče tak musí být poskytována každému ve stejném rozsahu bez rozdílu.

Do roku 1990 tvořily síť zdravotnických zařízení pouze státní organizace. Postupem času se decentralizovala zdravotnická zařízení, až došlo ke vzniku samostatných ordinací lékařů. Zadlužené nemocnice začaly snižovat počet lůžek akutní péče a lůžka byla postupem času převedena do nemocnic následné péče. Po roce 1989 docházelo k prudkému nárůstu počtu zdravotnických zařízení.

Z důvodu utvoření lepšího obrazu o rozvrstvení zdravotní péče na našem území bude vybraným regionem celá Česká republika rozdělena na okresy. Sledován bude stav před rokem 1989 i po něm. Dostupnost zdravotních služeb, která je v současnosti velmi diskutovaným tématem, bude analyzována jak v hospodářství, které bylo centrálně plánované státem, tak také v tom současném tržním.

Zdravotnická infrastruktura ČR, jejichž centrem je hlavní město Praha, kopíruje sídelní uspořádání. V Praze se nachází mnoho specializovaných pracovišť, která zajišťují konkrétní zdravotní péči v podstatě pro celou ČR. Kromě hlavního města jsou významná ještě další centra země, kde se nachází lékařské fakulty (Brno, Olomouc, Plzeň, Hradec Králové). Ministerstvo zdravotnictví má v přímé působnosti fakultní nemocnice. Do roku 2012 se nacházelo v ČR celkem 11 fakultních nemocnic (vč. nemocnice Na Bulovce a Thomayerovy nemocnice). V současné době se zde nachází celkem 9 fakultních nemocnic, jejichž výčet je následující [39]:

- Fakultní nemocnice u sv. Anny,
- Fakultní nemocnice Brno,
- Fakultní nemocnice Hradec Králové,
- Fakultní nemocnice Královské Vinohrady,
- Fakultní nemocnice v Motole,
- Fakultní nemocnice Olomouc,
- Fakultní nemocnice Ostrava,

- Fakultní nemocnice Plzeň,
- Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.

5.1 Data a technika provedené analýzy

Data, která byla využita pro tuto analýzu, jsou dostupná v elektronické či pouze ve fyzické podobě ve Zdravotnických ročenkách vydávaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky. Potřebná data byla dále zpracována pomocí geografického informačního systému ArcGIS 10.3. Intervaly, které bylo nutné zvolit pro provedení analýzy, byly definovány tak, aby byly zřejmé rozdíly v počtu lékařů i lůžek za celé zkoumané období (1963 – 2013) v rámci vybraných regionů.

Pro léta před rokem 1993 bylo nutné provést přepočty, jelikož potřebná data se v daných letech v publikacích nevydávala. Výpočet pro počet lůžek v nemocnicích na 10 tisíc obyvatel, byl následující. Počet lůžek v nemocnicích daného regionu byl vydělen středním stavem obyvatelstva okresu a vynásoben číslem 10 000. Tak se dospělo k přepočtenému počtu lůžek v nemocnicích na 10 tisíc obyvatel, který je již po roce 1993 běžně uváděn ve Zdravotnických ročenkách. Současný okres Zlín nesl dříve název Gottwaldov, a tak došlo při analýze pouze k přejmenování tohoto regionu. Než vznikl v roce 1996 okres Jeseník, jeho území se nacházelo v okrese Šumperk. Na kartogramu jsou tedy znázorněny počty za celé původní území a následně za okres Šumperk a Jeseník zvlášť. V příloze B jsou uvedeny kartogramy, které znázorňují rozdělení okresů republiky před a po vzniku okresu Jeseník. Příloha C nabízí síť nemocnic v roce 1993, který je považován jako přelomový a síť nemocnic v roce 2013, který je v současné době rokem s nejaktuálnějšími daty.

Dřívější hierarchizace na Krajské a Okresní ústavy národního zdraví si vynutila při analýze vždy přičítat krajské počty lůžek a lékařů k těm okresním, a to proto, aby bylo dosaženo co nejpřesnějších výsledků. Nasčítány byly i počty závodních zdravotnických zařízení, které se vyskytovaly v ročenkách odděleně. Lékaři ambulantní péče jsou uváděny v přepočteném počtu podle velikosti jejich úvazku.

Hlavní město Praha se dělí na obvody a nepatří mezi okresy ČR, v analýze je tato metropole zahrnuta jako jeden celek a považována za „okres“.

5.2 Lokace ambulantní péče

Mezi hlavní úkoly pro rok 1963 v oblasti zdravotnictví patřilo zvyšování odborné a ideologické úrovně personálu zdravotnictví, upevňování zdravotní péče se zajištěním

příznivých životních i pracovních podmínek. Zdravotnická zařízení musela fungovat hospodárně a účelně. V ČSSR se v tomto roce nachází celkem 248 nemocnic se 109 541 lůžky. Lékařských míst celkem je 6 337. V rezortu zdravotnictví bylo 5 982 územních zařízení ambulanti preventivní a léčebné péče a 1 903 závodních zařízení. Na území dnešní ČR žilo 9 668 458 obyvatel středního stavu, bylo zde 194 nemocnic a 162 odborně léčebných ústavů. Země byla dělena na 2 593 zdravotnických obvodů [34].

Na Obrázku 7 je uveden kartogram, který znázorňuje počet lékařských míst v ambulanti službě a závodních zařízeních v roce 1963. Nejnížší počet lékařských míst byl nalezen v okrese Plzeň – jih, Břeclav a Znojmo, kde se hodnota pohybovala mírně nad 8. Celkem ve 2 okresech přesáhl přepočtený počet lékařů na 10 tisíc obyvatel 20. V okrese Plzeň – město byla hodnota necelých 25 a v okrese Ostrava – město se jednalo o nejvyšší hodnotu a to hodnotu, která lehce přesáhla 34. Z kartogramu je patrné, že v roce 1963 neexistují na území ČR výrazné meziregionální rozdíly v oblasti poskytování ambulanti péče. Péče je rovnoměrně rozložena na celém území republiky. Počty lékařských míst v ambulanti službě a závodních zařízeních ve všech krajích zaokrouhlených na dvě desetinná místa jsou v příloženém dokumentu na kompaktním disku.



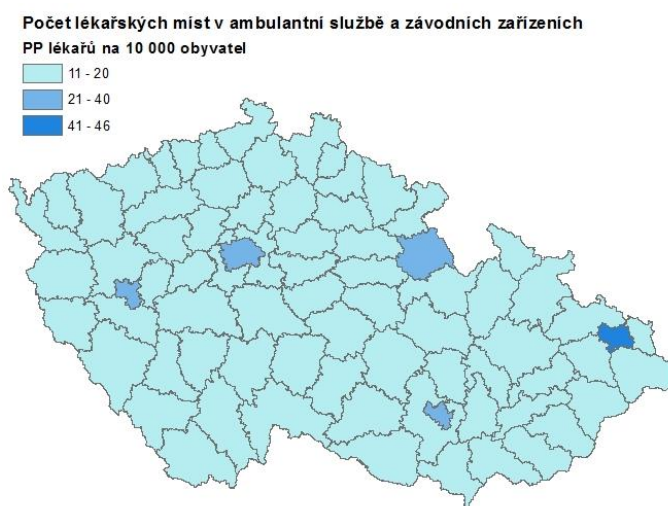
Obrázek 7: Přepočtený počet lékařů v roce 1963

Zdroj: vlastní dle [34]

O 10 let později (v roce 1973) byly podepsány prováděcí plány o spolupráci v oblasti zdravotnictví se Sovětským svazem, Maďarskou lidovou republikou, Socialistickou federativní republikou Jugoslávie, Bulharskou lidovou republikou a Mongolskou lidovou republikou [50].

Na našem území se v roce 1973 nachází 9 931 372 obyvatel středního stavu, 168 nemocnic a 158 odborně léčebných ústavů. Nastal také nárůst počtu zdravotnických obvodů z 2 593 na 2 841. Dále v roce 1973 došlo oproti roku 1963 k navýšení počtu lékařských míst

v 70 okresech a v Praze. V 6 okresech (Prachatice, Most, Louny, Kladno, Karviná, Chomutov) došlo oproti roku 1963 k poklesu přepočteného počtu lékařů na 10 tisíc obyvatel. Celkově počet lékařů na území ČR vzrostl. Nejvyšší počet byl zaznamenán v okrese Ostrava – město, kde byl zkoumaný indikátor na úrovni 46. Přes 21 lékařských míst na 10 tisíc obyvatel se dostaly okresy Plzeň – město, Rychnov nad Kněžnou, Brno – město a Hlavní město Praha. Nejnižším přepočteným počtem lékařů disponují v tomto roce okresy Břeclav, Louny a Plzeň- jih. V okresech Břeclav a Plzeň – jih došlo oproti roku 1963 k nárůstu počtu lékařů, v okresu Louny potom k nepatrnému poklesu. Data za všechny okresy jsou k podrobnému prostudování v příloženém kompaktním disku.



Obrázek 8: Přepočtený počet lékařů v roce 1973

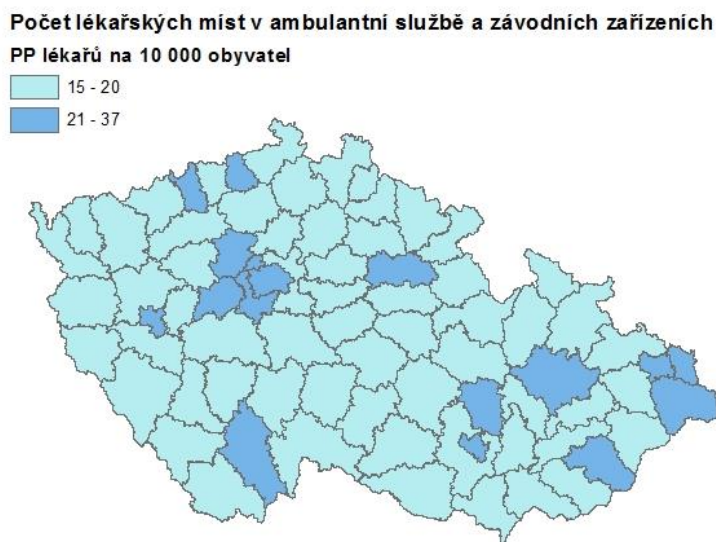
Zdroj: vlastní dle [50]

Dokument, který byl natočen v roce 1983, jasně poukazuje na to, že v této době bylo zdravotnictví na vysoké úrovni. Na území státu se stavěla stále nová zdravotnická zařízení, která poskytovala zdravotnickou péči pro děti, mladistvé, dospělé i nejstarší občany bez rozdílu. Tento krátkometrážní dokument, je možno shlédnout na webových stránkách, viz zdroj [5].

Střední stav obyvatelstva přesáhl v tomto roce 10 milionů. Celkem se na našem území nacházelo 10 324 429 obyvatel a 3 859 zdravotnických obvodů s 18 616 lékařskými místy v ambulantní službě a se 3 399 lékařskými místy v závodních zařízeních. V roce 1983 došlo vzhledem k roku 1973 k nárůstu počtu lékařských míst v 74 okresech, pokles nastal pouze v okresech Rychnov nad Kněžnou (- 8,4) a Ostrava – město (- 9,6). I přes největší pokles vzhledem k roku 1973, který zaznamenal okres Ostrava – město, je možné konstatovat, že tento okres vykazoval nejvyšší počet lékařů na 10 tisíc obyvatel (celkem zhruba 37). Jak je patrné z kartogramu (Obrázek 9), hodnotu 21 lékařů přepočtených na 10 tisíc obyvatel středního stavu

přesáhlo celkem 16 okresů. Nejnižším počtem lékařů disponují v tomto roce okresy Břeclav, Louny a Plzeň- jih, v nichž však vzhledem k roku 1973 došlo k nárůstu počtu lékařů.

Celkově však na našem území docházelo ke zvyšování zajištění ambulantní zdravotní péče, která se projevovala především v západní části v okolí Hlavního města Prahy a také ve východní části v okolí okresu Ostrava – město. Z kartogramu (Obrázek 9) je dále patrné, že byly již viditelné rozdíly v rámci dostupnosti ambulantní služby na našem území.



Obrázek 9: Přepočtený počet lékařů v roce 1983

Zdroj: vlastní dle [32]

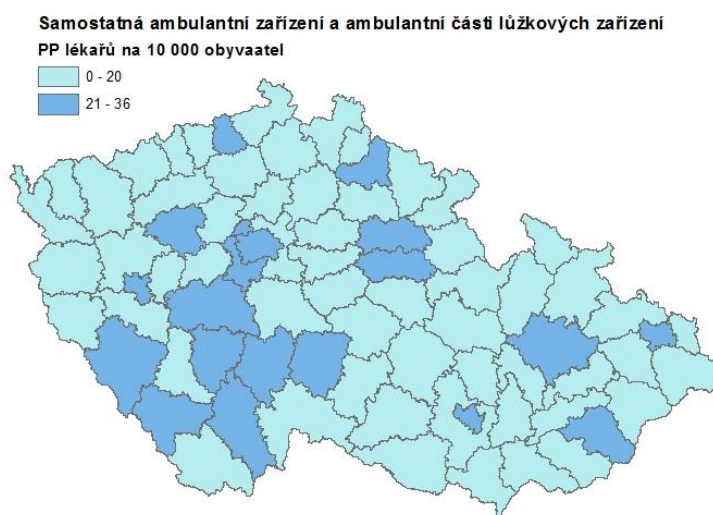
Rok 1993 s sebou přinesl mnoho změn. Vznik České republiky a vznik její nové legislativy, způsobil jisté problémy. V oboru zdravotnictví absentoval nejen zákon o zdravotnických zařízeních, nýbrž také jednotné názvosloví a vymezení termínů. Dokládá to i fakt, že na počátku roku 1993 bylo v ČR přibližně 6,5 tisíce zdravotnických zařízení, zatímco na jeho konci přes 17 tisíc. Z těchto 17 tisíc bylo 224 zařízení řízeno přímo Ministerstvem zdravotnictví, 2 491 okresními úřady. Nestátních zařízení bylo na konci roku 1993 celkem 14 461, zatímco na jeho začátku pouhých 2 953. Nestátními zařízeními byly povětšinou ordinace praktických a odborných lékařů [47].

V roce 1993 se v ČR nacházelo 10 330 607 obyvatel, což představuje jistý pokles vzhledem k roku 1983. Ve zdravotnictví pracovalo celkem 34 378 lékařů. V ambulantní péči spolu s ambulantní péčí lůžkových zařízení 69,8 % [47].

Kartogram (Obrázek 10) znázorňuje pokrytí lékařů na 10 tisíc obyvatel v rámci jednotlivých regionů. V 19 okresech se pohyboval počet lékařů poskytujících ambulantní péči v intervalu 21 - 36 na 10 tisíc obyvatel. Největší zastoupení lékařů v přepočtu na obyvatele bylo

zaznamenáno v roce 1993 v okrese Plzeň – město s hodnotou 36 v okrese Brno – město s hodnotou 35 a Hlavní město Praha s hodnotou 31. Přestože celkově došlo k nárůstu počtu lékařů na 10 tisíc obyvatel, pokles byl zaznamenán ve 30 regionech. K největšímu snížení přepočteného počtu lékařů došlo v okrese Ostrava – město (- 11,4) a Most (- 5,23). Naopak nárůst byl zaznamenán ve 46 okresech a ten největší v okrese Hradec Králové (+ 6,3), Příbram (+ 5,3) a Rakovník (+ 4,9).

