

Změny v regionální struktuře zdravotnických zařízení na území České republiky

Changes in regional structure of medical facilities in the Czech Republic

Ing. Martin Maštálka, Ph.D.
Bc. Barbora Šaldová

Ústav regionálních a bezpečnostních věd
Fakulta ekonomicko-správní
Univerzita Pardubice
Studentská 95
594 23 Pardubice, Česká republika
martin.mastalka@upce.cz, barbora.saldova@student.upce.cz

Institute of Regional and Security Sciences
Faculty of Economics and Administration
University of Pardubice
Studentská 95
CZ-549 23, Pardubice, Czech Republic
martin.mastalka@upce.cz, barbora.saldova@student.upce.cz

Anotace

Společenské a ekonomické změny provázející vývoj jednotlivých států mají dopady do všech oblastí fungování veřejné správy. Výjimkou není ani zdravotnictví. Jeho financování v evropských podmínkách závisí především na sociální politice jednotlivých států, která má následně dopady nejen na kvalitu poskytované péče, ale také na její regionální diferenciaci. Tento příspěvek je zaměřen na analýzu celostátních dat (na úrovni České republiky) o poskytování základních druhů zdravotnické péče a na následné vyhodnocení její regionální distribuce v letech 1963-2013, přičemž se snaží nastínit hlavní vývojové trendy v jednotlivých etapách vývoje státu. Cílem příspěvku tak je zmapovat vývoj regionální diferenciaci zdravotnictví v jednotlivých dekádách posledního půl století na území České republiky.

Klíčová slova

Regionalizace, zdravotnictví, zdravotní péče, zdravotnická zařízení.

Annotation

Social and economic changes that follow development of each state have their impact into all aspects of public service. The public health is no exception. In the European counties, the financing of the public health is based on the social policy of each country. This policy has its impacts not only into the quality of provided medical care but also into the regional differentiation. The paper is focused on analyses of analyses of national data (on the Czech Republic national level) of provided basic health care and evaluation of its regional distribution in the years 1963-2013. It also tries to describe basic development trends in different historical epochs of the country. The aim of the paper is to analyse development of regional diversification of provided health care in different decades of the last half-century in the Czech Republic.

Key words

Regionalization, health care, public health, medical facilities.

JEL classification: R53 (I18).

Úvod

Zdravotnictví je specifickou oblastí, jejíž vývoj je charakteristický pro historický a společensko-ekonomický rámec jednotlivých států. Nezanedbatelná je přitom rovněž výkonnost ekonomiky. Od ní se odvíjí úroveň zdravotnické péče a vybavenost zdravotnických zařízení, které jsou spojeny s jejich financováním. Různé modely zdravotnických systémů se nachází po celém světě. I na území České republiky došlo v souvislosti se společenskými změnami k přechodu z aplikování jednoho modelu k druhému hned několikrát za ani ne stoletou historii státu (považujeme-li Českou republiku za nástupce Československa ve všech jeho historických formách). Naposledy se tomu stalo po roce 1989, kdy bylo ze Semaškova modelu přistoupeno k novému systému zdravotnictví inspirovanému Bismarkovským modelem, národní zdravotní službou a liberálním modelem zdravotnictví (Ivanová 2014, Nistor 2011, Vurm 2007). Tento přechod měl dopady nejen na ekonomické principy a samotné fungování zdravotnictví, ale také na regionální distribuci zdravotní péče.

Zdravotní péči se rozumí péče o akutně, chronicky nemocné či péče o osoby postižené úrazem nebo vrozenou vadou včetně prevence, rehabilitace a udržení zdraví (Vurm, 2007). Ministerstvo zdravotnictví České republiky člení zdravotní péči do osmi hlavních kategorií, přičemž předmětem analýz uvedených v tomto příspěvku jsou první dva body:

- ambulantní péče,
- lůžková péče,
- zdravotnická záchranná péče služba a pohotovostní služba,
- pracovní lékařské služby,
- lázeňská léčebně rehabilitační péče,
- poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků,
- preventivní péče (MZČR, 2014).

Dostupnost zdravotní péče patří mezi hlavní kritéria zdravotního systému. Zájem veřejného zdravotnictví je nejen udržení a zlepšování zdravotního stavu populace, ale také právě spravedlivé zajištění zdravotní péče, jejímiž hlavními pilíři jsou efektivní síť zdravotnických zařízení, rovná dostupnost a využití a počty zdravotnických pracovníků. Primární zdravotnická péče tak musí být poskytována každému ve stejném rozsahu bez rozdílu. Cílem tohoto článku je zmapovat vývoj regionální diferenciaci zdravotnictví v jednotlivých dekadách posledního půl století.

