

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA EKONOMICKÁ

Bakalářská práce

**Vyhodnocení dostupnosti zdravotních služeb v jednotlivých oborech
poskytování péče pro oblasti Karlovarského kraje**

**Evaluation of availability of health services in individual fields of care
provision for areas of the Karlovy Vary Region**

Lenka Šebková

Plzeň 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta ekonomická

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Lenka ŠEBKOVÁ**
Osobní číslo: **K17B0638P**
Studijní program: **B1301 Geografie**
Studijní obor: **Ekonomická a regionální geografie**
Téma práce: **Vyhodnocení dostupnosti zdravotních služeb v jednotlivých oborech poskytování péče pro oblasti Karlovarského kraje**
Zadávající katedra: **Katedra geografie**

Zásady pro vypracování

1. Zhodnoťte relevantní teoretickou a metodologickou literaturu k tématu dostupnosti zdravotních služeb.
2. Stanovte cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy.
3. Vyhledejte zdroje dat o zdravotních službách v Karlovarském kraji.
4. Navrhněte vhodné metody vyhodnocení dostupnosti zdravotních služeb.
5. Analyzujte na základě shromážděných a uspořádaných dat dostupnost zdravotních služeb v Karlovarském kraji.
6. Na základě syntézy poznatků diskutujte výsledky práce ve vztahu k teoretickému rámci.
7. Navrhněte implikace pro zlepšení dostupnosti zdravotních služeb v Karlovarském kraji a možnosti dalšího výzkumu.

Rozsah bakalářské práce: **40-60 stran**
Rozsah grafických prací: **neuveđen**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- Barták, M. (2010). *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer.
- Dolanský, H. (2008). *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. Opava: SU.
- Durdisová, J. (2005). *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica.
- Janečková, H., & Hnilicová, H. (2009). *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál.

Vedoucí bakalářské práce: **RNDr. David Vogt, Ph.D.**
Katedra geografie

Datum zadání bakalářské práce: **22. října 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **22. dubna 2020**



Doc. Ing. Michaela Krechovská, Ph.D.
děkanka



Doc. PaedDr. Alena Matušková, CSc.
vedoucí katedry

V Plzni dne 22. října 2019

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma

„Vyhodnocení dostupnosti zdravotních služeb v jednotlivých oborech poskytování péče pro oblasti Karlovarského kraje“

vypracoval/a samostatně pod odborným dohledem vedoucí/vedoucího bakalářské práce za použití pramenů uvedených v příložené bibliografii.

Plzeň dne 11. května 2020

.....

podpis autora/autorky

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu své bakalářské práce panu RNDr. Davidovi Vogtovi, Ph.D. za odborné vedení práce, užitečné rady, ochotu a čas věnovaný při konzultacích.

Obsah

Úvod	11
1 Cíle práce	12
2 Metodika a data	13
3 Vymezení teoretických pojmů	15
3.1 Zdraví	15
3.2 Systém zdravotní péče.....	16
3.2.1 Péče o zdraví.....	16
Péči o zdraví.....	16
3.2.2 Zdravotnictví.....	18
3.2.3 Zdravotní péče	19
3.2.4 Zdravotnické služby.....	21
4 Zdravotnický systém ČR.....	23
4.1 Zdravotnický systém	23
4.2 Financování českého zdravotnictví	24
4.3 Veřejné zdravotní pojištění	25
4.3.1 Zdravotní pojištění.....	25
5 Dostupnost zdravotních služeb	27
5.1 Geografická dostupnost zdravotních služeb.....	27
5.1.1 Místní dostupnost.....	28
5.1.2 Časová dostupnost	28
5.1.3 Frekvenční dostupnost	28
5.2 Zdravotnická dostupnost zdravotnických služeb	29
5.2.1 Místní dostupnost.....	29
5.2.2 Časová dostupnost	31

5.3	Ekonomická dostupnost zdravotních služeb.....	32
5.3.1	Zdroje finančních prostředků pro zdravotnictví.....	32
5.3.2	Zdravotnické systémy ve světě	32
6	Charakteristika Karlovarského kraje.....	34
6.1	Geografická charakteristika kraje.....	34
6.2	Obyvatelstvo.....	34
6.3	Dopravní infrastruktura Karlovarského kraje.....	36
6.3.1	Silniční síť.....	36
6.3.2	Železniční síť.....	37
7	Zdravotní stav a nemocnost obyvatelstva Karlovarského kraje	39
7.1	Hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva vybraných regionů.....	39
7.1.1	Hodnocení zdravotního stavu pomocí vybraných ukazatelů.....	39
7.1.2	Zemřelí v Karlovarském kraji	41
8	Dostupnost zdravotnické péče v Karlovarském kraji.....	43
8.1	Podle počtu lékařů	43
8.1.1	Dlouhodobý vývoj počtu lékařů v Karlovarském kraji.....	43
8.1.2	Zdravotničtí pracovníci podle okresů.....	44
8.1.3	Regionální srovnání počtu lékařů.....	44
8.2	Dostupnost nemocnic v Karlovarském kraji	46
8.2.1	Nemocnice v Karlovarském kraji.....	46
8.2.2	Časová dostupnost nemocnic v SO ORP v Karlovarském kraji	46
8.2.3	Časová dostupnost nemocnic v obcích Karlovarského kraje	47
8.2.4	Frekvenční dostupnost nemocnic v SO ORP v Karlovarském kraji	48
8.2.5	Frekvenční dostupnost nemocnic v obcích Karlovarského kraje.....	49
8.2.6	Hospitalizace v nemocničních zařízeních Karlovarského kraje	49
8.2.7	Regionální srovnání nemocničních zařízení	50

8.3	Dostupnost zdravotnické záchranné služby Karlovarského kraje.....	51
8.3.1	Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje	51
8.3.2	Časová dostupnost zdravotnické záchranné služby Karlovarského kraje	52
8.3.3	Časová dostupnost výjezdových základen zdravotnické záchranné služby v obcích Karlovarského kraje	52
8.4	Samostatná ambulantní zařízení v Karlovarském kraji.....	53
8.4.1	Samostatná ambulantní zařízení okresů Karlovarského kraje	53
8.4.2	Obce bez ordinací praktických lékařů pro dospělé.....	55
8.4.3	Časová dostupnost ordinací praktických lékařů pro dospělé v SO ORP v Karlovarském kraji	56
8.4.4	Časová dostupnost ordinací praktických lékařů pro dospělé v obcích Karlovarského kraje.....	57
8.4.5	Frekvenční dostupnost ordinací praktických lékařů pro dospělé v SO ORP v Karlovarském kraji	57
8.4.6	Frekvenční dostupnost ordinací praktických lékařů pro dospělé v obcích Karlovarského kraje.....	58
8.4.7	Časová dostupnost ordinací stomatologů v SO ORP v Karlovarském kraji	59
8.4.8	Časová dostupnost ordinací stomatologů v obcích Karlovarského kraje .	60
8.4.9	Frekvenční dostupnost ordinací stomatologů v SO ORP v Karlovarském kraji	60
8.4.10	Frekvenční dostupnost ordinací stomatologů v obcích Karlovarského kraje	61
8.4.11	Časová dostupnost ordinací gynekologů v SO ORP v Karlovarském kraji	62
8.4.12	Časová dostupnost ordinací gynekologů v obcích Karlovarského kraje ..	63
8.4.13	Frekvenční dostupnost ordinací gynekologů v SO ORP v Karlovarském kraji	63

8.4.14	Frekvenční dostupnost ordinací gynekologů v obcích Karlovarského kraje	64
8.4.15	Regionální srovnání samostatných ambulantních zařízení	65
Závěr.....		67
Seznam použitých zdrojů.....		69
Seznam tabulek.....		71
Seznam obrázků		73
Seznam použitých zkratk.....		74

Abstrakt

Abstract

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá tématem dostupnosti jednotlivých oborů zdravotních služeb v Karlovarském kraji. Téma považuji za důležité, neboť zdraví by se mělo řadit mezi priority každého člověka, jelikož ovlivňuje celou společnost v individuálním i globálním měřítku. Je proto potřeba o své zdraví náležitě pečovat a uvědomovat si jeho hodnotu již od útlého věku.

Každý se však někdy ocitá v situaci, kdy jeho zdravotní stav začne selhávat a potřebuje vyhledat lékařskou pomoc, proto musí být tyto služby dostupné všem. Jedním z primárních cílů zdravotní politiky České republiky je snaha o dosažení vysoké míry ekvity (spravedlnosti). Ta je spojena s vytvořením spravedlivých podmínek se snížením rozdílů ve společnosti na co nejnižší možnou úroveň pro naplnění zdraví všech (Barták, 2010). S těmito rozdíly jsou spjaty i geografické rozdíly v dostupnosti zdravotní péče.

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila oblast Karlovarského kraje, odkud pocházím a kterou znám velmi dobře. Tento region je zajímavý svou blízkostí Německu i lázeňskou tradicí.

Teoretická část je rozčleněna do čtyř kapitol. V první kapitole jsou vysvětleny základní pojmy týkající se zdravotní péče, druhá část vysvětluje fungování zdravotnického systému v České republice, třetí část se zabývá teoretickým rozborem dostupnosti zdravotních služeb a čtvrtá část se zabývá charakteristikou zkoumaného území, tedy Karlovarského kraje. Praktická část je rozčleněna do dvou kapitol, nejprve hodnotím zdravotní stav obyvatelstva Karlovarského kraje, v druhé části pak analyzuji dostupnost jednotlivých oborů zdravotních služeb pomocí vybraných ukazatelů. Dostupnost je rozčleněna na dostupnost lůžkové péče (nemocnic), dostupnost zdravotnické záchranné služby a na dostupnost primární ambulantní péče (praktických lékařů pro dospělé, stomatologů a gynekologů.)

1 Cíle práce

Hlavním cílem této bakalářské práce je zhodnotit dostupnost zdravotních služeb v jednotlivých oborech poskytování péče pro oblasti Karlovarského kraje. Dílčími cíli práce je zhodnotit časovou a frekvenční dostupnost vybraných oborů poskytování péče v rámci jednotlivých SO ORP Karlovarského kraje a zhodnotit dostupnost podle dalších ukazatelů v porovnání s vybranými kraji a celorepublikovým průměrem.

Pro zjištění časové a frekvenční dostupnosti budu zjišťovat časovou náročnost a počet meziměstských a příměstských spojů do obcí se zdravotním zařízením poskytujícím péči ve vybraném oboru. Hlavním zdrojem informací pro analýzu dopravní dostupnosti bude Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb a elektronický jízdní řád IDOS. Další analýzy budou vycházet z dat Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky.

Na základě stanovených cílů vymezuji tyto výzkumné otázky, na které bude v práci hledána odpověď.