Nejnižším počtem lékařů disponují v tomto roce okresy Nový Jičín, Mělník a Domažlice. Okresy Nový Jičín a Mělník zaznamenaly oproti roku 1983 pokles počtu lékařů, Domažlice nepatrný nárůst. Meziregionální rozdíly v roce 1993 byly zpozorovány poměrně ve větším měřítku než v roce 1983. Jižní část republiky vykazovala větší zastoupení lékařů. Pás mezi pomyslnou hranicí, která odděluje Čechy a Moravu představoval oblast s nižším počtem lékařů komparovaným vzhledem k celému území ČR. S nižším počtem lékařů se potýkala také oblast severozápadu země.



Obrázek 10: Přepočtený počet lékařů v roce 1993

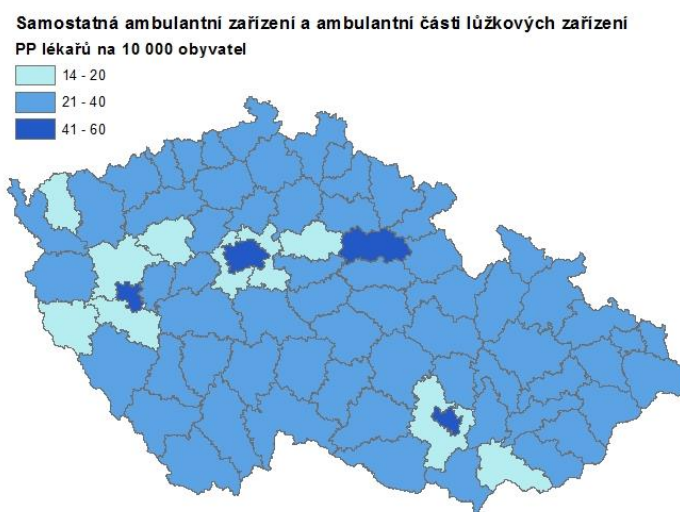
Zdroj: vlastní dle [47]

K 1. 7. 2003 se v ČR nacházelo 10 201 651 obyvatel. Výrazně posílil nestátní sektor, neboť v lednu roku 2003 většina zdravotnických zařízení, která byla spravována okresními úřady, byla převedena do plné kompetence krajů. Působnost zbylých zařízení byla přesunuta do přímé působnosti Ministerstva zdravotnictví, měst a obcí. Celkem bylo registrováno 26 655 zdravotnických zařízení, z nichž pouze 272 zřizovalo Ministerstvo zdravotnictví. V ambulantní péči pracovalo zhruba 29 tisíc lékařů. Na 10 tisíc obyvatel připadalo v průměru 28 lékařů. Celkem 74 % ambulantní péče (měřeno na úvahy lékařů) bylo zprivatizováno. V druhé

polovině roku 2003 začaly kraje uvažovat o převádění příspěvkových organizací na akciové, v nichž by byl jediným akcionářem kraj [48].

Kartogram (Obrázek 11) znázorňuje pokrytí lékařů na 10 tisíc obyvatel v rámci jednotlivých regionů. Stejně jako v roce 1993 i v roce 2003 se na prvních příčkách v počtu lékařů na 10 tisíc obyvatel drží okresy Plzeň město (hodnota 57), Brno – město (hodnota 51) a Hlavní město Praha (hodnota 49). V 63 okresech se pohyboval počet lékařů poskytujících ambulantní péči v intervalu 21 - 40 na 10 tisíc obyvatel. To znamená, že za období 1993 – 2003 došlo k nárůstu počtu lékařů v 71 okresech a v Praze. Pokles počtu lékařských míst na 10 tisíc obyvatel byl zaznamenán pouze v okrese Praha – západ (-6,7), Rakovník (-3,0), Brno – venkov (-2,2), Plzeň – sever (-1,4) a v okrese Praha – východ (-0,2). Do výsledků analýzy jsou zahrnuty také hodnoty za nový okres Jeseník, který vznikl 1. 1. 1996.

Kartogram (Obrázek 11) demonstruje meziregionální rozdíly v roce 2003, které byly zaznamenány především ve středních a západních Čechách a jihu Moravy. Tyto rozdíly se dotýkaly především pacientů, kteří díky takovému rozložení ambulantních služeb byly nuceni za poskytnutím zdravotní péče dojíždět do velkých měst. Oblasti kolem okresu Plzeň – město, Brno – město a Hlavní město Praha vykazovaly nízký počet lékařských míst přepočtených na 10 tisíc obyvatel v rámci republikového srovnání.



Obrázek 11: Přepočtený počet lékařů v roce 2003

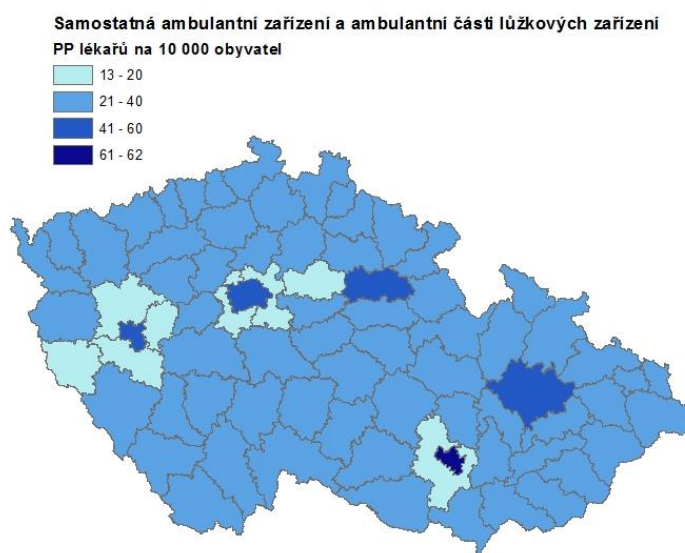
Zdroj: vlastní dle [48]

Střední stav obyvatelstva přesáhl v roce 2013 10,5 milionu. V ČR bylo registrováno celkem 29 218 zdravotnických zařízení, což představuje nárůst o 2 563 zdravotnických zařízení vzhledem k roku 2003. V ambulantní péči pracovalo necelých 34 tisíc lékařů [49].

Kartogram (Obrázek 12) představuje rozložení lékařů na 10 tisíc obyvatel v rámci jednotlivých okresů. První příčky v přepočteném počtu lékařů jsou i v roce 2013 vzhledem k roku 2003 neměnné. První místo obsazuje Brno – město s hodnotou 61,8, druhou pozici má Plzeň město s 59,5 a třetí v pořadí je Hlavní město Praha s hodnotou 59,4.

Do intervalu 41 – 60 lékařských míst na 10 tisíc obyvatel bylo možné zařadit celkem 4 regiony (okres Plzeň – město, Hrade Králové, Olomouc a Hlavní město Praha). V intervalu 21 - 40 se nacházelo 64 okresů a pouze 8 okresů spadalo do intervalu 13 - 20. V 63 okresech a v Praze byl navýšen počet lékařských míst a ve 13 naopak snížen. Největší nárůst byl zaznamenán v okrese Brno – město (10,5) a největší pokles v okrese Praha – východ (-2,5). Poklesy a nárůsty všech okresů republiky jsou k dispozici v příloženém kompaktním disku.

Z kartogramu (Obrázek 12) je patrné, že k výrazným meziregionálním diferenciacím vzhledem ke stavu v roce 2003 nedošlo. Okresy Sokolov, Rakovník a Hodonín však nově spadají do intervalu 21 – 40, Olomouc do intervalu 41 -60 a Brno – město nově do intervalu 61 – 62. U všech okresů to představuje posun do početnějšího intervalu. Oblasti kolem okresu Plzeň – město, Brno – město a Hlavní město Praha vykazovaly stále nízký počet lékařských míst přepočtených na 10 tisíc obyvatel v rámci republikového srovnání.



Obrázek 12: Přepočtený počet lékařů v roce 2013

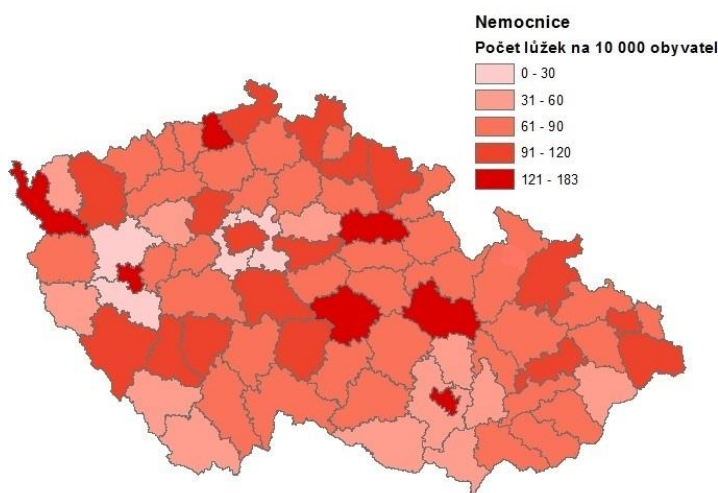
Zdroj: vlastní dle [49]

5.3 Lokace lůžkové péče

Nemocnice jsou velmi významná zdravotnická zařízení, která zajišťují akutní zdravotní péči. V roce 1963 bylo na území současné ČR 194 nemocnic s celkovým počtem 83 101 lůžek.

Na Obrázku 13 je kartogram, který znázorňuje počty lůžek na 10 tisíc obyvatel středního stavu v nemocnicích. V okrese Ústí nad Labem se nacházelo přibližně 183 lůžek, v okrese Plzeň - město 161, v okrese Cheb 159, v okrese Svitavy 141 lůžek na 10 tisíc obyvatel. Bez nemocnice a tudíž bez lůžka byl a i dnes je okres Plzeň – sever. S nejnižším počtem lůžek se potýkal okres Plzeň – jih (12), Praha – západ (17), Praha – východ (25). Nízký počet lůžek v okresech kolem velkých měst je předvídatelný, neboť dostatečný počet lůžek byl zajištěn právě ve velkých městech, kde byla zajištěna dostatečná lůžková kapacita. Více než 121 lůžek se nacházelo v 7 okresech, méně než 30 lůžek v nemocnicích bylo celkem ve 4 okresech (Plzeň – sever, Plzeň – jih, Praha – západ a Praha – východ). Potřebná lůžka byla situována spíše v okrese Plzeň – město a v Praze. Osoby, které vyhledávaly lůžkovou péči, tak musely v mnohých případech najet několik desítek kilometrů, aby jim tato péče mohla být poskytnuta.

Rozdíly, které jsou patrné na kartogramu (Obrázek 13), se vyskytovaly v rámci celého území dnešního státu. Počet lůžek nebyl rovnoměrně rozložen a největší difference byly zaznamenány ve středních, severních i západních Čechách.



Obrázek 13: Počet lůžek v roce 1963

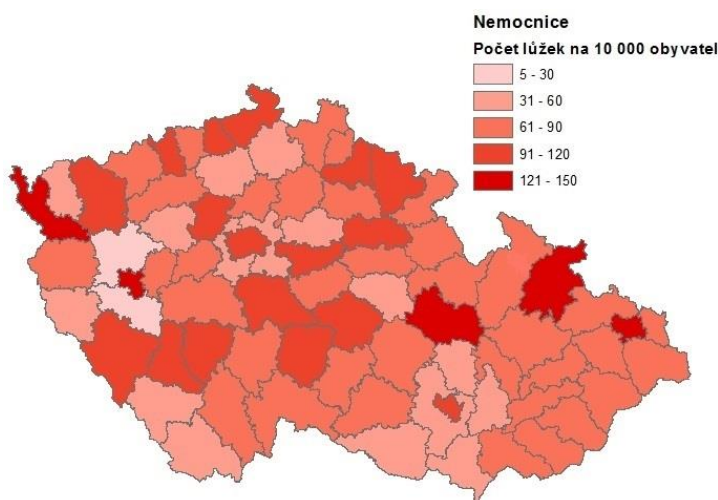
Zdroj: vlastní dle [34]

V roce 1973 bylo na území současné ČR 168 nemocnic s celkovým počtem 83 001 lůžek. Kartogram (Obrázek 14) znázorňuje rozložení lůžkové péče přepočtené na 10 tisíc obyvatel středního stavu. Největším lůžkovým fondem v nemocnicích disponovaly v roce 1973 okresy Cheb, Plzeň – město, Svitavy, Ostrava – město a Bruntál. Do druhého intervalu (91 - 120) spadalo celkem 16 okresů a Hlavní město Praha, v intervalu (61 – 90) bylo 35 okresů, v intervalu (31 – 60) celkem 17 okresů a nejméně lůžek v nemocnicích (interval 5 – 30) se nacházelo ve 2 okresech.

Celkem ve 34 okresech došlo během 10 let k nárůstu počtu lůžek na 10 tisíc obyvatel a ve 41 okresech a v Praze k poklesu. Největší nárůst počtu lůžek v roce 1973 vzhledem k roku 1963 byl zaznamenán v okrese Vsetín (o přibližně 32 lůžek), Praha – východ (nárůst o 29 lůžek), Bruntál (nárůst o 22 lůžek). K největší redukci lůžkového fondu došlo v okresech Ústí nad Labem (pokles o 69 lůžek na 10 tisíc obyvatel, Brno – město (pokles o 27 lůžek), Havlíčkův Brod (pokles o 23 lůžek).

Kartogram (Obrázek 14) demonstruje, že více než 121 lůžek se nacházelo v 5 okresech, což je o 2 okresy méně než v roce 1963. Nejméně lůžek, což znamená méně než 30 lůžek, bylo celkem ve 2 okresech (Plzeň – sever, Plzeň – jih).

Rozdíly, které jsou patrné na kartogramu (Obrázek 13), se vyskytovaly v rámci celého území dnešního státu. Počet lůžek nebyl ani v roce 1973 rovnoměrně rozložen. Nedostatek lůžek byl registrován na jihovýchodě země.



Obrázek 14: Počet lůžek v roce 1973

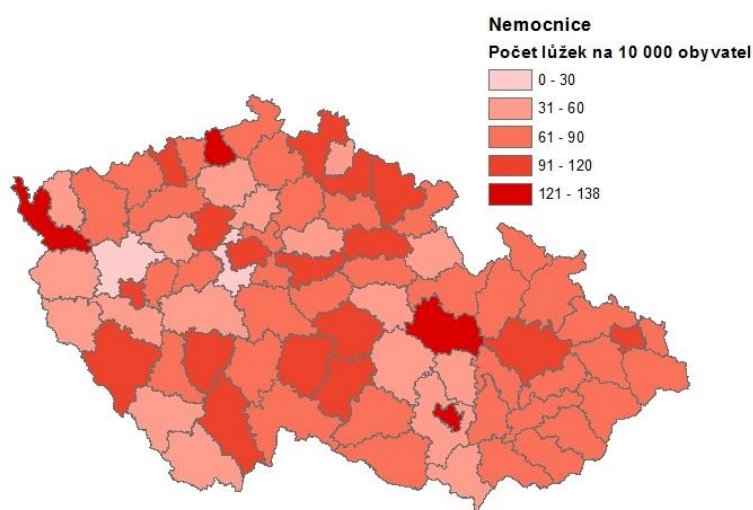
Zdroj: vlastní dle [33]

Dle Zdravotnické ročenky vydané v roce 1984 poskytující data za rok 1983 bylo na území ČR celkem 153 nemocnic s 83 583 lůžky. Od roku 1973 tak bylo zrušeno celkem 15 nemocnic. Počet lůžek byl však celkově navýšen o 582 lůžek.

