

4. Síť zdravotnických zařízení

Síť zdravotnických zařízení představuje jednu z nejdůležitějších složek celého zdravotnického systému. Pro analytické hodnocení je vhodné ji rozčlenit na lůžkovou a ambulantní část. Páteř lůžkové části je tvořena sítí nemocničních zařízení (především akutní péče, ale v poslední letech i rozrůstající se skupinou nemocnic specializovaných pouze na následnou péči) a dále vnitřně diverzifikovanou skupinou zařízení odborných léčebných ústavů (OLÚ), zaměřených zejména na dlouhodobou ošetrovatelkou péči, rehabilitaci a psychiatrii. Vzhledem k vývoji v posledních letech (úplné dovršení privatizace, částečný posun od čistě léčebného využití ke komerčnímu) se ze skupiny OLÚ vyčlenila lázeňská zařízení, proto jim i v této analýze věnujeme speciální pozornost. Pokud jde o ambulantní část sítě, tu tvoří na jedné straně sdružená ambulantní zařízení, polikliniky a zdravotnická střediska, na straně druhé pak kvantitativně významnější soubor samostatných ordinací praktických lékařů a lékařů specialistů.

Do zdravotnické sítě náleží také zvláštní zařízení – především dopravní a záchranná zdravotnická služba doplněná o některé specializované zařízení (kojenecké ústavy a dětské domovy, jesle, stacionáře pro děti a dospělé, zachytné stanice), které plní jak funkci zdravotnickou, tak i sociální. Samostatnou kategorií představují významná dynamicky se rozvíjející zařízení lékárenské péče (lékárny a výdejny zdravotnických potřeb). Poslední skupinu reprezentují orgány ochrany veřejného zdraví (hygienické stanice, zdravotní ústavy), které mají především dozorčí funkci.

V následujícím rozboru projdeme postupně (vyjma orgánů ochrany veřejného zdraví) všechny významné reprezentanty skupin zařízení zdravotnické sítě, budeme si všimnout jejich vývoje v posledním deceniu – lůžkové kapacity a jejího využití, dostupnosti zařízení v jednotlivých krajích, popř. okresech. Většina údajů vychází z Registru zdravotnických zařízení (zachycujícího od r. 1996 celý resort zdravotnictví), jehož provozovatelem je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), menší část z běžné demografické statistiky ČSÚ. Je-li to možné, klademe počátek analyzovaného období do roku 2000, kdy vznikly krajské samosprávy, které mohou svými kompetencemi rozvoj sítě zdravotnických zařízení významně ovlivňovat. Součástí rozboru je rozsáhlá mapová příloha zachycující územní nerovnoměrnosti nabídky, struktury i využití zdravotnických zařízení na okresní úrovni.

Tab.č. 1: Počet nemocnic, nemocničních oddělení a lůžek v krajích

ČR, kraj sídla zařízení	Počet nemocnic celkem				Počet lokalit s lůžkovou nemocniční péčí na odd. interny ¹⁾				Počet všech nemocničních oddělení				Počet nemocničních lůžek					
													2000	2005	2007	2010	2000	2005
	celkem	v tom péče (%)																
	2000	2005	2007	2010	2000	2005	2007	2010	2000	2005	2007	2010	2000	2005	2007	celkem	akutní	násle- dná
ČR	211	195	192	189	163	147	144	139	1496	1484	1452	1465	67457	65022	63662	62219	88,1	11,9
Hl.m. Praha	26	26	28	27	15	14	14	13	191	203	204	206	10665	10397	10326	10018	91,5	8,5
Středočeský	26	25	25	25	20	19	19	19	134	130	131	147	5970	5642	5589	5908	78,4	21,6
Jihočeský	10	10	9	9	9	8	8	7	89	92	87	84	3793	3737	3652	3538	88,9	11,1
Plzeňský	12	11	10	11	11	10	9	9	82	74	68	74	3748	3581	3431	3508	88,3	11,7
Karlovarský	7	5	5	5	6	5	5	5	47	43	41	42	1776	1717	1678	1613	86,0	14,0
Ústecký	19	20	20	20	14	12	12	11	127	121	120	117	6085	5485	5341	5122	82,0	18,0
Liberecký	10	8	8	8	8	8	8	8	65	77	76	79	2539	2655	2633	2674	82,2	17,8
Královéhrad.	15	12	11	10	11	10	10	10	96	86	84	81	3950	3720	3645	3562	90,8	9,2
Pardubický	10	10	10	9	8	5	5	5	68	68	67	66	2536	2718	2681	2641	77,6	22,4
Vysočina	7	6	6	6	7	6	6	6	78	73	71	71	3030	2866	2812	2790	91,6	8,4
Jihomorav.	25	23	22	22	16	15	15	15	170	175	170	172	8240	8096	7955	7886	88,6	11,4
Olomoucký	11	9	9	9	10	8	8	8	97	96	93	92	3835	3637	3547	3380	96,3	3,7
Zlínský	11	11	11	10	7	7	7	6	72	73	74	72	3336	3315	3157	3051	88,7	11,3
Moravskosl.	22	19	18	18	21	20	18	17	180	173	166	162	7954	7456	7215	6528	95,1	4,9

¹⁾ počet míst, kde je péče poskytována, zahrnuta i detašovaná pracoviště (N.Bydžov, Broumov, Bruntál, Orlová)

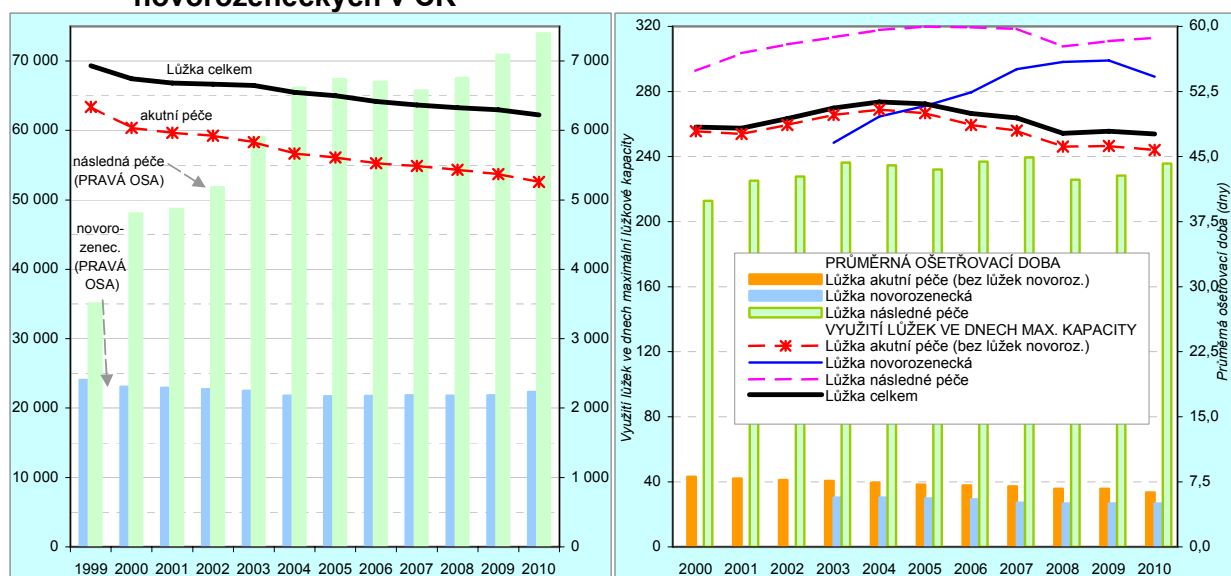
Ve velkých městech s více nemocnicemi jsou započítána všechna místa, kde je péče poskytována (jsou-li od sebe vzdaleny aspon 1 km)

Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Ke konci května 2011 působilo na území ČR 188 nemocnic, více než čtvrtina z nich se nachází v Praze a Středočeském kraji, které společně s regiony Ústeckým, Jihomoravským a Moravskoslezským soustřeďují 60 % nemocničních zařízení a 57 % nemocničních lůžek. Vysvětlení lze hledat v lokalizaci velkých fakultních nemocnic (v Praze, Brně, Ostravě, Plzni, Hradci Králové a Olomouci) s širokou nabídkou specializovaných lůžek (Fakultní nem. Brno, největší nemocnice v ČR, s více než 2 tis. lůžky). Ve velkých městech ČR mají svá působiště také menší privátní zařízení nemocničního typu (specializovaná na drobnější chirurgické a gynekologické zákroky), jakož i zařízení poskytují nejmodernější léčbu na poli kardiologie či onkologie. Proto nepřekvapí, že v Praze v roce 2011 poskytuje lůžkovou péči na odd. interny⁶ méně než polovina nemocnic. Nejvyšší počet lokalit (obvykle obcí), kde je poskytována lůžková péče na interně, nacházíme v plošně nejrozsáhlejších kraji Středočeském i hustě zalidněných krajích-Jihomoravském, Moravskoslezském. V rozlehlých, ale řídkěji zalidněných krajích (Jihočeský, Vysočina) je podobných lokalit málo, navzdory faktu, že tento typ péče zde nabízí drtivá většina nemocnic. Poměrně hustou sítí obcí s lůžkovou péčí na interně disponují obyvatelé na Královéhradecku a Liberecku. Na Liberecku jako v jediném kraji se počet těchto obcí mezi roky 2000 a 2010 nesnížil (viz tab. 1).

Redukce počtu lokalit s lůžkovou péčí na interně souvisí jen zčásti s přesunem od akutní k následné péči (např. na Pardubicku došlo za poslední desetiletí souběžně k nejvyššímu poklesu počtu těchto lokalit i nejvyššímu relativnímu zvýšení počtu lůžek následné a ošetrovatelské péče, které zde v roce 2010 tvořily více než pětinu celkové nemocniční lůžkové kapacity). Významnou váhu mají lůžka následné péče také ve středních Čechách, kde však počet nemocnic i lokalit s lůžkovou péčí na interně stagnoval, opačná situace nastala v krajích na severu Moravy.

Graf č. 1: Vývoj počtu a využití nemocničních lůžek akutní a následné péče a lůžek novorozeneckých v ČR



Zdroj dat: ÚZIS

Počet všech nemocničních lůžek se v ČR a většině krajů od roku 2000 plynule mírně snižuje (v r. 2010 byla lůžková kapacita téměř o desetinu pod úroveň roku 2000), hlubší propad (o téměř pětinu) nastal na Ústecku a Moravskoslezsku (podílela se na něm většina oborů, v Moravskoslezsku dokonce i následná a ošetrovatelská péče). Počet lůžek se především vlivem rozvoje následné péče mírně zvyšoval (za desetiletí o 5 %) pouze na Liberecku a Pardubicku, a to zejména v letech 2000-4, od té doby již stagnují.

⁶ Kvantitativně nejvýznamnější nemocniční oddělení, kde se v ČR koncentruje více než šestina lůžek i pacientů hospitalizovaných v nemocnicích.

Lůžková kapacita nemocnic se za poslední decenium nejvíce snížila v okresech Bruntál, Chomutov, Příbram (o třetinu) a Tachov (o 60 %; protože v sousedním okrese Plzeň-sever nepůsobí žádná nemocnice, je právě severní část Plzeňska plošně nejrozsáhlejší oblastí s nejnižší vybaveností nemocničními lůžky v ČR). Rozšíření celkového počtu lůžek se dočkali obyvatelé v necelé třetině okresů, vyjma Svitavska (o 28 %) šlo jen o malé přírůstky. Ve všech okresech kraje se počet lůžek zvýšil jen na Liberecku, „celoplošný“ pokles nastal na Karlovarsku, Královéhradecku a Olomoucku.

Zatímco síť lůžek následné nemocniční péče se v prvních letech po roce 2000 významně rozšířila, počty lůžek novorozeneckých se i přes počínající oživení porodnosti nadále mírně redukovaly, což vedlo společně s významnějším nárůstem počtu narozených dětí v následujících letech k citelnému navýšení % využití novorozeneckých lůžek (v letech 2008 a 2009 se jejich využití v ČR blížilo k vysokým hodnotám dlouhodobě typickým pro lůžka následné péče-viz graf 1).

Tab.č. 2: Nemocniční lůžka akutní péče a jejich využití v krajích

ČR, kraj sídla zařízení	Počet provozu- schopných lůžek		Počet hospita- lizovaných (v tis.)		Ošetřovací dny na 1 lékaře		Ošetřov. dny na 1 sestru u lůžka		Průměrná ošetřovací doba (dny)					Využití lůžek v % skutečné lůžkové kapacity ¹⁾				
	2010	2010/ 2006 ²⁾	2010	2010/ 2006 ²⁾	2010	2010/ 2006 ²⁾	2010	2010/ 2006 ²⁾	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
ČR	51049	94,5	2110,0	98,4	1379	79,2	442	90,1	7,0	6,9	6,6	6,6	6,4	76,1	75,8	73,9	74,2	72,6
Hl.m.Praha	8210	94,4	335,7	101,3	1332	88,4	375	89,7	7,6	7,4	7,0	6,9	6,7	79,5	77,3	75,6	77,0	75,0
Středočes.	4344	95,2	196,9	103,5	1285	72,9	463	86,5	6,4	6,2	5,9	5,8	5,5	73,2	73,6	71,5	72,0	68,9
Jihočeský	2996	94,2	123,9	99,5	1381	74,6	450	91,4	6,8	6,6	6,3	6,3	6,1	73,5	73,7	71,1	71,2	69,5
Plzeňský	2918	97,1	109,3	101,3	1346	80,0	441	94,1	7,2	7,2	7,1	6,9	6,8	71,2	71,0	71,2	69,9	69,7
Karlovarský	1277	88,0	53,6	94,3	1669	82,9	467	80,3	6,5	6,3	6,0	6,0	5,9	70,2	69,8	68,4	70,3	68,0
Ústecký	3917	93,8	170,4	96,3	1743	90,2	478	90,2	6,6	6,5	6,3	6,2	6,0	76,9	76,5	73,8	73,6	71,6
Liberecký	2085	100,0	85,2	93,4	1430	83,5	461	91,9	6,4	6,4	6,3	6,4	6,3	77,1	75,2	75,1	73,7	70,4
Královéhrad.	3005	96,9	107,4	95,1	1402	72,6	447	94,6	7,4	7,4	7,2	7,4	7,3	74,1	74,6	72,6	73,5	71,9
Pardubický	1910	97,4	84,6	99,8	1147	61,5	420	84,3	6,5	6,2	6,0	5,9	5,8	76,5	76,7	75,7	72,9	70,9
Vysočina	2356	94,3	100,1	97,1	1574	84,9	449	83,1	6,5	6,4	6,1	6,2	6,0	73,6	74,7	70,0	70,7	70,1
Jihomorav.	6624	97,4	259,7	98,9	1266	73,4	459	92,7	7,6	7,4	7,2	7,1	7,0	80,3	79,8	76,6	76,2	75,6
Olomoucký	3008	93,8	127,3	100,1	1283	87,7	459	99,0	6,7	6,6	6,6	6,5	6,5	72,6	74,6	75,2	76,0	74,9
Zlínský	2525	92,1	110,8	93,4	1489	73,9	502	93,4	6,2	6,2	6,0	6,2	6,1	73,2	73,0	72,3	74,5	73,7
Moravskosl.	5876	89,9	245,1	95,4	1445	77,6	458	86,4	7,2	7,1	6,9	6,7	6,5	77,7	78,3	75,6	75,9	74,0

¹⁾ podíl ošetřovacích dnů a skutečné lůžkové kapacity

²⁾ v procentech (stav roku 2006=100)

Zdroj dat: ÚZIS

Ke konci roku 2010 spravovaly nemocnice v ČR 52 590 lůžek akutní péče (bez lůžek novorozeneckých). Na celkovém lůžkovém fondu nemocnic se podílely 84,5 % (před 10 lety 91,5 %), s nejvyšším zastoupením v krajích na severu Moravě (95 % všech lůžek). Pouze akutní péči poskytovaly ke konci r. 2009 nemocnice ve 14 okresech (vč. např. Č.Budějovic či Ostravy). Pouze v jednom okrese (Praha-západ) byla specializace nemocnic omezena na péči následnou. Mezi šesti okresy s nejvyšší vybaveností lůžky akutní péče (v přepočtu na bydlícího obyvatele) se dostali jen okresy s působností fakultních nemocnic (vyjma Ostravy) doplněné o okres Ústí nad Labem. Tyto nemocnice díky své nadregionální působnosti slouží i pro občany z jiných okresů, jenom v pražských nemocnicích vzrostl podíl hospitalizovaných s trvalým bydlištěm mimo metropoli z 35 % v roce 2000 na 43 % v roce 2009. Nejnižší vybavenost lůžky akutní péče byla v roce 2009, vyjma území v těsném zázemí velkých měst, v okresech Tachov, Domažlice, Ústí nad Orlicí a Jeseník.

Počet provozuschopných lůžek akutní péče se mezi roky 2006 a 2010 v ČR snížil o 5,5 %, na Karlovarsku a Moravskoslezsku o více než desetinu, na Liberecku jako jediném kraji stagnoval. Více ustálené byly v posledním pětiletí počty uživatelů akutní lůžkové péče, mírně se zvýšily (o 1-3 %) v Praze, středních Čechách a Plzeňsku. Vyjma Královéhradecka a

Liberecka klesaly ve všech regionech počty provozuschopných akutních lůžek rychleji než počty jejich uživatelů (viz tab. 2). Redukce lůžkové kapacity se promítla také v plynulém poklesu počtu ošetrovacích dnů na akutní péči - mezi roky 2006 a 2010 se v ČR snížily o desetinu (rozpětí krajů se pohybovalo od -15 % na Karlovarsku a Moravskoslezsku po -3% na Olomoucku a -5 % na Plzeňsku a Královéhradecku). Vzhledem k mírnému růstu počtu lékařů a stagnaci stavů středního zdravotnického personálu se v posledním pětiletí u zdravotnických pracovníků akutní nemocniční péče ve všech krajích snížila jejich „vytíženost“ (měřená počtem poskytnutých ošetrovacích dnů na pracovníka). Nejvyšší „vytíženost“ vykázali v roce 2010 lékaři akutní péče na Karlovarsku a Ústecku, lékaři na Pardubicku měli oproti nim „vytíženost“ o třetinu nižší. V případě sester u lůžek byly mezikrajské rozdíly „vytíženosti“ méně výrazné - nejméně ošetrovacích dnů připadalo v roce 2010 na sestry v Praze (375), z mimopražských krajů kolísala „vytíženost“ od Pardubicka (420) po Zlínsko (502).

Průměrný počet ošetrovacích dní na hospitalizovaného se v nemocničních lůžkách akutní péče plynule snižuje (v ČR ze 7,0 dnů v roce 2006 na 6,4 dne v roce 2010). Průměrná ošetrovací doba se v tomto období mírně snižovala ve všech krajích (nejvíce poklesla v Praze a ve středních Čechách – téměř o 1 den), mezikrajské variační rozpětí průměrné ošetrovací doby se naopak zvýšilo z 1,4 na 1,8 dne (v roce 2010 pobýli pacienti na akutních lůžkách nejdéle na Královéhradecku (7,3 dne), nejkratší dobu ve středních Čechách (5,5)).

Během roku 2010 bylo v nemocnicích v ČR využito 72,6 % skutečné lůžkové kapacity akutní péče. Využitelnost na úrovni 75 % hlásily nemocnice v Praze, Jihomoravském a Olomouckém kraji, nejmenší byla ve středních a JZ Čechách (68-70 %). Využití skutečných lůžek se mírně snížilo ve většině krajů, stagnovalo na Zlínsku a nepatrně (o 2 p.b.) se mezi roky 2006 a 2010 navýšilo na Olomoucku; disparity mezi kraji se v tomto období lehce snížily (variační rozpětí % využití lůžek pokleslo z 10 na 7,5 p.b.)