1. Jaký je zdravotní stav obyvatel v Karlovarském kraji?
2. Jak se liší dostupnost u jednotlivých oborů poskytování péče?
3. Jak se liší situace mezi jednotlivými SO ORP?
4. Jak se liší situace v Karlovarském kraji v porovnání s vybranými kraji?

2 Metodika a data

V teoretické i praktické části této bakalářské práce jsou využívána sekundární data, která jsou zpracována pomocí kabinetního výzkumu. Teoretickou část bakalářské práce zahajují rozborem odborné literatury a vymezují zde základní pojmy týkající se zdravotních služeb a jejich dostupnosti. V charakteristice mnou zkoumaného území rozebírám pouze klíčové aspekty potřebné pro následující analýzu zdravotních služeb.

Praktická část nejprve analyzuje zdravotní stav obyvatel Karlovarského kraje. Pro vyhodnocování zdravotního stavu obyvatelstva jsem zvolila následující ukazatele získané z databázi ÚZIS ČR (2019b), které byly vybrány na základě studia odborné literatury zabývající se hodnocením zdravotního stavu obyvatelstva. Vybranými ukazateli jsou podíl obyvatel ve věku 65+ v %, index stáří ($100 \cdot (65+ / (0-14))$), kojenecká úmrtnost (zemřelí do 1 roku na 1 000 živě narozených), incidence syfilis na 100 000 obyvatel, incidence tuberkulózy na 100 000 obyvatel, léčení diabetici na 100 000 obyvatel, pracovní neschopnost pro nemoc a úraz na 100 nemocensky pojištěných a hospitalizace dle kraje bydliště na 100 000 obyvatel. K analýze zdravotního stavu obyvatelstva také zkoumám počet zemřelých podle pohlaví, věku a nejčastějších příčin úmrtí.

V další části bakalářské práce hodnotím dostupnost zdravotnických služeb podle počtu lékařů pomocí deskriptivní statistiky na základě dat získaných z ročenek Českého statistického úřadu (ČSÚ, 2019a) a Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS, 2019b). Počet lékařů je přepočítán na 1000 obyvatel a počet obyvatel na jednoho lékaře, jde o převrácené hodnoty vyjadřující to samé, srovnání obou pohledů však může umožnit lepší porozumění situace. Stejná metoda je využívána k hodnocení dostupnosti podle počtu hospitalizací a lůžek v nemocnicích a podle počtu samostatných ambulantních zařízení jednotlivých oborů. Dostupnost srovnávám prostorově mezi jednotlivými okresy Karlovarského kraje, kraj pak srovnávám s mnou zvolenými kraji Plzeňským a Libereckým. Plzeňský kraj byl vybrán na základě jeho geografické polohy, neboť sousedí s Karlovarským krajem, Liberecký kraj byl vybrán na základě podobné populační velikosti a historie.

Dále zdravotní služby posuzuji z hlediska časové a frekvenční dopravní dostupnosti meziměstských a příměstských spojů u jednotlivých oborů zdravotní péče. Sleduji meziměstské a příměstské spoje z obcí s chybějící zdravotnickou službou do nejbližší obce, kde je služba poskytována, výsledkem je pak průměrná hodnota za celé

SO ORP. Výjimkou je analýza časové dostupnosti výjezdových základen zdravotnické záchranné služby, zde sleduji časovou náročnost od výjezdové základny k obcím automobilem pomocí internetové mapové aplikace Google maps. Data o poskytovatelích zdravotních služeb jsou získána z dat z databází Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb (ÚZIS ČR (2019a)). Data s nejlepší a nejhorší dostupností jednotlivých obcí v rámci SO ORP zaznamenávám do tabulky.

Časová dostupnost bude uváděna v minutách. Frekvenční dostupnost budu zkoumat ve čtvrtek 12. 12. 2019, jde o běžný všední den bez omezení v jízdním řádu jako víkend nebo státní svátek. Vyhledávání spojů je vymezeno časovým intervalem od 7:00 hod. do 15:00 hod. vybraného dne na základně běžných ordinačních hodin ambulantních lékařů. Při řešení frekvenční dostupnosti bude počítáno s přímými spoji i se spoji s maximálně dvěma přestupy, autobusové a vlakové spoje budou sčítány dohromady. Získaná data z elektronického jízdního řádu IDOS utřídím do tabulek v programu Excel 2019, ze kterých budou vytvářené kartografické výstupy pomocí geografických informačních systémů (ArcGIS) s využitím podkladových map ArcČR 500.

3 Vymezení teoretických pojmů

V následující části bakalářské práce jsou vysvětleny základní pojmy týkající se zdraví, zdravotních služeb a jejich dostupnosti. Ve třetí kapitole vymezují pojmy zaměřené na zdraví a jeho význam, nejen pro člověka jako individuum, ale i jako společensko-socioekonomickou hodnotu globálního významu, načež dále navazují významností péče o zdraví a prevence. Poslední část kapitoly je zaměřena na zdravotní péči poskytovanou zdravotními zařízeními.

3.1 Zdraví

Přístup k vymezení pojmu **zdraví** může být různý, např. biologický, fyziologický, sociální nebo filozofický. Existuje velké množství definic zdraví, jednou z prvních je označení zdraví jako stavu organismu bez choroby (Durdisová, 2005). Velmi známou je definice uvedená v základním dokumentu WHO z roku 1948, kde je zdraví vymezeno jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoliv pouze nepřítomnost nemoci či vady“ (Základní dokument WHO, 1948 cit. v Zavázalová a kol., 2004, str. 18). Podle Bartáka je zdraví nezbytnou podmínkou zapojení člověka do společnosti, umožňuje mu realizovat své potřeby a rozvíjet osobní potenciál. Zdraví tedy není pouze biologickou charakteristikou, nýbrž také významnou společensko-socioekonomickou hodnotou (Barták, 2010). Durdisová (2005) popisuje zdraví jako neustále měnící se proces interakce mezi organismem a vnějším prostředím. Společnost je závislá na dobrém zdravotním stavu populace, nemoci a jejich následky působí ekonomické ztráty a mají velké společenské následky globálního významu. Zdraví se tedy stává jednou z podmínek udržitelného rozvoje v celosvětovém měřítku (Čeledová a kol., 2017). Zdraví by mělo být prioritní hodnotou každého člověka, stává se jí však především se stoupajícím věkem a v době nemoci. Důležitou roli proto hraje primární prevence již od útlého věku (Dolanský, 2008).

Protikladem pojmu zdraví je **nemoc**, jedná se o „zjistitelnou poruchu zdraví, která má své příčiny, průběh i následky, lze ji určit a klasifikovat s tím, že pro většinu lidí je nemoc spojena s vnímanými nesnáze“ (Holčík, Žáček 1995, cit. v Barták, 2010, str. 16). Ke klasifikaci nemocí se používá Mezinárodní statistická klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti (MKN), jedná se o pevný systém, v němž je každé diagnóze přiřazen kód.

Nemoci jsou členěny do 21 skupin, které se následně ještě dále dělí (Zavázalová a kol., 2004).

3.2 Systém zdravotní péče

Tato podkapitola je věnována zdravotní péči. Podkapitola 3.2.1 je zaměřena na předcházení vzniku nemocí. Další podkapitoly se pak věnují poskytování zdravotní péče při léčbě nemocí.

3.2.1 Péče o zdraví

Péči o zdraví definují Holčík a kol. (2005, str. 9) jako „*široce pojatý souhrn zdravotnických, organizačních, ekonomických, výchovných a dalších prostředků, opatření a aktivit, jejichž smyslem je chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet lidem zdraví.*“ Zdravotní péče (úroveň a dostupnost) má podíl na celkovém zdravotním stavu obyvatel pouze asi 20 %, ovšem s vývojem lékařské vědy bude pravděpodobně toto procento narůstat. Zbývající podíl je důsledkem faktorů, které na lidi působí v jejich běžném životě, uvádí se, že zdraví nejvíce ovlivňuje životní styl (stravovací návyky, fyzická aktivita, kouření) asi z 50 %, prostředí (klimatické podmínky, charakter lokality) z 20 % a genetické faktory (vývojové vady, náchylnost k onemocnění, odolnost vůči rizikům) asi z 10 %. Přesné údaje však nelze určit. Některé faktory působí přímo, jiné zprostředkovaně, jejich výsledné působení funguje jako jednotný systém (Janečková & Hnilicová, 2009). Jedná se o tzv. determinanty zdraví, ty lze definovat jako „*osobní, společenské a ekonomické faktory životního prostředí, které jsou vzájemně se ovlivňujícími proměnnými a zároveň významně ovlivňují a určují zdravotní stav jedince, skupiny lidí nebo společnosti*“ (Janečková & Hnilicová, 2009, str. 65). Například znečištění životního prostředí způsobuje respirační onemocnění, alergie, kardiovaskulární a metabolická onemocnění, vývojové a reprodukční poruchy a také nádorová onemocnění (Ministerstvo zdravotnictví ČR, (2014). Vztah mezi prostředím a zdravím je tedy neodlučitelný (Graves, 2012). Determinanty zdraví lze ovlivnit např. ochranou životního prostředí, rozvojem školství a zdravotnictví, nebo zajištěním dostatečných příjmů. Individuálně lze determinanty zdraví ovlivnit např. zdravou životosprávou a prevencí (Zavázalová a kol., 2004).

K hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva se využívají demograficko-statistické údaje o obyvatelstvu. Janečková, Hnilicová (2009) uvádějí např. mortalitu

(počet zemřelých za určité období), specifickou úmrtnost podle příčin smrti (počet zemřelých v důsledku určitého onemocnění na určitý počet obyvatel), střední délku života (naděje dožití, kterou má člověk při svém narození nebo v jiných fázích svého života), kojeneckou úmrtnost (podíl zemřelých dětí do jednoho roku života na 1000 živě narozených dětí v daném roce), morbiditu (nemocnost podle jednotlivých diagnóz), incidenci (počet nově hlášených případů určitého onemocnění za určitý čas, obvykle rok) či prevalenci (výskyt určitého onemocnění, obvykle se udává v % nebo jako počet případů výskytu daného onemocnění na určitý počet obyvatel). Statistické údaje o zdravotním stavu populace jsou shromažďovány Národním zdravotnickým informačním systémem (NZIS). K doplnění informací statistických údajů, které nejsou běžně dostupné, se využívají výběrová dotazníková šetření, ty mohou zjišťovat na základě subjektivního vnímání vybraných respondentů např. zdravotní stav ve vztahu k rizikovým faktorům (kouření). Při vyhodnocování zdravotního stavu obyvatelstva je důležité srovnání mezi regiony nebo sociálními skupinami (Janečková & Hnilicová, 2009).