Nejvíce lůžek na 10 tisíc obyvatel se vyskytovalo v okresech Ústí nad Labem (138 lůžek), Cheb (128 lůžek), Brno – město (126 lůžek), Svitavy (123 lůžek). Do intervalu 91 – 120 spadalo celkem 14 okresů a Hlavní město Praha, intervalu 61 – 90 náleželo 37 okresů a interval 31 -60 obsadilo 18 okresů. Pouze 30 lůžek na 10 tisíc obyvatel středního stavu bylo v okrese Praha – západ a žádným lůžkem nedisponoval okres Plzeň – sever.

Ve 28 okresech došlo za období 1973 – 1983 k nárůstu počtu lůžek na 10 tisíc obyvatel, ve 47 okresech a v Praze došlo naopak ke snížení kapacity lůžkového fondu. Největší nárůst počtu lůžek byl zaznamenán v okrese Znojmo (o 28 lůžek), Ústí nad Labem (24 lůžek) a Most (o 19 lůžek). Největší redukce počtu lůžek postihla okresy Bruntál, kde došlo ke snížení o zhruba 36 lůžek, Plzeň – město, kde snížení představovalo 28 lůžek a Cheb, kde redukce představovala zhruba 22 lůžek přepočtených na 10 obyvatel středního stavu v daném roce.

Výrazné meziregionální rozdíly v dostupnosti lůžkové péče ilustruje kartogram (Obrázek 15). V přepočtu na 10 tisíc obyvatel dochází od roku 1963 stále ke snižování zajištění lůžkové péče. Diference v rámci všech okresů byly stále zřetelnější. Východní část země, západní, střední i jižní Čechy vykazovaly nízkou lůžkovou kapacitu.



Obrázek 15: Počet lůžek v roce 1983

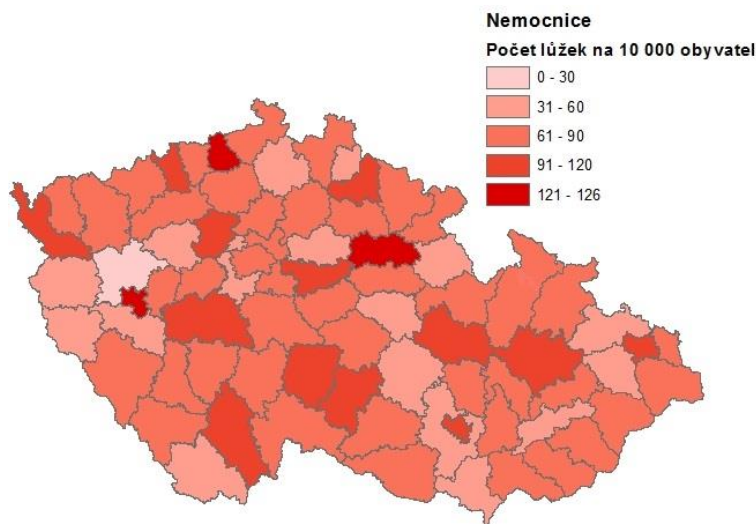
Zdroj: vlastní dle [32]

K 31. 12. 1993 je evidováno v ČR 189 nemocnic. 157 nemocnic bylo státních a 32 nestátních z toho 9 privátních. Nestátní zařízení zajišťovala celkem 8,5 % lůžek z celkových 82 061.

Obrázek 12 nabízí kartogram, který znázorňuje počet lůžek na 10 tisíc obyvatel v roce 1993. Do intervalu 121 – 126 se vešly pouze tři okresy a to Plzeň – město, Hradec Králové a Ústí nad Labem. 91 – 120 lůžek na 10 obyvatel bylo zaznamenáno ve 13 okresech, do intervalu 61 – 90 spadalo Hlavní město Praha a dalších 41 okresů. Do další třídy, představující interval 31 – 60 patřilo 17 okresů. Okresy zajišťující nejnižší počet lůžek byly s hodnotou 35,3 Praha - západ, s hodnotou 37,3 Plzeň – jih a s hodnotou 37,3 Brno - venkov. Bez jediného lůžka, to znamená bez lokalizace nemocnice, byl okres Plzeň – sever.

Celkem ve 31 okresech došlo během 10 let (1983 – 1993) k nárůstu počtu lůžek na 10 tisíc obyvatel a ve 43 okresech a v Praze k poklesu. Největší nárůst počtu lůžek v roce 1993

vzhledem k roku 1983 byl zaznamenán v okrese Příbram (o přibližně 45 lůžek), Blansko (nárůst o 33 lůžek), Sokolov (nárůst o 23 lůžek). K největší redukci lůžkového fondu došlo v okresech Písek (pokles o 28 lůžek, Přerov (pokles o 22 lůžek), Klatovy (pokles o 19 lůžek na 10 tisíc obyvatel). Rozdíly, které jsou patrné na kartogramu (Obrázek 16), se vyskytovaly v rámci celé ČR. Počet lůžek nebyl ani v roce 1993 rovnoměrně rozložen. Jisté problémy s nedostatkem lůžek byly zaznamenány na jihu Čech, Moravě a Slezsku.



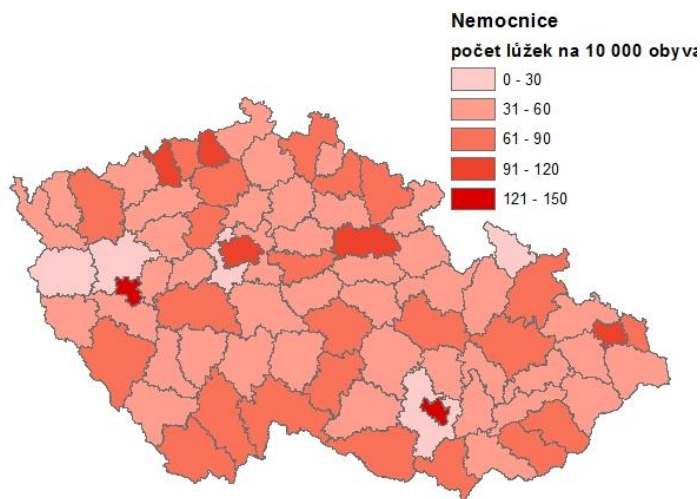
Obrázek 16: Počet lůžek v roce 1993

Zdroj: vlastní dle [47]

V roce 2003 bylo v ČR celkem 201 nemocnic s 66 492 lůžky. Na Obrázku 17 je kartogram ČR, která znázorňuje počet lůžek na 10 tisíc obyvatel v roce 2003. Na prvních příčkách se v počtu lůžek v nemocnicích umístily Plzeň – město se 143 lůžky a Brno město se 123 lůžky. Do intervalu 91 – 120 spadaly přesně 3 okresy (Ústí nad Labem, Hradec Králové, Most) a Hlavní město Praha. Interval 61 – 90 lůžek čítal 22 okresů a interval 31 – 60 celkem 44 okresů. Okresy zajišťující nejnižší počet lůžek byly s hodnotou necelých 30 okres Jeseník, s hodnotou 17 Praha- západ, s hodnotou 19 Brno - venkov a s hodnotou 19 Tachov. Bez jediného lůžka, to znamená bez lokalizace nemocnice, byl okres Plzeň – sever, ve kterém do dnešního dne, nemocnice postavena nebyla.

Jen v 5 okresech a v Praze došlo v nemocnicích k nárůstu počtu lůžek přepočtených na 10 tisíc obyvatel středního stavu. V 70 okresech bylo zaznamenáno zrušení lůžek a v okrese Plzeň – sever nedošlo ke změně, neboť je tento okres stále bez nemocnice, a proto je počet lůžek v tomto regionu stále nulový. K nejvýraznější redukci počtu lůžek došlo v okrese Cheb (pokles o 69 lůžek), Pelhřimov (pokles o 44 lůžek), Příbram (pokles o 38 lůžek) a v okrese České Budějovice, kde došlo ke snížení počtu lůžek v nemocnicích na 10 tisíc obyvatel také

o 38. Do celkových výsledků je nově zařazen také okres Jeseník. Data za všechny okresy jsou dostupná v příloženém kompaktním disku.



Obrázek 17: Počet lůžek v roce 2003

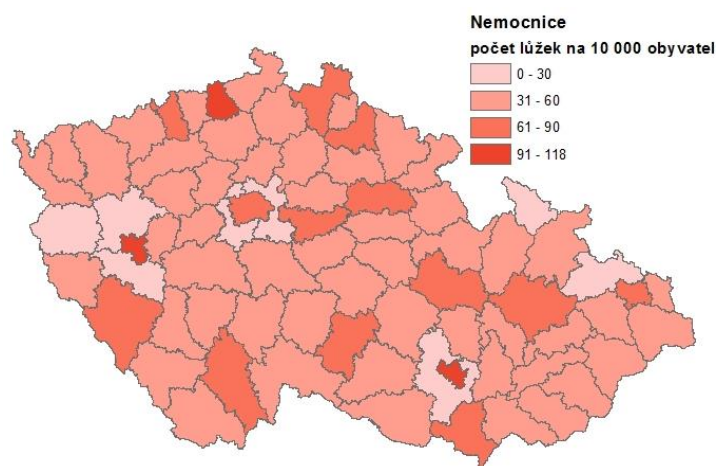
Zdroj: vlastní dle [48]

V roce 2013 se nacházelo v ČR jen 188 nemocnic s 56 807 lůžky. V roce 2013 došlo opět ke snížení celkového lůžkového fondu v nemocnicích. Od roku 1963 to představuje pokles o 26 294 lůžek. Lůžkový fond tehdy tvořilo na území ČR celkem 83 101 lůžek, které se nacházely ve 194 nemocnicích.

Z kartogramu (Obrázek 18) je patrné, jak byla rozložena lůžková péče v přepočtu na 10 tisíc obyvatel středního stavu v roce 2013 na území ČR. Na prvních příčkách se v počtu lůžek v nemocnicích umístily Plzeň – město se 118 lůžky, Brno město se 106 lůžky a Ústí nad Labem se 105 lůžky. Interval 61 – 90 lůžek čítal 12 okresů a Hlavní město Praha, v intervalu 31 – 60 se nacházelo celkem 53 okresů. Okresy zajišťující nejnížší počet lůžek byly s hodnotou necelých 30, okresy Plzeň – jih, Opava, Jeseník, Praha – východ, Brno – venkov, Praha – západ a Tachov. Bez jediného lůžka, to znamená bez lokalizace nemocnice, byl okres Plzeň – sever.

V 6 okresech došlo za období (2003 – 2013) k nárůstu počtu lůžek na 10 tisíc obyvatel. V 69 okresech a v Praze se jednalo o redukci lůžkového fondu. Okres Plzeň – sever zůstal beze změny.

V okrese Plzeň – město a Rychnov nad Kněžnou byl zaznamenán největší pokles, jednalo se o redukci v celkové výši 25 lůžek na 10 tisíc obyvatel. Ke zvětšení lůžkového fondu došlo v okrese Rakovník, Kolín, Mělník, Jablonec nad Nisou, Klatovy a Jičín.



Obrázek 18: Počet lůžek v roce 2013

Zdroj: vlastní dle [49]

5.4 Shrnutí dostupnosti zdravotní péče

Dostupnost zdravotní péče byla zjišťována za období 1963 - 2013. Bylo rozhodnuto, že intervaly budou tvořit desetiletá období. Započato bylo rokem 1963, kdy se počet lékařských míst na 10 tisíc obyvatel nacházel na nejnižší úrovni. Jak léta ubíhala, docházelo a stále dochází ke zvyšování přepočteného počtu lékařů. Rok 2013 představoval poslední období, kdy byla dostupnost ambulantní zdravotní péče zkoumána.

Tabulka 5 uvádí medián a průměr poskytování ambulantní péče na 10 tisíc obyvatel v uvedených letech. Oba ukazatelé mají rostoucí tendenci, což znamená, že počty lékařů ambulantní péče se zvyšují. Tento trend je neměnný již od roku 1963. K největšímu nárůstu průměru došlo v dekádě 1993 – 2003, kdy se transformovalo nejen zdravotnictví. Rozvolněná atmosféra bez potřebného zákona způsobila prudký nárůst zdravotnických zařízení s ambulantní péčí.

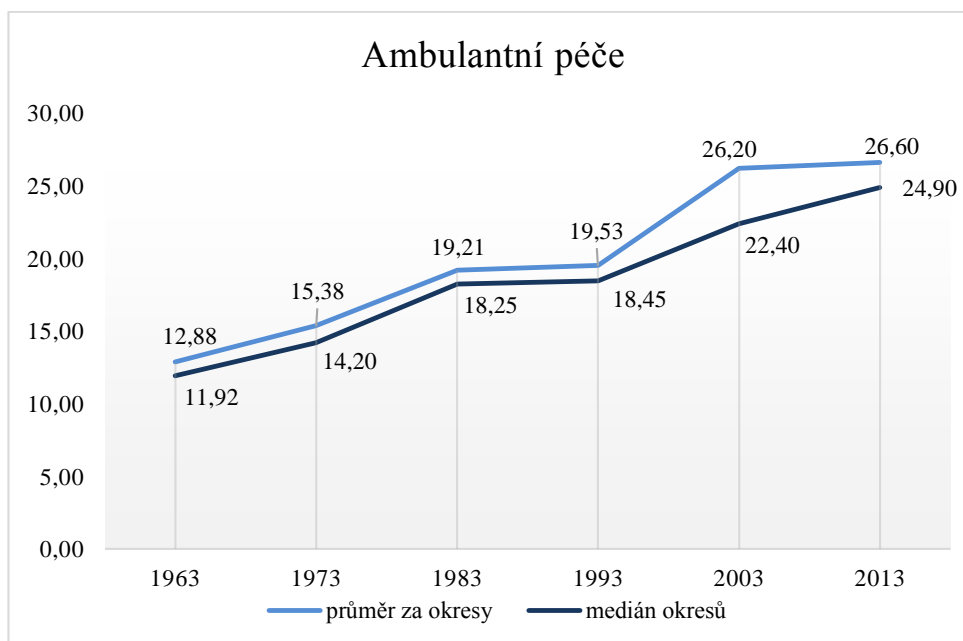
Tabulka 5: Průměr a medián přepočteného počtu lékařů na 10 tisíc obyvatel ve vybraných letech

	1963	1973	1983	1993	2003	2013
průměr za okresy	12,88	15,38	19,21	19,53	26,20	26,60
medián okresů	11,92	14,20	18,25	18,45	22,40	24,90

Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu (Obrázek 19) je patrné, že zajišťování ambulantní péče má od roku 1963 stále rostoucí tendenci. V roce 2013 došlo k více než k dvojnásobení průměru PP lékařů ambulantní péče na 10 tisíc obyvatel středního stavu vzhledem k roku 1963. Počet lékařů stále roste. V roce

2013 byl průměr ambulantní péče na úrovni 26,6 a medián 24,9. Rozdílné hodnoty jsou zaznamenány v předchozích dekádách, kdy například v roce 1963 byl průměr PP lékařů poskytujících ambulantní zdravotní péči na 10 tisíc obyvatel na úrovni 12,88. V roce 2003 již šlo o hodnotu 26,2. Celý vývoj je možno sledovat na grafu pod tímto odstavcem (Obrázek 19).



Obrázek 19: Graf vývoje ambulantní péče ve vybraných letech

Zdroj: vlastní zpracování

Výzkum lůžkového fondu na území ČR byl taktéž proveden za období 1963 -2013. V Tabulce 6 je uveden medián a průměr počtu lůžek na 10 tisíc obyvatel v uvedených letech. Oba ukazatelé mají klesající tendenci, což znamená, že lůžka jsou již od roku 1963 stále redukována. Dochází ke snižování kapacit lůžkového fondu v nemocnicích a tento trend je možné předvídat i v budoucnosti.