Tab.č. 3: Nemocniční lůžka ošetrovatelské následné péče¹⁾ a jejich využití v krajích

ČR, kraj sídla zařízení	Počet provozuschopných lůžek		Počet hospitalizovaných		Ošetrovací dny na 1 lékaře		Ošetrov. dny na 1 sestru u lůžka		Průměrná ošetrovací doba (dny)					Využití lůžek v % skutečné lůžkové kapacity ¹⁾				
	2010	2010/2006 ²⁾	2010	2010/2006 ²⁾	2010	2010/2006 ²⁾	2010	2010/2006 ²⁾	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
ČR	6991	107,5	51525	107,2	6456	85,3	1122	92,1	44,6	44,9	42,3	42,8	44,1	90,3	89,6	86,9	88,6	89,0
Hl.m.Praha	781	100,0	6218	89,9	7048	107,7	1143	96,0	34,8	41,3	32,6	33,0	41,1	84,6	85,1	83,1	84,9	89,7
Středočes.	1201	151,5	7040	166,6	8179	68,4	1186	90,2	64,6	65,5	61,3	60,2	57,7	94,3	94,1	93,3	92,9	92,7
Jihočeský	372	100,0	3385	110,3	5319	97,9	1167	93,8	39,7	37,7	36,9	36,8	35,7	89,7	90,9	84,6	90,3	88,9
Plzeňský	402	133,1	2654	114,3	5884	70,8	1228	84,1	43,8	40,4	38,6	43,4	45,8	92,2	87,1	81,2	84,3	82,8
Karlovarský	177	95,2	1014	103,6	4343	49,1	960	60,7	66,0	52,9	53,2	46,2	54,4	95,0	97,1	95,2	88,5	85,4
Ústecký	912	103,9	6397	106,7	5514	69,5	1088	86,9	47,8	46,4	44,9	48,4	47,4	89,4	88,9	87,3	90,8	91,2
Liberecký	451	107,1	3840	115,7	6363	101,6	1248	108,7	44,1	50,2	44,7	43,2	40,0	95,4	94,2	90,9	88,7	93,2
Královéhrad.	308	104,4	1852	113,9	10085	109,0	1053	93,3	58,3	63,6	54,6	44,4	47,9	88,2	87,2	80,8	82,3	78,9
Pardubický	539	95,1	3569	95,0	6239	105,3	1110	87,7	49,3	47,5	48,6	48,0	49,1	89,3	87,4	86,5	87,6	89,1
Vysočina	233	94,0	1831	77,9	6790	96,0	991	78,8	36,4	39,0	33,7	35,6	38,4	94,7	87,7	81,0	88,2	82,7
Jihomoravs.	864	100,3	6418	98,6	6526	92,8	1134	105,8	44,0	44,1	45,6	44,7	44,8	91,1	89,1	91,0	90,1	91,1
Olomoucký	129	70,5	919	72,4	7631	72,4	908	83,4	43,6	40,7	48,9	52,4	44,0	82,6	91,1	98,8	97,4	85,9
Zlínský	322	137,0	4004	142,5	4456	68,7	992	92,5	27,9	26,4	24,5	25,5	25,3	91,5	93,2	85,6	86,8	86,1
Moravskosl.	300	78,9	2389	81,9	8079	69,2	1105	86,1	42,0	35,5	37,8	38,5	38,5	88,4	86,6	73,2	85,0	83,9

¹⁾ vč. všech lůžek nemocnic s pouze následnou péčí

¹⁾ podíl ošetrovacích dnů a skutečné lůžkové kapacity

²⁾ v procentech (stav roku 2006=100)

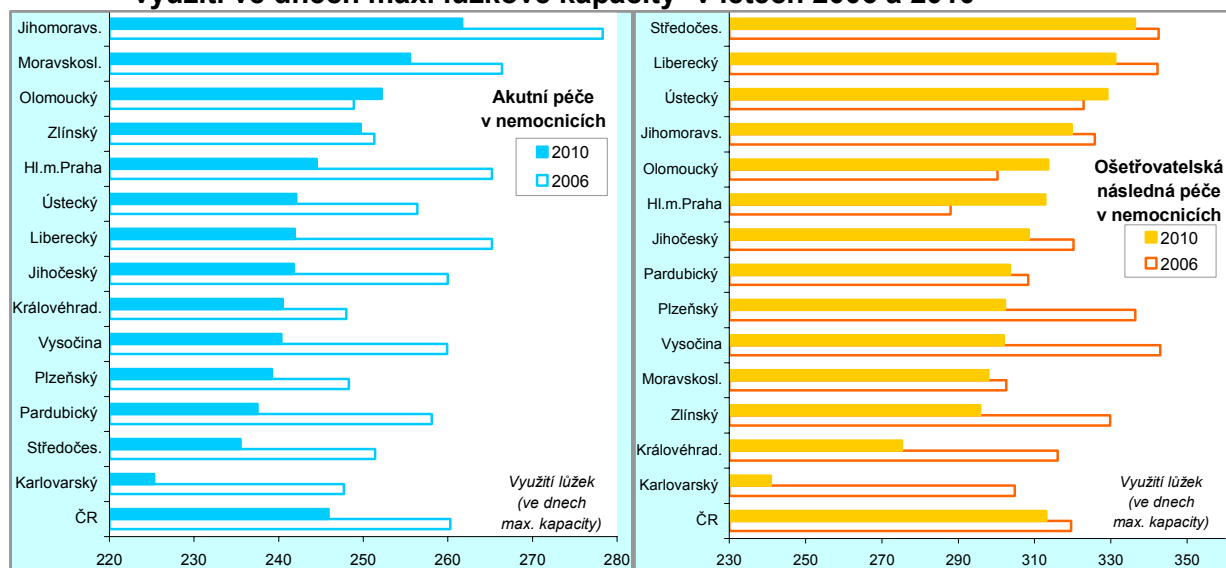
Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Nemocnice v ČR nabízely ke sklonku roku 2010 téměř 7,4 tis. lůžek následné péče (tvořily osminu jejich celkové lůžkové kapacity). Jejich počet se zvyšuje od konce 90. let a vyjma období 2005-7 trvá tento trend až do současnosti. Některé regiony se na následnou péči více specializují – ve středních Čechách (zcela dominuje v okrese Praha-západ) a

Pardubickou tvoří pětinu nemocniční lůžkové kapacity, nadprůměrnou váhu mají též v S a SZ Čechách, moravské nemocnice se dominantně orientují na péči akutní (vyjma nemocnic v zázemí Brna a v okrese Uherské Hradiště).

Lůžka následné péče v ČR jsou z třetiny soustředěny do 31 specializovaných nemocnic následné péče (jde o péči na ošetrovatelských a doléčovacích lůžkách v návaznosti na péči akutní, které se pacientovi dostalo v jiném zařízení), většina je však stále poskytována v klasických nemocnicích. Počet provozuschopných lůžek následné péče mezi roky 2006 až 2010 mírně rostl ve většině krajů, nejdynamičtěji (o polovinu) se navýšil ve středních Čechách (v současnosti region s nejvyšším absolutním počtem těchto lůžek), v 5 regionech poklesl (z toho výrazněji pouze v krajích na severu Moravy). S rozšiřováním lůžkové kapacity se zvyšoval i počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče, rostl především v českých krajích (zejména v okolí Prahy). Počet ošetrovacích dnů na těchto lůžkách v ČR mezi roky 2006-8 mírně klesal, v následujících dvou letech však došlo k oživení a v roce 2010 byl o 6 % nad úroveň roku 2006. V tomto pětiletí zaznamenala růst počtu ošetrovacích dnů polovina krajů (Středočeský o +49 %, Zlínsko o +29 %), o čtvrtinu se snížily na severní Moravě. Stav zdravotnického personálu svým růstem převýšily počty poskytnutých ošetrovacích dnů, „vytíženost“ pracovníků mezi roky 2006 a 2010 tak mírně poklesla – u sester o 8 %, u lékařů o 15 %. Nebylo tomu tak ale ve všech krajích, např. na Liberecku se v obou kategoriích mírně zvýšila (podrobněji viz tab. 3). Mezikrajské rozdíly je potřeba interpretovat opatrně, neboť rozsah poskytované následné péče je oproti péči akutní stále relativně omezený a v blízké budoucnosti může v některých krajích doznat významných změn (jak vidíme na příkladu rozmachu v kraji Středočeském). Nesporný je ovšem fakt, že v porovnání s péčí akutní generují lůžka následné péče o řád vyšší počet ošetrovacích dnů na pracovníka (v relaci na lékaře to bylo v ČR v roce 2010 4,7 krát, u sester 2,5 krát více).

Graf č. 2. Nemocniční lůžka akutní péče a ošetrovatelské následné péče v krajích – využití ve dnech max. lůžkové kapacity⁷ v letech 2006 a 2010



Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Tato skutečnost se promítá i do průměrné délky pobytu, která u lůžek následné péče činí v ČR 44 dní. Jednotlivé kraje se v délce ošetrovací doby významně liší – trvale nejvyšší vidíme ve středních Čechách (téměř 60 dní), opačnou pozici zaujímá dlouhodobě Zlínsko (25) a také další kraje, kde je dosud tento druh péče méně rozšířený. Tyto rozdíly souvisí s odlišnou strukturou zařízení poskytujících následnou péči. Zajišťují-li tuto péči klasické

⁷ Poměr počtu ošetrov. dnů k průměr. počtu lůžek. Průměrný počet lůžek = stanovená lůžka k poslednímu dni minulého roku + (přírůstek stanovených lůžek za sledované období x počet dnů, po které byla tato lůžka v provozu / celkový počet dnů sledovaného období)
- (úbytek stanovených lůžek za sled. období x počet dnů, po které nebyla tato lůžka v provozu / celkový počet dnů sled. období)

nemocnice prostřednictvím oddělení ošetrovatelské či dlouhodobé intenzivní péče, je průměrná ošetrovací doba významně nižší (40 dní) než v případě specializovaných nemocnic následné péče (55), která jiná než dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská lužka neposkytují. Průměrná ošetrovací doba u následné péče se v posledních letech příliš nemění, vývoj v některých regionech je více rozkolísaný, většinou však s tendencí také ke stagnaci.

Využití lůžek následné péče se v posledním pětiletí konstantně pohybuje těsně pod 90 % skutečné kapacity a o 15 p.b. převyšuje republikovou hodnotu u akutní péče. Z regionů zaznamenaly největší převis střední Čechy a Karlovarsko (v průměru za období 2006-10 o více než 20 p.b.), využití lůžek se u obou druhů péče nejvíce přiblížilo (7-8 p.b.) v Praze a Moravskoslezsku (kde se v roce 2008 využití lůžek akutní a následné péče téměř vyrovnalo).

Až doposud byly regionální rozdíly u nemocnic akutní a následné péče hodnoceny převážně na krajské úrovni. Sledováním vývoje lokalizace jednotlivých nemocnic (vč. jejich detašovaných pracovišť) do úrovně obcí získáme přehled o vnitrokrajských rozdílech v působnosti zdravotnických zařízení i o vztahu jejich sídel s územně-správním členěním státu.

Tab.č. 4: Vazba sídel nemocnic a jejich detašovaných pracovišť na administrativní strukturu v krajích

ČR, kraj sídla zařízení	Počet nemocnic se sídlem													Počet detašovaných pracovišť nemocnic se sídlem																	
	v krajském městě				v okresním městě ¹⁾				v sídle SO ORP ²⁾				jinde				v krajském městě			v okresním městě ¹⁾			v sídle SO ORP ²⁾			jinde					
	2000	2005	2010	2010*	2000	2005	2010	2010*	2000	2005	2010	2010*	2000	2005	2010	2010*	2000	2005	2010	2000	2005	2010	2000	2005	2010	2000	2005	2010	2000	2005	2010
součet krajů	65	60	58	7	65	60	59	2	62	61	58	13	19	14	14	8	60	61	59	38	44	43	38	56	67	47	61	67			
Hl.m.Praha	26	26	27	6													34	30	27												
Středočes.					12	11	11		9	10	10	1	5	4	4	3				18	16	11	2	3	3	3	11	10			
Jihočeský	1	1	1		7	7	6		2	2	2	2					1	1		2	2	3	1	5	6	1	5	3			
Plzeňský	5	5	4		3	3	3		2	2	2		2	1	2	1	7	8	9	1	1	2	6	4	6	8	9	9			
Karlovarský	2	1	1		2	2	2		3	2	2								3	1		2	3	2	2			1			
Ústecký	2	1	1	1	7	7	7	2	7	8	8	4	3	4	4	2	4	5	5	2	6	8	9	10	8	24	16	15			
Liberecký	1	1	1		5	3	3		4	4	4						2	2	2	4	4	3	3	5	5	2	4	5			
Královéhrad.	3	2	2		5	4	4		4	3	2		3	3	2		2	1	1	1		1	5	6	10	2	1	16			
Pardubický	3	3	2		3	3	3		4	4	4	3							1	2	1	2	3	3	6	1	2	2			
Vysočina	1	1	1		3	3	3		2	2	2		1				1			3	1	1	1	2	2	4	1	1			
Jihomorav.	12	12	11		5	5	5		5	5	5		3	1	1	1	9	7	6	4	2	2	5	2	2	2	2	2			
Olomoucký	3	2	2		4	4	4		4	3	3	1							1	1	2		1	2							
Zlínský	2	2	2		3	3	3		5	5	4	2	1	1	1	1	1	1		5	2		4	2							
Moravskosl.	4	3	3		6	5	5		11	11	10		1				4	4		5	4		9	13		10	3				

¹⁾ bez nemocnic se sídlem v krajském městě

²⁾ bez nemocnic se sídlem v okresním či krajském městě

* pouze nemocnice následné péče (stav k 31.7.2010)

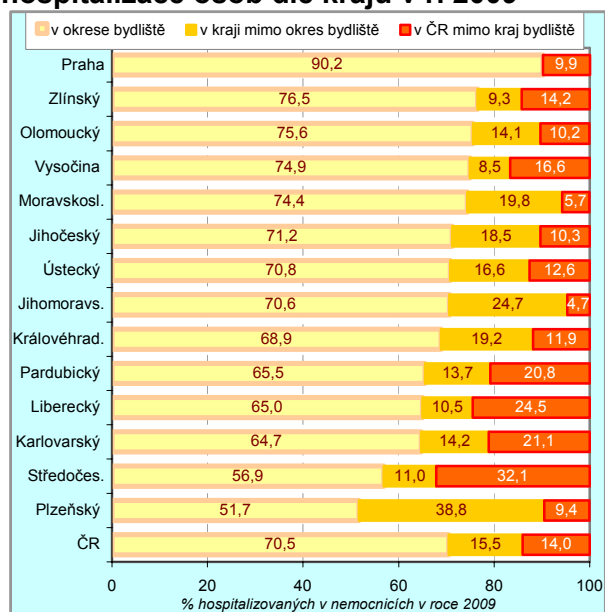
Zdroj dat: ÚZIS, ČSÚ

V polovině roku 2010 působilo v ČR 189 nemocnic, necelá třetina jich shodně sídlila jak v krajských městech, tak v městech pouze okresních (kde do roku 2002 působily okresní úřady) a třetina pak v obcích plnicích v současnosti roli správních obvodů obcí s rozšířenou působností (SO ORP). Navzdory redukci nemocniční sítě je toto rozložení mezi správní území v ČR téměř shodné s rokem 2000. Současný stav v krajích však vykazuje významné rozdíly: Polovina nemocnic z Jihomoravského kraje sídlí v Brně, lokalizace v krajské metropoli převládá též na Plzeňsku. V okresních městech sídlí 2/3 nemocnic z Jihočeského kraje a polovina z kraje Vysočina. Převážně o okresní města se opírá nemocniční síť také ve středních Čechách, na Královéhradecku a Olomoucku. V sídlech SO ORP sídlí většina nemocnic na Liberecku a Moravskoslezsku, početně převládají také na Pardubicku, Zlínsku a Ústecku. V jiných převážně menších obcích, které neplní významnější administrativní funkce, působí každá pátá nemocnice ve středních Čechách, Plzeňsku, Ústecku a kraji Královéhradeckém (v tomto kraji jsou sídla nemocnic nevíce rozptýlena mezi obce s různou administrativní funkcí – největší soustředění do 1 typu obcí vidíme v kraji Jihočeském).

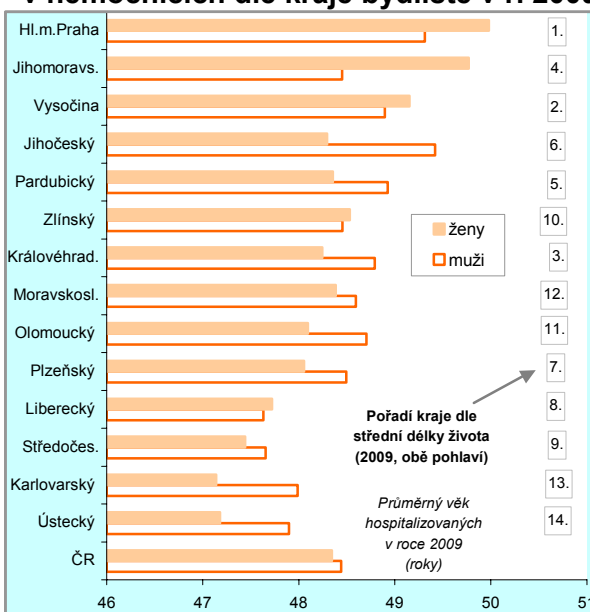
Nemocnice specializované pouze na následnou péči, které v současnosti sídlí již ve většině krajů, nacházíme na rozdíl od „klasických“ nemocnic především v menších městech (polovina ve městech do 15 tis. obyvatel).

Počet detašovaných pracovišť (DP) nemocnic se v ČR za poslední desetiletí zvýšil o více než čtvrtinu (na 236 k půli roku 2010). Mnohdy jde o pozůstatky dříve samostatných nemocnic, které byly posléze sloučeny s větším zařízením; často také zahrnují pracoviště specializovaná na jediný obor. Téměř 70 % všech DP z celé ČR bylo v roce 2010 soustředěno v šesti krajích, nejvíce na Ústecku, Královéhradecku a Praze. DP nemocnic nacházíme zejména v menších obcích (kde také v posledním desetiletí nejčastěji vznikala), pouze ve středních Čechách sídlí nejčastěji v okresních městech a v kraji Jihomoravském v Brně.

Graf č. 3: Vztah trvalého bydliště a místa hospitalizace osob dle krajů v r. 2009



Graf č. 4: Průměrný věk hospitalizovaných v nemocnicích dle kraje bydliště v r. 2009



Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Regionální rozdíly i vývojové tendence hustoty nemocniční sítě se odrazily v dojíždě do těchto zařízení. Redukce počtu nemocnic spolu s narůstající specializací některých stávajících zařízení vedly k plynulému nárůstu podílu osob, které byly hospitalizovány mimo okres svého trvalého bydliště – v roce 2010 dosáhl 29,5 %, před deseti lety o 5 p.b. méně. Rychleji se zvyšoval podíl hospitalizovaných mimo okres v rámci kraji bydliště (z 12,4 % na 15,5 %), významně rostl také počet i podíl hospitalizovaných v jiném kraji (např. do pražských nemocnic dojíždělo za lůžkovou péčí v r. 2009 téměř 150 tis. osob s bydlištěm v jiném kraji ČR, o téměř 30 % více než před deseti lety).

Více než třetina obyvatel musela za nemocniční lůžkovou péčí dojíždět mimo okres svého bydliště na Plzeňsku (velká fakultní nemocnice v Plzni v kombinaci s téměř neexistující nemocniční sítí v severní části kraje), středních Čechách (silný vliv pražských nemocnic v kombinaci se stěhováním obyvatel do lůžkově hůře vybaveného zázemí Prahy) a dále v menších krajích se silnou rolí krajského centra (Karlovarsko, Liberecko, Pardubicko). Za zmínku stojí také vysoké procento hospitalizovaných v okrese bydliště na Zlínsku a Vysočině (75 %) při současně nadprůměrném podílu vyjíždějících do nemocnic v jiném kraji (viz graf 3). Podíl hospitalizovaných mimo okres svého bydliště vzrostl v posledním deceniu rychleji v českých krajích, nejvíce na Liberecku (kde přitom nedošlo k významné redukci nemocniční sítě a počet lůžek se dokonce mírně zvýšil), v okresním pohledu na Tachovsku, Nymbursku a Semilsku.

Trochu jiný pohled na dostupnost získáme, budeme-li sledovat časovou dostupnost (individuální silniční dopravou) z obcí k nejbližší nemocnici v ČR poskytující lůžkovou péči na oddělení interny⁸. Podle údajů k 30.6.2010 mělo nejvíce obcí dostupnost v kategorii 10-14 minut. Z poloviny všech obcí ČR bylo možné dojet do nejbližší nemocnice do 15 min., v těchto obcích žilo ¾ obyvatel Česka. Za území se zhoršenou dostupností lze považovat případy, kdy dostupnost nemocnice z obce přesáhla 20 min. Taková situace nastala u více než čtvrtiny obcí, zabírajících 32 % území a v těchto obcích mělo trvalé bydliště 11,5 % obyvatel ČR. Z regionálního hlediska disponovali dobrou dostupností obyvatelé Prahy a severní části středních Čech, dále v Královéhradeckém, Libereckém a Ústeckém kraji (vyjma okresu Louny) a také na většině území kraje Moravskoslezského. K územím se zhoršenou dostupností patřilo severní Plzeňsko (¾ obyvatel Tachovska cestovalo k nejbližší nemocnici déle než 20 min.) a široký pás okresů na česko-moravském pomezí táhnoucí se od Čes. Krumlova po Jeseník. Velmi špatnou dostupnost mají obyvatelé 306 obcí, v nichž žije 160 tis. obyvatel – k nejbližší nemocnici s lůžkovou péčí na interně to mají přes 30 min⁹.