1. Metodika práce

Data použitá v analýze jsou uváděna za okresy. Přestože okresní úřady zanikly v rámci reformy státní správy v roce 2003, je tato administrativně-správní jednotka některými státními institucemi stále využívána a rovněž Český statistický úřad tuto jednotku využívá. Vzhledem k tomu, že v této analýze jsou použita data z let 1963-2013, byla tato administrativně-správní jednotka pro účely analýzy zvolena jako stěžejní pro určení regionální diferenciaci zdravotnické péče na úrovni České republiky.

Pro analýzu byla využita data dostupná v elektronické či fyzické podobě ve Zdravotnických ročenkách vydávaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky. Interval, který 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 na 10tis. obyvatel středního stavu v každém okrese, neboť potřebná data se v daných letech v publikacích nevydávala. 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 mapě jsou tedy znázorněny počty za celé původní území a následně za okres Šumperk a Jeseník zvlášť.

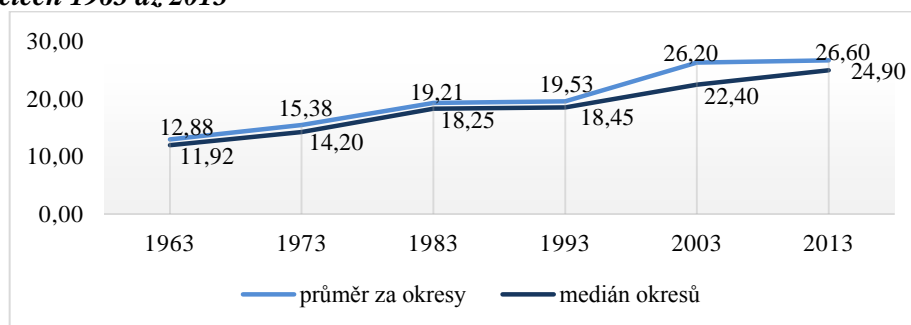
Dřívější hierarchizace na krajské a okresní ústavy národního zdraví si vynutila při analýze vždy přičítat krajské počty lůžek a lékařů k těm okresním, a to proto, aby bylo dosaženo co nejpřesnějších výsledků. Nasčítány byly i počty závodních zdravotnických zařízení, které se vyskytovaly v ročenkách

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 však metropole zahrnuta jako jeden celek a považována za okres

2. Analýza základní zdravotní péče na území České republiky.

Jako první z ukazatelů byl pro analýzu zvolen počet ambulantních lékařů v jednotlivých okresech ČR. Graf 1 uvádí medián a průměr počtu lékařů poskytujících ambulantní péči na 10 tisíc obyvatel v letech 1963-2013. Oba ukazatele mají rostoucí tendenci, což znamená, že počty lékařů ambulantní péče se zvyšují. V roce 2013 došlo k více než k dvojnásobení průměru PP lékařů ambulantní péče na 10 tisíc obyvatel středního stavu.

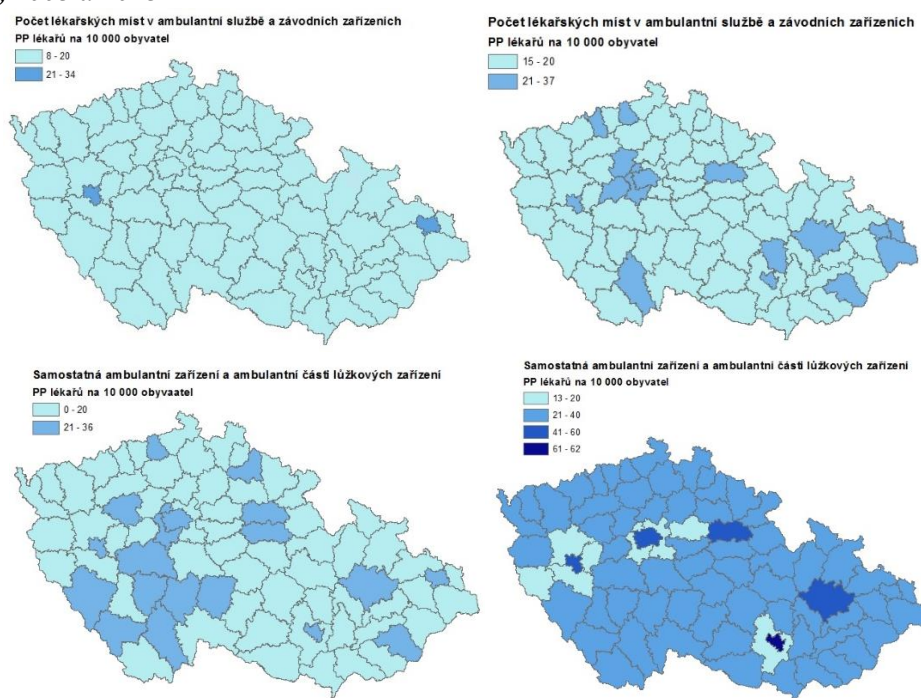
Graf 1: Přepočtený počet lékařů (průměr a medián) na 10 tis. obyvatel v okresech dnešní České republiky v letech 1963 až 2013