Tabulka 6: Průměr a medián počtu lůžek na 10 tisíc obyvatel ve vybraných letech

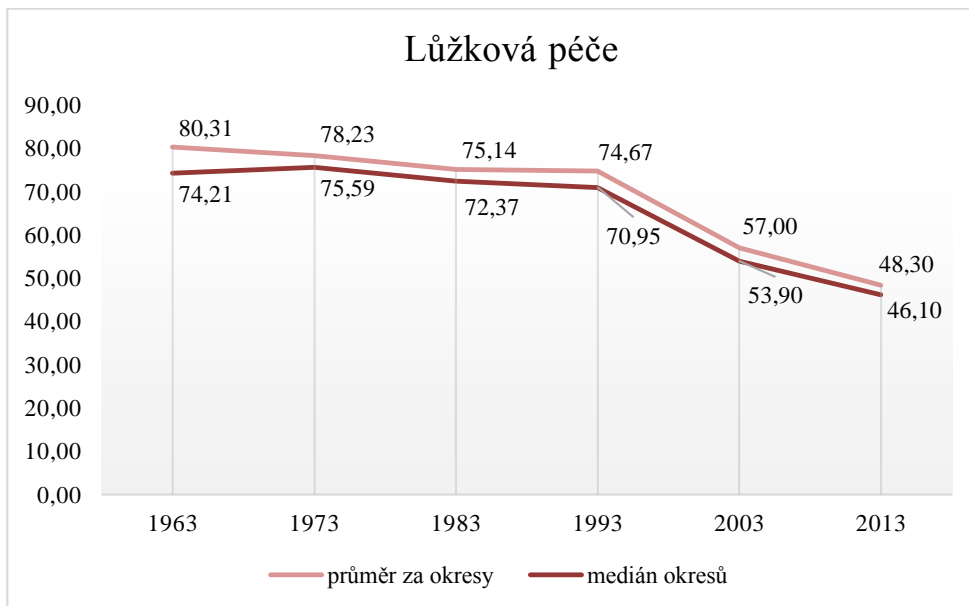
	1963	1973	1983	1993	2003	2013
průměr za okresy	80,31	78,23	75,14	74,67	57,00	48,30
medián okresů	74,21	75,59	72,37	70,95	53,90	46,10

Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu (Obrázek 20) je patrné, že lůžková péče v nemocnicích je od roku 1963 zajišťována v nižší a nižší míře. Průměrně byl počet lůžek na 10 tisíc obyvatel středního stavu v rámci okresů ČR na úrovni 80,31 a v roce 2013 již pouze 48,3. Největší redukce v přepočtu na počet

obyvatel byla provedena v dekádě 1993 -2003. Rok 1993 představoval jistý zlom, kdy přesun kompetencí na nižší územní celky nepředstavoval v zajištění lůžkové péče ještě takový rozdíl.

V roce 2003 je již diference výraznější. Průměrný přepočtený počet lůžek na 10 tisíc obyvatel v okresech byl v roce 2013 jen 48,3. Střední hodnota (medián) v roce 2013, týkající se počtu lůžek na 10 tisíc obyvatel, byla 46,1. Při pohledu na rok 1963 byl průměr za okresy na úrovni 80,31 a medián 74,21. Klesající trend je zaznamenán na níže uvedeném grafickém znázornění (Obrázek 20).



Obrázek 20: Graf vývoje lůžkové péče ve vybraných letech

Zdroj: vlastní zpracování

6 LOKACE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ VE VYBRANÝCH KRAJÍCH

Poslední dostupná data, kterých bylo třeba pro zpracování analýzy za okresy Královéhradeckého a Pardubického kraje, jsou z roku 2013. Je nutné konstatovat, že počty jednotlivých zdravotnických zařízení se do současné chvíle nijak dramaticky změnit nemohly, potřebné výsledky analýzy tedy nebudou významně ovlivněny.

V regionální analýze bude využit nejpoužívanější ukazatel dostupnosti lékařské péče, a to počet lékařů na 100 tisíc obyvatel středního stavu. Není zde brán zřetel na specifické skupiny. Znamená to, že počet lékařů pro děti a dorost není přepočten na počet obyvatel této skupiny a praktický lékař gynekolog není přepočten na populaci žen. Nedokonalost tohoto ukazatele vede k nepřesným výsledkům, avšak i přesto je hojně užíván, a to i v mezinárodním srovnávání. Byl tedy zvolen také pro zpracování této analýzy. Práce je zaměřena na zdravotnická zařízení ambulantní péče, kterými jsou:

- ordinace praktických lékařů pro dospělé;
- ordinace praktických lékařů pro děti a dorost;
- ordinace praktických lékařů stomatologů;
- ordinace praktických lékařů gynekologů.

V ČR v současné době neexistuje žádný legislativní dokument, který by uváděl, kolik musí být v určitém regionu lékařů na daný počet obyvatel. Tyto hodnoty neuvádí ani žádná strategie kraje. Existují však dokumenty z nedávné minulosti, které přepočtené počty na obyvatele uvádí. Jedním z nich je „Zdravotně pojistný plán VZP pro rok 1996“ a dalším „Vyhláška o síti zdravotnických zařízení“ sestavená Sdružením Ambulantních Specialistů ČR dostupná na <http://www.sasp.cz/vyhlaska-o-siti-zdrav-zarizeni>. Jednotlivé přepočtené počty lékařských míst se ve zmiňovaných dokumentech příliš nerozcházejí. Komparace bude provedena však na základě počtů uvedených ve vyhlášce. Potřebný výčet pro analýzu je uveden v Tabulce 7.

Tabulka 7: Doporučený počet lékařských míst na 100 tisíc obyvatel

Lékařské místo	PL pro dospělé	PL pro děti a dorost	PL stomatolog	PL gynekolog
Počet	55-60	22-25	50-53	10

Zdroj:[43]

Rozbory, které následují po okresních analýzách, se týkají regionalizace primární péče na úrovni obcí KHK a PK. Tyto analýzy jsou postaveny na datech již zmiňovaného registru

poskytovatelů zdravotnických služeb, který nebylo možno použít na předcházející analýzy. Výsledky jsou platné k 3. 3. 2015, kdy byla selekcí všech dat vytvořena vlastní potřebná databáze s daty pro dané obce, která je součástí přílohy na kompaktním disku [29].

6.1 Královéhradecký kraj

Královéhradecký kraj se nachází v severovýchodní části Čech. Kraje, které sousedí s tímto regionem, jsou na jihu Pardubický, na jihozápadě Středočeský a na západě Liberecký. Kraj je složen z pěti okresů. Nejméně lidnatým okresem je Rychnov nad Kněžnou se 79 016 obyvateli a naopak nejpočetnějším okres je Hradec Králové se 162 572 obyvateli středního stavu [52].

6.1.1 Ambulantní zdravotnická péče v okresech

Výsledky analýzy zdravotnických zařízení Královéhradeckého kraje za jednotlivé okresy jsou uvedeny na grafu (Obrázek 21). V Královéhradeckém kraji bylo 1 359 samostatných ambulantních zařízení [52].

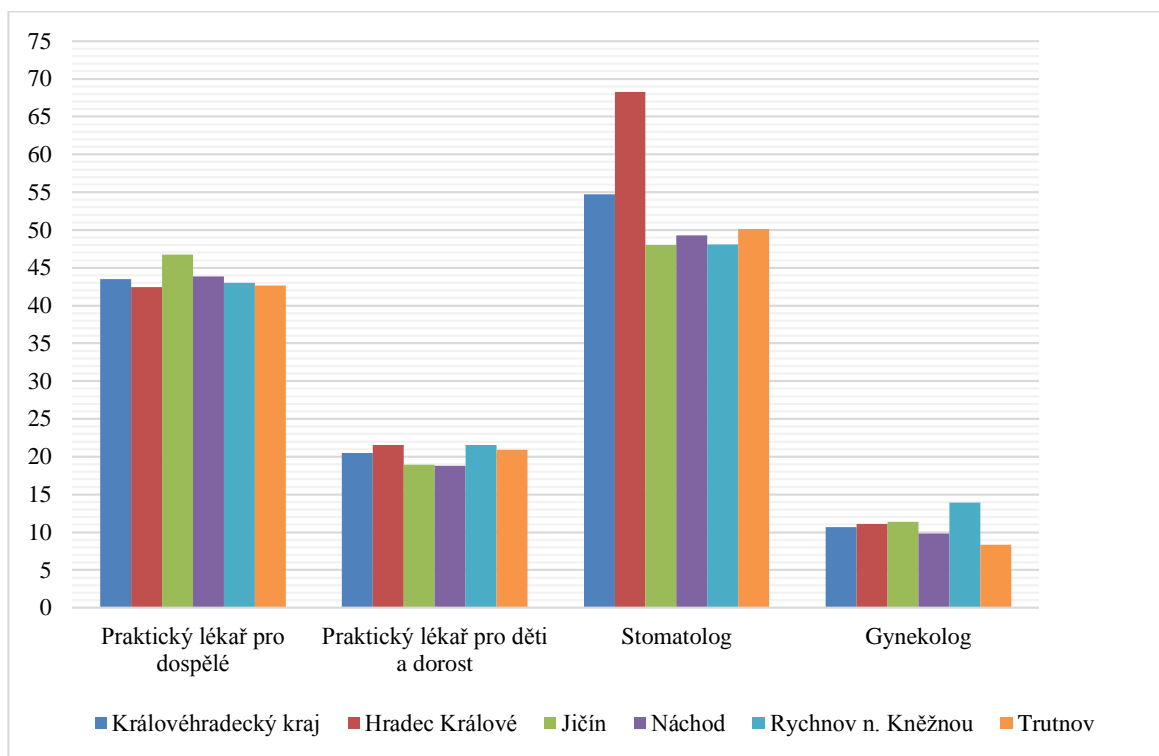
Doporučený počet lékařských míst pro PL pro dospělé je dle Tabulky 7 v intervalu 55-60. Ani jeden okres nespadá do tohoto intervalu, ve všech okresech je počet PL pro dospělé nedostačující. Nejkritičtější stav je v okrese Hradec Králové, kde je pouze 42 těchto lékařských míst. Nejlépe jsou na tom obyvatelé okresu Jičín se 47 lékařských míst. Průměr pro celý Královéhradecký kraj se pohybuje kolem 43,5 lékařských míst.

Pro 100 tisíc obyvatel by mělo zajišťovat ambulantní zdravotní péči 22-25 praktických lékařů pro děti a dorost. Zde jsou výsledky také neuspokojivé. Okresy Hradec Králové, Rychnov nad Kněžnou a Trutnov přesahují hodnotu 20, avšak okresy Jičín a Náchod se pohybují pod hranicí 19. Dá se tedy konstatovat, že ambulantní zdravotní péče pro děti a dorost je nedostačující. Průměr za celý kraj je téměř 20,5 lékařského místa.

Pro praktické lékaře stomatology jsou výsledky příznivější. Počet stomatologů v rámci Královéhradeckého kraje je 54,7, což přesahuje hranici pro doporučený počet stomatologů, který je 50-53. Celkem tři okresy se do tohoto intervalu nevešly. Jsou jimi Jičín, Náchod a Rychnov nad Kněžnou. Okres Hradec Králové se do intervalu nevešel. S hodnotou 68,2 lékařských míst se jedná o velmi silné, až zbytečně početné zastoupení stomatologů v tomto okresu.

Ideální počet pro praktické lékaře gynekology je 10. Nejblíže se k této hodnotě blíží počet lékařských míst v rámci celého kraje. Nejméně (8,4) gynekologů je v okrese Trutnov a naopak

nejvíce (13,9) je v okrese Rychnov nad Kněžnou. Počet lékařských míst gynekologů na 100 tisíc obyvatel je v okrese Jičín a Hradec Králové přes 11 a okrese Náchod necelých 10.



Obrázek 21: Graf představující ambulantní zdravotní péči v okresech KHK

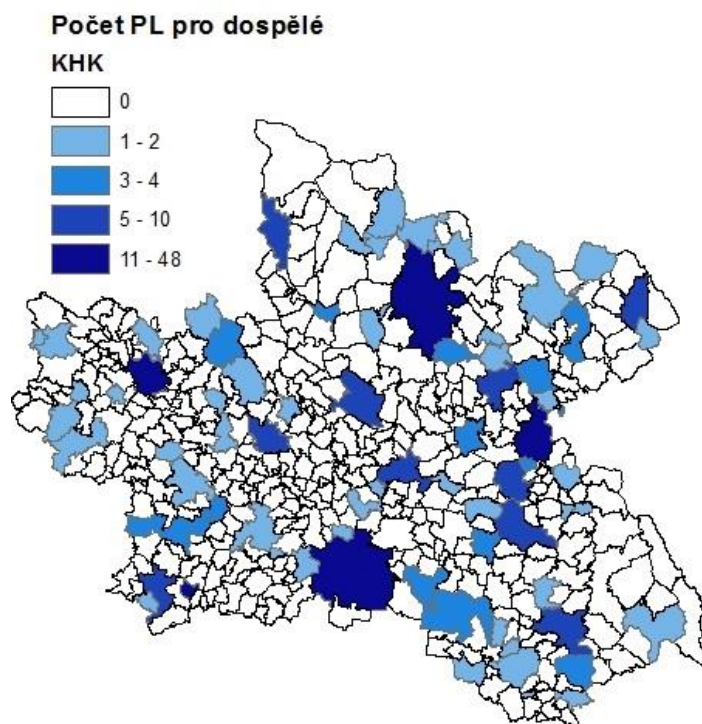
Zdroj: vlastní dle [44]

Z grafu (Obrázek 21) je patrné, že PP pro dospělé je v rámci jednotlivých okresů vyrovnaný, avšak nedostačující, neboť doporučený počet je kolem 55-60. Nejblíže se k ideálnímu intervalu blíží okres Jičín. U PL pro děti a dorost je to obdobné, žádný okres se nevyčleňuje. Žádný okres se nepohybuje v ideálním intervalu 22-25 lékařských míst na 100 tisíc obyvatel. Ordinance stomatologů jsou pro tuto analýzu zajímavější, neboť okres Hradec Králové vykazuje nadměru stomatologů a naopak zbytek okresů jejich nedostatek. Znamená to tedy, že v případě nutnosti vyhledat tuto odbornou pomoc, musí pacienti využít dopravních prostředků a za touto službou najet několik kilometrů. Také u lékařských specialistů gynekologů je zaznamenána jistá okresní nerovnováha. V Rychnově nad Kněžnou je počet těchto lékařů zbytečně vyšší.

6.1.2 Ambulantní zdravotnická péče v obcích

Analýza, která následuje je zaměřena nižší územní celky a to na obce KHK. Na Obrázku 22 se nachází kartogram obcí KHK, které znázorňují počty lékařů pro dospělé. Počty PL pro dospělé se nachází na stupnici 0 - 48. Nejvíce lékařů pro dospělé je v krajském městě Hradec Králové, 18 lékařů je v Písku, 15 v Trutnově, 13 v Jičíně a 12 v Náchodě. Je evidentní, že počet praktiků se zvyšuje s rozlohou dané obce. Stojí za povšimnutí, že bez lékaře jsou povětšinou

obce právě kolem velkých měst s vysokým zastoupením lékařů. Ze čtyř zkoumaných zdravotnických zařízení dopadla lokace PL lékařů pro dospělé nejlépe. V kraji se těchto odborníků nachází nejvíce a také jsou nejlépe rozprostřeny. V 75 obcích se tento lékař nachází a naopak ve 373 nebyl lokalizován.