Tab.č. 5: Počet nemocnic a hospitalizovaných v nich v krajích dle lůžkové kapacity

ČR, kraj sídla zařízení	Počet nemocnic dle kapacity lůžek (k 31.12.sledovaného roku)										Počet hospitalizovaných (v tis. osob) v nemocnicích dle kapacity lůžek (ve sledovaném roce)									
	<100		100-199		200-499		500-999		1000+		<100		100-199		200-499		500-999		1000+	
	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009
ČR	61	45	47	50	62	61	27	23	14	12	72,2	45,6	192,5	200,0	640,1	762,9	521,7	553,6	590,0	601,5
Hl.m.Praha	11	13	4	4	5	5	1	1	5	5	8,0	12,0	10,5	12,1	43,7	54,1	18,5	19,6	214,0	244,8
Středočes.	7	5	8	10	8	6	3	4			11,8	6,3	26,2	39,7	82,1	63,3	60,0	94,7		
Jihočeský	2	2	2	1	4	4	1	1	1	1	2,0	1,3	11,9	6,3	48,2	50,9	15,5	18,5	42,6	49,6
Plzeňský	1	2	6	5	4	3			1	1	0,7	1,2	27,8	23,0	35,9	27,1			40,2	60,1
Karlovarský	2		1	1	3	4	1				1,6		3,3	4,2	33,4	50,8	16,3			
Ústecký	6	5	4	8	4	5	3	1	2	1	4,2	2,1	15,9	31,1	32,0	75,7	52,5	26,7	64,3	42,6
Liberecký	3	1	3	2	3	3	1	2			3,8	2,2	16,2	8,3	36,2	28,7	25,7	49,7		
Královéhrad.	5	2	4	3	4	3	1	1	1	1	6,9	3,9	15,8	10,6	37,2	36,1	13,0	17,6	41,0	40,9
Pardubický	4	3	1	2	4	4	1	1			5,4	1,0	5,5	1,3	45,6	54,4	27,5	32,2		
Vysočina	1		1	1	1	2	4	3			2,0		3,1	3,4	11,0	30,9	81,9	68,9		
Jihomorav.	8	5	4	4	8	9	4	3	1	1	12,8	9,8	10,5	12,3	75,1	97,3	81,3	70,4	71,0	73,3
Olomoucký	3	1	2	2	4	4	1	1	1	1	4,4	0,2	14,0	12,3	45,6	49,4	16,4	20,5	40,0	46,3
Zlínský	5	4	1	1	3	3	1	2	1		4,3	3,5	4,3	5,3	35,5	43,6	23,1	63,9	34,2	
Moravskosl.	3	2	6	6	7	6	5	3	1	1	4,4	2,3	27,5	30,1	78,9	100,7	90,0	70,9	42,7	44,0

zahrnuje též nemocnice následné péče

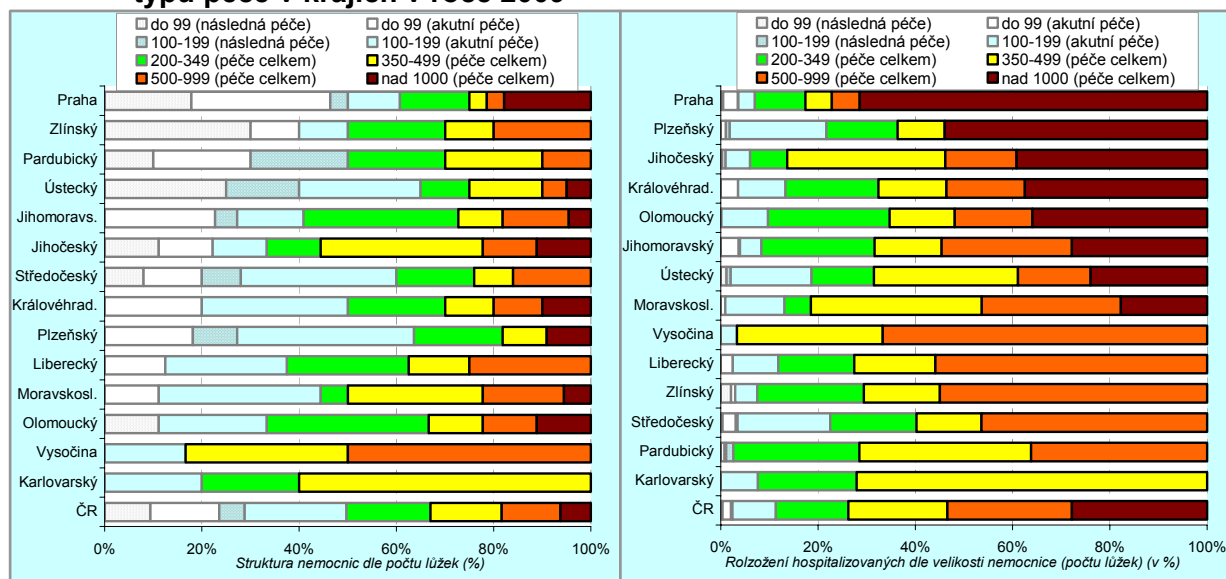
Zdroj dat: ÚZIS

Změny v nemocniční síti se promítají také do struktury těchto zařízení podle lůžkové kapacity. Za poslední desetiletí se nejvíce snížil počet nejmenších nemocnic – s kapacitou do 100 lůžek, mírně se ale redukoval i počet velkých nemocnic s více než 500 lůžky. Zatímco v prvním případě to bylo důsledkem úplného zániku popř. transformace nemocnice na jiný typ zařízení, v druhém případě přešly nemocnice do nižší velikostní kategorie vlivem významnějšího poklesu počtu lůžek. Počet nejmenších nemocnic se snižoval ve všech regionech vyjma Prahy a Plzeňska. Počet menších nemocnic (s kapacitou 100-200 lůžek) zůstal ve většině krajů stabilizovaný, v některých (Středočeský, Ústecký, Pardubický) se zvýšil díky rozvoji lůžek následné ošetrovatelské péče. Nemocnice s 200-500 lůžky tvoří ve většině krajů nejdůležitější článek sítě, v mimopražských krajích soustřeďují 40 % všech hospitalizací (s výraznou dominancí na Karlovarsku i Pardubicku). Největší nemocnice (s více než tis. lůžek) jsou tvořeny především fakulními – do 12 největších nemocnic se kromě nich (dle stavu k 31.12.2009) vklínily jen krajské nemocnice v Ústí nad Labem a Českých Budějovicích.

⁸ Zahnuje drtivou většinu nemocnic akutní péče. Nejsou obsažena pouze některé vesměs malá zařízení, která poskytují lůžkovou péči ve specializovaných oborech (např. gynekologie, neurologie, následná ošetrovatelská péče), popř. dočasně poskytují jen péči ambulantní. Lůžková péče na interně byla v polovině roku 2010 poskytována na 139 místech ČR.

⁹ Z významnějších obcí dosáhlo nejhorší dostupnosti (46 min.) město České Velenice v okrese Jindřichův Hradec.

Graf č. 5: Struktura lůžek a hospitalizovaných osob dle počtu lůžek nemocnicích a typu péče v krajích v roce 2009



Zdroj dat: ÚZIS

Nemocnice do 200 lůžek tvoří v ČR polovinu všech nemocnic, jejich podíl na všech případech hospitalizace dlouhodobě klesá a v roce 2009 jen mírně přesáhl 11 % (ve středních Čechách a na Plzeňsku dosáhl 22 %, ale na Pardubicku a Vysočině jen 3 %). Čtvrtina všech hospitalizací připadá v ČR na 11 fakultních nemocnic, 71 % hospitalizací v pražských nemocnicích připadalo v roce 2009 na pět FN.

Tab.č. 6: Počet hospitalizovaných a nemocnic v krajích dle zřizovatele

ČR, kraj sídla zařízení	% hospitalizovaných v privátních nemocnicích ¹⁾ (ze všech hospitalizovaných v nemocnicích sídlících v kraji)										Počet zařízení dle zřizovatele (31.12.2010)								
											nemocnice akutní péče celkem (vč. fakultních)					nemocnice následné péče, LDN, hospice			
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Minist. Zdravotn.	Ost. centr. org.	Kraj	Město obec, církev	fyz.os jiná práv. os.	MZ a ost. centr. org.	Kraj	Město obec, církev	fyz.os jiná práv. os.
ČR	9	9	10	10	20	27	30	49	49	49	19	5	19	16	100	6	19	19	72
Hl.m.Praha	5	4	5	5	5	6	6	6	6	7	11	2	-	2	6	4	1	4	7
Středočeský	6	4	5	8	14	89	89	91	91	91	-	-	-	2	19	-	-	-	13
Jihočeský	2	2	2	2	37	40	40	100	100	100	-	-	-	-	7	-	-	-	7
Plzeňský	10	10	11	12	42	42	43	43	42	43	1	-	-	1	8	-	-	-	4
Karlovarský	15	15	12	12	93	92	93	92	100	100	-	-	-	-	5	-	1	-	4
Ústecký	8	8	12	12	19	19	18	86	87	86	-	-	-	2	9	-	2	2	13
Liberecký	9	9	9	9	9	8	8	62	70	70	-	-	-	3	5	-	-	1	-
Královéhrad.	17	17	17	17	63	63	63	62	61	62	1	-	-	-	9	-	2	2	2
Pardubický	4	2	2	2	1	1	1	98	98	98	-	-	-	-	6	-	3	-	3
Vysočina	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	-	-	5	-	1	-	3	-	3
Jihomorav.	6	7	6	6	6	6	6	6	7	7	4	2	7	4	4	-	1	2	2
Olomoucký	29	29	29	28	25	27	27	60	59	59	1	1	-	-	6	1	1	1	5
Zlínský	7	7	7	7	16	18	86	99	99	99	-	-	-	-	7	-	-	4	5
Moravskosl.	16	16	18	17	18	19	18	18	19	18	1	-	7	2	8	1	5	3	4

¹⁾ ve vlastnictví fyzické či právnické osoby (např. s.r.o.), zahrnuje i a.s., kde je 100% vlastníkem kraj či obec (město)

Zdroj dat: ÚZIS

Další významné strukturální změny v nemocniční síti probíhaly po roce 2000 v souvislosti se změnou zřizovatele. Tyto změny se nedotkly fakultních nemocnic (řízené Ministerstvem zdravotnictví) a nemocnic vojenských a vězeňských (Min. obrany). Motorem změn, které ve většině krajů proběhly v letech 2004 či 2007, byly aktivity nově zřízených

krajských samospráv, které započaly s privatizačním procesem a nemocnice převáděly na právnické osoby (a.s., s.r.o.). Ze 189 nemocnic působící v ČR na sklonku roku 2010 jich bylo 121 „privátních“ soustřeďujících necelou polovinu lůžek i hospitalizovaných osob. V těchto „privátních“ zařízeních je však zahrnuto také 53 nemocnic – obchodních společností se 100% podílem veřejného (krajského nebo obecního) majetku. Tato zařízení se podílela na privátním lůžkovém fondu nemocnic 70 %. Z toho vyplývá, že privátních nemocnic, které nejsou zcela ovládnuty veřejným sektorem, bylo na konci r. 2010 v ČR méně než 70 a na lůžkovém fondu všech nemocnic se podílely necelými 15 %. Údaje o jejich rozložení do krajů jsou poměrně obtížně dostupné, zřejmé však je, že ve 4 krajích dosud z pohledu hospitalizačních výkonů dominují nemocnice řízené buď státem (Praha, částečně Jihomoravský) či přímo krajem (Vysočina a Moravskoslezský).

U lůžkových zařízení určených převážně pro seniory (nemocnice násl. péče, léčebny pro dlouhodobě nemocné a hospice) převažují ty, jejichž zřizovatelem je právnická osoba. V SV Čechách a na Moravě si udržela významnější vliv zařízení ve správě kraje, obcí či církve.

Tab.č. 7: Míry hospitalizace obyvatel a průměrná délka ošetrovací doby dle kraje bydliště hospitalizovaných

ČR, kraj bydliště	Počet případů hospitalizace na tis. obyvatel (příslušné skupiny) ¹⁾												Průměrná ošetrovací doba (ve dnech) ¹⁾					
	celkem						muži		ženy		děti (0-14 let)							
	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2000	2009	2000	2009	2009 muži	2009 ženy	2000	2002	2004	2006	2008	2009
ČR	212	219	229	221	218	215	190	192	233	238	223	196	7,9	7,7	7,5	7,2	6,9	6,9
Hl.m.Praha	189	213	205	183	175	171	171	150	205	191	199	168	8,4	8,0	8,3	7,9	7,6	7,4
Středočes.	212	213	229	212	218	218	188	190	235	244	224	195	7,8	7,2	7,4	7,0	6,4	6,4
Jihočeský	205	214	220	216	219	214	183	195	226	232	206	183	7,9	7,7	7,3	7,1	6,6	6,6
Plzeňský	210	213	214	210	204	203	187	183	233	223	228	201	8,0	8,0	7,9	7,6	7,3	7,3
Karlovarský	221	227	235	227	222	220	195	197	246	242	222	191	7,6	7,3	7,5	7,0	6,7	6,8
Ústecký	249	243	266	251	244	243	212	213	285	272	232	204	8,1	7,7	7,3	7,2	6,9	6,9
Liberecký	216	220	240	249	246	244	189	217	237	269	240	213	7,4	7,5	7,6	7,1	7,0	7,1
Královéhrad.	205	201	213	207	205	199	183	178	227	219	210	191	8,3	8,1	7,8	7,6	7,4	7,7
Pardubický	202	203	217	214	211	210	183	188	220	231	206	183	7,6	7,4	7,7	7,7	7,3	7,2
Vysočina	221	231	244	238	237	231	197	206	245	256	232	199	7,5	7,5	7,1	6,9	6,4	6,5
Jihomoravs.	221	226	234	229	224	221	200	196	241	246	231	207	8,0	8,2	7,9	7,6	7,3	7,3
Olomoucký	201	203	221	214	216	215	182	193	219	237	218	197	7,4	7,1	6,9	6,6	6,3	6,3
Zlínský	212	222	229	234	229	226	188	202	234	249	239	212	7,4	7,3	7,0	6,6	6,4	6,5
Moravskosl.	207	220	233	227	219	215	187	194	227	235	221	196	8,0	7,6	7,5	7,0	6,9	6,5

¹⁾ osob s trvalým bydlištěm v daném kraji hospitalizovaných v nemocnicích ČR (v libovolném kraji)

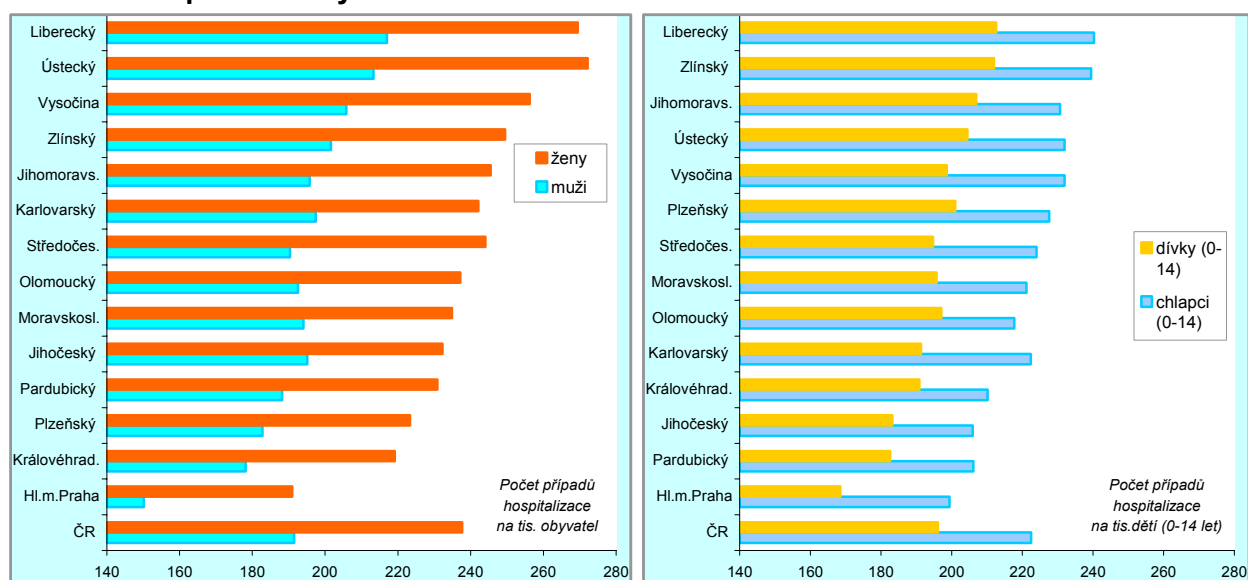
Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Statistika hospitalizací¹⁰ umožňuje vedle sledování využití jednotlivých lůžkových zařízení a jejich oddělení také hodnocení zdravotního stavu obyvatel. V roce 2009 bylo v nemocnicích v ČR ukončeno 2,256 tis. případů hospitalizací (vč. překladů pacientů mezi jednotlivými odděleními), na tis. obyvatel připadalo 215 případů. Změny počtu hospitalizací neodráží pouze zdravotní stav populace, ale také legislativní zásahy v systému zdravotní péče, změny věkové struktury populace a též metodické změny v systému zpracování dat. V roce 2006 došlo k revizi dat z Národního registru hospitalizovaných. Data byla při zpracování očištěna od duplicitních záznamů hospitalizací vzniklých vlivem překladů v rámci

¹⁰ Statistika hospitalizací vychází z jednotlivých hlášení o ukončených případech hospitalizace. Zpravodajskou jednotkou je každé lůžkové oddělení zdravotnického zařízení (poskytuje data za hospitalizované pacienty v ČR na všech odděleních nemocnic včetně fakultních a nemocnic následné péče). Data jsou uložena v národním registru hospitalizovaných, který obsahuje případy všech hospitalizovaných osob na území ČR, včetně všech cizinců (cizinci s dlouhodobým pobytem jsou přiřazeni k trvalému bydličnímu obyvatelstvu) i bezdomovců. Za jeden případ hospitalizace se považuje každé ukončení hospitalizace na jednom oddělení, ať již hospitalizace skončila propuštěním nebo úmrtím pacienta či jeho přeložením na jiné oddělení nebo do jiného zařízení. Zařazeny jsou všechny případy hospitalizace ukončené ve sledovaném roce, bez ohledu na to, ve kterém roce začaly. V počtu ošetrovacích dnů je započítána celková doba hospitalizace, i když započala v předcházejícím roce.

jednoho oddělení. Údaje byly takto zpětně ošetřeny pouze za úroveň ČR, v letech 2000-5 byl v průměru počet hospitalizací snížen o 1,5 %. Pokud jde o vliv demografického stárnutí, vzrostl mezi roky 2000 a 2010 počet obyvatel starších 65 let o (tvořících třetinu případů hospitalizací) 15 %. Počet hospitalizací se zvyšuje i vlivem zvyšující se porodnosti (počet živě narozených dětí se za stejné období zvýšil o 30 %). Vývojové tendence počtu hospitalizací je třeba s ohledem na tyto protichůdné vlivy interpretovat opatrněji. Je však zřejmé, že mezi roky 2000 a 2005 se míra hospitalizace populace ve všech krajích zvyšovala, od té doby dochází k mírnému poklesu (nejméně je tento trend patrný na Liberecku). Míra hospitalizace byla v roce 2009 nejvyšší v krajích Ústeckém a Libereckém (o 13 % zde převyšovala národní úroveň; postavení obou krajů může být ve skutečnosti ještě o něco horší, uvážíme-li jejich zvýhodnění mladší věkovou strukturou). Mírně nadprůměrné míry hospitalizace mají také obyvatelé Vysočiny a Zlínska. Pozitivní situace převládá naopak na Plzeňsku, Královéhradecku a hlavně v Praze (s hodnotou o pětinu pod úrovní ČR). Míra hospitalizace se ve vztahu k ČR za poslední desetiletí nejvíce snížila v Praze, nejméně příznivý vývoj panoval na Liberecku.

Graf č. 6. Míry hospitalizace dle pohlaví u dospělých a dětí dle kraje bydliště hospitalizovaných v roce 2009



Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Výše pospané trendy platí pro obě pohlaví, míra hospitalizace žen dlouhodobě převyšuje úroveň mužů o čtvrtinu, regionální rozložení hospitalizací však zůstává pro obě pohlaví podobné. Málo se odlišuje postavení krajů mezi pohlavími také u dětských pacientů, pozice některých krajů zde však byla v roce 2009 v porovnání s celou populací mírně příznivější na Karlovarsku a Pardubicku a v kraji Jihočeském, horší naopak na Zlínsku. Postavení krajů v míře hospitalizace dětí a dospělých vykazuje velmi podobné rysy s tím, že u dětí jsou mezikrajové disparity menší a míra hospitalizace chlapců zde ve všech krajích na rozdíl od dospělé populace hospitalizace dívek převyšuje.

Potřeba nemocniční péče se neliší jen v závislosti na věku a pohlaví, nýbrž také podle jednotlivých specializačních oborů. Ke konci roku 2010 disponovaly nemocnice v ČR 62,2 tis. lůžky. Více než šestina lůžek připadla na oddělení interny, kromě 3 krajů (Praha, Libereckého a Pardubického) lůžka v tomto oboru v krajích dominovala. Druhá nejčastěji zastoupená lůžka se nacházela na chirurgických odděleních, ve všech krajích patřila do první trojice oborů s nejvyšším počtem lůžek (na Karlovarsku tvořila tato lůžka 17 % nemocničního lůžkového fondu, v Praze 9 %). Třetí nejčastěji zastoupená lůžka v ČR náležela oboru následné a ošetrovatelské péče, v rámci krajů však jejich zastoupení významně kolísá – od 20-22 % (Středočeský, Pardubický) po méně než 5 % (severní

Morava). Téměř desetinu nemocničních lůžek nacházíme s omezenými mezikrajskými disparitami v oboru gynekologie. Páté místo v četnosti zauímají lůžka pediatrická, s nejvyšším zastoupením v regionech s mladším obyvatelstvem (Ústecko a Karlovarsko, kde tvoří více než desetinu všech lůžek). Tato lůžka však sama o sobě nezahrnují vždy rozhodující část nabídky lůžek pro dětské pacienty, neboť některé kraje (speciálně Praha) vyčleňují nezanedbatelné množství lůžek na dílčích specializovaných odděleních (např. dětská onkologie). Podobně tomu je i u lůžek novorozeneckých, kde na novorozeneckých odděleních bylo soustředěno jen 40 % všech nemocničních novorozeneckých lůžek, významný podíl novorozeneckých lůžek nacházíme v Praze. Do Prahy jsou také častěji soustředěna lůžka ortopedická, kardiologická a kardiochirurgická a lůžka v dalších vysoce specializovaných oborech (neurochirurgie aj.). Za zmínku stojí ještě vyšší zastoupení lůžek na odd. TBC a respirač. nemocí na SV Moravy, které především v kraji Moravskoslezském částečně souvisí s vyšší nemocností populace na nemoci dýchacích cesty.