V koncepci státní zdravotní politiky zaujímá péče o zdraví a prevence významné místo, stát se snaží pomocí finančních prostředků podporovat výchovu ke zdraví, vzdělávání, programy a projekty aktivizující veřejnost ke spoluúčasti a prevenci civilizačních nemocí a podpoře zdraví (Dolanský, 2008). Zdravotní výchova, jejímž cílem je pozitivně ovlivňovat chování lidí a osvojovat jim správné návyky zdravého způsobu života je považována za nejefektivnější preventivní metodu (Zavázalová a kol., 2004).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem vydalo program Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Hlavními cíli jsou zlepšení zdravotního stavu obyvatel a snížení nerovnosti v oblasti zdraví, dále pak posílení a rozvoj regionálních aktivit v ochraně a podpoře veřejného zdraví a zapojení organizačních struktur státní správy a samosprávy na úrovni krajů, obcí, mikroregionů a dalších územních celků, sociálních skupin i jednotlivců (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014).

Pojmem **prevence** se rozumí zabránění a předcházení vzniku nemocí a lze na ni pohlížet z různých hledisek (Holčík a kol., 2005):

- 1) Podle času
 - a. *primární* – jedná se o opatření předcházející vzniku nemocí jako např. dodržování hygienických návyků, správná životospráva, dostatek pohybu nebo očkování
 - b. *sekundární* – včasné vyhledání nemoci s navazující léčbou
 - c. *terciální* – doléčení a rehabilitace
- 2) Podle objektu
 - a. *hromadná* – zaměřená na všechno obyvatelstvo
 - b. *selektivní* – zaměřená na rizikové skupiny
 - c. *indikativní* – osoby jsou zařazeny do rizikové skupiny po odborném vyšetření
- 3) Podle subjektu
 - a. *společenská* – vykonávaná státními orgány, společenskými organizacemi, zájmovými skupinami apod.
 - b. *osobní* – prováděná jednotlivci (dodržování správné životosprávy)
 - c. *zdravotnická* – sanitárně hygienické a protiepidemické intervence
- 4) Podle metod
 - a. *na úrovni jedince* – zdravotní výchova
 - b. *zaměřená na kolektiv* – legislativní opatření

3.2.2 Zdravotnictví

„*Zdravotnictví je resortní systém obsahující soustavu odborných zařízení, orgánů a institucí (spolu s lidmi, vybavením, poznatky a metodami), které byly vytvořeny s cílem poznávat a uspokojovat zdravotní potřeby. Zdravotnictví je subsystémem široce pojímané péče o zdraví a představuje její odbornou, profesionálně vykonávanou a resortně pojímanou část. Cílem zdravotnictví je přispívat ke zlepšování zdraví lidí a zajistit dobrou funkci systému poskytujícího zdravotnické služby*“ (Holčík a kol., 2005, str. 9). Základními funkcemi zdravotnictví jsou vhodně usměrňovat a koordinovat široce pojatý systém péče o zdraví a řídit soustavu zdravotnických zařízení poskytujících odborné zdravotnické služby. Zdravotnictví se prostřednictvím svých zdrojů (pracovníci, zařízení, peníze, kvalifikace atd.) snaží dosáhnout co nejlepších výsledků (nemocnost, úmrtnost, spokojenost pacientů), nezajímá se pouze o zdraví, ale také o všechny okolnosti, které s ním souvisejí, o celou zdravotní situaci, její vývoj, determinanty a možnosti ovlivnění

(Holčák a kol., 2005). S pojmem zdravotnictví souvisí pojem sociální lékařství, jedná se o vědní, socio-medicínský obor, který pojímá zdraví a péči v celé šíři, bere v úvahu vztahy mezi zdravím, nemocemi a sociálními podmínkami a poskytuje podklady pro řízení zdravotnictví, ale také koordinaci systému péče o zdraví. Nepojímá člověka pouze jako souhrn orgánů, nýbrž jako člena společnosti se svými právy, rodinou a hodnotami, včetně jeho životních podmínek (Čeledová a kol., 2017).

3.2.3 Zdravotní péče

Zdravotní péče je soubor aktivit zaměřených k léčení a prevenci chorob, které jsou zabezpečovány zdravotnickým systémem (Durdisová, 2005).

Rozčlenění zdravotní péče (Dolanský, 2008):

- 1) Podle rozsahu:
 - a. *komplexní (plná)* – veškerá péče, která je přístupná na území ČR
 - b. *nutná a neodkladná* – její poskytnutí je nezbytné (v ohrožení zdraví či života)
- 2) Dle úhrady ze zdravotního pojištění:
 - a. *hrazená*
 - b. *nehrazená*
 - c. *částečně hrazená (spoluúčást pojištěnce)*
- 3) Ambulantní
 - a. *primární* – hrazená péče, kterou poskytuje pojištěncům jejich registrující, popřípadě ošetřující lékař
 - b. *specializovaná* – hrazená péče, registrující lékař pojištěnci doporučí vhodné zdravotnické zařízení, které je schopno specializovanou ambulantní zdravotní péči na náležité úrovni poskytnout
 - c. *zvláštní* – poskytována pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci v jejich vlastním sociálním prostředí (domácí zdravotní péče)
- 4) Zvláštní druhy:
 - a. *pohotovostní a záchranná služba* – zdravotní péče poskytovaná v akutních případech praktickými a zubními lékaři mimo jejich ordinanční hodiny, lékařská služba první pomoci a ústavní pohotovostní

služba, záchranná služba při poskytování odborné přednemocniční neodkladné péče

- b. *preventivní péče* – v rámci hrazené zdravotní péče se u pacientů provádí preventivní prohlídky, které provádí registrující (ošetřující) lékař, jejich obsahem je zjištění údajů nutných pro posouzení zdravotního stavu a zdravotních rizik pojištěnce
- c. *dispenzární péče* – zvláštní druh zdravotní péče, která se poskytuje jen vybraným skupinám: dětem do jednoho roku, vybraným dětem od jednoho roku chronicky nemocným a ohroženým poruchami zdravotního stavu, vybraným mladistvým, těhotným ženám ode dne zjištění těhotenství, ženám, které používají nitroděložní antikoncepci, vážně nemocným
- d. *závodní preventivní péče* – zabezpečuje ve spolupráci se zaměstnavatelem prevenci a ochranu zaměstnanců před nemocemi z povolání a jinými poškozeními zdraví z práce a prevenci úrazů

5) Další:

- a. *ústavní péče* – hrazená péče v nemocnicích a odborných léčebných ústavech vyžaduje-li to zdravotní stav pacienta, do odborných léčebných ústavů jsou pojištěnci přijímáni na základě návrhu ošetřujícího lékaře
- b. *zdravotní péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách* – hrazená zdravotní péče poskytována jako nezbytná součást léčebného procesu na doporučení ošetřujícího lékaře dětem a mladistvým do 18 let
- c. *lázeňská péče* - je poskytována v lázeňských zařízeních
 - i. *Komplexní* – plné náklady na vyšetření, léčení, ubytování a stravu po dobu 21-28 dní hradí zdravotní pojišťovna
 - ii. *Příspěvková* – příslušná pojišťovna hradí náklady na standardní vyšetření a léčení, pacient si vyřizuje ubytování sám, nemůže být kratší než 21 dnů
 - iii. *Hrazená samoplátcem* – občan může pobývat v lázeňském zařízení i mimo zdravotního pojištění, samoplátce nepotřebuje

žádný návrh od ošetřujícího lékaře, ale zařizuje si a hradí pobyt v lázních včetně léčebných procedur sám

3.2.4 Zdravotnické služby

Zdravotnická služba je činnost, kterou vykonávají pouze zdravotničtí pracovníci v rámci své odbornosti převážně ve zdravotnických zařízeních, jedná se o lékařskou péči o organismus člověka, lékařskou kontrolu zdravotní nezávadnosti prostředí a ovlivňování zdravotního vědomí občanů (Durdisová, 2005). Navazujícím pojmem je **zdravotnické zařízení**. Jedná se o prostory, které musí mít technické a věcné vybavení určené k poskytování léčebných, diagnostických, rehabilitačních, ošetrovatelských, preventivních, lékárenských, poradenských, lázeňských a hygienických služeb a také mohou poskytovat dopravní zdravotnické služby (Zákon č. 372/2011 Sb. § 4). Největší objem zdravotní péče vykazují **nemocnice**, jde o organizace, které svým pacientům poskytují v době nemoci nepřetržitou ošetrovatelskou péči, lůžka a stravu, některé také působí v oblasti vzdělávání a výzkumu (Dolanský, 2008). Nemocnice byly dříve rozdělovány podle spádovosti místa bydliště, moderní spádovost vychází z diagnózy pacienta (Hartmann, 2018).

Zdravotnická zařízení můžeme členit podle různých kritérií (Durdisová, 2005):

- 1) Podle typu vlastnictví:
 - a. *státní* – řízena Ministerstvem zdravotnictví ČR
 - b. *nestátní* – zřizována městským či obecním úřadem, nebo ve vlastnictví soukromou fyzickou osobou
- 2) Podle formy poskytované péče:
 - a. *lůžková* – nemocnice
 - b. *ambulantní* – ordinace praktických lékařů
- 3) Podle způsobu jejich financování:
 - a. *smluvní* – jsou financována z prostředků zdravotního pojištění
 - b. *nesmluvní* – jsou proplácena přímo ze soukromých zdrojů
- 4) Další:
 - a. *lékárny* – zařízení určená k výdeji léků
 - b. *zvláštní dětská zařízení* – kojenecké ústavy, dětské domovy a jesle
- 5) Podle zřizovatele (ÚZIS, 2014):
 - a. *Krajské*

- b. Obecní a městské*
- c. Řízené jinou práv. osobou, církví*
- d. Řízené ostatními centrálními orgány*

4 Zdravotnický systém ČR

Následující kapitola popisuje fungování a financování zdravotnického systému České republiky. Téma je důležité z hlediska ekonomické dostupnosti zdravotních služeb.

4.1 Zdravotnický systém

Zdravotnický systém lze definovat jako „*organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentující vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče*“ (Durdisová, 2005, str. 91). Zdravotnické systémy jsou výsledkem dlouhodobého společenského vývoje a jsou ovlivněny politickými, sociálními, kulturními a ekonomickými podmínkami v jednotlivých zemích (Durdisová, 2005). Podle Ministerstva zdravotnictví České republiky (2018) tvoří systém zdravotní péče pojištěnec (příjemce zdravotní péče), poskytovatel zdravotních služeb (zprostředkovatel zdravotní péče) a zdravotní pojišťovna (plátce zdravotní péče).