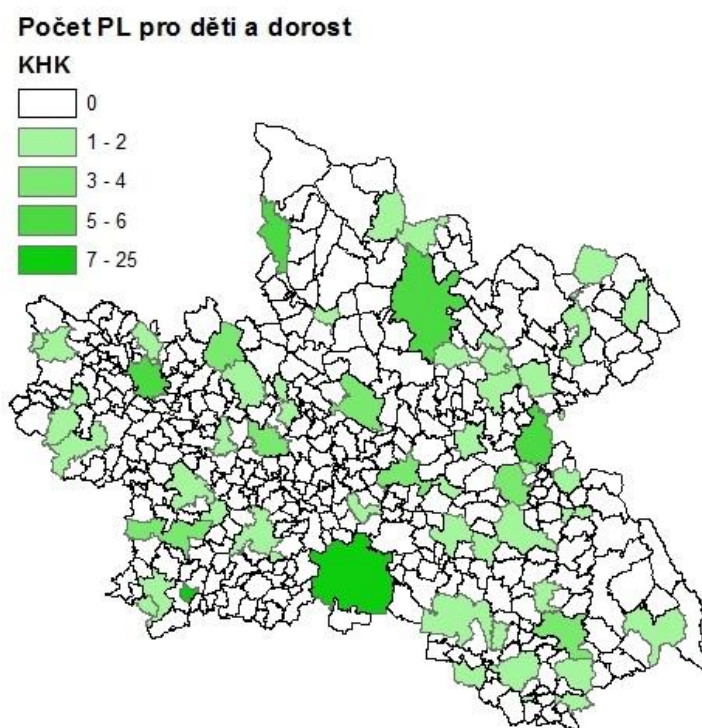


Obrázek 22: Počet PL pro dospělé v obcích KHK

Zdroj: vlastní dle [29], [44]

Také lékařů pro děti a dorost je nejvíce ve městě Hradec Králové, sídlí jich tu celkem 25, pak přichází velký propad, kdy v Písku je pouhých 8 lékařů pro děti a dorost, v Náchodě je jich 6, v Trutnově také a v Jičíně a Vrchlabí je pouze 5 lékařů. Z kartogramu (Obrázek č. 23) je patrné, že ve většině obcí (387) se lékař, který by zajišťoval primární péči pro děti a dorost nenachází. Na základě analýzy zjišťující počet PL pro děti a dorost na 100 tisíc obyvatel bylo také zjištěno, že je počet nedostačující a výsledek to jen potvrzuje.

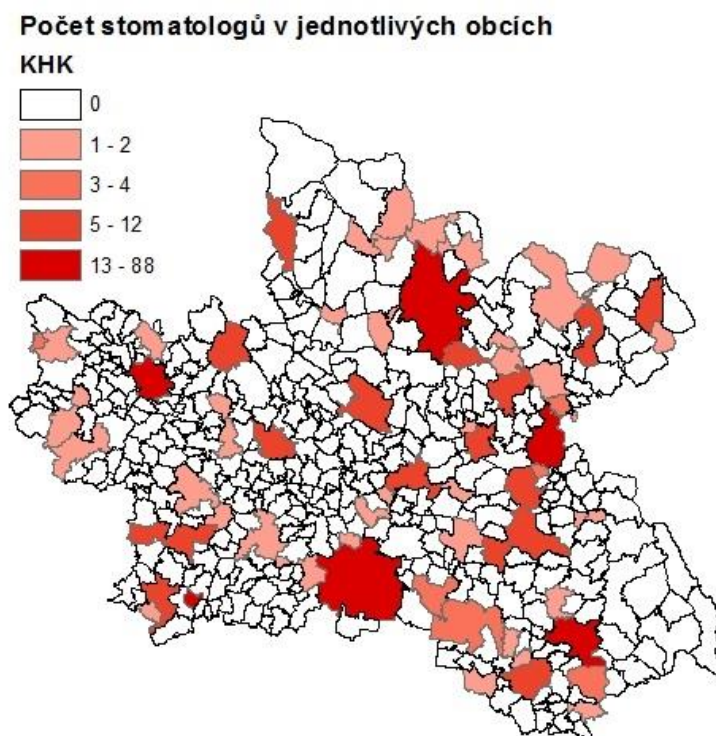
V severní a východní části kraje je mnoho obcí, ve kterých se PL pro děti a dorost vůbec nevyskytuje. Mnoho pacientů tak v případě potřeby poskytnutí zdravotnické péče musí využít dopravního prostředku a za lékařem se přepravit několik kilometrů. Zastoupení lékařů není v rámci kraje rovnoměrně rozprostřeno. PL pro děti a dorost se sdružují ve větším počtu vždy v oblastech s vyšším počtem obyvatel, což je pochopitelné. Celkem v 60 obcích byl alespoň 1 lékař pro děti a dorost nalezen, avšak ve 388 se jednalo o pravý opak a lékaře zde nebylo možné lokalizovat.



Obrázek 23: Počet PL pro děti a dorost v obcích KHK

Zdroj: vlastní dle [29]

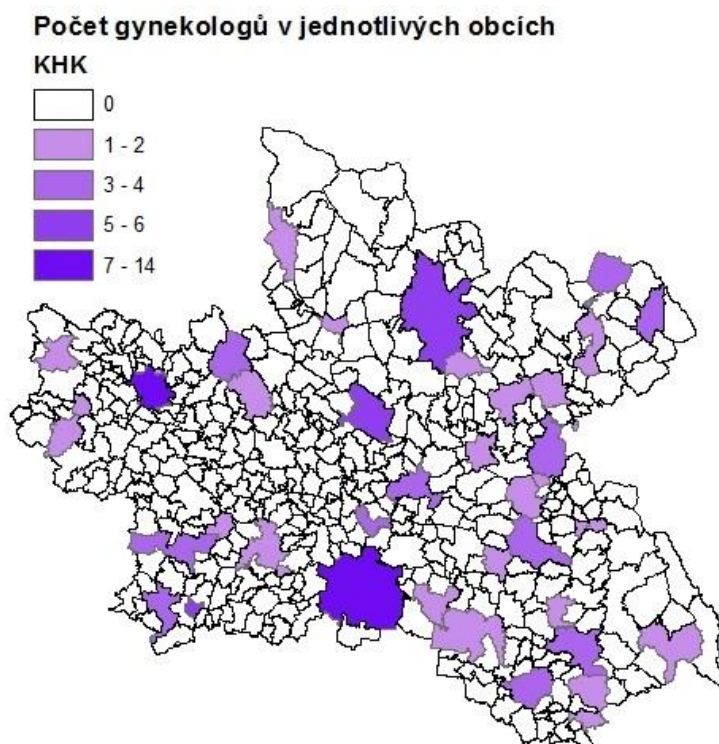
Stupnice počtu stomatologů v obcích KHK i s kartogramem se nachází na Obrázku 24. Nejvíce ordinací stomatologů se opět nachází v Hradci Králové, kde je možnost jich naleznout celkem 88. Větší zastoupení zaznamenává také okresní město Trutnov s 22 zařízeními, Náchod se 14 a Jičín a Rychnov nad Kněžnou s 12 stomatology. Ve 381 obcích KHK není s dispozici zubní lékař, který by poskytoval místním občanům odbornou péči. V celém kraji se nachází mnoho oblastí, kde nesídlí žádný stomatolog. To představuje problém v případě potřeby akutní návštěvy. Všechny obce jihovýchodní části kraje jsou bez jediného stomatologa. A tak všem obyvatelům těchto obcí nezbývá nic jiného, než se za zubním lékařem vypravit i na běžnou preventivní prohlídku několik kilometrů. Rozložení zdravotní stomatologické péče je nerovnoměrné a v rámci celého kraje bez jakýkoliv pravidel. Celkem v 67 obcích je umístěna alespoň 1 ordinace zubního lékaře ve zbytku obcí (381) tato ordinace neexistuje.



Obrázek 24: Počet stomatologů v obcích KHK

Zdroj: vlastní dle [29]

Z kartogramu (Obrázek 25) je patrné, že také nejvíce gynekologů se nachází ve větších městech kraje. 14 ordinací ženských praktických lékařů je v Hradci Králové, následuje Jičín se 7 gynekology, Písek a Trutnov s 6 a Dvůr Králové se 4 ordinacemi gynekologů. V pěti obcích jsou 3 gynekologové, v šesti obcích jsou vždy 2 gynekologové a ve 26 obcích je pouze 1 gynekolog. Celkem ve 406 obcích se nevyskytuje ordinace ženského praktického lékaře. To představuje jistý problém, neboť mnoho žen musí za svým lékařem překonat mnoho kilometrů. Rozložení zdravotní péče gynekologů je ze čtyř zkoumaných péčí tou nejproblematictější, poněvadž tito lékaři se nacházejí v nejnižším počtu obcí a jejich lokalizace je nerovnoměrná v celém kraji. Naleznout alespoň 1 ordinaci praktického ženského lékaře lze pouze ve 42 obcích.



Obrázek 25: Počet ženských praktických lékařů v obcích KHK

Zdroj: vlastní dle [29]

6.1.3 Lůžková péče

V okrese Hradec Králové se nachází dvě nemocnice, z nichž jedna je fakultní a druhá v soukromém vlastnictví, a také dvě léčebny pro dlouhodobě nemocné. V okrese Jičín je jedna soukromá nemocnice a jedna léčebna pro dlouhodobě nemocné. Bez léčebny pro dlouhodobě nemocné a s jednou soukromou nemocnicí funguje okres Náchod. V okrese Rychnov nad Kněžnou se nachází jedna soukromá nemocnice a také jedna léčebna pro dlouhodobě nemocné.

Počty lůžek v jednotlivých okresech jsou k dispozici k nahlédnutí v Tabulce 8.

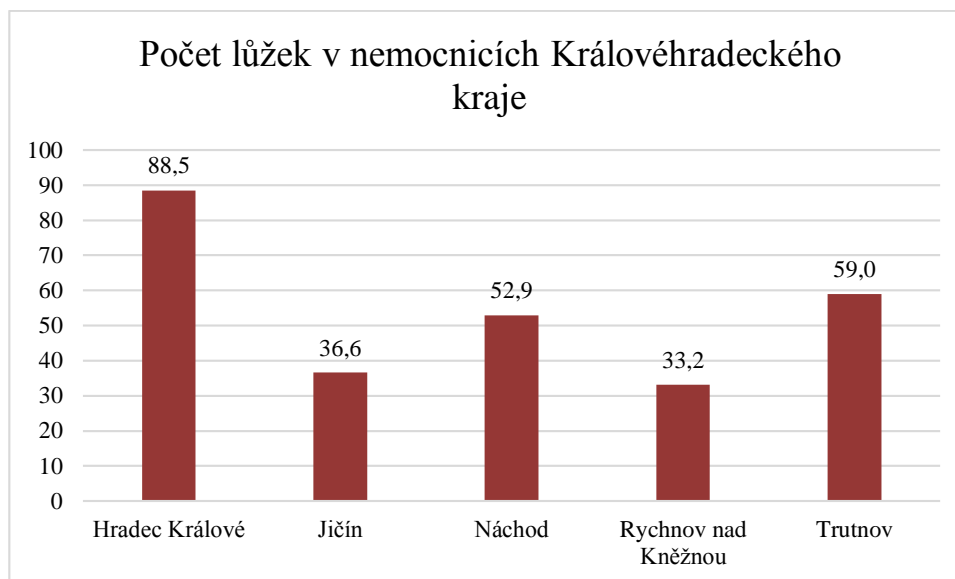
Tabulka 8: Počty lůžek v okresech KHK

	Hradec Králové	Jičín	Náchod	Rychnov nad Kněžnou	Trutnov
Lůžka celkem	1 740	741	620	314	2 013
Lůžka - nemocnice	1 439	290	590	262	705
na 10 tis. obyvatel	88,5	36,6	52,9	33,2	59
Lůžka - léčebny pro dlouhodobě nemocné	245	111	-	52	35
na 10 tis. obyvatel	15	14	-	6,6	2,9

Zdroj: vlastní dle [44]

Graf pod tímto odstavcem (Obrázek 26) znázorňuje počty lůžek v nemocnicích, které se vyskytují v daném regionu. Je patrné, že největší kapacitou disponuje okres Hradec Králové,

který zajišťuje 88,5 lůžka na 10 tisíc obyvatel tohoto regionu. 59 lůžek poskytují nemocnice okresu Trutnov, 52,9 okres Náchod a 36,6 lůžek okres Jičín. Nejhuře je na tom s lůžky kapacitně Rychnov nad Kněžnou, kde je pouhých 33,2 lůžka na 10 tisíc osob.



Obrázek 26: Graf počtu lůžek v nemocnicích na 10 tisíc obyvatel v okresech KHK

Zdroj: vlastní dle [44]

6.2 Pardubický kraj

V Pardubickém kraji se nachází celkem čtyři okresy. Počet obyvatel v polovině roku 2013 byl v okresech: Chrudim 104 021, Pardubice 168 319, Svitavy 104 676 a Ústí nad Orlicí 138 765. Kraj sousedí na východní straně s Olomouckým, na jihovýchodě s Jihomoravským, na jihozápadě s krajem Vysočina, dále na západě se Středočeským krajem a na severozápadě s Královéhradeckým krajem [53].

6.2.1 Ambulantní zdravotnická péče v okresech

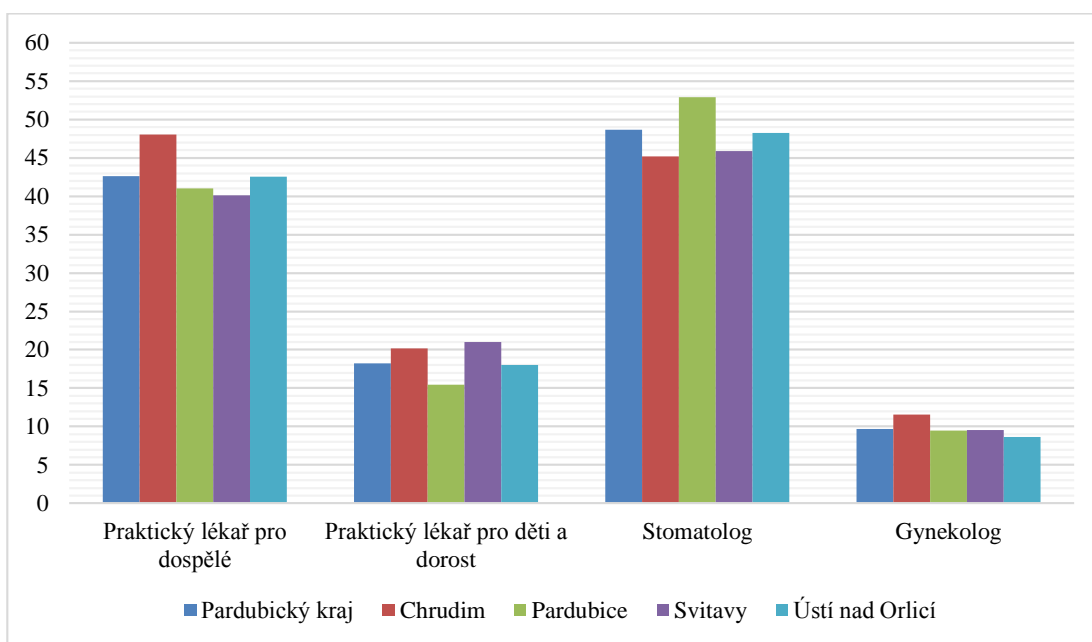
Výsledky analýzy zdravotnických zařízení v okrese Pardubice jsou uvedeny na grafu (Obrázek 27). V roce 2013 bylo v Pardubickém kraji 1 188 samostatných ambulantních zařízení.