Zdroj: vlastní zpracování

Z pohledu regionů dochází jednak k postupnému navyšování počtu lékařů, ale zároveň k centralizaci ambulantní péče do několika velkých středisek. Tento trend je však patrný již od 80. a přímo tak nesouvisí se společenskými změnami na konci 80. let a následnou změnou koncepce zdravotnictví.

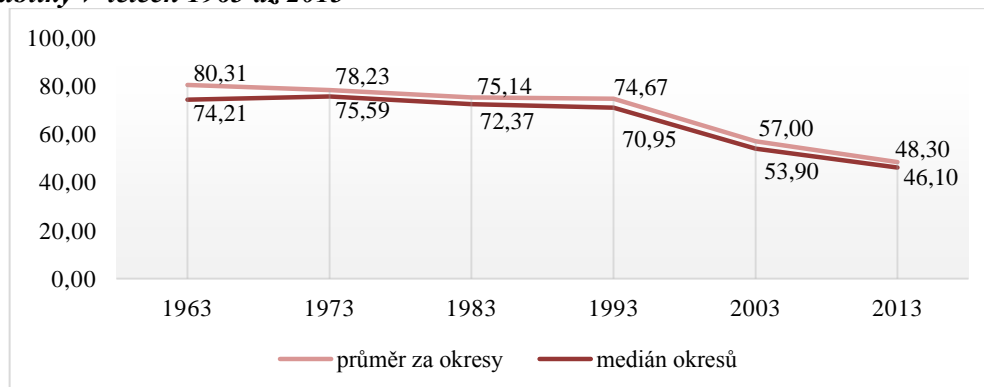
Obr. 1: Přepočtený počet lékařů na 10 tis. obyvatel v okresech dnešní České republiky v letech 1963, 1983, 2003 a 2013



Zdroj: vlastní zpracování

Dalším významným ukazatelem vypovídajícím o struktuře zdravotnické péče je počet lůžek v zařízeních jednotlivých okresů. Z dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, shrnutých do *Grafu 2* plyne, že počet lůžek v nemocnicích České republiky od roku 1963 setrvale klesá. Dochází tak k neustálému snižování kapacit lůžkového fondu.