V České republice funguje systém veřejného zdravotnictví, zdravotnická zařízení čerpají z prostředků veřejných zdrojů a poskytují bezplatnou zdravotní péči občanům na základě zákona o zdravotním pojištění. Současný model zdravotní péče v ČR je model národního zdravotního pojištění, který je založený na zákonné povinnosti každého občana platit zdravotní pojištění, to je povinné pro všechny občany bez výjimky. Za občany, kteří nejsou ekonomicky aktivní, hradí pojistné stát. Téměř všechna zdravotní zařízení mají uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami a poskytují jejich pojištěncům zdravotní péči bez přímé úhrady.

Součástí zdravotního systému ČR je také soukromý sektor, ten představuje menší část objemu zdravotní péče v ČR a poskytuje zdravotní služby za přímé platby pacientů, jedná se například o estetickou medicínu, laserové operace očí, dentální péči a nadstandardní preventivní programy (Janečková & Hnilicová, 2009). Některá soukromá zařízení mohou být také zapojena do smluvní péče (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2020).

Listina základních práv a svobod stanovuje, že každý člověk má právo na ochranu zdraví. Občanům ČR garantuje na základě veřejného zdravotního pojištění právo na poskytnutí bezplatné zdravotní péče, každému je též garantováno právo na poskytnutí

první pomoci, tedy nutné a neodkladné péče v situacích, kdy je ohrožen jeho život a zdraví (Barták, 2010). Dalším významným ustanovením je právo svobodné volby lékaře, ta se týká volby praktických lékařů, ambulantních specialistů, nemocnic i zdravotních pojišťoven. Každý pacient však připadá do určité spádové oblasti podle svého trvalého bydliště, ovšem na základě svobodné volby lékaře a zdravotnického zařízení může docházet k přetížení specializovaných zdravotnických zařízení pacienty, kteří potřebují péči běžného typu, která by jim mohla být poskytnuta ve zdravotnickém zařízení okresního typu v blízkosti jejich bydliště, v krajním případě tedy může zdravotní zařízení pacienta odmítnout a poslat ho do zařízení připadajícího jeho trvalému bydlišti (Hartmann, 2018). Pokud se jedná o urgentní převoz záchrannou službou, trvalé bydliště nehraje žádnou roli a pacient je převezen do nejbližšího zdravotnického zařízení, které je schopno poskytnout mu ty zdravotní služby, které potřebuje. Na zdravotnickou záchrannou službu se možnost volby poskytovatele a zdravotnického zařízení nevztahuje (Garkisch, 2019).

Zákon také garantuje právo pacienta na podání informací o povaze jeho onemocnění a o všech opatřeních s tím souvisejících, včetně jeho práva na vyjádření souhlasu s poskytovanou zdravotní péčí. Povinnost zajistit dostupnost zdravotní péče mají zdravotní pojišťovny, kraje a ministerstvo zdravotnictví. Dostupnost je nařízena vládou, místní dostupnost je pro jednotlivé obory zdravotních služeb stanovena dojezdovými dobami, časová pak zajišťuje poskytnutí zdravotních služeb ve lhůtě odpovídající jejich naléhavosti (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018a). Tvůrcem a garantem národní zdravotní politiky je Ministerstvo zdravotnictví, které zodpovídá za její odbornou úroveň. Kraje přímo řídí nemocnice a jsou zřizovateli záchranné služby, dále jsou místem registrace zdravotnických zařízení a organizují výběrová řízení na poskytování zdravotní péče (Janečková & Hnilicová, 2009).

4.2 Financování českého zdravotnictví

Od roku 1992 funguje v České republice pluralitní systém zdravotnictví založený na vícezdrojovém financování, kdy hlavním zdrojem je povinné všeobecné zdravotní pojištění. Zdravotní péče je v případě potřeby dostupná všem občanům bez přímé platby za zdravotní službu. (Durdisová, 2005). Přímé úhrady fyzických nebo právnických osob se týkají pouze platby nadstandartních služeb u stomatologů a léků, tyto platby se podílejí na financování českého zdravotnictví 13 %. Zdravotnický systém a péče o zdraví se řadí

do sektoru služeb, největším zdrojem financování je všeobecné zdravotní pojištění, které pokrývá zhruba 76 % veškerých zdravotnických výdajů. Státní rozpočet a rozpočty územních orgánů tvoří 9 % a financují specifické činnosti, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, jako výdaje na vědu, vzdělávání zdravotnických pracovníků, preventivní programy nebo činnost hygienických stanic (Barták, 2010).

4.3 Veřejné zdravotní pojištění

Kapitola vysvětluje fungování veřejného zdravotního pojištění v České republice. Zdravotní pojišťovny zajišťují dostupnost zdravotních služeb pro obyvatele ČR.

4.3.1 Zdravotní pojištění

Zdravotní pojištění je založeno na principu solidarity. Za stanovené pojistné, které platí všichni, jsou v případě potřeby ošetřováni a léčeni ti, kteří to potřebují (Zavázalová a kol., 2004). Zdravotně jsou pojištěny ty osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky, a osoby, které na území České republiky nemají trvalý pobyt, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území České republiky (Barták, 2010).

Zdravotní pojišťovny jsou podle Ministerstva zdravotnictví České republiky (2018b) samostatné právní subjekty, které v rámci veřejného zdravotního pojištění vybírají pojistné od plátců pojistného a zároveň platí úhrady zdravotních služeb poskytovatelům zdravotních služeb. Všechny zdravotní pojišťovny zodpovídají za hrazené zdravotní služby poskytované pojištěncům po stránce odborné i ekonomické. Dalším úkolem zdravotních pojišťoven je vedení evidence pojištěnců (VZP ČR vede centrální registr všech pojištěnců), vedení evidence poskytovatelů zdravotních služeb, kontrolní činnost (plátců i poskytovatelů zdravotních služeb), a další. Jednou z hlavních povinností zdravotních pojišťoven je zajistit svým pojištěncům poskytování hrazených služeb. Tyto služby mají zákonem určenou místní a časovou dostupnost na základě vážnosti a akutnosti onemocnění. Dostupnost zdravotní péče zdravotní pojišťovny zajišťují prostřednictvím poskytovatelů, kteří tvoří tzv. síť smluvních poskytovatelů. Ta by měla mít optimální strukturu a být dostatečně naplněna. Zdravotní pojišťovny s nimi uzavírají smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018b).

V České republice nyní působí tyto zdravotní pojišťovny (Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2018b):

- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky,

a dále těchto 6 zaměstnaneckých pojišťoven:

- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky,
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna,
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví,
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda,
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky,
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

5 Dostupnost zdravotních služeb

Dostupnost zdravotních služeb je vícerozměrný pojem, který lze definovat jako schopnost obyvatelstva získat zdravotní služby (Ursulica, 2016). Dostupnost může být posuzována z různých hledisek – geografického (dopravní dostupnost místní a časová - jde o dobu, za kterou se pacient dostane do zdravotnického zařízení, frekvenční dostupnost – počet spojů veřejné dopravy, kterými se lze dopravit do zdravotnického zařízení), zdravotnického (časová dostupnost – čekací doba na zákrok, místní – jak daleko je nejbližší poskytovatel zdravotních služeb) nebo ekonomického (kdo zdravotní péči zaplatí) (Šídlo a kol., 2017).

V odborné literatuře se při hodnocení dostupnosti zdravotních služeb často využívá ukazatel, který přepočítává počet lékařů na určitém území na počet obyvatel daného území. Tento ukazatel však dostatečně nezohledňuje charakter a specifika zkoumaného území, přesto je pro svou jednoduchost využíván např. v databázích WHO či Eurostatu (Šídlo a kol., 2017). Dalším častým přístupem k výzkumu dostupnosti zdravotních služeb je ukazatel přístupnosti zdravotnických služeb na základě vzdáleností a cestovních dob. Nejčastějším zdrojem dat je automobilová doprava, může se ale také analyzovat veřejná doprava nebo chůze. Počítá se s průměrnou rychlostí za optimálního počasí od centra správní jednotky k nejbližšímu zdravotnímu zařízení. Ne vždy však vyjadřuje skutečnou vzdálenost, protože se pacienti mohou ocitnout blíže nebo dále od poskytovatele zdravotní péče, neboť se nenachází vždy jen v centru obce (Ursulica, 2016). Tyto přístupy využívám i já v praktické části bakalářské práce.

5.1 Geografická dostupnost zdravotních služeb

Dostupnost popisuje Hudeček a kol. (2016, str. 9) jako „*snadnost, s níž může být dosaženo činnosti z daného místa za použití určitého přepravního systému (Morris, Dumble, Wigan, 1978) nebo může představovat časovou či jinou náročnost cesty mezi dvěma či více místy, tedy jak je časově náročné se dostat z výchozích destinací do cílového bodu (Hanson, 1986).*“ Geografická dostupnost zdravotnických služeb měří, do jaké míry jsou zdravotní služby dostupné obyvatelstvu (Ursulica, 2016), zahrnuje umístění zdravotních služeb v regionu, skutečnou nabídku a poptávku služeb a vnímá socioekonomické charakteristiky pacientů (Hare & Barcus, 2007). Geografická dostupnost se počítá jako fyzická vzdálenost v kilometrech mezi bydlištěm a nejbližší

dostupnou lékařskou službou, ale také nejbližší nemocnicí nebo záchrankou. Výpočet těchto vzdáleností se provádí buď v přímé linii, nebo ve stávajících trasách silnic a dálnic, výsledkem je pak doba, za kterou se pacient dostane ke zdravotnickému zařízení (Ursulica, 2016), přičemž hledisko času a vzdálenosti se nejčastěji počítá osobní automobilovou dopravou (Šídlo a kol., 2017).

V ideálním případě by všichni občané měli mít rovný přístup ke kvalitním službám zdravotní péče (Ursulica, 2016). Nerovnosti v prostorové dostupnosti zdravotní péče jsou ovlivněny blízkostí příslušných poskytovatelů služeb, dopravní sítí, socioekonomickou charakteristikou a individuální strategií rozhodování a schopností každého pacienta (Hare & Barcus, 2007). Tyto nerovnosti se projevují v mnoha rozvojových zemích, ale přetrvávají i v rozvinutých zemích, kde se ve venkovském prostoru lze často setkat s nedostatečně obsluhovanými oblastmi, což může nepříznivě ovlivnit zdravotní stav venkovského obyvatelstva (Ursulica, 2016).

5.1.1 Místní dostupnost

Místní dostupnost představuje vzdálenost místa od ostatních v dopravní síti (Hudeček a kol., 2016, str. 9). Pro snadnější orientaci lze brát místní a časovou dostupnost jako synonyma vyjadřující dojezdovou dobu, za kterou je pacient schopen dojet k nejbližšímu poskytovateli zdravotnické služby (Šídlo a kol., 2017).