Jelikož je doporučeným intervalem pro lékařská místa praktických lékařů pro dospělé 55 - 60, je nutné konstatovat, že zajištění této ambulantní zdravotní péče je nedostačující ve všech okresech, potažmo v kraji. V okrese Chrudim je touto hodnotou 48, pro Pardubice a Svitavy 40 a pro Ústí nad Orlicí 42,5. Lékařů pro dospělé je tu stejně jako v Královéhradeckém kraji značný nedostatek.

S neuspokojivým počtem je to stejné i pro praktické lékaře pro děti a dorost. Dolní hranici 22 nepřekročil ani jeden okres. Nejhůře je na tom s praktickými lékaři pro děti a dorost okres Pardubice, kde na 100 tisíc obyvatel je pouze 15,4 lékařů. Nejlépe jsou na tom Svitavy s 21 lékaři. Krajská hodnota pro praktické lékaře pro děti a dorost je ustálena na hodnotě 18,2.

Vyhovující počet pro praktické lékaře stomatology vykazuje okres Pardubice s necelými 53 lékařskými místy. Nejhůře je poskytována ambulantní péče stomatologů v okresu Chrudim, neboť je zde pouze 45 stomatologů na 100 tisíc obyvatel.

K ideální hodnotě 10 pro počet gynekologů se blíží 3 okresy ze 4. Nejlepší zastoupení ženských praktických lékařů je v okresu Chrudim, kde je jejich počet zhruba 11,5, dále následují okresy Svitavy (9,6) a Pardubice (9,5). Nejméně lékařských míst je v okrese Ústí nad Orlicí, kde jejich hodnota 8,6.



Obrázek 27: Graf představující ambulantní zdravotní péči v okresech PK

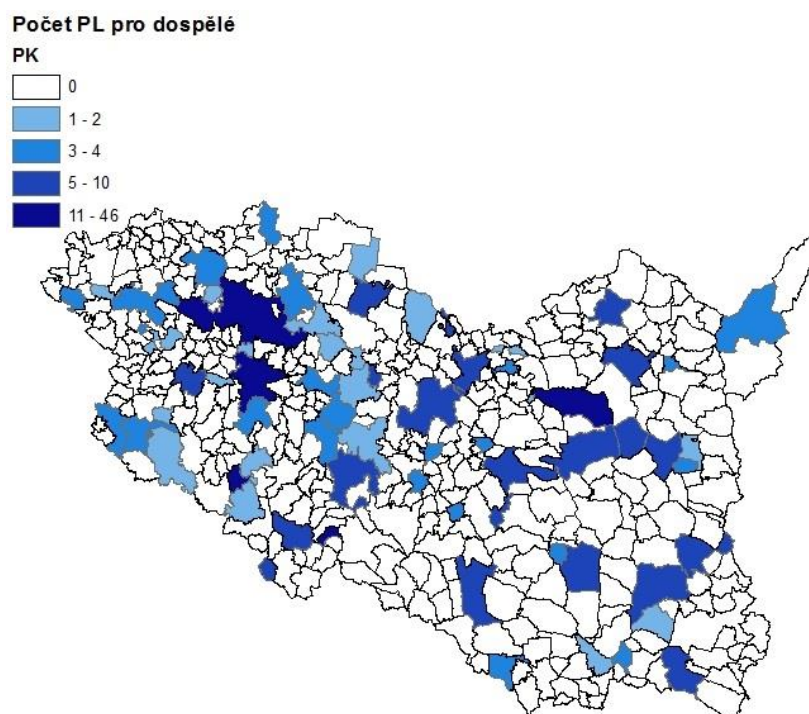
Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu (Obrázek 27) je patrné, že nejvíce PL pro dospělé v přepočtu na 100 tisíc obyvatel je v okresu Chrudim, ostatní okresy jsou vyrovnané. PL pro děti a dorost je nejvíce zastoupen v okrese Svitavy a Chrudim, s nejnižším počtem se potýká okres Pardubice. Žádný okres se nepohybuje v ideálním intervalu 22 - 25 lékařských míst na 100 tisíc obyvatel, avšak Svitavy se k této hodnotě alespoň přibližují. Okres Pardubice má v přepočtu na obyvatele stomatologů nejvíce a naopak Chrudim nejméně. U lékařských specialistů gynekologů je stav zastoupení lékařů v rámci okresů vyrovnaný. S nejnižším počtem se potýká okres Ústí nad Orlicí.

6.2.2 Ambulantní zdravotnická péče v obcích

Rozbor, který bude následovat, se týká regionalizace primární péče na úrovni obcí PK. Analýza je postavena na stejných základech jako ta pro Královéhradecký kraj. Výsledky jsou platné k 3. 3. 2015, kdy byla selekcí všech dat vytvořena vlastní potřebná databáze s daty pro dané kraje.

Na Obrázku 28 je k vidění kartogram obcí PK, který znázorňuje počty specifických lékařů, kteří zde mají své ordinace. Počty PL pro dospělé se nachází na stupnici 0 - 46. Nejvíce lékařů pro dospělé je v krajském městě Pardubice. Je zřetelné, že počet praktiků se zvyšuje s rozlohou dané obce. PL pro dospělé je lokalizován spíše na severozápadě kraje. Nedostatkem PL pro dospělé trpí oblasti na jihovýchodě kraje. Celkem 385 obcí Pardubického kraje je bez lékaře a pouze v 66 obcích se vyskytuje alespoň jedna ordinace PL pro dospělé. Ze všech čtyř pozorovaných zdravotnických zařízení patří právě tato kategorie mezi ty nejvíce obsazené v rámci počtu obcí kraje. Celkový počet lékařů za celý kraj je na úrovni 302 ordinací.

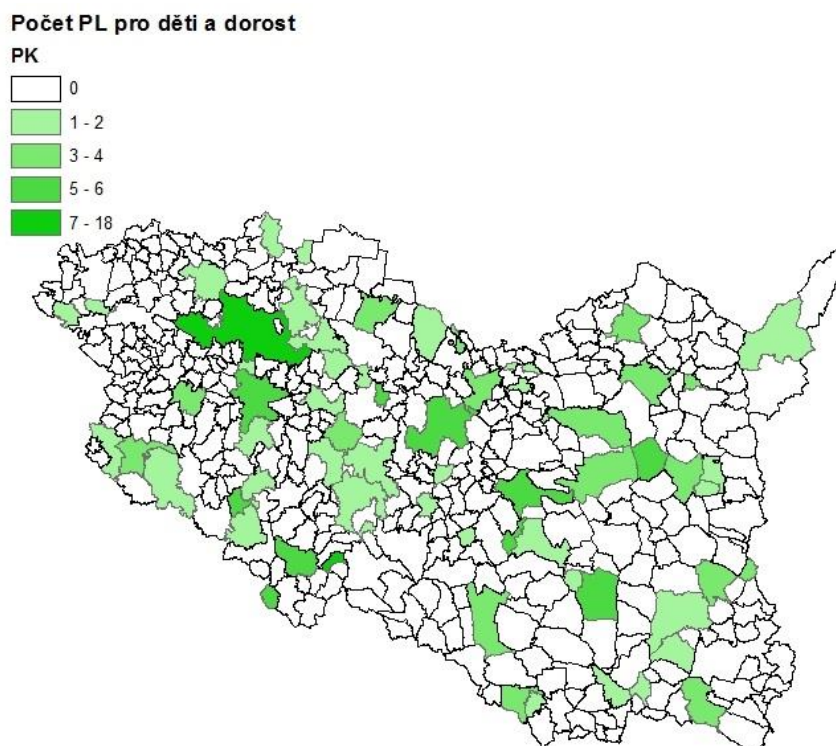


Obrázek 28: Počet PL pro dospělé v obcích PK

Zdroj: vlastní dle [29]

Také PL pro děti a dorost je nejvíce ve městě Pardubice, sídlí jich tu celkem 17. Z kartogramu (Obrázek č. 29) je patrné, že ve 36 obcích je dostupný pouze jeden lékař pro děti a dorost. Ve 390 obcích nebyl PL pro děti a dorost nalezen. Na základě analýzy zjišťující počet PL pro děti a dorost na 100 tisíc obyvatel bylo také zjištěno, že je počet nedostačující a výsledek

této to jen potvrzuje. Praktici pro děti a dorost jsou lokalizováni celkem v 61 obcích. Jejich prostorové rozložení v rámci celého kraje není rovnoměrné. Západní i jihovýchodní část kraje jsou bez existence ordinace PL pro děti a dorost.



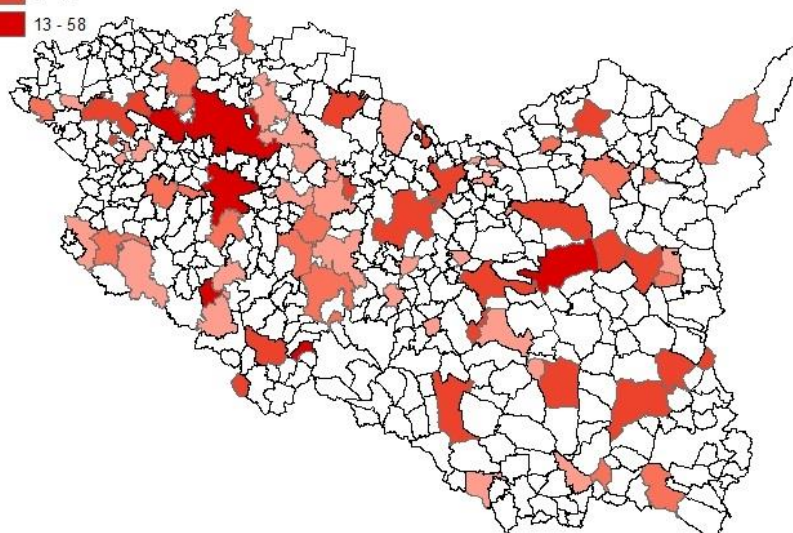
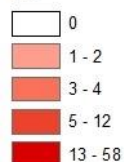
Obrázek 29: Počet PL pro děti a dorost v obcích PK

Zdroj: vlastní dle [29]

Celkem 58 stomatologů se nachází ve městě Pardubice. Větší zastoupení zaznamenává také Hodonín (22), Chrudim (20) či Česká Třebová (14). Ve 25 obcích PK je s dispozicí vždy jeden zubní lékař, který poskytuje místním občanům odbornou péči. Ve 387 se ordinace zubního lékaře nevyskytuje vůbec a v 64 obcích je k nalezení alespoň jedna ordinace. V kraji existuje celkem 336 stomatologů, kteří zde mají své ordinace. Umístění těchto ordinací je nevyhovující, neboť jsou lékaři sdružováni spíše v západní části kraje a ve velkých obcích. Celá východní část zkoumaného regionu nedisponuje potřebným počtem stomatologů. Byly zde nalezeny rozsáhlé oblasti s mnoha obcemi bez výskytu zubního lékaře.

Počet stomatologů v jednotlivých obcích

PK



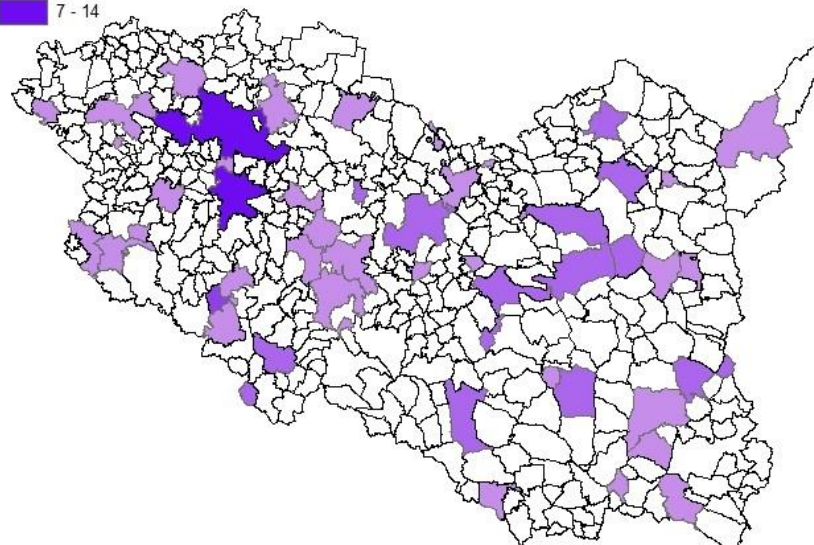
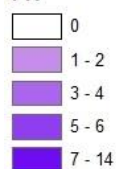
Obrázek 30: Počet stomatologů v obcích PK

Zdroj: vlastní dle [29]

Z kartogramu (Obrázek 31) je patrné, že také nejvíce gynekologů se nachází ve větších městech kraje. 12 ordinací ženských praktických lékařů je v Pardubicích. Ve 32 obcích se nachází vždy jedna ordinace ženského praktického lékaře. Celkem ve 48 obcích byla objevena alespoň jedna ordinace praktického ženského lékaře, avšak ve 403 obcích není možné naleznout ani tu jednu. Celkově bylo k 3. 3. 2015 nalezeno v PK 97 ordinací lékaře gynekologa, což je nejnižší počet zkoumaných zdravotních zařízení. Rozprostření ordinací s gynekologickou ambulantní péčí je v rámci celého kraje značně nerovnoměrné. Pouze malá oblast na severozápadě kraje disponuje vyhovující sítí těchto zdravotnických zařízení. Problémové části se vyskytují především na východě kraje. Zde je počet ordinací praktických ženských lékařů na velmi nízké úrovni.

Počet gynekologů v jednotlivých obcích

PK



Obrázek 31: Počet ženských praktických lékařů v obcích PK

Zdroj: vlastní dle [29]

6.2.3 Lůžková péče

V okrese Chrudim je pouze jedna soukromá nemocnice, léčebna pro dlouhodobě nemocné se zde nenachází. V okrese Pardubice jsou celkem dvě nemocnice a obě v soukromém vlastnictví, také je zde k dispozici jedna léčebna pro dlouhodobě nemocné. V okrese Svitavy jsou čtyři nemocnice, z toho tři jsou soukromé, v tomto okrese se nenachází léčebna pro dlouhodobě nemocné. V celém okrese Ústí nad Orlicí jsou k nalezení dvě nemocnice, z toho jedna soukromá a jedna následné péče, dostupná je zde také jedna léčebna pro dlouhodobě nemocné.

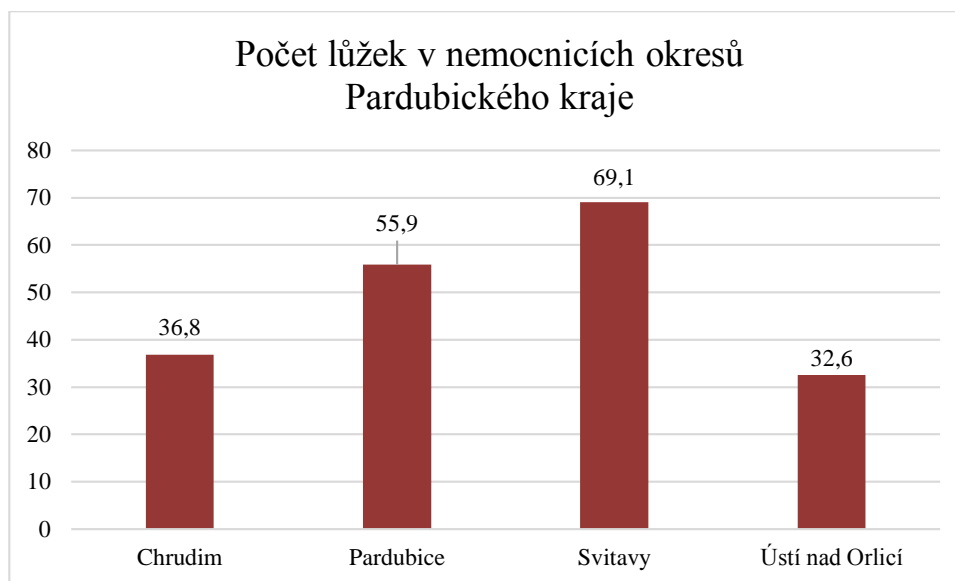
Počty lůžek v jednotlivých okresech jsou k dispozici k nahlédnutí v Tabulce 9 pod tímto odstavcem.