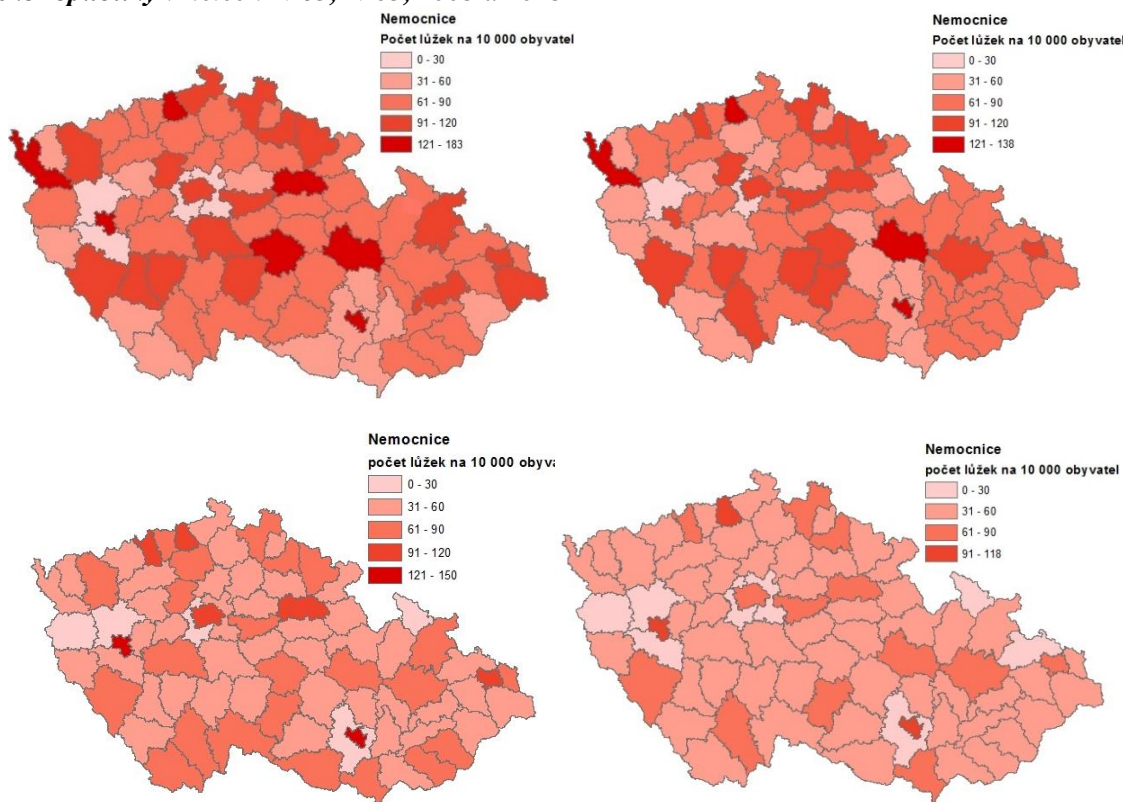
Graf. 2: Přepočtený počet lůžek v nemocničních zařízeních na 10 tis. obyvatel v okresech dnešní České republiky v letech 1963 až 2013



Zdroj: vlastní zpracování

Regionální rozdělení lůžkové péče se v letech 1963-2013 výrazně změnilo. Původní velká koncentrace lůžkové péče v severozápadních Čechách, souvisejících s rozsáhlými oblastmi průmyslové výroby a těžby, a v oblasti Vysočiny byla postupně nahrazena centralizovanou soustavou, kdy jsou lůžka zachována především ve větších regionálních centrech. Výjimkou v tomto ohledu jsou především jižní Čechy a Zlínsko.

Obr. 2: Přepočtený počet lůžek v nemocničních zařízeních na 10 tis. obyvatel v okresech dnešní České republiky v letech 1963, 1983, 2003 a 2013