Tab.č. 8: Struktura nemocničních lůžek v krajích dle specializace k 31.12.2010

ČR, kraj sídla zařízení	Nemoční lůžka celkem	v tom na oddělení (v %)																	
		Interní	Chirurgie	Gynekologie	Novorozenecké	Pediatrie	Infekční	TBC, respirační nemocí	Ortopedie	Neurologie	Psychiatrie	Kardiologie a Kardiochirurg.	Klinic. a radiční onkologie	Urologie	ORL	ARO	Rehabilitační, fyz. med.	Ošetrovatelská péče a DIOP*	ostatní
ČR	62 219	17,4	13,5	9,0	1,5	7,7	2,3	2,4	4,9	4,8	1,9	2,5	1,9	2,6	2,3	1,5	2,7	11,1	10,1
Hl.m.Praha	10 018	11,7	9,4	8,2	3,1	3,6	2,4	2,8	6,8	4,4	2,4	7,2	2,0	2,7	2,7	1,7	2,5	7,4	19,1
Středočes.	5 908	21,4	15,1	10,9	0,4	7,9	1,2	1,4	5,4	3,7	-	-	0,4	1,7	2,0	1,8	2,1	20,4	4,3
Jihočeský	3 538	16,1	14,4	10,4	2,4	9,6	3,8	2,3	4,0	4,3	1,8	3,0	1,9	3,3	1,9	1,1	2,3	10,3	7,0
Piževský	3 508	21,3	14,8	9,4	2,7	6,5	2,1	2,2	4,5	4,3	2,9	1,0	1,9	1,6	2,0	1,0	2,1	9,9	10,0
Karlovarský	1 613	17,9	17,0	10,4	-	11,8	2,5	1,9	3,5	4,1	2,5	0,9	2,5	2,8	2,5	1,2	1,7	14,0	2,8
Ústecký	5 122	15,9	13,6	10,2	1,2	10,1	1,5	2,4	3,6	4,9	2,4	1,2	1,9	2,2	1,6	0,8	3,1	15,8	7,5
Liberecký	2 674	16,1	15,3	9,7	1,0	6,7	1,0	1,1	5,0	3,8	1,9	2,0	1,8	2,7	1,2	1,0	2,5	17,3	9,8
Královéhrad.	3 562	20,2	12,9	8,5	-	9,2	1,4	1,4	4,6	3,5	3,1	4,0	3,3	3,0	2,9	1,1	5,4	8,6	6,8
Pardubický	2 641	13,8	10,8	9,1	-	9,5	1,9	1,4	2,8	6,9	2,1	2,6	1,7	2,8	2,6	1,3	1,0	22,0	7,7
Vysočina	2 790	18,8	16,9	9,0	-	10,5	4,1	2,8	5,5	5,6	-	1,8	2,6	3,8	2,0	1,0	2,4	8,4	4,8
Jihomoravs.	7 886	16,9	13,6	7,1	1,8	5,7	3,4	2,4	4,3	4,3	2,4	1,2	3,0	2,2	2,3	1,7	3,3	11,4	13,0
Olomoucký	3 380	20,0	12,9	8,7	1,5	10,2	1,2	2,8	5,9	6,3	3,8	1,2	1,9	2,1	3,1	2,2	1,7	2,0	12,3
Zlínský	3 051	18,8	14,7	10,0	1,9	9,5	3,0	3,7	4,7	5,2	-	-	1,3	3,4	2,2	1,5	2,1	11,0	7,0
Moravskosl.	6 528	20,8	14,8	8,0	1,1	8,8	2,3	3,7	4,1	6,7	1,4	2,1	1,6	3,2	2,5	1,7	3,4	4,7	9,0

* DIOP = dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Počet nemocničních lůžek se v ČR mezi roky 2000 a 2010 snížil o téměř 8 %. Za polovinou úbytku stojí lůžka na interních odděleních, další třetina redukce jde na vrub chirurgických lůžek. Lůžka v těchto klíčových oborech se snižovala ve všech krajích, relativně nejméně v krajích Vysočině a Jihomoravském, naopak čtvrtinu až třetinu lůžek přestaly provozovat nemocnice v Praze a v kraji Moravskoslezském. Relativně nejcitelnější propady postihly za poslední desetiletí lůžka na očních a kožních odděleních (v ČR o více než třetinu, na severní Moravě klesly na polovinu úrovně roku 2000). Nemocniční lůžka v některých oborech od roku 2000 úplně zanikla (např. v psychiatrii na Vysočině, kde všechny lůžkové výkony přešly pouze na psychiatrické léčebny). Praze kompenzoval třetinový pokles pediatrických lůžek obdobný nárůst (v absolutním i relativním vyjádření) na novorozeneckých odděleních. Absolutně i relativně se v posledním desetiletí v nemocnicích jako celku navýšila kapacita lůžek následně a ošetrovatelské péče (v některých regionech i velmi výrazně; počet lůžek stagnoval jen v Moravskoslezsku). O tři pětiny se v ČR navýšila lůžková kapacita na odděleních rehabilitační a fyzikální medicíny, o třetinu na odděleních anesteziologicko-resuscitačních a o desetinu na ortopedii. Nárůst v těchto oborech byl patrný ve většině krajů, rozvoj lůžek na kardiologii a kardiochirurgii se naopak omezil jen na Prahu a Královéhradecký kraj.

**Tab.č. 9: Nemocniční lůžka v krajích dle specializace
srovnání stavu k 31.12.2000 a k 31.12.2010**

ČR, kraj sídl zař zení	Nemocniční lůžka 2010/2000 (přrůstek, úbytek v %)																			
	lůžka cel- kem	z toho na oddělení																		
		Interna	Chirurgie	Gynekologie	Novorozenecké	Pediatric	Infekční	TBC, respirační nemoci	Ortopedie	Neurologie	Psychiatrie	Kardiologie a Kardiokirurg.	Klinic. a radiční onkologie	Urologie	ORL	ARO	Rehabilitační, fyz. med.	Ošetrovatelská péče a DIOP*	oftalmologie	dermato- venerologie
ČR	-8	-19	-19	-19	31	-19	-23	-22	10	-13	-22	101	-20	-7	-27	33	59	60	-38	-36
Hl.m.Praha	-6	-38	-21	-16	28	-33	-21	-31	22	-23	-34	115	-24	-10	-30	45	350	47	-24	-30
Středočes.	-1	-6	-21	-8	-13	-32	-47	-22	40	-7	x	x	0	-6	-33	76	x	62	-9	-30
Jihočeský	-7	-16	-16	-16	0	-1	-8	-47	6	-18	0	52	-33	13	14	-7	34	83	-28	-50
Plzeňský	-6	-12	-10	-17	20	-18	4	1	12	1	-27	x	-36	-26	-26	40	26	64	-41	-49
Karlovarský	-9	-15	-22	-13	-100	6	-33	-21	-7	-27	-11	x	0	0	-36	0	x	44	-39	-42
Ústecký	-16	-32	-18	-14	x	-22	-48	-39	-3	-11	-40	x	-41	-7	-47	-2	15	23	-39	-40
Liberecký	5	-21	-10	-11	-7	-14	-28	0	0	16	-41	x	0	7	-46	-13	43	86	0	-2
Královéhrad.	-10	-11	-27	-26	x	-12	-51	11	-3	-3	-5	125	-4	-7	-9	23	27	27	-51	-36
Pardubický	4	-27	-26	-24	-100	-8	0	0	-4	-3	0	0	53	-22	0	35	-7	429	-43	0
Vysočina	-8	-7	-5	-20	x	-2	6	4	11	-10	-100	x	0	-13	-35	17	13	40	-32	-22
Jihomorav.	-4	-7	-18	-24	31	-17	-5	-31	5	-17	-22	0	5	4	-25	41	11	66	-31	-37
Olomoucký	-12	-16	-19	-23	0	-10	-26	-3	32	-9	13	x	0	-25	-31	90	12	x	-69	-43
Zlínský	-9	-11	-11	-13	0	-13	-15	-10	-15	-18	x	x	43	-6	-31	39	x	62	-48	-39
Moravskosl.	-18	-23	-26	-33	x	-30	-38	-8	-3	-13	102	8	-58	-6	-13	15	34	-5	-47	-50

* DIOP = dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Využití nemocničních lůžek není mezi jednotlivými specializovanými odděleními zdaleka shodné. Odhlédneme-li od tradičně vysokého využití lůžek následně ošetrovatelské péče, pak v rámci akutní péče vykazují z významnějších oborů vyšší využití lůžka rehabilitační a fyzikální medicíny, lůžka na odd. interny. Mezi roky 2000 a 2010 navzdory rozšiřující se kapacitě vzrostlo využití lůžek na novorozeneckých odděleních (ve všech krajích, nejvíce v Praze, středních Čechách a Liberecku), a mírnějším tempem na odd. ARO (vyjma J a JZ Čech ve všech krajích, nejvíce na Liberecku). I přes silně redukované stavy dále pokračoval pokles již tak nízkého využití lůžek na očních odděleních, v roce 2009 byly ročně v průměru využity jen 129 dní (z maximální kapacity). Podprůměrné využití mají ve většině krajů také lůžka gynekologická, oproti roku 2000 se však již významně nesnižuje.

Tab.č. 10: Využití lůžek na vybraných odděleních nemocnic v krajích

ČR, kraj sídl zař zení	Využití lůžek ve dnech maximální kapacity																					
	Interna		Chirurgie		Gynekologie		Novorozenecké		Pediatric		TBC, respirační nemoci		Ortopedie		Neurologie		ARO		Oftalmologie		Rehabilitační, fyz. med.	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
ČR	282	272	263	244	227	222	264	316	223	231	266	233	260	251	269	257	250	277	203	129	288	286
PHA	283	262	259	234	220	256	270	332	212	252	243	220	248	249	250	233	256	276	205	126	259	294
STČ	284	273	258	242	220	202	147	275	196	201	230	233	239	224	277	263	247	297	182	88	-	286
JHČ	285	274	273	250	236	212	272	291	238	210	262	233	276	266	248	276	241	235	202	118	286	283
PLK	290	276	267	239	226	222	252	277	188	193	249	243	219	228	255	233	274	254	200	131	289	246
KVK	272	238	217	203	244	220	248	-	245	213	200	213	311	287	267	248	225	217	207	180	-	295
ULK	281	269	247	243	215	193	-	262	248	249	246	187	252	254	258	270	242	263	183	151	290	276
LBK	273	261	266	220	228	192	256	331	209	259	261	277	243	233	252	228	224	318	230	134	313	302
HKK	271	253	253	233	223	201	-	-	223	240	298	193	258	247	256	256	233	255	212	117	299	289
PAK	291	263	283	252	209	212	182	-	225	241	270	217	263	258	281	221	265	274	213	118	261	270
VYS	281	247	292	247	242	214	-	-	260	253	294	256	281	257	284	247	245	264	202	158	266	250
JHM	298	283	285	264	238	252	263	334	245	227	314	285	274	282	290	274	270	277	232	155	293	292
OLK	273	285	253	261	241	236	284	330	232	231	272	269	271	252	277	267	251	291	192	138	342	271
ZLK	270	293	258	257	231	228	301	332	193	208	265	225	236	228	283	265	242	253	220	136	-	308
MSK	282	285	257	246	222	228	-	345	213	246	282	221	297	259	279	277	249	294	184	91	283	294

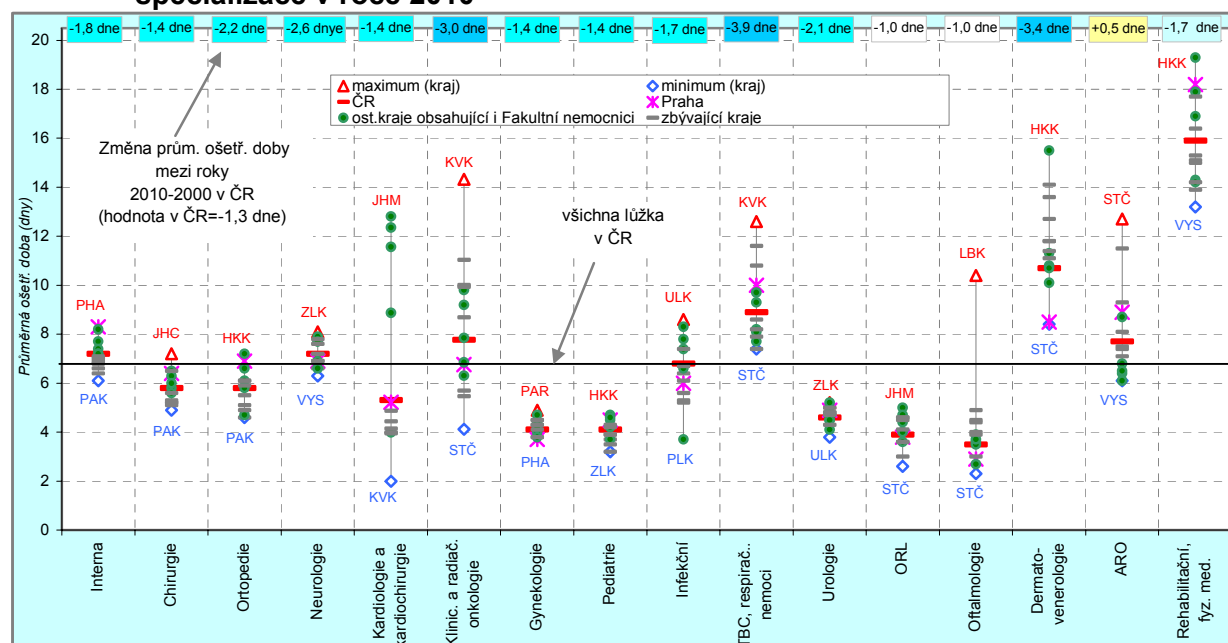
využití lůžek o 10 % vyšší oproti využití všech nemocničních lůžek v kraji

využití lůžek o 10 % nižší oproti využití všech nemocničních lůžek v kraji

Zdroj dat: ÚZIS

Ve významných oborech interny a chirurgie dosáhly současně v letech 2000 i 2010 podprůměrného využití lůžek (ve dnech maximální kapacity) nemocnice na Karlovarsku, Liberecku i Královéhradecku. Vysoké využití těchto lůžek mají dlouhodobě zařízení na JZ Čech, v kraji Jihomoravském a vlivem zvýšení procenta využití mezi roky 2000 a 2010 též na Zlínsku a Olomoucku. Mezi ostatními obory v krajích dlouhodobě vyčnívá Karlovarsko s vysokým využitím ortopedických lůžek. Nemocnice v Jihomoravském kraji zaznamenávají dlouhodobě nadprůměrnou vytiženost lůžek napříč téměř všemi významnými obory akutní péče. Mezikrajské rozdíly měřené pomocí variačního koeficientu využití lůžek byly u nejvýznamnějších oborů akutní péče nejvyšší na oddělení ortopedie a pediatrie, nejmenší na odděleních interny.

Graf č. 7. Mezikrajské rozdíly průměrné ošetrovací doby na nemocničních lůžkách dle specializace v roce 2010



Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Průměrná délka ošetrovací doby v nemocnicích poklesla v ČR od r. 2000 o 1,3 dne na 7,5 dne v roce 2010. Pomineme-li lůžka s velmi dlouhou ošetrovací dobou (následná ošetrovatelská péče, geriatric a psychiatrie), pak nejdéle pobývají v průměru pacienti na rehabilitačních lůžkách (16 dní), a na odd. dermatovenerologie (10,7). Tyto obory společně s lůžky na odd. ARO, kardiologie, kardiochirurgie, klinické a radiační onkologie zaznamenaly v roce 2010 nejvýraznější mezikrajské rozdíly délky pobytu pacientů. Z oborů, které jsou zastoupeny ve všech regionech, dosáhly v roce 2010 nejnižší doby pobytu pacientů (téměř o polovinu kratší oproti všem oborům) gynekologie, pediatrie, ORL a oční. Délka hospitalizace se mezi kraji prakticky neodlišovala u neurologie a dále na odděleních gynekologie a urologie.

Lůžka na některých nemocničních odděleních mají specifickou skupinu uživatelů z hlediska věku. Jde především o lůžka dětská (soustředěná zdaleka ne pouze jen na pediatrických odděleních), dále lůžka pro ženy v reprodukčním věku (gynekologická a novorozenecká) a konečně také lůžka pro seniory (geriatrická, ošetrovatelské a následné péče). Lůžka pro tyto 3 specifické skupiny uživatelů tvoří v ČR třetinu celkového lůžkového fondu, jejich podíl za poslední desetiletí mírně vzrostl (o 2 p.b.). Vysokého podílu dosahují hlavně v regionech s rozvinutou nemocniční ošetrovatelskou péčí – na Pardubicku (43 % lůžek v kraji), Středočeském (42 %) a Ústeckém kraji (39 %), na severní Moravě do této kategorie v roce 2010 spadala čtvrtina lůžek.

Tab.č. 11: Nemocniční lůžka v krajích pro děti, seniory a ženy v reprodukčním věku

ČR, kraj sídla zařízení	Nemocniční lůžka (k 31.12.) vyčleněná pro děti (a dorost) ¹⁾					Nemocniční lůžka (k 31.12.) užívaná především seniory ²⁾					Nemocniční lůžka (k 31.12.) užívaná ženami v reprodukčním věku ³⁾					Ženy ve věku 15-49 let	
	2000	2005	2010	2010/ 2000 ⁴⁾	Obyv. ve věku 0-17 let 2010/ 2000 ⁴⁾	2000	2005	2010	2010/ 2000 ⁴⁾	Obyv. ve věku 65+ let 2010/ 2000 ⁴⁾	2000	2005	2010	2010/ 2000 ⁴⁾	2010/ 2000 ⁴⁾		
ČR	9124	8126	7698	84	89	4871	6808	7328	150	115	7600	6814	6512	86	98		
Hl.m.Praha	1655	1566	1533	93	96	537	708	802	149	107	1224	1140	1135	93	105		
Středočes.	852	673	624	73	107	779	815	1251	161	116	722	708	664	92	110		
Jihočeský	489	462	459	94	88	200	359	365	183	116	526	494	454	86	96		
Plzeňský	519	473	472	91	91	262	326	411	157	116	475	432	424	89	98		
Karlovarský	238	207	195	82	87	157	212	226	144	122	208	186	168	81	95		
Ústecký	824	728	669	81	90	655	743	808	123	116	612	504	586	96	95		
Liberecký	268	257	233	87	90	249	428	475	191	117	323	291	288	89	97		
Královéhrad.	497	455	437	88	88	242	366	338	140	114	410	334	303	74	95		
Pardubický	347	318	298	86	88	114	546	596	523	114	327	287	240	73	96		
Vysočina	338	302	280	83	83	255	274	233	91	114	316	269	252	80	94		
Jihomorav.	1085	990	967	89	87	702	1008	959	137	115	838	776	699	83	97		
Olomoucký	492	422	377	77	86	125	229	157	126	116	435	355	345	79	94		
Zlínský	417	430	385	92	83	273	279	366	134	117	407	410	363	89	93		
Moravskosl.	1103	843	769	70	81	321	515	341	106	120	777	628	591	76	92		

¹⁾ kromě pediatrických lůžek i lůžka vyčleněná pro děti na ostatních odd.

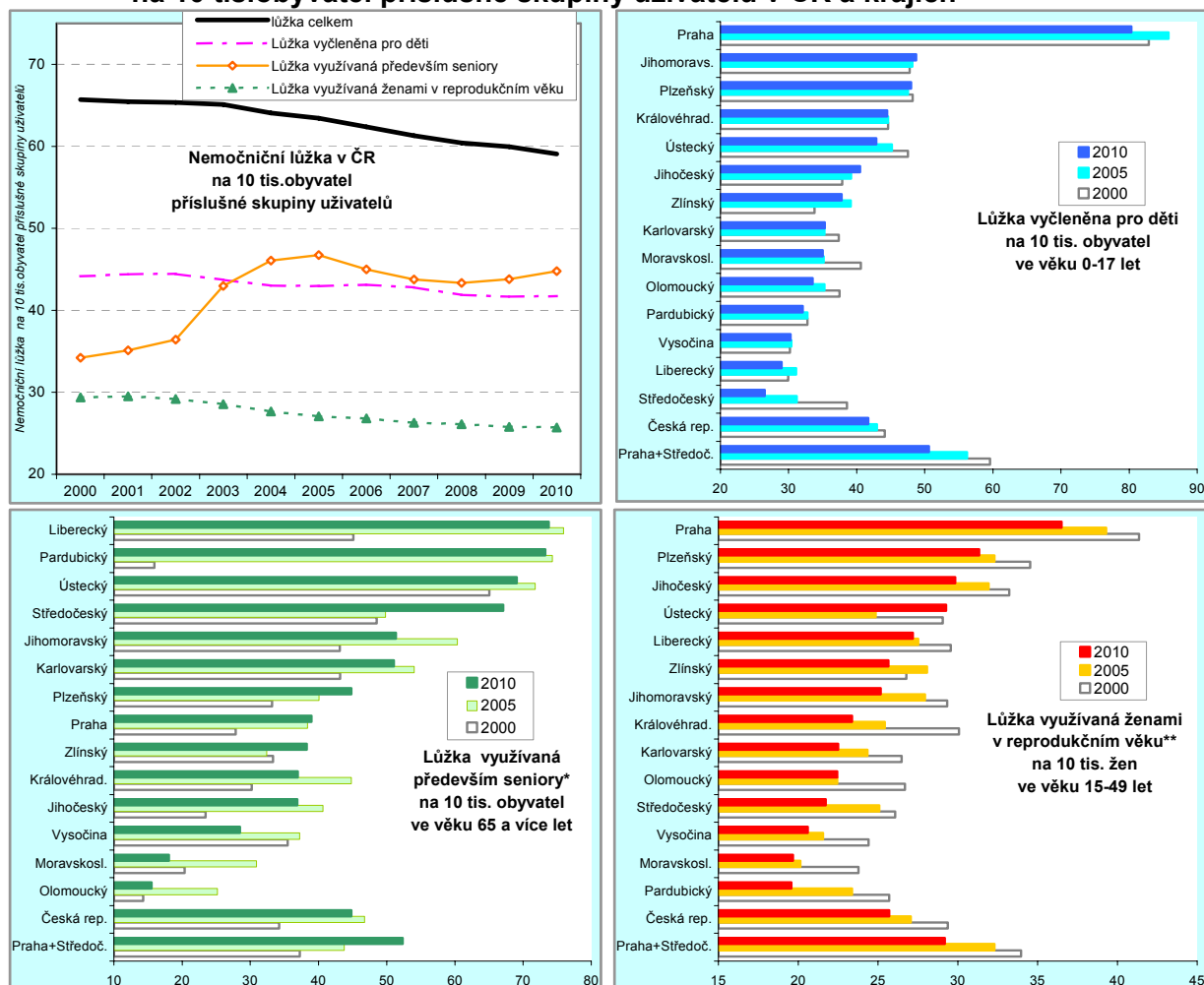
²⁾ lůžka na odd. geriatrie, následní péče; ošetrovatelská péče; dlouhodobá intenzivní péče

³⁾ lůžka na odd.ženském (gynekologickém); novorozencekém

⁴⁾ v procentech (stav roku 2000=100)

Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Graf č. 8. Nemocniční lůžka pro děti, seniory a ženy v reprodukčním věku na 10 tis.obyvatele příslušné skupiny uživatelů v ČR a krajích



Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Ze specifických skupin uživatelů se počet nemocničních lůžek v ČR zvýšil pouze u „seniorských lůžek“ (v r. 2010 o polovinu převyšoval úroveň roku 2000), stavy lůžek pro ženy v reprodukčním věku stagnovaly a lůžka pro děti a dorost se v tomto období snížila o šestinu. Stáhneme-li tyto stavy k počtu předpokládaných převažujících uživatelů, zjistíme, že vybavenost nemocničními lůžky se u seniorů v tomto období v ČR zvýšila „jen“ o třetinu, u dětí klesla pouze o 6 % a nejvíce (o 12 %) se snížila u žen ve věku 15-49 let (kde byla také v roce 2010 o třetinu nižší než u zbývajících dvou skupin - viz graf 8). U seniorů nebyl tento vývoj na rozdíl od zbylých dvou skupin plynulý, vybavenost se zvyšovala především mezi roky 2002 a 2004, mezi roky 2005 –2008 se mírně snižovala (dočasné zastavení růstu ošetrovatelských lůžek při současném pokračujícím stárnutí populace).