Tabulka 9: Počty lůžek v okresech PK

	Chrudim	Pardubice	Svitavy	Ústí nad Orlicí
Lůžka celkem	915	1 619	899	934
Lůžka - nemocnice	383	942	723	452
na 10 tis. obyvatel	36,8	55,9	69,1	32,6
Lůžka - léčebny pro dlouhodobě nemocné	-	105	-	100
na 10 tis. obyvatel	-	6,2	-	7,2

Zdroj: vlastní dle [29]

Graf pod tímto odstavcem (Obrázek 32) znázorňuje počty lůžek v nemocnicích, které se vyskytují v určitém okresu. Největší kapacitu lůžek má okres Svitavy, kdy na 10 tisíc obyvatel připadá 69,1 lůžek. Druhé místo v počtu lůžek obsazuje okres Pardubice s 55,9 a třetí místo okres Chrudim s 36,8 lůžky. Nejmenší kapacita lůžek je v okrese Ústí nad Orlicí a to jen 32,6 lůžek.



Obrázek 32: Graf počtu lůžek v nemocnicích na 10 tisíc obyvatel v okresech PK

Zdroj: vlastní dle [53]

6.3 Porovnání zdravotní péče ve vybraných krajích

Ve všech okresech HKH i PK nebyl dodržen ideální interval počtu PL pro dospělé. Okresy jsou tak nedostatečně pokryty ambulantní péčí pro dospělé. Nejkritičtější stav je v okrese Pardubice a Svitavy, nejvíce se k optimálnímu počtu blíží okres Chrudim. Okresy KHK a zbytek okresů PK se nachází mezi oběma extrémy. S PL pro děti a dorost je to obdobné. Nejméně lékařů pro děti a dorost na 100 tisíc obyvatel bylo nalezeno v okrese Pardubice, nejvíce potom v okrese Hradec Králové. Se zastoupením této ambulantní péče v rámci všech okresů je na tom lépe KHK. Zbytečná nadmíra stomatologů se nachází v okrese Hradec Králové a výrazný nedostatek byl zaznamenán v okrese Chrudim. Nejvíce ordinací praktických ženských lékařů na 100 tisíc obyvatel existuje v okrese Rychnov nad Kněžnou, nejméně potom v okrese Trutnov. Oba extrémy byly tedy zaznamenány v KHK.

S počty na 100 tisíc obyvatel v rámci celých krajů je na tom s ambulantní péčí lépe KHK. Ve všech čtyřech zkoumaných zdravotnických zařízeních vykazuje lepší hodnoty. Znamená to tedy, že primární péče je v tomto kraji zajištěna uspokojivěji než v PK.

V roce 2015 byla z registru zdravotnických zařízení vytvořena Tabulka 10 pro KHK a Tabulka 11 pro PK. Obě tabulky uvádí počty obcí vybraných krajů, kde byl či naopak nebyl lokalizován specifický lékař. Poslední řádek tabulek udává celkový počet ordinací ve zvolených krajích.

Při porovnání lokalizace všech zvolených lékařů na vytvořených kartogramech bylo zjištěno, že primární péče není ani v jednom kraji rovnoměrně rozložena. Existuje mnoho oblastí bez výskytu lékaře, které nutí pacienty za lékařskou péčí cestovat několik kilometrů, což může pro specifické skupiny (matky s dětmi, důchodci, lidé s omezenou schopností pohybu a další) představovat značný problém. U Královéhradeckého kraje se jedná o oblast, která je v obležení obcí Nechanice, Hořice, Miletín, Dvůr Králové nad Labem, Jaroměř a Hradec Králové. Kriticky je na tom také celý jih a jihovýchod kraje. Oblast Pardubického kraje, která trpí nedostatkem lékařů, je ohraničena obcemi Skuteč, Nové Hrady, Desná a Polička. Další problémové části kraje se nachází na severozápadě a na východní straně celého kraje.

Co se týče PL pro dospělé, lepší nabídka byla vyhodnocena v obcích KHK, kde bylo zjištěno také lepší rozprostření. Stejně výsledky platí také pro PL pro děti a dorost a ordinace stomatologů. Lokalizace ženských praktických lékařů byla shledána v lepším měřítku v PK.

Tabulka 10 uvádí, že PL pro dospělé je v kraji celkem 279, PL pro děti a dorost celkem 138, stomatologů 333 a gynekologů 90.

Tabulka 10: Četnost lékařů lokalizovaných v obcích KHK

	PP pro dospělé	PP pro děti a dorost	Stomatolog	Gynekolog
Počet obcí – lokalizován	75	60	67	42
Počet obcí – nelokalizován	373	388	381	406
Počet ordinací celkem	279	138	333	90

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 11 předkládá počty ordinací PL pro dospělé, kterých je v PK 302, PL lékařů pro děti a dorost celkem 139, stomatologů 336 a gynekologů 97. Hodnoty jsou v obou krajích vyrovnané až na ordinace PL pro dospělé, kterých je v PK o 23 více než v KHK.

Tabulka 11: Četnost lékařů lokalizovaných v obcích PK

	PP pro dospělé	PP pro děti a dorost	Stomatolog	Gynekolog
Počet obcí – lokalizován	66	61	64	48
Počet obcí – nelokalizován	385	390	387	403
Počet ordinací celkem	302	139	336	97

Zdroj: vlastní zpracování

Průměrný počet lůžek v nemocnicích v okresech KHK je 54,0 na 10 tisíc obyvatel, což je více než v PK, kde je tato hodnota na úrovni 48,6. Lepších výsledků dosáhl KHK v počtu lůžek pro dlouhodobě nemocné. Celkem totiž disponuje KHK 443 lůžky, zatímco PK jen 205 lůžky.

Z provedené analýzy vyplývá, že více lékařů se nachází v KHK. Zdravotní péče je v tomto kraji zajištěna mnohem lépe.

Počty analyzovaných zdravotních zařízení jsou za jednotlivé obce KHK a PK k dispozici v příloze D, která je umístěna na kompaktním disku, jež je součástí této práce. To samé platí také pro přepočtený počet lůžek za okresy vybraných krajů.

ZÁVĚR

V počátku celé práce bylo vymezeno několik pojmů, které se významně dotýkají problematiky zdravotní péče. Poměrně značná část práce byla poté orientována na modely zdravotnických systémů. Tyto modely tvořily jistý stavební kámen pro následné provedení analýzy, která se týkala vývoje zdravotní péče s důrazem na historický kontext.

Po prostudování všech souvislostí a historického vývoje zdravotnictví mohla být utvořena analýza nabídky a rozvrstvení zdravotní péče. Zvoleným obdobím se staly roky 1963 – 2013. Data pro rok 2014 nebyla při zpracování práce k dispozici. Mezidobí, za které byly difference zkoumány, trvala vždy deset let. Z výsledků analýzy je patrné, že již od roku 1963 docházelo každým rokem k navyšování počtu lékařů zajišťujících primární ambulantní péči. Ke skokovým změnám došlo právě v období po roce 1989. Tehdy rozvolněná atmosféra způsobila prudký nárůst počtu zdravotnických zařízení bez potřebného legislativního rámce.

S poskytováním lůžkové péče to bylo naopak. Od roku 1963 docházelo v nemocnicích každým rokem k redukci lůžkového fondu. V dnešní moderní době je pravdou, že stačí k rekonvalescenci po lékařských zákrocích a operacích kratší čas na zotavení pacienta, avšak razantní redukce lůžek po roce 1989 způsobila nemalé problémy. Časté přesuny pacientů vzhledem ke zmiňovanému nízkému počtu lůžek v nemocnicích jsou v dnešní moderní době nepřípustné a riskantní.

Pro celkovou analýzu bylo potřeba dohledat data, která se nacházela pouze ve starých publikacích. Získána byla na základě vyhovění žádosti podané k Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. Nezbytná byla osobní návštěva této instituce v Hlavním městě Praze. K vytvoření potřebných databází sloužila aplikace Excel programů Microsoft Office a k vytvoření kartogramů potom geografický informační program ArcGIS10.3. V příloženém kompaktním disku na zadních deskách diplomové práce jsou kartogramy a databáze v plném rozsahu.

Cílem první analýzy bylo zjistit, zda existují meziregionální rozdíly v dostupnosti zdravotní péče. V dobách dřívějších byla síť primární i lůžkové péče pevně stanovena, a proto se nestávalo, že by primární či lůžková péče nebyla poskytnuta. V rámci zdravotních obvodů zastával primární péči stanovený počet lékařů. V územních obvodech byly zdravotní služby poskytovány všem osobám bez rozdílu. Počet obyvatel v územních obvodech byl zpravidla kolem 4000 osob.

Totéž platilo u lůžkové péče. Počty lůžek v okresech byly více vyrovnané. Síť lůžkové péče byla před rokem 1989 mnohem hustší než v současnosti. V dnešní době lůžka v nemocnicích chybí. Bylo by zapotřebí v jednotlivých krajích uzákonit doporučené počty lékařů i lůžek. Zamezilo by se tak prudkému nárůstu zdravotnických zařízení, které se tu množí bez jakékoliv regulace. Taktéž by se předešlo mnohdy neuvážené redukci lůžkové péče. Intervaly počtů lůžek a lékařů by měly být uváděny ve strategiích všech krajů České republiky. Dnes se žádná strategie výše zmiňovanou problematikou nezabývá, což způsobuje značné problémy.

Druhá analýza byla zaměřena na Královéhradecký a Pardubický kraj. V obou krajích šlo o detailní prozkoumání ambulantní zdravotnické péče, jak na úrovni okresů, tak na úrovni jednotlivých obcí. Lůžková péče byla podrobena analýze pouze na úrovni okresů. Pozitivnějších výsledků dosáhl ve všech částech analýzy Královéhradecký kraj. Primární i lůžková zdravotnická péče je zajištěna v tomto kraji lépe. Vyskytuje se zde více praktických lékařů, gynekologů, stomatologů, ale i lůžek v nemocnicích a léčebnách pro dlouhodobě nemocné.

Negativní výsledky analýzy se týkaly způsobu rozložení ordinací na území regionu. V obou vybraných krajích byly ordinace lokalizovány nerovnoměrně. V několika oblastech Královéhradeckého, ale také Pardubického kraje nebyl identifikován žádný lékař. U Královéhradeckého kraje se jedná o oblast, která je v obležení obcí Nechanice, Hořice, Miletín, Dvůr Králové nad Labem, Jaroměř a Hradec Králové. Kriticky je na tom také celý jih a jihovýchod kraje. Oblast Pardubického kraje, která trpí nedostatkem lékařů, je ohraničena obcemi Skuteč, Nové Hrady, Desná a Polička. Další problémové oblasti se nachází na severozápadní a na východní části kraje.

Jistou komplikací to představuje především pro specifické skupiny, kterými jsou matky s dětmi, starší občané či lidé s omezenou schopností pohybu. Zde by regulace rozložení zdravotní péče byla také zapotřebí. Obyvatelé menších obcí musí za poskytnutím zdravotní péče dojíždět do okresních a dalších velkých měst, což nepředstavuje zrovna příznivý výsledek analýzy. Pokud se občané musí přepravovat hromadnou dopravou, může to vzhledem k nízké četnosti spojů do měst způsobovat všem výše uvedeným skupinám problémy.

Cílem práce bylo zmapovat a vyhodnotit nabídku zdravotní péče ve zvoleném regionu a upozornit na její nedostatky. První část výzkumu se věnovala regionu Česká republika. Druhá část patřila Královéhradeckému a Pardubickému kraji. Jelikož ambulantní i lůžková zdravotní péče byly v práci zprvu specifikovány, a poté podrobeny regionální analýze, lze konstatovat, že cíl práce byl splněn.

POUŽITÁ LITERATURA

- [1] ANGELOVSKÁ, Olga. Privatizace českého zdravotnictví. Praha, 2011. Dostupné z: http://iss.fsv.cuni.cz/ISS-224-version1-Angelovska_Projekt.docx. Projekt Disertační práce. Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy Institut sociálních studií.
- [2] BOŠKOVÁ, Vladimíra. Semaškův model je všemi opouštěn. [online]. 2001 [cit. 2015-02-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/semaskuv-model-je-vsemi-opousten-140350>
- [3] CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. In: Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement. 2006. Dostupné z: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf?ua=1
- [4] Česká republika. Listina základních práv a svobod. In Sbírká zákonů, Česká republika. 1992, roč. 1993, částka 1, usnesení předsednictva České národní rady č. 2, s. 17-23. Dostupný také z WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=22426>. ISSN 1211-1244.
- [5] Československé zdravotnictví. *YouTube* [online]. 19.2.2015 [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=a-KmUZsWcM4>
- [6] DRBAL, Ctibor. Česká zdravotní politika a její východiska. Praha: Galén, 2005. ISBN 8072623400.
- [7] Druhy zdravotní péče. Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. 2012, 2014 [cit. 2015-02-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html
- [8] DURDISOVÁ, Jaroslava. Ekonomika zdraví. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 978-802-4509-983.
- [9] EIM, Josef. Vývoj zdravotního systému v ČR. Brno, 2008. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/100355/pravf_m/Diplomova_prace.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita.
- [10] GLADKIJ, Ivan. Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 978-807-2269-969.
- [11] HENDRYCH, Josef a Jitka THURNVALDOVÁ. Přednáška č. 1 - Systém zdravotnictví v ČR. České vysoké učení technické v Praze: Fakulta biomedicínského inženýrství, 2014.