5.1.2 Časová dostupnost

Časová dostupnost představuje časovou náročnost transportu pacienta k nejbližší zdravotnické jednotce z jednoho bodu v závislosti na druhu dopravy (pěšky, osobním automobilem nebo hromadnou dopravou) a na místních a specifických podmínkách, jako jsou dopravní síť, meteorologické podmínky, komunikační systémy, organizace záchranné služby atd. Cestovní doba je ovlivněna typem vyhledávané zdravotní péče. Pacienti budou cestovat dále pro potřeby speciální zdravotní péče, než pro primární zdravotní péči a pro komplexní lékařskou péči (Ursulica, 2016).

5.1.3 Frekvenční dostupnost

Frekvenční dopravní dostupnost představuje počet spojů při využití veřejné dopravy, kterými se lze dopravit do daného místa (Hudeček a kol., 2016).

5.2 Zdravotnická dostupnost zdravotnických služeb

Následující kapitola vysvětluje rozdíly mezi geografickou a zdravotnickou místní a časovou dostupností.

5.2.1 Místní dostupnost

Nařízení vlády č. 307/2012 Sb. § 1 ze dne 29. srpna 2012 o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb definuje **místní dostupnost** jako „dojezdové doby vyjadřující místní dostupnost zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění, doby stanovené pro jednotlivé obory nebo služby jsou stanoveny jako nejzazší možné“. Místní dostupností se rozumí vzdálenost místa poskytování hrazených služeb od místa trvalého pobytu nebo místa bydliště pojištěnce. Dojezdová doba se počítá v celých minutách a odpovídá dostupnosti místa podle druhu dopravního prostředku a průměrné rychlosti, která je přiměřená typu pozemní komunikace v souladu se zákonem upravujícím provoz na pozemních komunikacích (Šídlo a kol., 2017). Na rozdíl od geografické místní dostupnosti má zákonem stanovenou dojezdovou dobu ke konkrétním oborům viz tabulky 1 a 2.

Tabulka 1 Dojezdová doba vyjadřující místní, resp. časovou dostupnost hrazených služeb podle oborů nebo služeb poskytovaných poskytovateli ambulantní péče

Skupina	Dojezdová doba (min)	Obor nebo služba
1	35	všeobecné praktické lékařství praktické lékařství pro děti a dorost gynekologie a porodnictví zubní lékař lékárna
2	45	diabetologie chirurgie urologie oftalmologie otorinolaryngologie ortopedie radiologie a zobrazovací metody rehabilitační a fyzikální medicína fyzioterapie urologie vnitřní lékařství
3	60	gastroenterologie kardiologie pneumologie a ftizeologie hematologie a transfúzní lékařství revmatologie hemodialýza psychiatrie

		psychologie logopedie dermatovenerologie
4	90	alergologie a klinická imunologie angiologie endokrinologie nefrologie klinická onkologie dětská chirurgie dětská a dorostová psychiatrie dětská neurologie ortodoncie počítačová tomografie
5	120	dětská gynekologie foniatrie a audiologie radiační onkologie magnetická rezonance nukleární medicína kardiochirurgie neurochirurgie cévní chirurgie infekční lékařství lékařská genetika plastická chirurgie geriatrie sexuologie

Zdroj: Příloha č. 1 k nařízení vlády č. 307/2012 Sb., zpracováno Lenkou Šebkovou

Tabulka 2 Dojezdová doba vyjadřující místní, resp. časovou dostupnost hrazených služeb podle oborů nebo služeb poskytovaných poskytovateli lůžkové péče

Skupina	Dojezdová doba (min)	Obor nebo služba
1	60	anesteziologie a intenzivní medicína gynekologie a porodnictví neonatologie dětské lékařství chirurgie vnitřní lékařství dlouhodobá péče (ošetřovatelská péče)
2	75	neurologie ortopedie pneumologie a fizeologie rehabilitační a fyzikální medicína (akutní lůžková péče) urologie
3	120	traumatologie klinická onkologie dermatovenerologie infekční lékařství oftalmologie otorinolaryngologie psychiatrie následná lůžková péče (léčebně rehabilitační péče)

4	180	kardiochirurgie neurochirurgie cévní chirurgie radiační onkologie geriatrie
---	-----	---

Zdroj: Příloha č. 1 k nařízení vlády č. 307/2012 Sb., zpracováno Lenkou Šebkovou

5.2.2 Časová dostupnost

Časová dostupnost zdravotních služeb je popsána Nařízením vlády č. 307/2012 Sb. § 2 jako naplánování hrazených služeb tak, aby jejich poskytnutí bylo zajištěno v určitém čase. Nejedná se tedy o dojezdovou dobu k zdravotnickému zařízení, jako je tomu u geografické časové dostupnosti, ale o časovou lhůtu, kterou pacient může maximálně čekat na poskytnutí zajišťované služby. Lhůtu stanovuje v rámci individuálního léčebného ošetření zdravotník, který jí indikoval a zapsal do zdravotnické dokumentace pojištěnce. Lhůta počíná běžet následujícím dnem a nesmí překročit lhůtu stanovenou zákonem pro tuto plánovanou hrazenou službu (Nařízení vlády č. 307/2012 Sb. § 2).

Tabulka 3 Plánované hrazené služby se lhůtou časové dostupnosti

Plánované hrazené služby	Lhůta časové dostupnosti, kterou nelze překročit
Náhrada kyčelního kloubu	52 týdnů
Náhrada kolenního kloubu	52 týdnů
Artroskopie	8 týdnů
Angiografie nekoronárních tepen a vaskulární intervenční výkony	8 týdnů
Echokardiografie	10 týdnů
Operace katarakty	30 týdnů
Endoskopické vyšetření	4 týdny
Denzitometrie	16 týdnů
Skiografie a sonografie	2 týdny
Počítačová tomografie	3 týdny
Magnetická resonance	5 týdnů
Mamografické vyšetření	6 týdnů

Zahájení biologické léčby roztroušené sklerózy	4 týdny
--	---------

Zdroj: Příloha č. 2 k nařízení vlády č. 307/2012 Sb., zpracováno Lenkou Šebkovou

5.3 Ekonomická dostupnost zdravotních služeb

Ekonomická neboli finanční dostupnost je určena úhradou nákladů, typem pojištění a mírou spoluúčasti (Durdisová, 2005). Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění určuje rozsah a podmínky, za nichž jsou hrazeny zdravotní služby ze zdravotního pojištění.

Za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství je pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce povinen hradit poskytovateli regulační poplatek ve výši 90 Kč s výjimkou slabých sociálních skupin, nebo pokud ošetřující lékař shledal, že stav pojištěnce vyžaduje hospitalizaci. (Zákon č. 48/1997 Sb. § 16a).

5.3.1 Zdroje finančních prostředků pro zdravotnictví

Holčík a kol. (2005, str. 32) dělí zdroje finančních prostředků pro zdravotnictví na:

- 1) *„Veřejné a státní, všechny úrovně správy, pojištění (veřejnoprávní)*
- 2) *Soukromé – přímé, nepřímé, připojištění (soukromoprávní pojištění)*
- 3) *Dobrovolné a dobročinné organizace*
- 4) *Zaměstnavatelé*
- 5) *Lokální zdroje*
- 6) *Cizí pomoc – zahraničí*
- 7) *Další – dary a loterie“*

5.3.2 Zdravotnické systémy ve světě

Holčík a kol. (2005) rozdělují pět typů zdravotnických soustav podle míry regulačních zásahů do struktury a funkce zdravotnictví státem nebo jinými společenskými institucemi. Prvním typem je typ komerční, v něm jsou lékaři podnikatelé, kteří přímo prodávají své odborné služby pacientům, tento typ však v čisté formě prakticky neexistuje. V USA nebo ve Švýcarsku funguje typ liberalistický, zdravotní péče je zde považována za zboží, avšak sociální nerovnosti vyrovnává stát. Ve většině států Evropy, včetně ČR, funguje typ pluralitní neboli smíšený, veřejné a soukromé pojišťovny zde

poskytují svým pojištěncům některé zdravotní služby a některé služby si platí občané sami. Dalším typem je národní zdravotní služba, ta se vyznačuje silnou účastí státu, který vlastní většinu zdravotnických zařízení, ten funguje např. ve Velké Británii nebo v Norsku. Ve státním typu jsou zdravotníci státní zaměstnanci a veškeré náklady jsou hrazeny ze státních fondů.

6 Charakteristika Karlovarského kraje

Následující kapitola je věnována základní charakteristice mnou zkoumaného území, potřebné k analýze zdravotnické dostupnosti v kraji. V první části se věnuji geografické charakteristice, dále pak obyvatelstvu a dopravě.

6.1 Geografická charakteristika kraje

Karlovarský kraj leží na západě Čech a se svou rozlohou 3 310 km² je třetím nejmenším krajem v České republice. Celkem se zde nachází 134 obcí. Sousedí s Ústeckým krajem na východě, na jihu s krajem Plzeňským a na severu a západě uzavírá státní hranice s Německem. Spolu s Ústeckým krajem tvoří region soudržnosti Severozápad.

Hlavním sídlem kraje jsou Karlovy Vary, jediné město v kraji, které má více jak 50 000 obyvatel. Kraj tvoří 3 okresy – chebský, karlovarský a sokolovský. Největším okresem s největším počtem obcí (56) je okres Karlovy Vary, ten tvoří 45,6 % území a má největším podíl žijících obyvatel v kraji (39,0 %). Okresy Sokolov a Cheb jsou počtem obcí a rozlohou srovnatelné. Kraj je rozdělen do sedmi správních obvodů obcí s rozšířenou působností. Těmi jsou Aš, Cheb, Karlovy Vary, Kraslice, Mariánské Lázně, Ostrov a Sokolov.

Kraj je proslulý především svým lázeňstvím. Na území kraje se nachází lázeňský trojúhelník Karlovy Vary, Mariánské Lázně a Františkovy Lázně. Dále pak Lázně Kynžvart a Jáchymov (ČSÚ, 2020).

6.2 Obyvatelstvo

Karlovarský kraj měl (k 31.12.2019) 294 664 obyvatel. Absolutním počtem živě narozených i zemřelých se kraj řadí na poslední místo v ČR. Srovnáme-li počet živě narozených na 1 000 obyvatel (9,3 osob) je Karlovarský kraj také na posledním místě v ČR. Počtem zemřelých na 1 000 obyvatel (11,8 osob) se Karlovarský kraj řadí na 1. místo. 82 % obyvatel kraje bydlí ve městech, nejvíce v karlovarském okrese. Ve městech karlovarského okresu ke dni 31. 12. 2018 žilo celkem 93 295 osob. Ve městech sokolovského okresu žilo k tomuto datu 72 265 obyvatel a ve městech chebského okresu 76 141 obyvatel. Průměrný věk obyvatel kraje byl v roce 2018 42,9, v roce 2009 to bylo 40,1 let, obyvatelstvo kraje tedy stárne (ČSÚ, 2020).