Nejmenší mezikrajské rozdíly vybavenosti měly z hodnocených skupin ženy v reprodukčním věku (viz graf 8), vybavenost obyvatel Prahy byla o polovinu vyšší než občanů Pardubicka, rozdíl je patrný i při zahrnutí Prahy a Středočeského kraje do společného regionu (předpokládáme, že část obyvatel Středočeského kraje do pražských nemocnic dojíždí). Vybavenost žen ve věku 15-49 se mezi roky 2000 a 2010 snižovala ve všech regionech (o čtvrtinu ve východních Čechách, min. úbytky měly Ústecko a Zlínsko).

Vybavenost nemocničními lůžky pro děti a dorost se mezi kraji lišila především díky excentrickému postavení Prahy (v roce 2010 soustřeďovala pětinu všech lůžek vyčleněných v nemocnicích ČR pro děti při současně podprůměrném zastoupení dětí a dorostu na pražské populaci). Pokud opět sloučíme Prahu se Středními Čechami, dosahuje tento region úrovně Jihomoravského a Plzeňského kraje, avšak stále má o 2/3 vyšší vybavenost než nejhůře postavené Liberecko. Vybavenost dětskými lůžky klesala za poslední dekádu v polovině regionů (nejvíce – o třetinu – ve středních Čechách, tento pokles nebyl vykompenzován růstem v Praze), mírného zlepšení (o desetinu) se dočkali obyvatelé ve věku 0-17 let pouze v jižních Čechách a Zlínsku.

Tab. č. 12: Počet zařízení, hospitalizovaných a průměrná délka ošetrovací doby v odborných léčebných ústavech v krajích

ČR, kraj sídla zařízení	Počet zařízení (vč. lázeňských)			Počet hospitalizovaných (bez lůžek) ¹⁾			Průměrná ošetrovací doba (ve dnech) ²⁾								
	2000	2005	2009	2000	2005	2009	LDN a hospice			psychiatrické léčebny (pro děti i dosp.)			ostatní odborné léčebné ústavy		
							2000	2005	2009	2000	2005	2009	2000	2005	2009
ČR	223	247	240	129234	140793	133732	65,6	64,6	56,6	79,3	79,4	80,7	27,9	25,7	25,9
Hl.m.Praha	13	17	15	11867	14776	12625	180,0	116,2	101,9	68,5	67,7	68,4	8,9	9,3	14,9
Středočeský	25	26	21	18515	20677	18457	56,9	69,3	59,1	105,0	92,9	92,1	26,5	22,7	20,8
Jihočeský	15	15	15	7036	6589	6344	41,2	46,5	38,5	61,7	63,7	58,3	23,1	22,5	22,5
Plzeňský	6	7	7	5901	6162	6185	115,4	107,7	81,4	134,1	127,2	126,3	32,6	42,1	41,6
Karlovarský	32	51	54	648	895	1392	159,2	155,0	109,0	-	-	-	158,8	-	-
Ústecký	12	16	16	5351	7165	6272	101,2	67,6	64,4	90,6	72,2	68,3	19,3	26,6	57,5
Liberecký	12	8	6	5951	5503	5086	93,6	51,7	50,8	-	-	-	21,4	16,2	13,8
Královéhradecký	16	17	17	7073	7248	6096	64,3	59,9	59,9	50,5	51,9	53,1	20,0	24,1	27,0
Pardubický	13	8	8	12858	12701	12987	53,8	62,1	50,7	-	-	-	30,8	30,0	29,2
Vysočina	11	12	13	8979	9621	8662	50,0	54,9	63,1	103,1	98,8	103,2	35,7	38,3	43,0
Jihomoravský	10	11	11	8701	9575	9461	49,5	48,3	41,5	76,3	76,7	76,1	22,3	16,2	17,0
Olomoucký	19	20	20	8770	10278	10698	50,1	46,3	40,0	80,1	75,5	77,2	33,8	38,4	35,5
Zlínský	15	14	14	8960	8541	8479	42,6	46,8	36,0	68,9	70,6	76,4	26,8	-	-
Moravskoslezský	24	25	23	19184	22531	22502	67,3	58,7	49,4	48,7	52,4	53,8	38,0	32,9	31,0

¹⁾ součet hospitalizací za kraje nemusí vždy odpovídat hodnotě za ČR kvůli překladu pacientů mezi jednotlivými odd. v rámci zařízení či mezi nimi

²⁾ počet ošetrovacích dnů / počet hospitalizovaných

Počet hospitalizovaných = (přijetí + propuštění + zemřelí) / 2

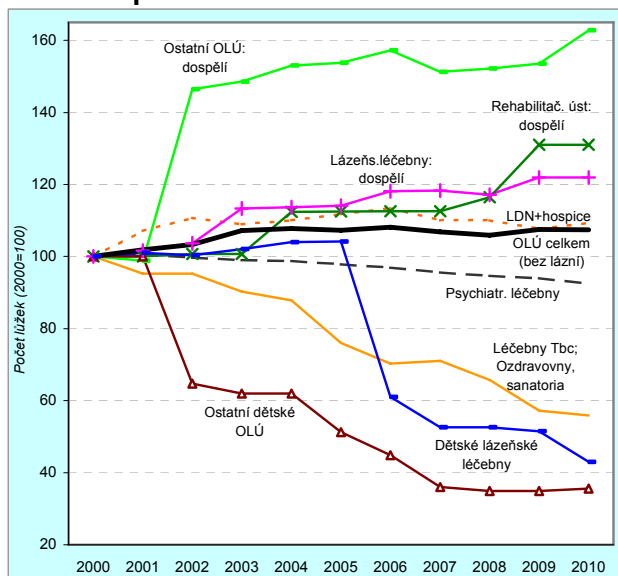
Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Zatímco regionální obraz vybavenosti lůžky u dětí a žen v plodném věku vykazuje určitě podobnosti, u vybavenosti starších obyvatel ošetrovatelskými a geriatrickými lůžky vidíme v popředí zcela jiné regiony – Ústecko, Liberecko, Pardubicko, všechny s 5-krát vyšší

vybaveností než kraje severní Moravy. Vysoké disparity mezi kraji jsou způsobeny jednak tím, že v některých regionech se oblast ošetrovatelské následné péče teprve začíná rozvíjet a také tím, že v některých krajích tuto činnost suplují jiná než nemocniční zařízení (především léčebny pro dlouhodobě nemocné a hospice).

Ke konci roku 2010 poskytovaly LDN společně s hospici v ČR 7,5 tis. lůžek, tedy obdobné množství jako nemocnice následné péče. V Ústeckém, Libereckém, Pardubickém a Jihomoravském kraji převládají lůžka v nemocnicích následné péče; lůžka v LDN a hospicích naopak především na severu Moravy a Vysočině. V každé pátém okrese tvoří veškerá lůžka pro seniory pouze LDN a hospice, v každém třetím okrese pak pouze nemocnice následné péče. Nejvyšší počet všech lůžek pro seniory v relaci na odpovídající populaci dosahují SZ Čechy, téměř o pětinu pod úrovní ČR se naopak nachází ve všech moravských krajích. Vybavenost lůžky pro seniory se od roku 2000 nejvíce zvýšila na Zlínsku a Moravsko-slezsku, prakticky stagnovala v Praze a ve středních Čechách. V roce 2009 byla všechna lůžka pro seniory využita po 313 dní max. lůžkové kapacity. Nejnižší celoroční vytížení (290 dní) vykazovala lůžka v krajích Jihočeském a Pardubickém, na opačné části spektra se nacházely kraje Středočeský a Olomoucký (325).

Graf č. 9: Vývoj lůžkové kapacity v OLÚ podle druhu zařízení v ČR



Zdroj dat: ÚZIS

Graf č.10: Lůžka v odborn. léčeb. ústavech (OLÚ) na obyvatele v krajích



Koncem roku 2010 existovalo v České republice 157 odborných léčebných ústavů (OLÚ). Počet zařízení OLÚ (bez lázní) se v ČR v poslední dekádě mírně zvýšil (o 4 %), z dílčích zařízení se rozrůstala pouze síť hospiců. Mírně se naopak v ČR snížila celková lůžková kapacita OLÚ – na 21,7 tis. lůžek (v r. 2000 byla o tisíc lůžek vyšší). Za poslední dekádu se téměř o polovinu zredukoval počet lůžek v léčebnách respiračních nemocí (vč. TBC), ozdravovnách a sanatoriích, snižovala se také kapacita psychiatrických léčen (pro dospělé o 7 %, pro děti o 27 %). O polovinu se naopak navýšil počet rehabilitačních lůžek, mírně se rozvíjí také péče o seniory, lůžek v LDN a hospicích přibýlo od roku 2000 v ČR 640.

Nejvyšší počet lůžek OLÚ na obyvatele byl na konci r. 2009 na Vysočině (2/3 lůžek připadal na psychiatrii), vyšší vybavenost měly také Pardubicko (rehabilitační péče) Olomoucko (léčebny respiračních chorob; rehabilitace) a Zlínsko (psychiatrie). Lůžkový fond OLÚ se od roku 2000 v krajích příliš nezměnil, za zmínku stojí pouze citelnější pokles na Liberecku i Pardubicku. V obou krajích se tak stalo v důsledku redukce dětských lůžek (léčba dýchacích onemocnění) a lůžek v LDN (na Pardubicku byl tento propad mezi lety 2000 a 2010 plně saturován vznikem téměř 500 lůžek následné ošetrovatelské péče v nemocnicích).

Lůžka OLÚ (bez lánů) lze rozdělit do čtyř skupin. Nejvýznamnější skupinu představují lůžka psychiatrická. Ta v roce 2010 tvořila v ČR 43 % kapacity všech OLÚ, vyjma Karlovarska, Liberecka a Pardubicka (kde chybějící péči zajišťovaly nemocnice) působí ve všech krajích. Druhá skupina představuje lůžka pro seniory (ošetřovatelská a hospicové péče, geriatry), která ukrajují z celkové kapacity OLÚ 35 %. Rehabilitační lůžka zahrnují 11 % fondu OLÚ, nejvíce jich nacházíme ve středních a východních Čechách a Moravskoslezském kraji. Necelou desetinu fondu pak reprezentují lůžka pro léčbu dýchacích onemocnění, soustředěná hlavně na severní Moravu, Liberecko a Královéhradecko.

Psychiatrické ústavy mají mezi OLÚ tradičně nejvyšší využití lůžek, v roce 2009 byly v ČR využity po 333 dní maximální lůžkové kapacity, resp. z 93 % (skutečné kapacity), což bylo o 5 p.b. výše než před deseti lety. V regionech dosahují dlouhodobě nejvyššího využití léčebny v Jihomoravském a Plzeňském kraji (v r. 2009 téměř 350 dní max. lůžkové kapacity), nejmenší zájem o lůžka je typický pro Jihočeský kraj (320) a Královéhradecko (297, zde se však jedná jen o několik desítek lůžek v léčebně návykových nemocí). Vyjma Ústecka se využití psychiatrických lůžek za poslední dekádu zvýšilo ve všech krajích. Průměrná délka hospitalizace v psychiatrických léčebnách v ČR dlouhodobě stagnuje na 80 dnech (mírný pokles registrujeme jen ve středních Čechách a Ústecku) a mezi OLÚ je opět nejvyšší (téměř o 25 převyšuje dobu ošetření v LDN a hospicích). Její regionální rozdíly odráží odlišnou specializaci v některých regionech, nejkratší dobu (53 dní) pobývali pacienti v léčebnách v Královéhradecku a Moravskoslezsku (v obou krajích převažují lůžka k léčbě alkoholismu a jiných návykových nemocí). Nejdelší průměrnou dobu ošetření vykazují stabilně léčebny na Plzeňsku a Vysočině (přes 100 dní).

Tab.č. 13: Lůžková kapacita odborných léčebných ústavů v krajích a její využití

ČR, kraj sídla zařízení	Lůžková kapacita (vč. lánů)							Roční využití lůžek (ve dnech max. kapacity) ¹⁾								
	2000	2005	2009	2009 (struktura v %)				LDN a hospice			psychiatrické léčebny (pro děti i dosp.)			ostatní odborné léčebné ústavy		
				LDN, hos- pice	psy- atric. léčeb.	láze- ňské léčeb.	ost. zaří- zení	2000	2005	2009	2000	2005	2009	2000	2005	2009
ČR	44846	48109	48209	15	20	55	10	326	325	316	319	333	333	270	287	286
Hl.m.Praha	2299	2629	2665	42	51	-	7	334	304	298	330	328	329	266	237	201
Středočeský	3583	3641	3217	23	21	29	27	316	335	330	308	332	339	268	289	284
Jihočeský	2033	2405	2373	19	16	63	2	310	308	278	262	289	321	236	277	204
Plzeňský	2330	2319	2212	18	55	18	8	361	367	332	322	341	348	230	275	256
Karlovarský	9802	11847	13543	3	-	97	-	350	353	335	-	-	-	161	-	-
Ústecký	2609	2807	2421	21	33	45	1	330	313	314	329	327	310	185	263	280
Liberecký	1291	1100	997	6	-	69	25	337	355	358	-	-	-	272	216	259
Královéhrad.	2494	2450	2536	19	2	58	20	338	339	313	280	327	297	206	207	202
Pardubický	2144	1836	1872	11	-	31	58	311	329	283	-	-	-	299	337	320
Vysočina	2120	2262	2076	24	65	-	11	294	285	311	317	331	332	279	335	348
Jihomorav.	1598	1611	1727	25	48	18	9	318	337	323	343	346	349	303	288	269
Olomoucký	4066	4343	4127	14	16	59	10	329	326	319	317	330	346	230	248	238
Zlínský	3613	3858	3671	11	30	59	-	310	281	337	321	348	326	282	-	-
Moravskoslez.	4864	5001	4772	22	21	39	18	329	333	321	309	335	325	309	330	344

¹⁾ počet ošetřovacích dnů / průměrný počet lůžek

Maximální lůžková kapacita (v počtu ošetřovacích dnů) = průměrný počet lůžek x počet dnů ve sled. období (tj. počet dnů v roce)

Průměrný počet lůžek = stanovená lůžka k poslednímu dni minulého roku + (přírůstek stanovených lůžek za sled. období x počet dnů, po které byla tato lůžka v provozu / celkový počet dnů sled. období) - (úbytek stanovených lůžek za sledované období x počet dnů, po které nebyla tato lůžka v provozu / celkový počet dnů sledovaného období)

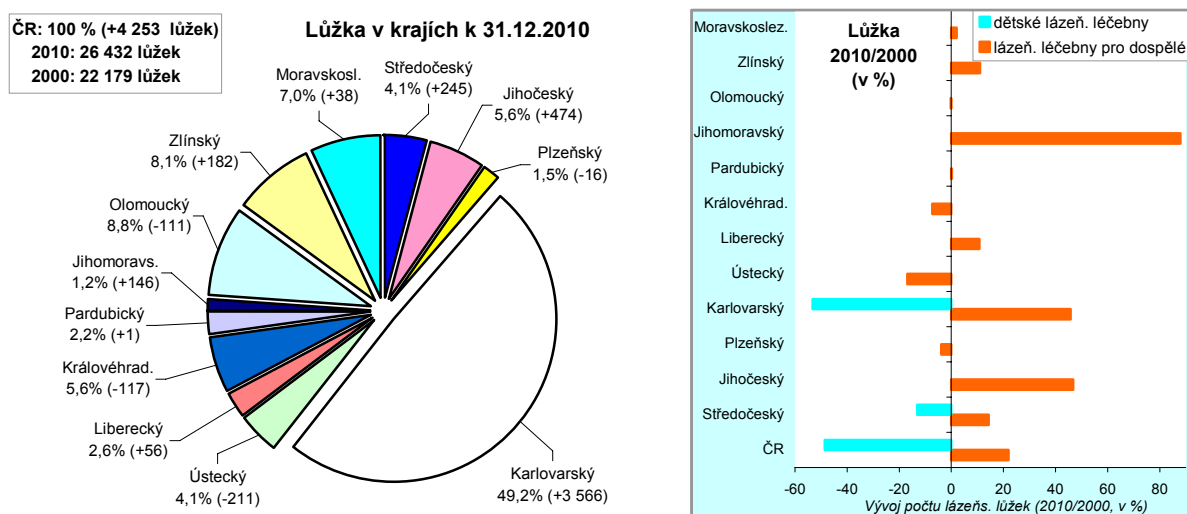
Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Bezmála 40 % lůžkové kapacity v LDN a hospicích bylo na konci roku 2009 soustředěno ve 3 krajích – Praze, Středočeském a Moravskoslezském. Po psychiatrických léčebnách se tato zařízení vyznačují nejvyšším využitím lůžek a i nejdelší průměrnou dobou hospitalizace, obě se však mezi roky 2005 a 2009 mírně snížily. Intenzivní využití lůžek vidíme dlouhodobě na Plzeňsku a Karlovarsku (vůbec nejvyšší je s velmi malým počtem lůžek na Liberecku), podprůměrné pak stabilně v kraji Jihočeském a Vysočina (v tom kraji jako v jednom z mála krajů přesáhlo využití lůžek v roce 2009 úroveň z roku 2000). Nejdéle

pobývali pacienti v zařízeních pro seniory v Praze a Karlovarsku (přes 100 dní, tedy více než dvojnásobek úrovně ČR), jako stabilní se také jeví relativně krátká doba pobytu v zařízeních v Jihočeském kraji a v krajích na Moravě (v roce 2009 kolem 40 dnů).

Ostatní zařízení OLÚ tvoří nestejnorodou skupinu, v některých krajích léčebny TBC a respiračních nemocí, jinde rehabilitační ústavy. Počet krajů, kde je alespoň jedna z těchto skupin zařízení významně přítomna není dostatečně veliký, proto zde detailnější regionální srovnání není možné. V celé ČR vykazují nejvyšší využití rehabilitační ústavy (blíží se úrovni psychiatrických léčen), zřetelně nižší využití mají zřejmě i kvůli sezónnímu provozu léčebny dýchacích nemocí pro dospělé (v roce 2009 275 dní max. lůžkové kapacity) a především ozdravovny (125 dní). Průměrná doba pobytu pacientů se mezi léčebnami dýchacích nemocí a rehabilitačními ústavami příliš nelišila (40 dní).

Graf č. 11: Lůžka v lázeňských léčebnách podle krajů v letech 2000 a 2010



Zdroj dat: ÚZIS

Specifickou skupinou OLÚ představují lázeňská zařízení. V roce 2010 bylo v ČR v provozu 86 lázeňských zdravotnických zařízení, která disponují celkem 26 432 lůžky (88 % kapacity spravují soukromé osoby, 11 % patří zařízením zřizovaným Min. zdravotnictví a Min. obrany, jedno lázeňské zařízení provozuje město). O desetiletí dříve působilo pouze 63 zařízení, z nichž 17 bylo dosud státních a soustředilo 25 % lůžkového fondu všech lázní. Bezmála polovina lázeňských lůžek leží v Karlovarském kraji, který má na svědomí více než 80 % republikového přírůstku lůžkové kapacity od roku 2000 (viz graf 11). Síť lázeňských zařízení se dosud nerozšířila pouze do Prahy a kraje Vysočina. Díky nízké základně v roce 2000 se relativně za 10 let nejvíce zvýšila lázeňská kapacita v kraji Jihomoravském (v asb. vyjádření pouze o 150 lůžek). Stavby lůžek v lázních specializovaných pouze na děti se snížily v obou krajích, kde tato zařízení působí (Středočeském i Karlovarském), souhrnně na polovinu úrovně z roku 2000. Avšak počet dětských a dorostových pacientů se mezi roky 2003 a 2010 snížil jen o čtvrtinu¹¹. Jak je patrné z tab. 14, lázeňskou péčí pro tyto pacienty poskytuje polovina krajů. Tento druh péče je specifický také tím, že je hrazen plně ze zdravotního pojištění (vyjma dětí-cizinců). Zřejmě i to je jedním z důvodů plynulého poklesu počtu i délky trvání (z 36 v roce 2000 na 32 dní v roce 2010) dětských lázeňských pobytů. Počet dospělých lázeňských pacientů se od roku 2003 téměř o třetinu navýšil, relativně nejvíce v kraji Jihomoravském, téměř polovina absolutního přírůstku však jde na vrub zařízení sídlících na územích Karlovarského kraje.