Dostupné z: http://www.fbmi.cvut.cz/files/nodes/657/public/Prednaska_c.1-_System_zdravotnictvi_v_CR-lv.ppt

- [12] HNILICOVÁ, Helena. Veřejné zdravotnictví z pohledu historie. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2014. Dostupné z: <http://www.ipvz.cz/download.aspx?item=1446&>
- [13] Informace o fúzi ČPZP a ZP M-A. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna [online]. 2012 [cit. 2015-02-16]. Dostupné z: <http://www.cpzp.cz/fuze/>
- [14] Informace o NZIS. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2015 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nas/informace-nzis>
- [15] Informace o pojišťovnách. Srovnání zdravotních pojišťoven [online]. 2014 [cit. 2015-02-16]. Dostupné z: <http://www.programypojistoven.cz/informace-o-pojistovnach.html>
- [16] IVANOVÁ, Kateřina. Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-442-9.
- [17] IVANOVÁ, Kateřina. Systémy zdravotní péče. Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. Dostupné z: http://www.upol.cz/fileadmin/user_upload/LF-kliniky/soc-lekarstvi/Systemy_status_medicinalizace.ppt
- [18] Jak se žilo... - Zdravotnictví - Prvorepublikový zpravodaj - Česká televize. Česká televize [online]. 2014 [cit. 2015-02-11]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/specialy/prvorepublikovyzpravodaj/clanek/197-jak-se-zilo-zdravotnictvi/>
- [19] JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. Úvod do veřejného zdravotnictví. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 294 s. ISBN 978-807-3675-929.
- [20] MAAYTOVÁ, Alena. Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, 164 s. ISBN 978-807-3579-128.
- [21] Národní registr poskytovatelů zdravotnických služeb - Seznam zdravotnických zařízení. NRPZS [online]. 2015 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <https://eregpublicsecure.ksrzis.cz/Registr/NRPZS/ZdravotnickeZarizeni>
- [22] Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. In: Sbírka zákonů ČR. 2012, 110/2012. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-307>

- [23] NISTOR, Laura. Public services and the European Union healthcare, health insurance and education services. Hague: T.M.C. Asser Press, 2011. ISBN 978-906-7048-057.
- [24] Předmět činnosti zdravotní politiky. Krajská hygienická stanice Středočeského kraje se sídlem v Praze [online]. © 2009 [cit. 2015-02-11]. Dostupné z: http://www.khsstc.cz/obsah/predmet-cinnosti_5_1.html
- [25] Předpis č. 219/1948 Sb.: Vládní nařízení o ústavech národního zdraví. In: Sbíрка zákonů. 1948. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1948-219>
- [26] Předpis č. 24/1952 Sb.: Nařízení ministra zdravotnictví o organizaci preventivní a léčebné péče. In: Sbíрка zákonů. 1952. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1952-24>
- [27] Public health services. World Health Organization: Regional Office for Europe [online]. © 2015 [cit. 2015-02-15]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/public-health-services>
- [28] Působnost Ministerstva zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. 2013 [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/pusobnost-ministerstva-zdravotnictvi-_7463_2901_1.html
- [29] Seznam zdravotnických zařízení. *Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb - veřejná část* [online]. 2015 [cit. 2015-03-30]. Dostupné z: <https://eregpublicsecure.ksrzis.cz/Registr/NRPZS/ZdravotnickeZarizeni>
- [30] STEJSKAL, Jan. Regionální politika a její nástroje. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-588-2.
- [31] ŠVARCOVÁ, Věra. INSTITUT POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ. Úloha a postavení státní zdravotní správy na okrese: Historie, současnost a prognóza ve vztahu k novému územněsprávnímu uspořádání. Jihlava, 2000. Dostupné z: www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=145
- [32] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Zdravotnictví ČSSR 1983*. Praha: Tiskařské závody Praha, 1984.
- [33] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Zdravotnictví ČSSR 1973*. Praha: Tiskařské závody Praha, 1974.
- [34] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Zdravotnictví ČSSR 1963*. Praha: Tiskařské závody Praha, 1964.

- [35] VURM, Vladimír. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha: Triton, 2007. ISBN 8072549979.
- [36] Vyhláška ministerstva zdravotnictví Slovenské socialistické republiky o soustavě zdravotnických zařízení. In: Sběrka zákonů ČR. 1975, Předpis č. 19/1975 Sb.
- [37] Vyhláška o síti zdrav. zařízení. *Sdružení Ambulantních Specialistů ČR, o.s.* [online]. 2014 [cit. 2015-02-20]. Dostupné z: <http://www.sasp.cz/VYHLASKA-O-SITI-ZDRAV-ZARIZENI>
- [38] Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989: vydáno k 50. výročí ÚZIS ČR. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010, 52 s. ISBN 978-80-7280-900-4.
- [39] WOKOUN, René. Regionální rozvoj a jeho management v České republice. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2007, 244 s. ISBN 978-802-4513-010.
- [40] Základní informace o ÚZIS ČR. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2015 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nas>
- [41] Základní modely zdravotnických systémů. WikiSkripta, projekt sítě lékařských fakult MEFANET [online]. 2015 [cit. 2015-02-15]. Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Z%C3%A1kladn%C3%AD_modely_zdravotnicke_systemu
- [42] Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a související předpisy. In: Sběrka zákonů České republiky. 2000. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>
- [43] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: Sběrka zákonů České republiky. 2011. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- [44] Zdravotní péče a zdravotnické systémy, zdravotní politika. Wikisofia portál pro tvorbu, ukládání a získávání studijních materiálů z oblasti humanitních věd [online]. 2014 [cit. 2015-02-15]. Dostupné z: https://wikisofia.cz/index.php/Zdravotni_p%C3%A9ce_a_zdravotnick%C3%A9_syst%C3%A9my_a_zdravotni_politika
- [45] Zdravotní pojišťovny. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. 2012 [cit. 2015-02-16]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/zdravotni-pojistovny_2619_22.html

- [46] Zdravotní systém ČR. ČPZP - Česká průmyslová zdravotní pojišťovna [online]. © 2009 [cit. 2015-02-16]. Dostupné z:<http://www.cpzp.cz/clanek/51-0-Zdravotni-system-CR.html>
- [47] *Zdravotnická ročenka České republiky 1993* [online]. Praha, 1994 [cit. 2015-03-03]. ISBN 1210-9991. Dostupné z:<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1993>
- [48] *Zdravotnická ročenka České republiky 2003* [online]. Praha, 2004 [cit. 2015-03-01]. ISBN 80-7280-401-4. Dostupné z:<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2003>
- [49] *Zdravotnická ročenka České republiky 2013* [online]. Praha, 2014 [cit. 2015-03-01]. ISBN 978-80-7472-135-9. Dostupné z:<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2013>
- [50] Zdravotnická statistika a 45 let ÚZIS ČR. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2005, 60 p. ISBN 80-728-0432-4.
- [51] Zdravotnické veřejné instituce. Sekce nemocničních lékárníků [online]. © 2015 [cit. 2015-03-12]. Dostupné z:<http://www.nemlek.cz/index.php/dulezite-www-adresy/49-zdravotnicke-institute>
- [52] *Zdravotnictví Královéhradeckého kraje* [online]. 2013 [cit. 2015-03-10]. ISBN 9788074721106. Dostupné z:<http://www.uzis.cz/katalog/kardexy/zdravotnictvi-kralovehradeckeho-kraje>
- [53] *Zdravotnictví Pardubického kraje* [online]. 2013 [cit. 2015-03-10]. ISBN 9788074721113. Dostupné z:<http://www.uzis.cz/katalog/kardexy/zdravotnictvi-pardubickeho-kraje>

SEZNAM PŘÍLOH

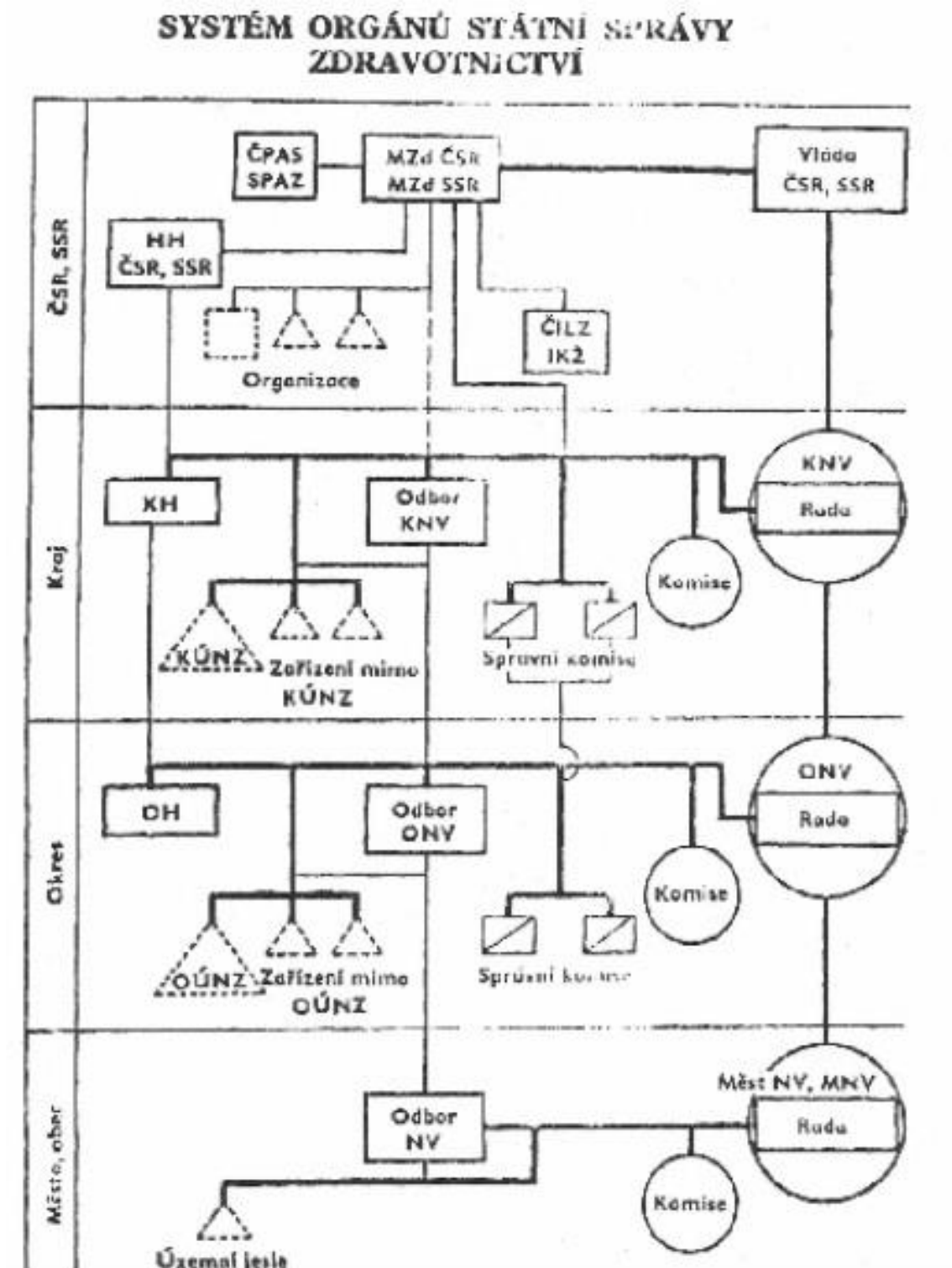
Příloha A: Systém orgánů státní správy zdravotnictví před rokem 1989

Příloha B: Okresy ČR

Příloha C: Síť nemocnic v letech 1993 a 2013

Příloha D: Kompaktní disk

Příloha A: Systém orgánů státní správy zdravotnictví před rokem 1989



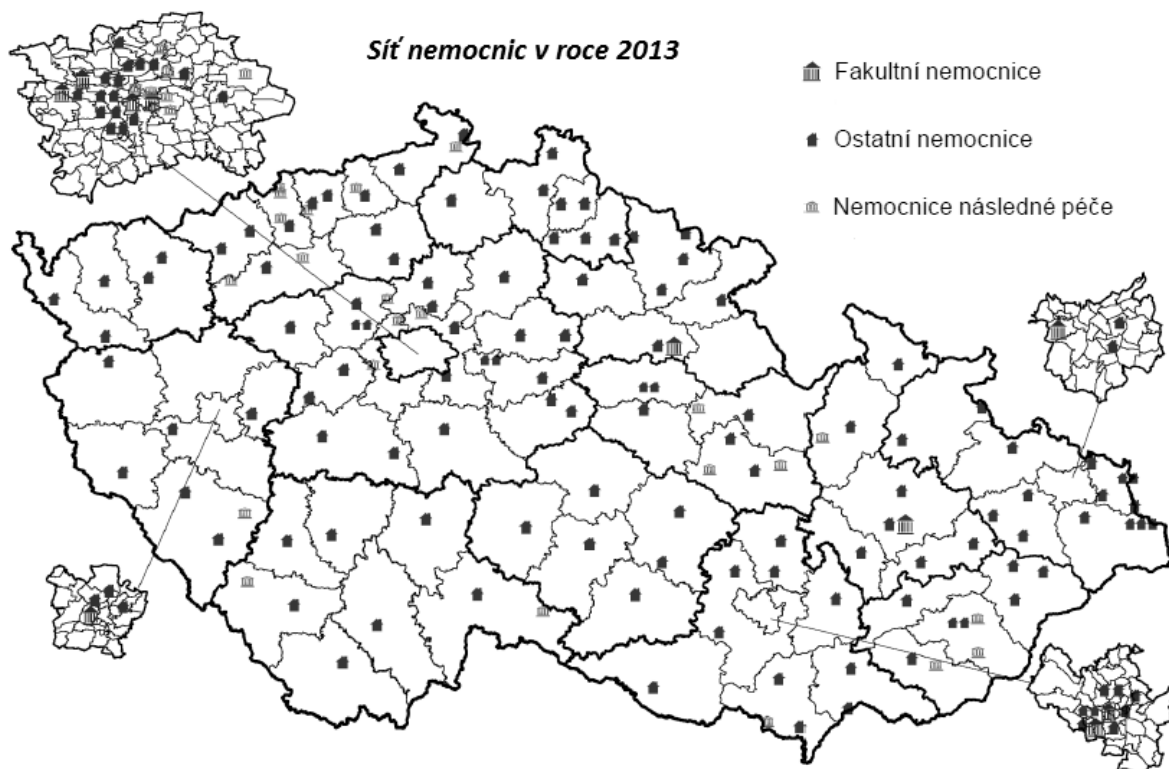
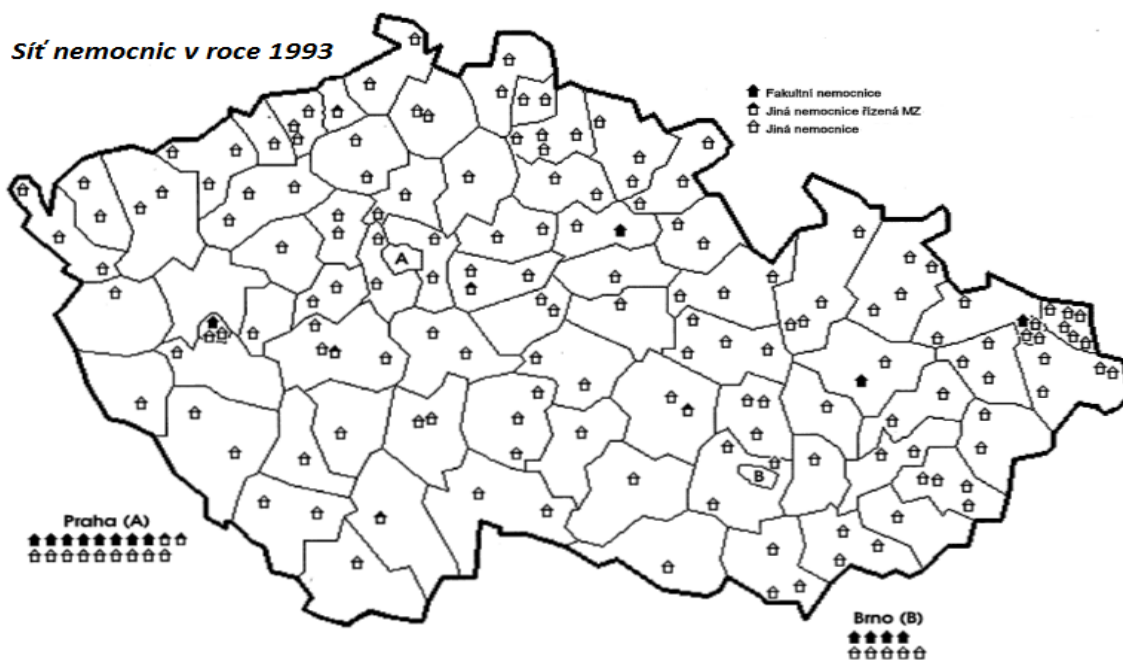
Zdroj: [12]

Příloha B: Okresy ČR



Zdroj: vlastní zpracování

Příloha C: Síť nemocnic v letech 1993 a 2013



Zdroj: upraveno podle [47], [49]