Tabulka 4 Počet obyvatel k 31.12. 2018 v Karlovarském kraji a jeho SO ORP

Území	Počet obyvatel celkem	V tom ve věku (let)			Průměrný věk
		0-14	15-64	65 a více	
Karlovarský kraj celkem	294 896	44 461	191 556	58 879	42,9
SO ORP					
Aš	17 655	2 883	11 593	3 179	41,5
Cheb	49 957	7 858	32 504	9 595	42,3
Karlovy Vary	87 166	12 388	55 943	18 835	43,9
Kraslice	13 153	2 039	8 443	2 671	42,8
Mariánské Lázně	23 928	3 401	15 277	5 250	44,1
Ostrov	27 848	4 195	18 352	5 301	42,8
Sokolov	75 189	11 697	49 444	14 048	42,0

Zdroj: Český statistický úřad: Veřejná databáze (2019), zpracováno Lenkou Šebkovou

Tab. 4 znázorňuje podrobnější skladbu obyvatelstva kraje i jeho jednotlivých SO ORP. Nejvíce potřebují lékařskou péči děti a senioři, těch je v kraji celkem 103 340, tvoří tedy přibližně 1/3 obyvatelstva. V okrese Cheb tyto skupiny tvoří 35,1 % obyvatel, v okrese Karlovy Vary 35,4 % obyvatel a v okrese Sokolov 34,4 %. Nejvíce dětí a seniorů je v největším SO ORP Karlovy Vary, kde je i nejvyšší průměrný věk kraje, zde je tedy z hlediska kapacity lékařská péče potřebná nejvíce. Dlouhodobou nemocí či zdravotním problémem trpí ve věkové skupině 55 – 64 let 49 % obyvatel Karlovarského kraje, ve věkové skupině 75+ pak 62,6 % (ČSÚ, 2019b).

Tabulka 5 Pohyb obyvatelstva Karlovarského kraje v letech 2009 - 2019

Rok	Střední stav obyvatel	Živě narození	Zemřelí	Přistěhovalí	Vystěhovalí	Celkový přírůstek (úbytek)
2009	307 962	3 425	3 150	3 056	4 098	-767
2010	307 619	3 313	3 097	2 971	3 379	-192
2011	303 519	3 014	3 080	2 402	2 975	-639
2012	302 484	2 820	3 072	2 408	3 595	-1 439

2013	300 999	2 826	3 186	2 697	3 754	-1 417
2014	299 880	2 764	3 151	2 984	3 613	-1 016
2015	298 506	2 731	3 268	2 730	3 658	-1 465
2016	297 317	2 815	3 167	3 052	3 755	-1 055
2017	296 106	2 753	3 406	3081	3 491	-1 063
2018	295 285	2 755	3 491	3 553	3 607	-790
2019	294 807	2 827	3 405	3 572	3 226	-232

Zdroj: Český statistický úřad: Veřejná databáze (2019), zpracováno Lenkou Šebkovou

Tab. 5 analyzuje pohyb obyvatelstva kraje. V roce 2009 připadalo na 1000 obyvatel 11,1 narozených a 10,2 zemřelých, v roce 2018 to bylo na 1000 obyvatel 9,3 narozených a 11,8 zemřelých. Můžeme tedy pozorovat pokles natality, a naopak růst mortality, což přispívá k celkovému úbytku obyvatel kraje.

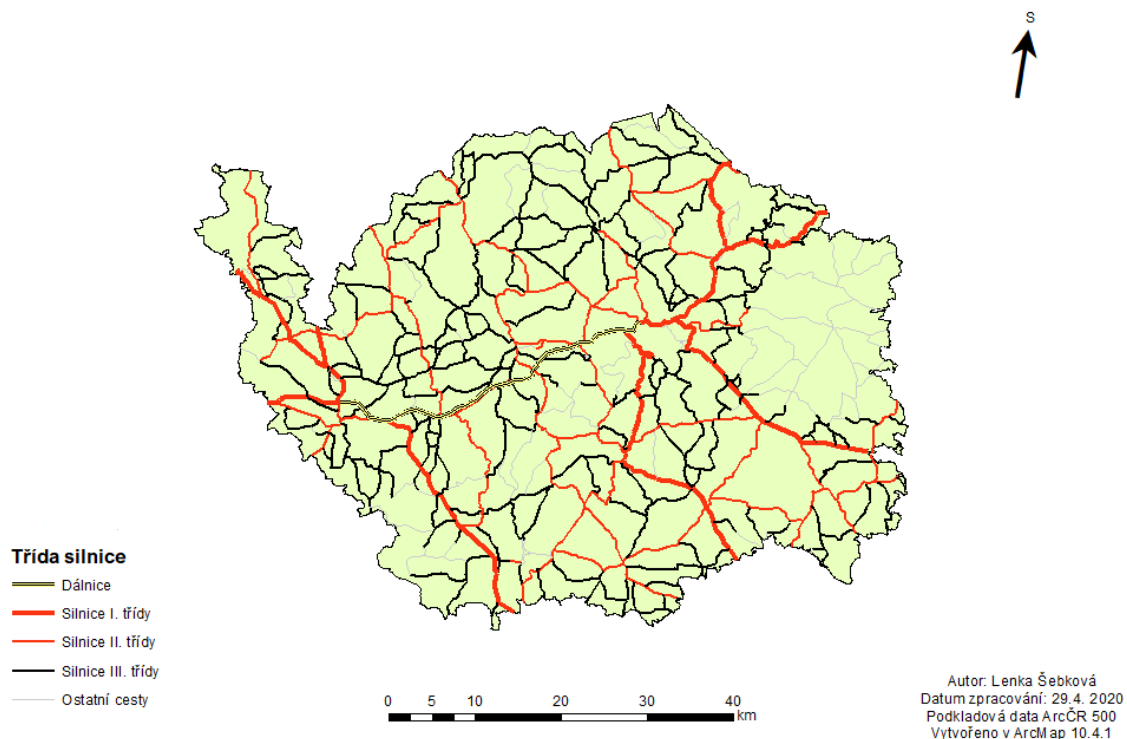
6.3 Dopravní infrastruktura Karlovarského kraje

Podkapitola popisuje silniční a železniční síť v Karlovarském kraji, jejíž znalost je nezbytná k provedení analýzy časové (dopravní) a frekvenční dostupnosti zdravotnických služeb.

6.3.1 Silniční síť

Hlavní silniční tepnou Karlovarského kraje je dálnice II. třídy D6 spojující Cheb, Sokolov a Karlovy Vary. Dálnice je propojena silnicí I/6 s Německem a s Prahou. Další významné silniční komunikace v kraji jsou silnice I/13 (Karlovy Vary – Most – Teplice – Děčín – Liberec – Frýdlant – Polsko), I/20 (Karlovy Vary – Plzeň – České Budějovice), I/21 (SRN/Plavno – Cheb – Mariánské Lázně – dálnice D5), I/25 (Karlovy Vary – Ostrov – SRN/Chemnitz) a I/64 (Cheb – Aš – SRN/Selb). Kraj protíná hustá síť silnic II. a III. třídy (Karlovarský kraj, 2020). Silniční síť můžeme pozorovat v následující mapě, ostatní cesty jsou hlavně ve vojenském újezdu Hradiště, který je oddělen od běžné dopravní sítě, viz obrázek 1.

Obrázek 1 Silniční síť na území Karlovarského Kraje

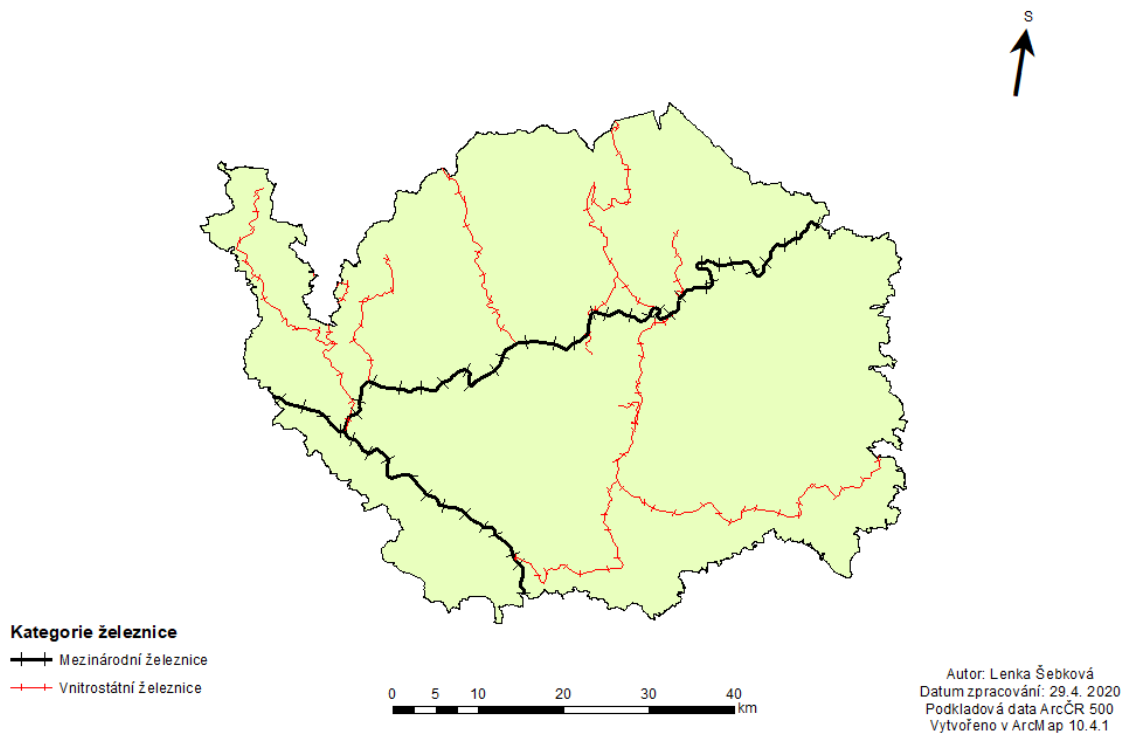


Zdroj: Vlastní zpracování v ArcGIS dle dat ArcČR 500

6.3.2 Železniční síť

Kraj disponuje dostatečně hustou železniční sítí potřebnou k obsluze veřejné železniční dopravy v kraji. Hlavními železničními tratěmi jsou SRN/Bayreuth – Cheb – Mariánské Lázně – Plzeň – Praha a Cheb – Sokolov – Karlovy Vary – Chomutov. Z regionálně méně významných tratí lze zmínit např. trať spojující Karlovy Vary a Mariánské Lázně nebo trať Cheb – Františkovy Lázně – Vojtanov – SRN/Bad Brambach (Karlovarský kraj, 2020). Provozovatelem veřejné železniční dopravy v kraji je společnost České dráhy. Na tratích jezdí osm moderních motorových jednotek RegioShark (České dráhy, 2020). Železniční síť Karlovarského kraje můžeme pozorovat na následující mapě (obrázek 2).