¹¹ Před rokem 2003 nebyly do statistického sledování zahrnuty lázeňské hotely, které poskytují lázeňskou léčbu. Údaje z předchozích let proto nejsou plně srovnatelné.

Růst počtu lázeňských léčebných pobytů probíhal mezi roky 2000 a 2008 plynule. V posledních dvou letech však dochází k mírnému poklesu (o 1 % ročně), především vlivem méně častých pobytů cizinců (v roce 2010 se jich léčilo o desetinu méně než před 2 roky). Jak je patrné z grafu 12, průměrná ošetrovací doba cizinců mírně klesala již od roku 2003. Všichni cizinci si na rozdíl od občanů ČR musí léčebné výlohy plně hradit sami, nabízí se tedy hypotéza, že pokles může souviset s ekonomickou recesí. Faktem zůstává, že nejvíce (o polovinu) opadl zájem cizinců v zařízeních na území S a SV Čech, na Karlovarsku se v období 2008-10 snížil jmeně - o 7 %.

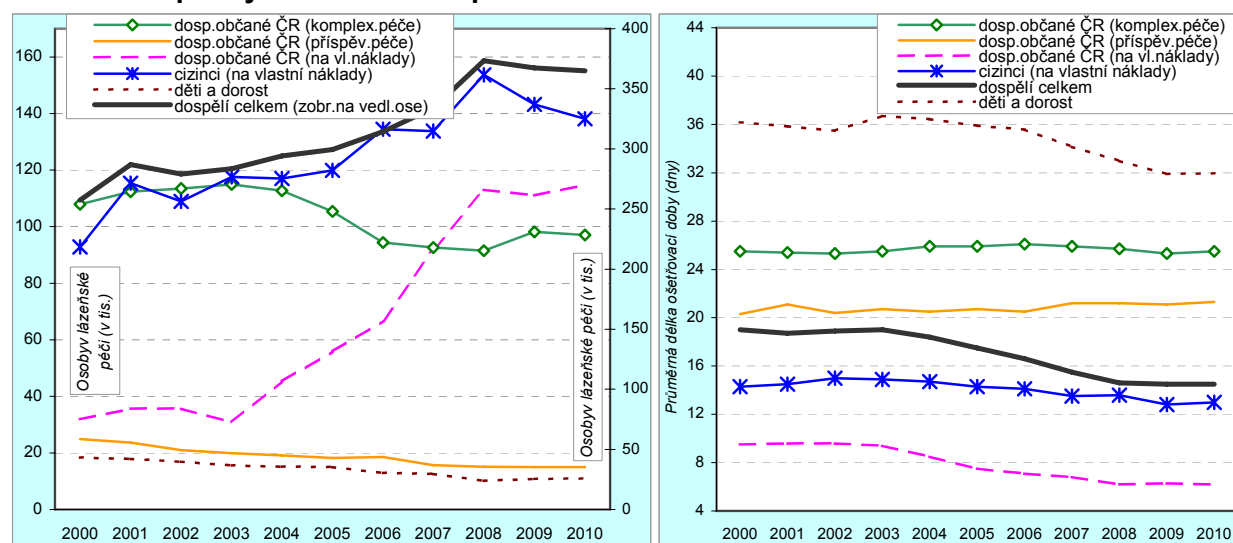
Tab.č. 14: Přijetí pacienti dle kraje sídla lázeňského zařízení

ČR, kraj sídla zařízení	Osoby čerpající lázeňskou péči (vč. doprovodu hrazeného ze ZP)															
	dospělí								děti a dosplost							
	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010/ 2003	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010/ 2003
ČR	284005	299880	314608	334371	373732	367858	365367	1,29	19341	19014	16703	16478	13684	14555	14666	0,76
Hl.m.Praha	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	x
Středočes.	12561	12432	11705	12729	11394	10221	10418	0,83	722	736	650	622	500	749	692	0,96
Jihočeský	20060	24500	26107	12514	36423	38317	37632	1,88	-	-	-	-	-	-	-	x
Plzeňský	4172	3220	2638	3218	3119	3793	3413	0,82	-	-	-	-	-	-	-	x
Karlovars.	128191	128314	145512	153211	171290	162282	163120	1,27	5391	5433	4566	3566	2718	3192	2782	0,52
Ústecký	15648	17445	19383	21961	22335	19460	20128	1,29	1126	909	984	612	733	500	581	0,52
Liberecký	7685	7224	7834	12860	6181	6339	6370	0,83	-	-	-	-	-	-	-	x
Královéhr.	15784	15282	16245	17048	17150	16062	15865	1,01	3213	2990	2900	3042	3092	3268	3386	1,05
Pardubický	8218	8900	9042	7627	11160	11121	11536	1,40	-	-	-	-	-	-	-	x
Vysočina	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	x
Jihomorav.	3089	3112	3116	5900	6863	7331	8050	2,61	-	-	-	-	-	-	-	x
Olomoucký	22389	29985	22183	31092	38100	35347	31202	1,39	4677	4779	4171	4669	3455	3775	3655	0,78
Zlínský	26595	29134	30307	33112	31546	33323	33189	1,25	2452	2423	2082	2266	1793	1855	2138	0,87
Moravskosl.	19613	20332	20536	23099	18171	24262	24444	1,25	1760	1744	1350	1701	1393	1216	1432	0,81

Zdroj dat: ÚZIS

Vedle cizinců stojí za dlouhodobým oživením zájmu o lázeňské léčebné pobyty především občané ČR, kteří si je plně hradí ze svého. Zatímco v roce 2003 se tento typ domácích klientů na všech dospělých pacientech lázní podílel desetinou, v roce 2010 již téměř třetinou. Více než polovinu léčených pacientů tvoří domácí samoplátcí především v krajích s menšími lázeňskými zařízeními (Jihočeský kraj a všechny kraje Moravy vyjma Moravskoslezského).

Graf č. 12: Léčené osoby a průměrná ošetrovací doba podle druhu pacientů a poskytnuté lázeňské péče v ČR



Zdroj dat: ÚZIS

Na národní úrovni však v lázních stále domácí samoplátce početně předčí cizinci, jejichž podíl na všech hostech dlouhodobě kolísá kolem 40 %. Je to způsobeno silnou atraktivitou lázní karlovarského kraje, kam za léčebnými pobyty v roce 2010 směřovalo 92 % cizinců (v roce 2003 jen 79 %), tvořících zde téměř 80 % pacientů. Podíl cizinců na lázeňské klientele se dlouhodobě snižuje hlavně v S a SV Čechách.

Tab.č. 15: Druhy poskytnuté lázeňské péče v kraji sídla lázeňského zařízení

ČR, kraj sídl. zařízení	Poskytnutá lázeňská péče dospělým (struktura léčených osob v %)															
	na náklad zdravotního pojištění								plně na vlastní náklady							
	komplexní lázeňská péče				příspěvková lázeňská péče				obyvatelé ČR (rezidenti)				cizinci			
	2003	2005	2007	2010	2003	2005	2007	2010	2003	2005	2007	2010	2003	2005	2007	2010
ČR	40,6	35,2	27,7	26,6	7,0	6,1	4,7	4,1	10,9	18,7	27,5	31,5	41,5	40,1	40,1	37,9
Středočeský	55,8	56,6	48,7	50,9	5,2	4,4	4,4	3,4	27,2	28,9	38,3	38,3	11,9	10,2	8,5	7,4
Jihočeský	65,2	53,8	54,3	39,1	8,6	7,8	6,9	4,7	16,3	30,8	38,1	54,5	9,9	7,6	0,8	1,7
Plzeňský	54,8	51,9	41,1	45,0	4,8	6,8	4,3	2,7	6,0	10,8	21,9	33,4	34,4	30,4	32,7	18,9
Karlovarský	19,1	16,3	12,3	10,8	3,0	2,6	2,0	1,6	5,3	5,6	9,9	9,5	72,5	75,5	75,9	78,1
Ústecký	38,0	37,7	28,5	31,2	5,9	5,0	4,4	7,5	5,4	12,1	40,2	47,5	50,7	45,2	26,9	13,7
Liberecký	44,8	32,8	18,9	35,8	13,1	11,7	7,2	11,9	4,0	10,5	49,9	35,3	38,1	45,0	23,9	17,0
Královéhrad.	69,2	64,9	60,8	63,5	10,8	11,7	9,3	8,0	9,1	14,5	23,4	26,3	10,9	8,9	6,5	2,3
Pardubický	74,9	69,0	58,4	51,4	15,1	7,5	14,8	9,2	8,3	22,5	26,4	39,0	1,7	1,0	0,4	0,4
Jihomoravský	72,0	75,6	45,8	33,8	21,5	24,4	15,9	11,3	6,5	0,0	38,3	54,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Olomoucký	65,1	43,8	38,2	31,5	16,0	11,0	7,1	5,0	5,7	38,4	51,6	62,2	13,1	6,8	3,1	1,3
Zlínský	32,4	27,1	22,6	21,8	10,4	7,9	7,1	7,0	43,0	51,9	60,2	61,3	14,2	13,0	10,2	9,8
Moravskoslez.	84,3	71,4	61,2	55,8	8,3	8,4	4,6	3,3	5,2	17,2	30,2	37,2	2,1	3,0	3,9	3,6

Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Pojištěnci zdravotních pojišťoven mohou využívat buď komplexní lázeňskou péči nebo příspěvkovou lázeňskou péči. 85 % osob pobývajících v lázních na náklady zdravotních pojišťoven čerpá péči komplexní, tento podíl se mezi roky 2003 a 2010 nezměnil. Snížil se ale podíl léčených pacientů na náklady zdravotn. pojištění, na celkovém počtu tuzemských léčených osob se v roce 2003 podílel 81 %, v roce 2010 již pouze 49 %. Podíl tuzemců léčených na náklady pojišťoven byl v r. 2010 nejvyšší na Královéhradecku (73 %), kolem 60 % se pohyboval v Moravskoslezsku, Pardubicku, ve střed. a JZ Čechách, naopak v krajích Olomouckém a Zlínském byla takto léčena jen třetina domácích pacientů.

Tab.č. 16: Ambulantně odléčené osoby dle kraje sídla lázeňského zařízení

ČR, kraj sídl. zařízení	Absolutně (děti, dorost i dospělí)												Struktura (%)	
	2000	2001	2002	2003 ¹⁾	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010/ 2003	2003	2010
ČR	21 777	24 321	29 389	46 121	52 943	50 528	38 149	39 352	40 421	38 885	42 217	92	100,0	100,0
Středočeský	814	829	821	960	1 082	1 092	1 242	1 378	1 576	1 591	1 365	142	2,1	3,2
Jihočeský	1 155	0	1 133	1 744	1 589	1 498	1 557	882	897	1 081	1 399	80	3,8	3,3
Karlovarský	2 899	6 029	4 469	18 149	19 359	21 783	5 858	6 667	4 496	3 806	5 071	28	39,4	12,0
Ústecký	1 890	1 506	1 322	1 202	952	864	1 043	776	929	1 041	2 011	167	2,6	4,8
Liberecký	284	728	734	82	413	242	107	143	324	494	377	460	0,2	0,9
Královéhrad.	1 112	1 260	1 397	1 582	1 421	1 382	1 348	1 532	814	1 513	1 682	106	3,4	4,0
Pardubický	191	763	729	0	662	500	598	570	600	631	703	x	0,0	1,7
Jihomorav.	0	67	800	399	332	412	393	525	461	579	565	142	0,9	1,3
Olomoucký	2 714	3 206	2 992	10 146	11 144	3 889	2 602	5 880	7 799	7 669	8 724	86	22,0	20,7
Zlínský	10 475	8 414	13 587	11 088	15 989	18 391	22 634	19 853	21 216	18 953	19 116	172	24,0	45,3
Moravskosl.	243	571	1 405	769	0	475	767	1 146	1 309	1 527	1 204	157	1,7	2,9

¹⁾ Nárůst jak ambulantně odléčených osob, tak počtů lůžek a cizinců je způsoben zahnutím Karlovarských lázeňských hotelových zaříz. do statistického sledování poprvé v roce 2003. Začleněním Karlovarských hotelových zařízení přibýlo 1 236 lůžek a 14 929 cizinců.

Zdroj dat: ÚZIS

Další variantou příspěvkové lázeňské léčby je možnost objednat si pouze léčení ambulantní. Tuto službu využívá v ČR od roku 2003 v průměru 40 tis. osob ročně, tedy téměř 3-krát více než příspěvkovou lůžkovou léčbu. Tato služba je téměř z 80 % vyhledávána ve třech regionech (Karlovarsko, Olomoucko, Zlínsko), mezi roky 2003 a 2010 se významná část pacientů přesunula z Karlovarského do Zlínského kraje.

Tab.č. 17: Kapacita a využití lůžkových a ambulantních zařízení pro léčbu duševních poruch v krajích

	Počet lůžek				Počet lůžek v psychiatr. léčeb.+na odd. nemocnic			Počet hospitalizovaných ¹⁾ (dle kraje sídla zařízení) podle typu zařízení						Počet samostat. zařízení ²⁾	
	psychiatrické léčebny		psychiatric. oddělení nemocnic		dětské, a dorostové psych.	gerontopsychiatrie	k léčbě alkohol. a ostat. závisl.	psychiatrické léčebny			psychiatrická odd. nemocnic			lékaře special. psychi- atra	ne- lékaře psycholo- gické
	2000	2009	2000	2009				2009	2009	2009	2000	2005	2009		
	2000	2009	2000	2009	2009	2009	2009	2000	2005	2009	2000	2005	2009	2010	2010
ČR	10075	9467	1534	1383	622	1780	1431	40514	41563	39098	18113	19700	18501	716	435
Hl.m.Praha	1397	1358	366	397	138	336	292	6 736	6 905	6 530	3 148	4 005	4241	152	99
Středočeský	750	680	-	-	-	235	63	2 202	2 432	2 502	-	-	-	50	28
Jihočeský	373	390	65	65	160	11	103	1 632	1 692	1 975	1 115	1 166	1088	42	20
Plzeňský	1320	1225	139	110	55	247	138	3 169	3 530	3 442	1 582	1 687	1491	60	12
Karlovarský	-	-	45	40	-	-	-	-	-	-	561	631	537	15	14
Ústecký	843	787	200	121	50	149	106	3 063	3 874	3 577	2 881	3 217	2500	40	18
Liberecký	-	-	87	76	25	-	-	-	-	-	1 064	853	1013	17	14
Královéhrad.	50	56	117	111	-	-	56	277	352	313	1 252	1 361	1376	42	12
Pardubický	-	-	55	55	-	-	-	-	-	-	698	816	885	31	14
Vysočina	1507	1354	60	-	84	243	212	4 638	5 025	4 404	551	-	-	38	18
Jihomoravský	797	827	241	189	-	-	80	3 479	3 729	3 791	2 907	2 846	2377	75	45
Olomoucký	773	675	115	130	30	156	110	3 061	3 230	3 025	1 381	1 148	1386	64	43
Zlínský	1250	1100	-	-	30	250	109	5 820	5 448	4 700	-	-	-	31	28
Moravskoslez.	1015	1015	44	89	50	153	162	6 440	6 482	6 130	975	1 973	1609	59	70

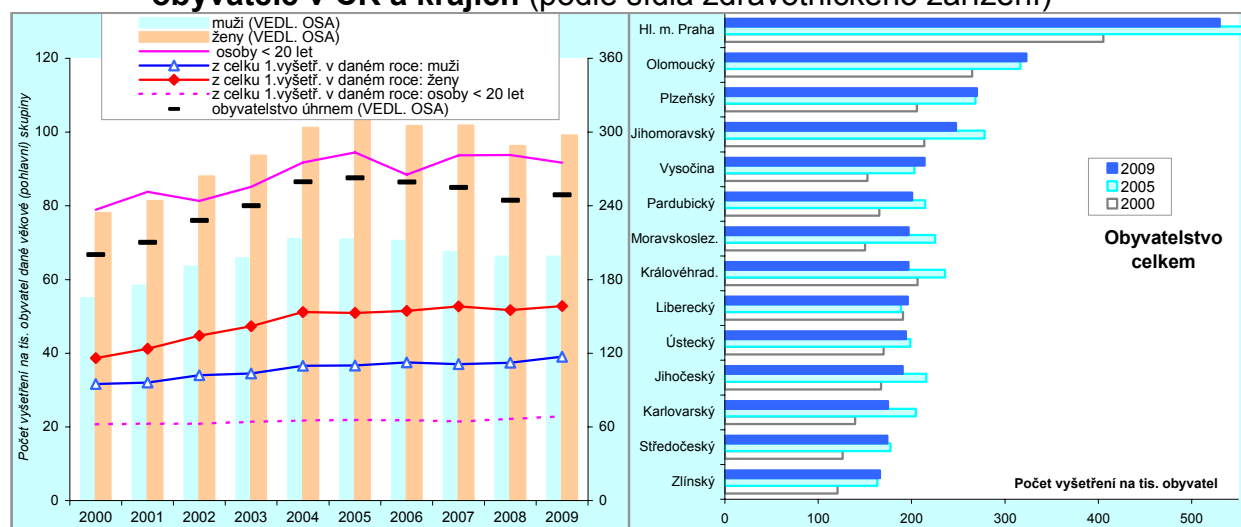
¹⁾ součet hospitalizací za kraje nemusí vždy odpovídat hodnotě za ČR kvůli překladu pacientů mezi jednotl. odd. v rámci zařízení či mezi ním

²⁾ vč. deatšovaných pracovišť

Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Psychiatrickou péči zajišťují samostatné léčebny (součást OLÚ) a psychiatrická oddělení nemocnic. Lůžková kapacita se v ČR mezi roky 2000 a 2009 mírně snížila – v léčebnách o 6 %, v nemocnicích o 10 %. Redukce celkového lůžkového fondu proběhla v šesti krajích (Středočeském, Plzeňském, Ústeckém, Vysočině, Olomouckém a Zlínském). Lůžka v psychiatrických léčebnách je možno rozčlenit do tří skupin – na dětská a dorostová (více soustředěná v Praze a Jihočeském kraji), gerontopsychiatrická (Praha, Plzeňsko, Zlínsko a Vysočina) a lůžka pro léčbu závislostí (Praha, Vysočina).

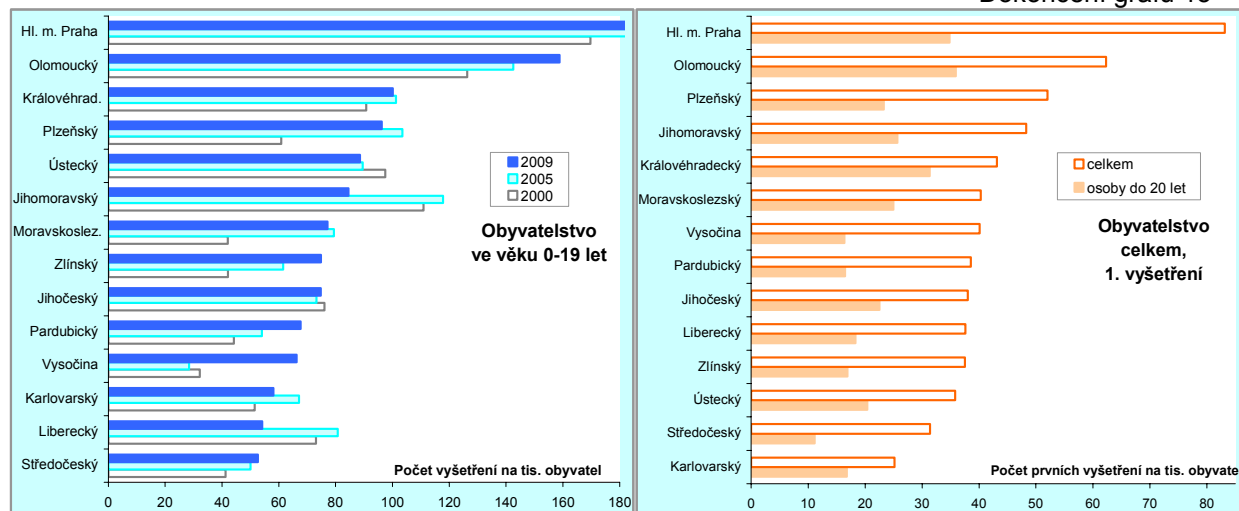
Graf č. 13: Počet vyšetření v ambulantních psychiatrických zařízeních na obyvatele v ČR a krajích (podle sídla zdravotnického zařízení)



Počet hospitalizovaných osob je v posledním desetiletí ustálený na necelých 60 tis. ročně, dvě třetiny hospitalizací pokrývají psychiatrické léčebny, zbytek psychiatrická oddělení nemocnic. Čtvrtina všech pacientů s duševními poruchami se však v roce 2010 léčila také na

jiných nemocničních odděleních (z poloviny šlo o oddělení interní, z 15 % pediatriká a z desetiny o neurologická), vážnější případy bývají postupně přeloženy na psychiatrická oddělení a posléze přímo do léčeben. Při dlouhodobě klesajícím počtu psychiatrických lůžek roste s konstantním počtem pacientů i průměrné doby pobytu jejich celková vytíženost.

Dokončení grafu 13



Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Zatímco výkony lůžkových psychiatrických zařízení stagnují, v případě ambulantních zařízení zaznamenáváme dlouhodobě rostoucí poptávku. Celkový počet vyšetření na obyvatele v ambulantních psychiatrických zařízeních se mezi roky 2000 a 2009 v ČR zvýšil o 24 %, u prvních vyšetření dokonce o 30 %. Rostoucí počet ošetření souvisí jednak se změnou životního stylu obyvatel, větší informovanosti veřejnosti a trendu k destigmatizaci duševních chorob. Významnou roli hraje také rozšiřující se síť ambulantních specialistů – psychiatrů či psychologů. Podle registru zdravotnických zařízení byla na konci roku 2010 více než pětina samostatných ordinací psychologů a psychiatrů soustředěna do Prahy, desetina sídlila v Jihomoravském kraji.