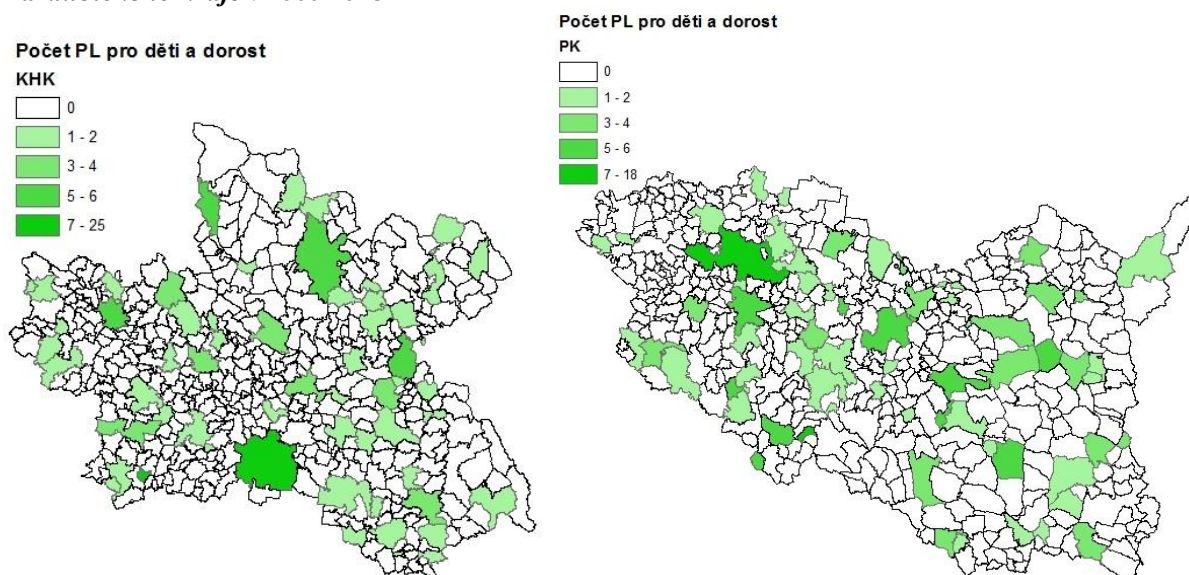
Zdroj: vlastní zpracování

Vzhledem ke skutečnosti, že zdravotnictví zaznamenalo velké změny nejen na celostátní úrovni, ale také na úrovni jednotlivých krajů, byla analýza provedena také pro dostupnost péče v jednotlivých obcích. Jako příklad byl zvolen Královéhradecký a Pardubický kraj. Zde byla zvolena jako ukazatel dostupnost ambulantní zdravotnické péče, jedná se tedy o:

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

Vzhledem ke skutečnosti, že v rámci analýzy nebyla dostupná historická data, bylo vyhodnoceno pouze současné regionální rozdělení služeb v rámci kraje. Za tímto účelem byla využita data ze Seznamu zdravotnických zařízení Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb – veřejné části.

Obr. 3: Počet praktikujících lékařů pro děti a dorost v jednotlivých obcích Královéhradeckého a Pardubického kraje v roce 2013



Zdroj: vlastní zpracování

Jak je patrné z *Obrázku 3*, v obou krajích je ambulantní péče praktických lékařů pro děti a dorost soustředěna do mikroregionálních center. Podobné výsledky vykazovala i analýza dalších druhů ambulantní péče, přičemž centralizace byla ještě výraznější u specializací stomatolog a gynekolog. V obou krajích se nachází rozsáhlé oblasti bez praktikujících lékařů a místní obyvatelé jsou tak odkázáni na především na automobilovou dopravu. V případě Královéhradeckého zcela chybí lékařské služby v suburbánních zónách, které jsou tak na krajském městě závislé nejen ve službách komerčních, ale také veřejných a dále tak zatěžují infrastrukturu měst.

Závěr

Provedené analýzy prokázaly dopady změn ve fungování a řízení společnosti na regionální strukturu zdravotnictví. Přísně hierarchizovaná a státem nařízená regionalizace zdravotnictví v letech 1945-1989 vedla na mikroregionální úrovni k téměř maximální možné dostupnosti ambulantní zdravotní péče pro občany státu. V souvislosti se změnami po roce 1989, bylo centrální plánování postupně decentralizováno a v oblasti regionálního zdravotnictví převzaly odpovědnost krajské úřady. Ty se snaží původní síť zdravotnické péče optimalizovat.

Jak však ukázaly především analýzy Královéhradeckého a Pardubického kraje, existuje mnoho mikroregionů, kde je zdravotní péče víceméně nedostupná. Obyvatelé těchto oblastí tak musejí za

zdravotní péči dojíždět, což může být pro řadu starších občanů nebo naopak rodičů s malými dětmi problém v situaci, kdy tyto lokality nejsou dostatečně kvalitně dopravně obslouženy.

Specifickým příkladem jsou také obce v suburbánních oblastech krajských měst, které neposkytují na svém území žádné služby a jejichž obyvatelé tak nejen za prací a komerčními službami, ale také za zdravotní péčí musí dojíždět do regionálních center.

Na základě výše uvedených analýz lze konstatovat, že centralizace poskytování ambulantní péče probíhá v rámci České republiky na makro, mezzo i mikroregionální úrovni. Každá tato úroveň má svá specifika a je na veřejné správě, aby je posoudila a případné trendy v poskytování zdravotnické péče se snažila korigovat. Zatímco centralizace specializované a lůžkové péče je z ekonomických hledisek odůvodnitelná, absence nabídky ambulantních zdravotních služeb v některých mikroregionech je pro regionální samosprávu minimálně podnětem k zamyšlení.

Literatura

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

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.

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

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.

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>

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

Základní informace o ÚZIS ČR. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2015 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nas>

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011.

Zdravotnická statistika a 45 let ÚZIS ČR. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2005, 60 p. ISBN 80-728-0432-4.

Příspěvek byl zpracován s podporou Interní grantové agentury Univerzity Pardubice v souvislosti s řešením projektu č. SGSFES_2015001 „Ekonomický a sociální rozvoj v soukromém a veřejném sektoru“.