Obrázek 2 Železniční síť na území Karlovarského kraje



Zdroj: Vlastní zpracování v ArcGIS dle dat ArcČR 500

7 Zdravotní stav a nemocnost obyvatelstva Karlovarského kraje

Zdravotní stav zahrnuje tělesné a duševní zdraví obyvatelstva i sociální stránku lidského života (ÚZIS ČR, 2019b). Je ovlivněn řadou faktorů, které jej determinují. Jedná se především o faktory přírodního a sociálního prostředí, které jsou označovány jako nezdravotnické (exogenní) a faktory zdravotnické (endogenní), těmi jsou kvalita a dostupnost zdravotní péče (Durdisová, 2005). Obecně se tyto faktory nazývají determinanty zdraví a blíže se jim věnuji ve třetí kapitole.

7.1 Hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva vybraných regionů

Podkapitola je věnována hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva Karlovarského kraje. V první části hodnotím zdravotní stav vybranými ukazateli, kde porovnávám kraj Karlovarský s Plzeňským a Libereckým s celorepublikovými průměry. Plzeňský kraj byl vybrán na základě jeho geografické polohy, může se zde projevit, zda je zdravotní stav obyvatelstva ovlivněn blízkostí regionů. Liberecký kraj byl vybrán na základě podobné populační velikosti a historie. V další části analyzuji mortalitu a specifickou úmrtnost podle vybraných příčin smrti v Karlovarském kraji.

7.1.1 Hodnocení zdravotního stavu pomocí vybraných ukazatelů

V této podkapitole hodnotím zdravotní stav obyvatel Karlovarského kraje mnou vybranými ukazateli za rok 2018 získanými ze Zdravotnické ročenky České republiky vydané Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR, 2019b). Ukazatele byly zvoleny na základě studia odborné literatury hodnotící zdravotní stav obyvatelstva. Zdravotní stav obyvatel Karlovarského kraje porovnávám s Plzeňským krajem a krajem Libereckým. Hodnoty také porovnávám s celorepublikovým průměrem. Používané ukazatele jsou popsány v kapitole Metodika a data.

Tabulka 6 Vybrané ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva za rok 2018 ve vybraných regionech

Ukazatel	Karlovarský kraj	Plzeňský kraj	Liberecký kraj	Česko
Podíl obyvatel 65+	19,7 %	19,8 %	19,7 %	19,4 %
Index stáří	132,4	129,7	122,6	123,2
Kojenecká úmrtnost	4,7	1,6	3,8	2,6
Incidence syfilis na 100 000 obyvatel	7,5	12,7	8,2	14,5
Incidence tuberkulózy na 100 000 obyvatel	1,7	5,7	3,6	4,0
Léčení diabetici na 100 000 obyvatel	7 876,5	7 386,4	6 842,5	7 154,4
Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz	44,65	46,06	48,09	39,08
Hospitalizace dle kraje bydliště na 100 000 obyvatel	20 858,8	20 240,1	21 712,0	20 705,4

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky: Zdravotnická ročenka České republiky (2019), zpracováno Lenkou Šebkovou

Podíl obyvatel ve věku 65+ je ve všech zkoumaných regionech lehce nad celorepublikovým průměrem. Karlovarský kraj má index stáří druhý nejvyšší v ČR (ÚZIS ČR, 2019b). S trendem stárnutí populace roste i počet pacientů seniorů s chronickými onemocněními. Kraj si vede nejhůře v úmrtnosti kojenců, která je téměř dvojnásobná oproti celorepublikovému průměru. Naopak má dobré výsledky v nově hlášených případech syfilis a tuberkulózy, ty patří mezi nejnižší v celé ČR. Kraj má také nejvyšší počet osob na 100 000 obyvatel léčících se s diabetem. Počet pracovních neschopností pro úraz a nemoc a hospitalizací je vyšší oproti celorepublikovému průměru, avšak

v porovnání s ostatními kraji průměrný (ÚZIS ČR, 2019b). Z mnoha vybraných regionů má nejhorší zdravotní stav podle zvolených ukazatelů Karlovarský kraj.

7.1.2 Zemřelí v Karlovarském kraji

Podkapitola analyzuje počet zemřelých podle pohlaví a věku v roce 2018 a nejčastější příčiny úmrtí v Karlovarském kraji v letech 2016 – 2018. V textu pak porovnávám výsledky s výsledky České republiky a jejích regionů.

Tabulka 7 Počet zemřelých v Karlovarském kraji v roce 2018 podle pohlaví a věku

Věk	Muži	Ženy
0–14	8	8
15-29	19	7
30-49	91	39
50-59	158	85
60-69	466	277
70-79	538	457
80-89	381	577
90 a více	95	285
Celkem	1 756	1 735

Zdroj: Český statistický úřad: Statistická ročenka Karlovarského kraje (2019), zpracováno Lenkou Šebkovou

Naděje dožití v České republice v roce 2018 byla pro muže 76,1 let a pro ženy 81,9 let, v Karlovarském kraji 74,45 let a pro ženy 79,86 let, naděje dožití v kraji je tedy oproti celorepublikovému průměru přibližně o rok kratší (ÚZIS ČR, 2019b). V celorepublikovém srovnání je naděje dožití mužů druhá nejkratší, u žen dokonce nejkratší. Výsledky odpovídají počtu zemřelých v tabulce 7. Muži umírají v mladším věku, nejvíce ve věku 70 – 79 let, ženy ve věku 80 – 89 let. Celkový rozdíl počtu úmrtí mezi pohlavími je nepatrný, přesto mírně převažuje počet zemřelých mužů, čemuž odpovídá celkově mírná převaha žen v populaci, ačkoli se rodí nepatrně více mužů.

Tabulka 8 Počet úmrtí způsobených vybranými příčinami smrtí v letech 2016 – 2018 v Karlovarském kraji

Příčina smrti	2016	2017	2018
Novotvary	876	871	901
Nemoci endokrinní	137	153	192
Nemoci nervové soustavy	92	113	107
Nemoci oběhové soustavy	1 357	1 479	1 418
Nemoci dýchací soustav	221	260	299
Nemoci trávicí soustavy	131	156	170
Nemoci močové a pohlavní soustavy	36	39	37
Abnormální klinické a laboratorní nálezy	26	45	54
Vnější příčiny	165	162	182

Zdroj: Český statistický úřad: Statistická ročenka Karlovarského kraje 2019 (2019), zpracováno Lenkou Šebkovou

Do tabulky jsem zaznamenala nejčastější příčiny úmrtí v Karlovarském kraji. Podle výsledků můžeme sledovat nárůst úmrtí na následky onemocnění, proto je dostupnost zdravotních služeb v oborech zaměřených na léčbu a prevenci těchto nemocí důležitá. Nejvíce lidí zemřelo na nemoci oběhové soustavy, konkrétně se jednalo o infarkt myokardu, ostatní formy ischemické choroby a cévní nemoci mozku. Další výraznou příčinou smrti byly novotvary, z toho v roce 2018 891 zhoubných. Nejčasněji se jednalo o zhoubný novotvar průdušek a plic, zhoubný novotvar tlustého střeva, konečníku a řiti a zhoubný novotvar slinivky břišní (ČSU, 2019b).

8 Dostupnost zdravotnické péče v Karlovarském kraji

V následující kapitole analyzuji dostupnost zdravotní péče, dle různých ukazatelů. Prvním je počet lékařů na 1000 obyvatel a počet obyvatel na jednoho lékaře, stejnou metodu využívám i k hodnocení dostupnosti pomocí přepočtu hospitalizací a lůžek v nemocnicích a samostatných ambulantních zařízení jednotlivých oborů. V další části hodnotím časovou a frekvenční dostupnost nemocnic, ordinací praktických lékařů pro dospělé, stomatologů a gynekologů a časovou dostupnost výjezdových základen zdravotnické záchranné služby. Využívané metody jsou popsány v kapitole Metodika a data.

8.1 Podle počtu lékařů

První metodou, kterou využívám k analýze dostupnosti zdravotních služeb, je přepočet počtu lékařů na 1000 obyvatel a počet obyvatel na jednoho lékaře.

8.1.1 Dlouhodobý vývoj počtu lékařů v Karlovarském kraji

V podkapitole analyzuji dostupnost zdravotní péče pomocí ukazatele počtu lékařů na 1000 obyvatel a počtu obyvatel na 1 lékaře mezi roky 2000 – 2014 v pětiletých cyklech. K roku 2015 nejsou uveřejněna všechna potřebná data, proto je poslední cyklus pouze čtyřletý. Roku 2018 se pak věnuji detailněji v tab. 10.

Tabulka 9 Vývoj počtu lékařů v Karlovarském kraji v letech 2000 – 2014

Lékaři	2000	2005	2010	2014
Celkem	1 052	1 109	1 193	1 333
na 1000 obyvatel	3,5	3,6	3,9	4,4
Obyvatelé na 1 lékaře	289	275	258	225
Ambulantní péče	702	734	813	890
na 1000 obyvatel	2,3	2,4	2,6	2,9
Obyvatelé na 1 lékaře	434	415	378	337

Zdroj: Český statistický úřad: Statistická ročenka Karlovarského kraje (2019), zpracováno Lenkou Šebkovou

Z dlouhodobějšího hlediska počet lékařů v kraji roste a celkový počet obyvatel klesá, lékařská péče je tedy podle zvolených ukazatelů dostupnější. V roce 2000 pracovalo v kraji 1 052 lékařů, v roce 2014 1 333, v kraji připadalo v roce 2014 o 60 pacientů na jednoho lékaře méně.

8.1.2 Zdravotní pracovníci podle okresů

V podkapitole zjišťuji dostupnost lékařské péče podle počtu zdravotníků v roce 2018 v jednotlivých okresech kraje.

Tabulka 10 Počet zdravotnických pracovníků v Karlovarském kraji podle okresů k 31.12. 2018

Kraj, okresy	Lékaři celkem na 1 000 obyvatel	Obyvatelé na 1 lékaře	Zubní lékaři na 1000 obyvatel	Zdravotní pracovníci nelékaři s odbornou způsobilostí na 1000 obyvatel
Karlovarský kraj	4,5	220	0,6	10,5
Cheb	4,2	238	0,5	10,2
Karlovy Vary	5,2	189	0,6	13,2
Sokolov	3,9	255	0,6	6,9

Zdroj: Český statistický úřad: Statistická ročenka Karlovarského kraje (2019), zpracováno Lenkou Šebkovou

Nejlepší dostupnost zdravotních služeb podle zvolených ukazatelů má okres Karlovy Vary, jehož hodnoty jsou nadprůměrné oproti zbytku kraje. Naopak nejhorší dostupnost je v okrese Sokolov. V karlovarském okrese připadá na jednoho lékaře 189 obyvatel, v sokolovském 255.