Počet vyšetření v psychiatrických ambulancích rostl zejména mezi roky 2000 a 2005, od té doby se zdá situace stabilizovaná. Vysoká nabídka ambulantních specialistů v kombinaci s dobrým přístupem k informacím o této problematice se promítá do vysokých intenzit ambulantních vyšetření v Praze. Excentrické postavení Prahy lze z části také vysvětlit dojíždkou obyvatel Středočeského kraje do těchto zařízení (vyšetření ve Středočeském kraji v přepočtu na bydlícího obyvatele je dlouhodobě nejnižší mezi kraji). Vedle Prahy zaznamenáváme vyšší relativní počty vyšetření také na Olomoucku, Plzeňsku a v kraji Jihomoravském (platí též pro první vyšetření). Pořadí „nejpostiženějších“ krajů bylo podobné i u všech ambulantních vyšetření populace ve věku 0-19 let (v relaci na odpovídající populace bydlící v kraji), mezi kraje s vysokými intenzitami se vklínilo ještě Ústecko a Královéhradecko. Nejvyšší intenzity prvních vyšetření u populace mladší 20 let registrujeme v roce 2009 na Olomoucku, v těsném závěsu se pohybují Praha a Královéhradecko. Nejnižší intenzity prvních psychiatrických vyšetření mladé populace byly vedle středních Čech také na Pardubicku a Vysočině.

Pro rámcové regionální porovnání zdravotního stavu populace lépe než statistiky vyšetření v ambulancích poslouží počty hospitalizovaných v psychiatrických lůžkových zařízeních (léčebny a nemocnice), které jsou členěné dle hlavních skupin diagnóz duševních poruch a trvalého bydliště hospitalizované osoby (viz tab. 18).

Tab.č. 18: Míra hospitalizace dle pohlaví, věku a vybraných diagnóz duševních poruch

	Ukončené hospitalizace ¹⁾ (dle kraje bydliště) na 10 tis.obyvateľ (roční průměr)													
	podle pohlaví						podle skupin diagnóz						děti ve věku 0-14 let	
	muži			ženy			dg. F10		dg. F11–F19		dg. F30–F59		0-14 let	
	2000-1	2004-5	2008-9	2000-1	2004-5	2008-9	2000-4	2005-9	2000-4	2005-9	2000-4	2005-9	2000-4	2005-9
ČR	58,9	61,9	55,4	49,7	52,1	48,8	10,4	10,0	4,3	4,7	14,0	13,1	18,0	15,2
Hl.m.Praha	71,7	68,8	59,1	65,1	63,2	59,0	11,4	10,4	10,1	8,6	15,2	14,4	21,3	13,2
Středočeský	44,9	48,6	43,1	36,8	38,5	37,5	7,1	7,3	4,0	4,9	10,1	9,8	13,4	12,2
Jihočeský	45,9	47,5	45,0	42,5	45,8	41,2	6,5	6,5	2,6	2,9	12,3	12,4	7,5	8,1
Plzeňský	49,5	57,3	54,7	47,0	55,4	48,7	8,2	9,8	3,1	4,9	14,3	13,4	20,6	22,1
Karlovarský	50,1	61,9	47,1	41,2	48,4	40,7	7,6	7,6	5,3	5,5	13,2	11,3	15,8	18,1
Ústecký	71,9	77,6	60,6	51,7	54,9	46,8	8,4	8,5	11,2	9,7	16,3	13,6	34,7	23,2
Liberecký	48,1	58,0	51,1	47,3	44,7	43,7	10,3	10,4	3,6	5,1	13,2	11,3	28,3	17,6
Královéhrad.	47,3	44,2	44,4	43,9	43,7	46,4	8,6	8,7	1,9	2,6	14,9	13,6	6,2	6,8
Pardubický	40,6	45,6	43,7	32,3	37,8	37,6	9,4	9,1	1,4	2,2	10,2	10,3	6,7	7,8
Vysočina	48,9	53,9	45,2	38,5	44,5	39,0	9,9	7,7	1,8	1,9	12,1	10,1	14,4	15,9
Jihomoravský	65,2	68,8	57,3	55,3	57,5	52,7	11,0	10,2	3,2	3,6	16,0	14,4	17,7	15,8
Olomoucký	72,3	75,2	72,9	64,9	66,1	63,9	14,2	14,8	2,0	3,5	14,4	17,8	22,0	21,0
Zlínský	69,8	70,4	59,8	52,1	50,8	48,0	14,9	14,2	2,2	2,2	14,7	12,3	21,7	14,6
Moravskoslez.	66,8	68,5	70,9	52,7	58,3	56,9	13,9	13,0	2,7	4,3	16,0	15,1	17,0	16,5

¹⁾ součet propuštěných a zemřelých v kalendářním roce;

F10: Poruchy duševní a poruchy chování, způsobené užíváním alkoholu

F11–F19: Poruchy duševní a poruchy chování, způsobené užíváním ostatních psychoaktivních látek

F30–F39: Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40–F59: Neurotické, stresové a somatoformní poruchy a syndromy poruch chování, spoj. s fyziolog. poruchami a somatickými faktory

Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Nejvyšší míry hospitalizace na psychiatrických lůžkových zařízeních dlouhodobě zaznamenáváme u obyvatel Olomoucka (jak u mužů tak i žen o třetinu vyšší nad úrovní ČR), zhruba o 15 % nad republikovou úrovní se nacházel také Moravskoslezský kraj (s mírně horším postavením u mužů), o desetinu pak Praha (horší pozice u žen). Mírně vyšší intenzity hospitalizace měli obyvatelé Jihomoravského kraje a muži na Ústecku. O pětinu pod úrovní ČR se nacházely u mužů i žen kraje Jihočeský, Pardubický a Vysočina.

Poněkud odlišný regionální obraz charakterizuje hospitalizace dětí do 15 let. Nejhorší postavení zde má suverénně Ústecko (s intenzitou o polovinu nad úrovní ČR), o třetinu až čtvrtinu nad republikovou úrovní se nacházely Plzeňsko, Karlovarsko a Liberecko (spolu s Ústeckem tvoří souvislý pás příhraničních krajů), na Moravě pak Olomoucko. Nízké míry hospitalizace dětí charakterizují Jihočeský kraj a východní Čechy. Toto regionální rozložení spíše než o zdravotním stavu dětské populace hovoří o struktuře domácností (vyšší míry dětské hospitalizace nacházíme v územích se zvýšeným podílem neúplných rodin).

Zajímavý výsledek přináší také porovnání podle významných skupin diagnóz. Největší mezikrajské disparity nacházíme u poruch způsobených psychoaktivními látkami (mimo alkohol) s vysokými intenzitami hospitalizace v Praze a Ústecku. U alkoholismu dominují moravské kraje – především Olomoucko a Zlínsko, relativně nejméně hospitalizací zde měli obyvatelé Jihočeského kraje. V případě široké skupiny afektivních a neurotických poruch nejsou rozdíly mezi kraji tolik výrazné, nepříznivé postavení si i zde udržely kraje severní Moravy.

Vedle nemocniční péče a odborných léčebných ústavů tvoří důležitý pilíř sítě zdravotnických zařízení ambulantní lékaři. Menší ale mírně rozrůstající část je jich soustředěna v poliklinikách, zdravotních střediscích a ostatních sdružených zařízeních. Rozhodující podíl však stále tvoří samostatné ambulantní ordinace. Je vhodné analyzovat pět základních typů ordinací samostatně – ordinace pro děti a dorost; pro dospělé, ordinace stomatologů; gynekologů a rovněž ordinace specialistů. Není-li uvedeno jinak, nezahrnujeme do ordinací jejich detašovaná pracoviště.

Tab.č. 19: Samostatné ordinace praktického lékaře dle specializace v krajích

	Samostatné ordinace praktického lékaře (SOPL) na 100 tis. obyvatel ¹⁾															počet obcí se SOPL ²⁾				
	podle základních druhů															alespoň 1 druhu			všech 5 druhů	
	pro děti a dorost			pro dospělé			stomatologa			gynekologa			specialisty			2000	2005	2009	2000	2009
	2000	2005	2010	2000	2005	2010	2000	2005	2010	2000	2005	2010	2000	2005	2010					
ČR	20,8	20,4	19,3	43,0	43,7	41,7	52,8	52,8	51,8	10,5	11,5	11,4	51,3	61,9	64,6	2207	2184	2145	364	374
Hl.m.Praha	21,0	20,3	18,9	42,4	44,6	41,4	70,6	71,9	72,9	12,2	13,6	13,7	82,5	101,0	101,2	1	1	1	1	1
Středočeský	21,6	20,5	18,6	41,3	40,5	36,3	44,0	42,2	38,4	9,6	10,3	9,3	38,4	45,3	45,4	362	355	351	52	54
Jihočeský	22,7	21,7	19,6	45,1	46,8	44,8	53,7	52,2	51,2	12,5	13,5	13,2	48,9	57,5	57,6	208	203	186	35	30
Plzeňský	19,2	18,9	18,0	43,4	43,5	40,2	58,3	56,8	55,6	10,5	12,1	11,7	57,6	67,3	66,1	155	151	145	25	26
Karlovarský	21,4	21,0	20,2	39,7	38,8	40,0	44,0	46,3	47,8	13,1	13,5	12,7	54,9	73,9	85,5	63	64	67	15	14
Ústecký	19,3	19,2	18,8	38,5	38,9	37,4	45,7	45,2	42,9	11,6	13,5	12,4	43,8	53,0	52,3	150	153	152	28	28
Liberecký	23,1	21,9	19,5	43,9	43,4	41,8	51,4	50,3	48,9	10,0	9,3	9,8	50,4	54,8	53,0	86	83	80	18	18
Královéhrad.	22,3	22,1	20,7	42,8	44,5	42,9	55,5	54,2	54,1	9,6	11,5	10,8	56,8	69,3	70,5	136	139	138	25	31
Pardubický	20,1	19,8	17,8	42,7	43,5	41,0	46,8	48,6	48,7	9,1	9,7	10,2	49,6	58,3	63,6	107	109	110	24	25
Vysočina	19,6	20,2	20,2	41,2	42,7	42,0	47,0	47,6	44,9	10,2	10,8	10,7	42,4	52,3	58,1	151	154	157	20	25
Jihomorav.	20,3	20,3	19,7	46,5	47,2	44,4	54,1	54,1	51,8	10,0	10,6	11,4	49,2	59,7	65,9	252	240	236	32	36
Olomoucký	21,9	22,7	21,5	45,7	46,6	45,5	55,3	55,1	53,5	10,3	10,8	11,2	47,2	57,6	64,7	173	174	172	26	22
Zlínský	20,3	20,0	19,3	47,4	48,5	48,1	55,0	57,3	57,4	9,6	11,0	11,3	45,7	54,4	58,3	184	175	166	25	24
Moravskosl.	19,6	19,6	18,7	42,0	42,4	42,3	48,7	49,5	50,0	9,9	10,9	10,9	45,3	55,6	59,7	179	183	184	38	40

¹⁾ bez odloučených pracovišť ²⁾ vč. odloučených pracovišť

Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Počet samostatných ordinací PL pro děti a dorost se ČR mezi roky 2000 a 2010 snížil o téměř 5 % (ke konci roku 2010 působilo 2028 ordinací). Tento trend co značné míry sledoval snižování počtu dětské populace (počet dětí do 15 let se ve stejném období dokonce snížil o 9 %). V relaci na celkový počet obyvatel dosáhl nejvyšší vybavenosti dětskými ordinacemi PL Olomoucký kraj, vybavenost zde byla o pětinu vyšší než na Pardubicku. Mezikrajské rozdíly však obecně nejsou příliš významné, rozložení dětských PL do jednotlivých krajů je relativně rovnoměrné. Jiný pohled se nám naskytne, budeme-li sledovat přítomnost těchto ordinací ve venkovských obcích (viz kartogramy v příloze). 40 % obcí v ČR v kategorii 500–3000 obyvatel mělo v roce 2009 na svém území ordinaci PL pro děti a dorost. Nejvyšší byl tento podíl na Vysočině (na Pelhřimovsku 78 %) a JZ Čechách.

Počet ordinací PL pro dospělé v poslední desetiletí v ČR stagnoval, ke konci roku 2010 působilo 4396 ordinací. Rozdíly ve vybavenosti krajů zde již nacházíme větší než u dětských ordinací, přesto nejsou výrazné. Nejlépe si stálo Zlínsko, Olomoucko, Jihomoravský a Jihočeský kraj, nejméně příznivá situace panovala se středních Čechách a Ústecku. Vybavenost Prahy je podobně jako u dětských ordinací průměrná, což nenasvědčuje na kvantitativně významnou dojížďku obyvatel z jiných krajů do Prahy. Stagnující počet ordinací PL pro dospělé ve středních Čechách v kombinaci s relativně silným přírůstkem obyvatel v důsledku suburbanizace způsobil nejsilnější pokles vybavenosti těmito ordinacemi mezi kraji za poslední desetiletí. Zhoršení vybavenosti středních Čech v poslední dekádě mírně prohloubilo meziregionální disparity, ty se však mírně zvyšovaly i mezi mimopražskými kraji. Plných 53 % obcí mezi 500–3000 obyvateli bylo v roce 2009 vybaveno ordinací PL pro dospělé, mezi kraji zde má nejvyšší vybavení opět Vysočina a JZ Čechy, nejhorší kraje Pardubický a Jihomoravský.

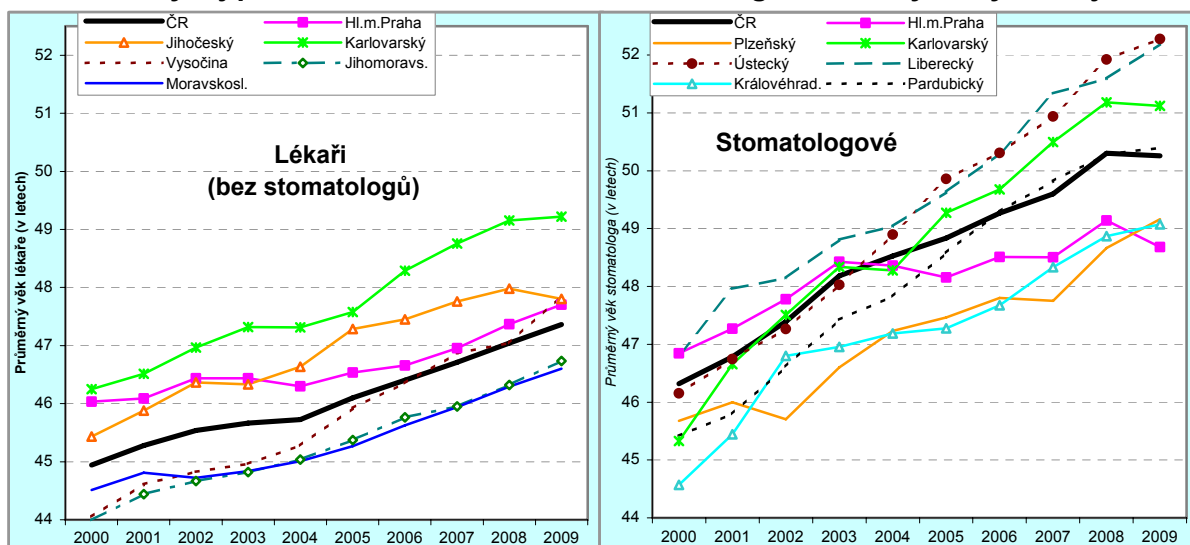
Za poslední dekádu velmi mírně vzrostl počet ordinací stomatologů, v roce 2010 jich v ČR fungovalo 5453. V Praze a Karlovarsku rostl počet ordinací nejrychleji (zvýšení o desetinu), z ostatních krajů se vybavenost mírně zlepšila na Zlínsku a Pardubicku. Podobně jako u PL pro dospělé, i zde počet stomatologických ordinací nijak nereagoval na rostoucí populaci ve středních Čechách, kde zůstává počet těchto ordinací dlouhodobě nejnižší. Vzhledem na zcela rozdílnou vybavenost obou krajů i růst počtu stomatologů v metropoli lze předpokládat poměrně významnou dojížďku za zubními lékaři (a to nejen mezi středními Čechami a Prahou). Avšak i po vyloučení těchto dvou regionů, zůstávají významné rozdíly

ve vybavení v jednotlivých krajích. Počet zubních ordinací na bydličního obyvatele na Zlínsku o třetinu převyšoval úroveň Ústecka. Mezi obcemi s 500-3000 obyvateli jich v roce 2009 měla zubní ordinaci pouhá třetina (na Vysočině polovina, na Liberecku čtvrtina, v okrese Česká Lípa jen každá osmá obec).

Počet gynekologických ordinací PL se mezi roky 2000 a 2010 v ČR zvýšil o více než desetinu. Nejvíce se síť ordinací rozrostla v Praze (o 20 %), Plzeňsku, Pardubicku a na jižní Moravě (15-17 %), stagnovala pouze na Liberecku a Karlovarsku. Rozdíly ve vybavenosti krajů gynekologickými ordinacemi nedosahují úrovně disparit u stomatologie, v souboru mimopražských krajů se od roku 2000 mírně snížily (i tak převyšovalo Plzeňsko počtem gynekologických ordinací na obyvatele v roce 2010 Liberecko o třetinu). Pardubicko ve vybavenosti dlouhodobě zaostává za většinou krajů. Vybavenost Prahy o polovinu přesáhla úroveň středních Čech, tudíž i zde musíme vzít v potaz významnější mezikrajskou dojížděku za gynekology, byť nepochybně v menším rozsahu než v případě stomatologických ordinací. Třetina obcí v kategorii 1000–5000 obyvatel byla v roce 2009 vybavena gynekologickou ordinací, na Plzeňsku 55 %, avšak na Ústecku a Moravskoslezsku méně než čtvrtina. Ještě významnější rozdíly panovaly na úrovni okresů – na Klatovsku sídlila gynekologická ordinace v 90 % obcí v této velikostní kategorii, v pěti okresech byla ale v těchto obcích v roce 2009 vybavenost nulová.

Samostatné ordinace praktických lékařů specialistů poskytují ambulantní péči v širokém spektru specializovaných oborů. Podobně jako gynekologické ordinace jsou soustředěny do měst, v obcích s méně než 2 tis. obyvateli se vyskytují sporadicky. Síť těchto zařízení se ze všech druhů samostatných ordinací rozšiřuje nejvíce. Od roku 2000 se počet ordinací lékařů specialistů v ČR zvýšil bezmála o třetinu, v roce 2010 působilo 6806 ordinací. Rozšiřování sítě probíhá podobným tempem ve všech krajích, z nichž vystupují pouze Liberecko (se skromným 8% přírůstkem) a Karlovarsko (počet ordinací specialistů se mezi roky 2000 a 2010 navýšil o 57 %). Na silnou mezikrajskou dojížděku do těchto zařízení lze usuzovat podle nejvyššího počtu ordinací specialistů na bydličního obyvatele v Praze, který více než dvojnásobně převyšuje úroveň středních Čech. V posledním desetiletí se však počet ordinací specialistů v těchto krajích zvyšoval podobným tempem, růst v okresech sousedících s Prahou patřil dokonce k nejvyšším v ČR. Rozdíly ve vybavení krajů ordinacemi specialistů jsou výrazné a v posledním desetiletí se ještě prohloubily, k čemuž přispěl dynamický vývoj v Praze a Karlovarsku. Z mimopražských krajů přetrvává nižší vybavenost na Ústecku a Vysočině.

Graf č. 14: Vývoj průměrného věku lékařů a stomatologů v ČR a vybraných krajích



Pozn.: za všechny aktivní lékaře a stomatology (fyzické osoby) ve zdravotnictví celkem, podle místa výkonu práce
Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Vybavenost obcí různými druhy samostatných ordinací PL lze hodnotit i souhrnně- např. počtem obcí s přítomností všech pěti druhů ordinací (plná vybavenost) či počet obcí, kde žádná samostatná ordinace své pracoviště (vč. detašovaných) nemá.

V roce 2009 existovalo v ČR 2145 obcí (třetina za všech municipalit), na jejichž území ordinoval alespoň jeden z výše popsaných základních druhů PL. Počet obcí s touto minimální vybaveností se od roku 2000 plynule mírně snižuje, za poslední dekádu vypadlo z této kategorie 3 % obcí v ČR. Celá desetina obcí pak pozbyla „minimální vybavenost“ v krajích Jihočeském a Zlínském, redukci o více než 10 obcí zaznamenaly také kraje Středočeský, Plzeňský a Jihomoravský. Všemi pěti druhy samostatných ordinací PL disponovalo v roce 2009 v ČR 374 obcí. Jen každá dvacátá „plně vybavená“ obec v ČR nepřesáhla hranici 2 tis. obyvatel. Z obcí mezi 3-5 tis. obyvateli byla takto vybaveno každá třetí, z měst s 5-10 tis. obyvateli téměř 90 %. Mezi roky 2000 a 2009 ztratilo „plnou vybavenost“ 43 obcí (z toho 24 zázemí krajských měst), 53 obcí (25 v zázemí) naopak vybavenost získalo. V zázemí čtyř největších měst ČR 7 obcí plnou vybavenost ztratilo, ale 18 nových jich získalo. Ve většině krajů se oproti roku 2000 počet „plně vybavených“ obcí mírně zvýšil (nejvíce v krajích Královéhradeckém, Jihomoravském a Vysočina), viditelněji se snížil jen v Jihočeském kraji.

Tab.č. 20: Lékaři a stomatologové v krajích ve vybraných věkových skupinách

	Lékaři v evid. stavu celkem (fyz. osoby)												Stomatologové v evid. stavu celkem (fyz. osoby)											
	< 40 let						60 a více let						< 40 let						60 a více let					
	muži			ženy			muži			ženy			muži			ženy			muži			ženy		
	2000	2005	2009	2000	2005	2009	2000	2005	2009	2000	2005	2009	2000	2005	2009	2000	2005	2009	2000	2005	2009	2000	2005	2009
ČR	34,3	33,7	30,4	34,0	33,6	31,5	15,0	14,9	17,9	8,1	13,3	16,9	22,2	24,8	26,6	18,8	19,4	20,4	11,1	16,5	21,9	4,3	11,4	18,4
Hl.m.Praha	33,1	34,6	32,4	30,8	32,8	30,9	18,5	16,8	19,5	11,5	16,5	20,2	25,5	31,6	35,6	17,4	22,8	27,5	10,3	14,6	20,4	8,5	15,0	20,4
Středočeský	32,0	29,9	24,6	34,6	34,4	31,1	14,6	14,3	19,2	7,2	11,5	15,2	20,0	11,8	16,1	22,6	18,9	16,4	13,3	18,8	25,9	3,0	5,9	14,2
Jihočeský	29,2	27,4	26,7	30,9	27,9	30,5	13,8	14,4	17,8	6,7	13,1	16,3	15,3	20,0	15,4	18,7	16,4	13,6	11,3	14,7	24,5	2,1	9,0	16,5
Plzeňský	35,8	33,9	31,5	33,2	33,1	32,9	15,9	15,9	17,4	7,4	13,9	18,7	29,9	35,0	39,1	22,1	22,6	18,1	13,4	14,6	16,6	4,5	9,1	16,4
Karlovarský	30,0	26,3	19,7	32,4	33,3	29,3	21,7	18,7	24,5	8,8	18,3	21,6	23,6	20,8	21,3	23,2	17,0	15,0	11,1	18,2	26,7	4,2	10,6	15,0
Ústecký	33,0	34,0	29,1	37,5	36,4	29,1	15,7	17,0	20,1	7,8	13,3	18,9	19,5	18,2	15,6	22,2	16,6	12,7	11,6	13,2	21,3	2,7	13,4	21,2
Liberecký	36,2	36,5	31,2	35,9	35,0	34,0	13,9	13,5	15,9	7,4	15,1	15,3	21,6	16,9	20,0	16,6	20,4	13,7	11,4	19,1	23,2	5,1	14,0	21,4
Královéhrad.	36,2	34,2	32,0	33,6	33,9	36,0	13,7	15,2	16,9	7,5	12,9	16,4	32,6	33,3	32,3	27,0	19,8	20,0	10,9	15,6	16,2	2,8	11,1	16,4
Pardubický	35,1	33,0	29,8	34,7	34,5	30,8	11,3	13,6	16,3	7,8	12,6	16,5	18,7	23,3	22,7	25,0	20,0	19,9	7,7	17,5	18,6	1,0	9,2	13,4
Vysočina	34,6	32,7	29,8	37,5	33,4	28,4	13,2	15,7	18,3	5,2	10,1	15,3	16,3	17,8	17,3	19,8	15,5	14,9	3,3	12,9	25,0	3,6	9,8	13,8
Jihomorav.	36,1	36,0	32,3	35,4	32,9	31,1	11,6	11,6	14,6	6,2	10,4	13,5	19,2	21,6	24,9	14,0	15,9	19,6	11,3	15,5	20,6	4,2	11,5	18,9
Olomoucký	36,5	33,4	29,6	35,4	31,8	29,9	13,7	13,4	16,4	7,3	10,5	14,3	20,9	27,2	29,8	15,3	19,9	23,2	17,7	18,3	18,8	3,4	9,3	18,7
Zlínský	32,4	30,1	28,5	34,6	32,7	31,9	14,9	15,4	19,8	5,7	8,8	11,8	25,6	28,2	30,9	15,3	20,2	23,9	6,0	18,3	23,7	2,3	10,3	15,1
Moravskosl.	37,7	38,0	33,3	35,3	37,2	34,0	13,8	14,3	16,5	7,8	14,2	16,7	21,6	26,1	26,1	17,0	19,6	21,8	10,8	21,6	27,8	4,0	13,0	23,6

Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Na základě údajů z registru lékařů, zubních lékařů a farmaceutů je možno sledovat nejen počty lékařů podle specializace, ale i některé významné strukturální charakteristiky. K nejdůležitějším z nich bezesporu patří věkové složení lékařů.

Průměrný věk všech aktivních lékařů pracujících ve zdravotnictví dosáhl ke konci roku 2009 v ČR 47,3 let (u mužů byl o rok vyšší než u žen). Průměrný věk v hodnoceném období 2000-9 plynule mírně rostl, na konci období o 2,5 roky přesáhl výchozí úroveň. Ve většině krajů vývoj kopíroval republikový trend, pouze v Praze stárlí v průměru lékaři pomaleji, na Vysočině naopak (viz graf 14). Rozdíl mezi krajem s nejstaršími lékaři (Karlovarský) a nejmladšími (Jihomoravský) se za poslední desetiletí mírně zvýšil (z 2,2 na 2,6 let). Prakticky totožný zůstával rozdíl průměrného věku mezi pohlavími, ve všech krajích převyšovali muži ženy o 0,5-2,5 roku, v Praze se v roce 2009 pohlaví věkově nelišila. Mírně mladší byli lékaři na Moravě a SV Čech, nejstarší na Karlovarsku (muži) a Praze (ženy). Variační rozpětí průměrného věku lékařů na úrovni okresu bylo v roce 2009 u mužů 8,8 let, u žen o rok méně. Mezi roky 2003 a 2009 zestárlí lékaři nejvíce na Rakovnicku, Kutnohorsku a Žďársku (o 4-5 let), velmi mírně se jejich průměrný věk snížil v okresech Jičín, Strakonice a Plzeň-jih. Při podrobnějším pohledu na vybrané věkové skupiny je patrné, že 30 % lékařů

bylo na konci roku 2009 mladších 40 let, zastoupení mladých lékařů se, především po roce 2005, mírně snižuje. Z krajů nejvíce oslabilo zastoupení mladých lékařů na Karlovarsku (hlavně u mužů), Ústecku a Vysočině (v obou krajích hlavně u žen), v Praze a Královéhradecku zůstalo v roce 2009 na úrovni roku 2000. Každý šestý aktivní lékař v ČR dosáhl na konci roku 2009 60 a více let. Podíl starších lékařů mírně roste především díky ženám (důsledek rychleji prodlužujícího se důchodového věku než u mužů), kterých ve věku nad 59 let oproti roku 2000 nyní pracuje více než dvojnásobek. Narozdíl od mladších lékařů roste zastoupení starších podobným tempem ve všech krajích, pouze u žen se dynamičtěji zvyšuje váha starších lékařek v Z a SZ Čechách a na Vysočině. Nejvyšší zastoupení lékařů nad 59 má dlouhodobě Karlovarsko následované Prahou, nejnižší kraj Jihomoravský (muži) a Zlínsko (ženy). Mezikrajské rozdíly v zastoupení starších lékařů se za poslední dekádu příliš nezměnily, u lékařů do 40 let se ale zvýšily.

U stomatologů v porovnání s ostatními lékaři průměrný věk v posledním deceniu narostl více (o 4 roky). Diferencovanější byl také vývoj od roku 2000 v jednotlivých krajích – především v Praze, kde se průměrný věk navýšil jen o 1,8 let a metropole tak v roce 2009 dosáhla nejnižšího průměrného věku stomatologů mezi kraji. Vyšší růst v poslední dekádě vidíme v S a SZ Čechách, pozvolnější naopak v moravských krajích. Variační rozpětí věku u krajů se zvýšilo z 2,4 (v r. 2000) na 3,6 roků (v r. 2009), rozdíl mezi okresem s nejvyšším (Prachatice) a nejnižším věkem (Hradec Králové) zubních lékařů činil na konci sledovaného období 8,4 let. Do 40 let věku dosahuje v ČR každý čtvrtý zubní lékař a každá pátá zubní lékařka, pětinový podíl mají také shodně u obou pohlaví stomatologové starší 59 let. Podíl mladších zubařů se zvýšil zejména v Praze (o 10 p.b. u mužů i žen) a také na Zlínsku, Olomoucku a u mužů i Plzeňsku; ve většině krajů však v roce 2009 nedosáhl úrovně r. 2000 (především v SZ Čechách). V Praze tvoří stomatologové do 40 let 35 % všech zubních lékařů, na Plzeňsku dokonce 40 %. Zastoupení stomatologů nad 59 let se z velmi nízkých hodnot roku 2000 během následující dekády rychle zvyšovalo, v současnosti již převyšuje ostatní lékaře jako celek (pouze na Plzeňsku, Karlovarsku a východu Čech nalezneme mírně vyšší podíl šedesátníků a sedmdesátníků mezi lékaři nestomatology). Stomatologové nad 59 let dosahují u mužů i žen největšího podílu v Moravskoslezsku (28, resp. 24 %), opačně je tomu v r. 2009 u mužů na Královéhradecku (16 %) a žen na Pardubicku (13 %).

Tab.č. 21: Průměrný věk lékařů podle převažující specializace v krajích

	lékaři v evidenčním počtu (fyzické osoby) ¹⁾														stomatologové ²⁾		farmaceuti ²⁾	
	celkem				z toho dle hlavní činnosti													
	muži		ženy		praktické lékařství				vnitřní lékařství		chirurgie		anesteziologie a resuscitace					
	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2004	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009
ČR	45,6	47,8	44,3	47,0	48,6	53,0	51,2	53,8	41,6	43,7	43,6	46,5	39,4	41,1	46,3	50,3	41,0	42,2
Hl.m.Praha	46,6	47,7	45,5	47,8	49,9	53,1	53,4	55,3	44,2	46,1	45,5	48,4	41,1	41,3	46,8	48,7	41,6	40,6
Středočeský	45,9	49,2	43,9	47,0	48,8	53,1	50,7	54,2	40,7	42,4	42,4	46,3	39,2	41,5	46,0	51,4	42,0	43,2
Jihočeský	46,2	48,7	44,6	47,0	48,7	53,0	51,1	54,0	40,7	43,1	44,8	44,0	39,4	42,4	46,4	52,1	40,5	43,8
Plzeňský	45,4	47,5	44,3	47,0	49,4	53,8	49,2	52,7	41,9	43,8	44,7	46,5	38,4	40,6	45,7	49,2	41,4	42,9
Karlovarský	47,4	50,6	45,0	48,0	49,9	53,8	52,5	55,1	40,0	42,1	44,5	49,8	35,4	39,8	45,3	51,1	42,6	44,9
Ústecký	46,1	48,5	43,9	47,5	49,3	54,4	52,1	53,6	39,9	43,6	42,7	45,7	39,8	43,6	46,2	52,3	41,8	43,6
Liberecký	45,0	47,5	43,7	46,2	48,3	53,1	52,2	54,6	40,6	39,2	41,5	45,2	36,7	39,6	46,8	52,2	39,5	42,0
Královéhrad.	45,1	47,1	44,1	46,4	49,0	53,4	51,2	53,0	41,5	41,7	43,6	46,2	37,7	41,8	44,6	49,1	40,8	43,4
Pardubický	44,8	47,7	44,2	47,0	48,0	52,7	50,5	52,6	40,6	41,1	42,4	44,6	38,6	39,1	45,4	50,4	41,1	42,4
Vysočina	45,0	48,3	43,0	47,5	47,8	54,0	50,6	54,4	40,7	44,4	43,3	46,0	38,7	41,1	45,7	51,3	40,8	42,6
Jihomorav.	44,4	47,0	43,6	46,6	47,4	52,6	50,2	53,4	41,1	44,5	43,0	46,7	39,8	39,8	46,9	50,6	39,3	40,0
Olomoucký	45,0	47,7	43,9	46,7	47,2	52,4	50,2	53,8	41,7	43,8	43,0	47,6	39,5	42,6	46,9	49,5	40,6	42,6
Zlínský	45,8	48,4	44,0	46,2	48,5	52,7	49,6	52,7	40,3	42,7	45,1	46,9	38,1	40,4	46,0	49,5	40,5	41,6
Moravskosl.	44,8	46,9	44,2	46,4	48,7	51,9	51,6	53,5	39,9	42,2	42,4	45,3	39,9	41,3	46,9	50,8	41,7	42,3

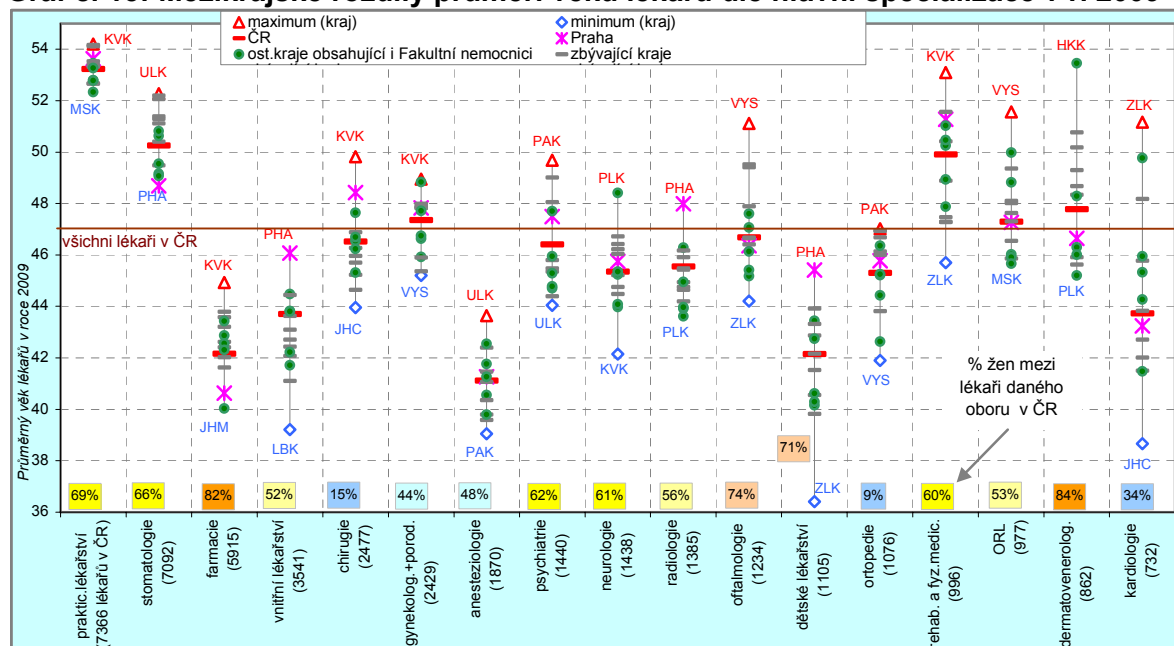
¹⁾ Průměrný věk počítán z desetiletých věkových skupin

²⁾ Průměrný věk počítán z pětiletých věkových skupin

Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Průměrný věk se významně liší podle hlavního oboru působnosti lékaře. Více než 50 let dosáhl v ČR v r. 2009 u posudkového (57 let) a pracovního (52) lékařství, klinické biochemie a revmatologie, z rozšířenějších oborů u praktického lékařství (pro děti a dorost – 54 let, i pro dospělé – 53 let) a rehabilitační a fyzikální medicíny (50). Nejmladší lékaře nacházíme u anesteziologie a resuscitace (41 let), pediatrie (42), vnitřního lékařství (44), kardiologie (44).kardiochirurgie (41), neurochirurgie (42), traumatologie (42) a farmacie (42 let). Mezi roky 2000 a 2009 se průměrný věk lékařů u všech specializací prodloužil (vyjma kardiologie a cévní chirurgie -1 rok), nejvíce u praktického lékařství všeobecného (+4,4 roky) a dětského, stomatology (+4,0), chirurgie (+2,9), ortopedie (+2,8), z méně rozšířených oborů u klinické biochemie (+4,3), geriatry (+4,2) a kardiochirurgie (+3,3 roky).

Graf č. 15: Mezikrajské rozdíly průměr. věku lékařů dle hlavní specializace v r. 2009



Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Ze 17 vybraných specializací (s alespoň 700 lékaři v ČR) zaznamenává v r. 2009 nejvyšší průměrný věk mezi kraji nejčastěji Karlovarsko (praktické lékařství, farmacie, chirurgie, gynekologie a porodnictví, rehabilitace), Praha (vnitřní lékařství, praktické dětské lékařství, pediatrie, radiologie), po dvou oborech pak Ústecko, Pardubicko a Vysočina. Nejnižší průměrný věk registrujeme nejčastěji u krajů na severu Moravy (v oborech: praktické lékařství, pediatrie, oční, rehabilitace a ORL). Lékaři v Praze dosahovali v porovnání s ostatními regiony (v rámci více rozšířených oborů) podprůměrného věku pouze u stomatology, farmacie, kožního lékařství a kardiologie. Věk lékařů se mezi kraji nejvíce odlišuje u vnitřního lékařství, z oborů s menším počtem lékařů u kardiologie, rehabilitace, pediatrie, očního a kožního. Variační rozpětí krajů u průměrného věku lékařů bylo na konci 2009 nejnižší u nejrozšířenějších oborů - praktického lékařství všeobecného i pro děti a dorost (v obou případech 2,6 let) a také u gynekologie porodnictví (3,7 let),

Vedle sítě ambulantních lékařů specialistů se v posledním desetiletí mohutně rozvíjela také síť zařízení lékárenské péče (kromě lékáren zahrnuje i výdejny léčiv, zdravotnické techniky a léčivých rostlin). V polovině roku 2011 působilo v ČR 2630 lékáren, což bylo o třetinu více než v roce 2000. Síť lékáren se rozšiřovala poměrně rovnoměrně ve všech krajích, relativně nejvíce jich mezi roky 2000-11 přibýlo na Olomoucku a Karlovarsku (40 %), nejméně na Ústecku (26 %) a Vysočině (28 %). Polovina přírůstku od roku 2000 připadala na města s více než 20 tis. obyvateli. Pětina obcí s 1000 –1500 obyvateli byla v roce 2009 vybavena zařízením lékárenské péče (vč. jejich odloučených pracovišť), z obcí mezi 1500 –2000 obyvateli polovina a z obcí mezi 2-3 tis. obyvateli tři čtvrtiny. Z regionálního

hlediska byl největší podíl obcí mezi 1-3 tis. obyvateli vybaven lékárenských zařízením na Pardubicku a JZ Čechách, nejméně v Moravskoslezském kraji.

Tab.č. 22: Zařízení lékárenské péče v krajích

ČR, kraj sídla zařízení	Počet lékáren (vč. odloučených pracovišť)												Počet zařízení lékárenské péče (vč. odlouč.) na 100 tis. obyvatel			% obyvatel bydlících v obcích se zařiz. lékárenské péče		
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011*	2011/ 2000	2000	2005	2011*	2000	2005	2011*
ČR	1961	2075	2188	2293	2378	2451	2497	2520	2566	2592	2630	1,34	21,2	25,8	26,8	75,4	76,6	75,6
Hl.m.Praha	230	242	260	274	290	296	299	299	301	302	311	1,35	21,4	27,4	27,0	100	100	100
Středočeský	199	210	216	229	231	232	233	239	249	260	265	1,33	19,7	21,1	22,1	62,0	61,7	60,0
Jihočeský	129	138	145	150	160	163	171	171	182	177	169	1,31	22,4	28,2	29,0	71,5	71,8	69,9
Plzeňský	114	122	125	130	136	138	143	143	142	144	154	1,35	24,5	28,8	30,4	69,2	72,0	72,1
Karlovarský	63	69	71	74	81	86	84	81	90	88	89	1,41	26,0	32,5	32,2	82,3	82,8	80,0
Ústecký	149	151	155	176	182	186	187	196	199	192	187	1,26	20,6	24,5	24,0	81,4	82,2	80,5
Liberecký	76	78	82	91	97	100	101	97	96	104	100	1,32	21,7	26,8	24,8	78,4	79,2	76,1
Královéhrad.	125	130	139	140	152	154	156	159	159	159	163	1,30	23,4	28,8	30,3	71,1	72,6	71,6
Pardubický	97	100	114	122	127	133	135	142	139	138	141	1,45	20,6	26,9	28,0	67,1	69,0	68,8
Vysočina	95	100	105	110	111	113	112	116	117	123	122	1,28	18,5	23,1	24,9	62,9	64,1	62,6
Jihomorav.	227	243	262	265	262	282	296	298	301	300	308	1,36	21,6	26,6	28,1	71,0	73,1	72,6
Olomoucký	122	136	139	143	150	157	161	154	155	161	170	1,39	22,0	27,2	29,3	66,8	69,5	68,1
Zlínský	114	117	125	132	137	142	144	143	148	150	154	1,35	19,6	24,7	26,6	72,0	73,6	72,8
Moravskosl.	221	239	250	257	262	269	275	282	288	294	297	1,34	19,7	23,6	25,8	84,1	85,1	84,8

* dle stavu k 1.6.2011; údaje z registru zdravotnických zařízení

Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

V relaci na bydličního obyvatele dosáhly v roce 2011 nejvyššího počtu lékárenských zařízení Plzeňsko a Karlovarsko (o pětinu nad republikovou úroveň), nejméně kromě středních Čech Ústecko a Vysočina (o desetinu pod úroveň ČR). V obcích vybavených lékárenským zařízením žilo v roce 2010 tři čtvrtiny obyvatel ČR, ve středních Čechách 60 %. Počet obcí s lékárenskou péčí se mezi roky 2000 a 2010 v ČR zvýšil o desetinu, z krajů nejvíce na Plzeňsku a Olomoucku (o čtvrtinu), mírně se snížil jen na Liberecku (především v okrese Jablonec nad Nisou). Na okresní úrovni se počet vybavených obcí zdvojnásobil na Znojemsku a okresu Plzeň-sever. Počet obcí se zařízením lékárenské péče se mezi roky 2000 a 2010 snížil v pětině okresů, v 15 % se nezměnil, ale ve dvou třetinách okresů vzrostl.