8.1.3 Regionální srovnání počtu lékařů

V této podkapitole porovnávám dostupnost podle počtu lékařů v Karlovarském, Plzeňském a Libereckém kraji s celorepublikovými průměry. Počet lékařů v daných zařízeních je přepočtený na celkový počet plných úvazků.

Tabulka 11 Počet lékařů ve vybraných regionech k 31.12. 2018

Počet lékařů (přep. počet)	Karlovarský kraj	Plzeňský kraj	Liberecký kraj	Česko
Celkem	1 342	2 725	1 726	50 116
na 1000 obyvatel	4,5	4,7	3,9	4,7
Nemocnice	412,33	1 163,31	805,17	22 094,56
na 1000 obyvatel	1,39	2,02	1,8	2,07
Odborné léčebné ústavy	16,87	92,87	19,04	1 107,30
na 1000 obyvatel	0,06	0,16	0,04	0,1
Lázeňské léčebny	144,18	12,98	-	339,55
na 1000 obyvatel	0,49	0,02	-	0,03
Ambulantní zařízení	734,00	1 360,39	837,85	25 305,56
na 1000 obyvatel	2,48	2,3	1,9	2,37
Zvláštní zdravotnická zařízení	33,06	85,62	55,56	1 023,02
na 1000 obyvatel	0,11	0,15	0,13	0,01

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky: Zdravotnická ročenka České republiky (2019), zpracováno Lenkou Šebkovou

Nejlepší dostupnost lékařské péče je z mnou srovnávaných regionů v Plzeňském kraji, zde připadá na 1000 obyvatel nejvíce všech lékařů, lékařů pracujících v nemocnicích, lékařů pracujících v odborných léčebných ústavech a lékařů pracujících ve zvláštních zdravotnických zařízeních. Karlovarský kraj je centrem lázeňské péče v České republice, tomu odpovídá i počet lékařů pracujících v lázeňských léčebnách, pracuje jich zde více jak 1/3 z celkového počtu lékařů pracujících v lázeňství v České republice. V Karlovarském kraji je také nejlepší dostupnost ambulantních zařízení, ta je vyšší než celorepublikový průměr.

8.2 Dostupnost nemocnic v Karlovarském kraji

Následující kapitola se věnuje dostupnosti nemocničních zařízení v Karlovarském kraji. V úvodu krátce seznamují s nemocnicemi Karlovarského kraje, dále se pak v kapitole věnují časové a frekvenční dostupnosti nemocnic v rámci jednotlivých SO ORP. V další části analyzují nemocniční zařízení podle jejich kapacity lůžek a počtu hospitalizací v časovém rozmezí 2016 – 2018 v Karlovarském kraji a zkoumám regionální rozdíly pro rok 2018 mezi Karlovarským, Plzeňským a Libereckým krajem s celorepublikovými průměry.

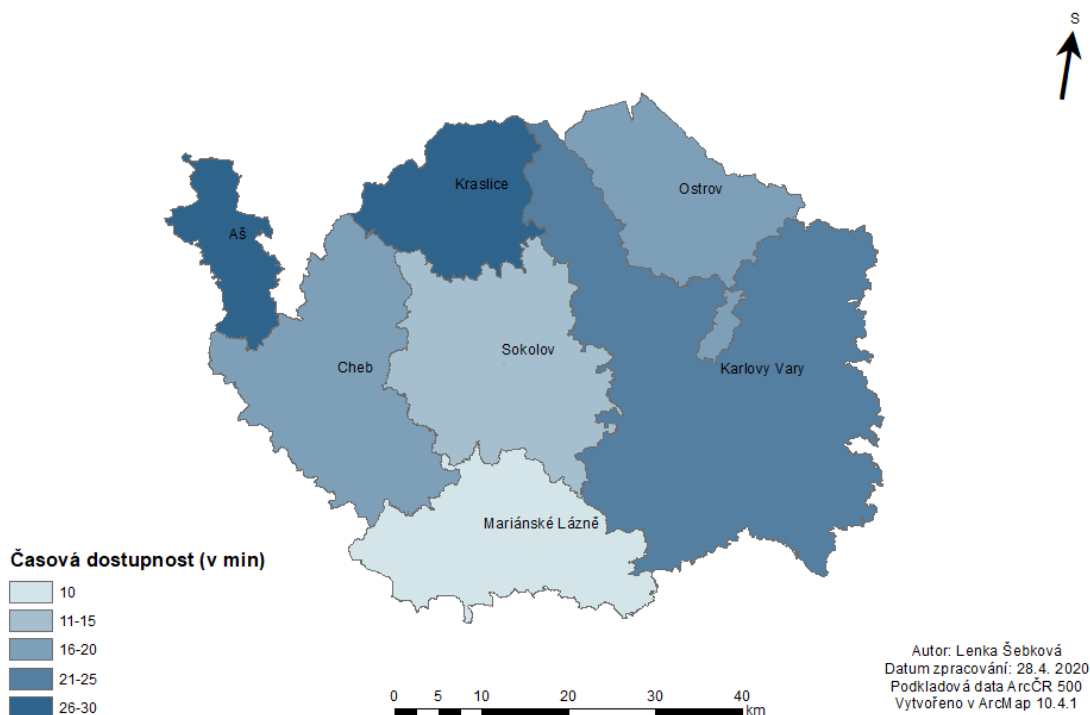
8.2.1 Nemocnice v Karlovarském kraji

V Karlovarském kraji se celkem nachází 5 nemocnic. Nemocnici v Karlových Varech a nemocnici v Chebu spravuje Karlovarský kraj, nemocnice v Sokolově, Ostrově a Mariánských Lázních jsou společnosti s ručením omezením. V SO ORP Aš a Kraslice se nemocnice nevyskytují, Aš spadá pod nemocnici v Chebu, Kraslice spadají pod nemocnici v Sokolově. V Karlovarském kraji se nenachází fakultní nemocnice, v některých vážných případech tedy může být pacient převezen do nejbližší fakultní nemocnice v Plzni, popřípadě v Praze (ÚZIS ČR, 2019a).

8.2.2 Časová dostupnost nemocnic v SO ORP v Karlovarském kraji

Následující mapa znázorňuje průměrnou časovou dostupnost měst (ORP) s nemocnicí v rámci jednotlivých SO ORP Karlovarského kraje (obrázek 3).

Obrázek 3 Časová dostupnost nemocnic v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019



Zdroj: Vlastní zpracování v ArcGIS dle dat ArcČR 500, Google maps a NRPZS (2019)

Nejlepší průměrná časová dostupnost nemocnic je v SO ORP Mariánské Lázně. Naopak nejhorší časovou dostupnost je v SO ORP Aš a SO ORP Kraslice, odkud musejí pacienti dojíždět do sousedních SO ORP. Všechna SO ORP splňují časovou dostupnost určenou zákonem.

8.2.3 Časová dostupnost nemocnic v obcích Karlovarského kraje

Následující tabulka analyzuje nejlepší a nejhorší časovou dostupnost nemocnic v obcích v rámci jednotlivých SO ORP Karlovarského kraje.

Tabulka 12 Časová dostupnost nemocnic v obcích v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019

SO ORP	Obec s nejlepší časovou dostupností (min)	Obec s nejhorší časovou dostupností (min)
Aš	Hazlov (24)	Hranice (66)
Cheb	Pomezí nad Ohří (8)	Luby (39)
Karlovy Vary	Dalovice (6)	Štědrá (36)
Kraslice	Oloví (15)	Bublava (35)
Mariánské Lázně	Velká Hleďsebe (6)	Prameny (30)

Ostrov	Hájek (10)	Potůčky (65)
Sokolov	Těšovice (4)	Horní Slavkov (46)

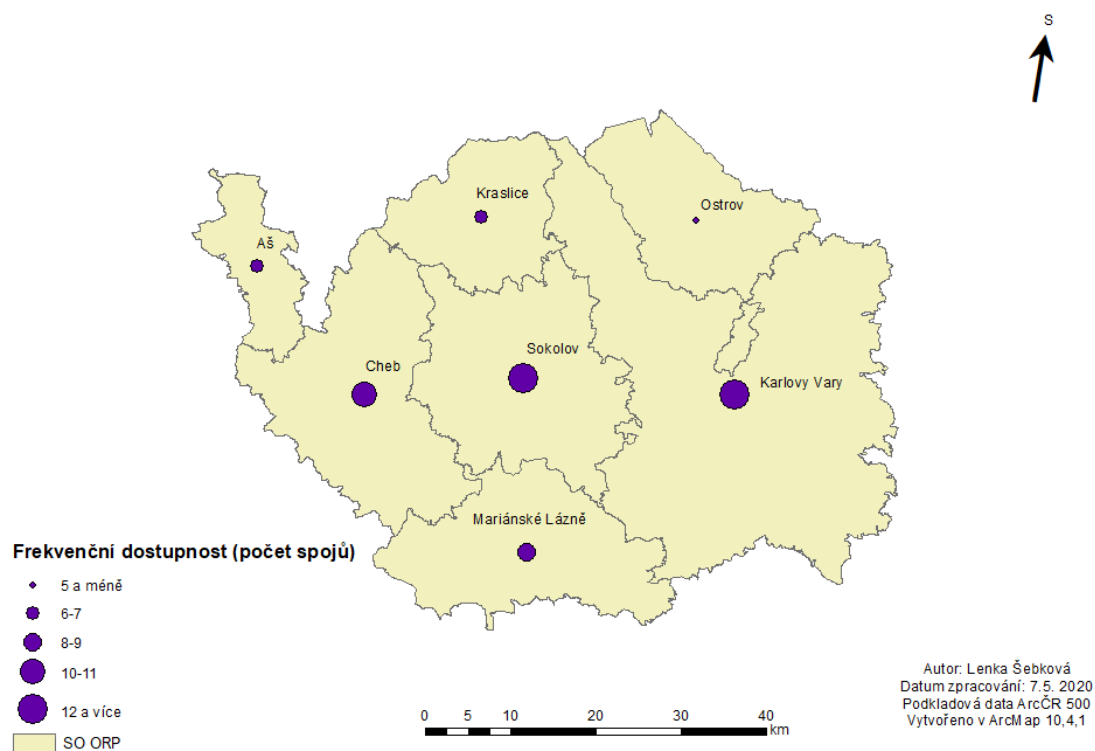
Zdroj: NRPZS a IDOS (2019), zpracováno Lenkou Šebkovou

Nejlepší časovou dostupností nemocnic z celého kraje má obec Těšovice v SO ORP Sokolov, a to 4 minuty, nejhorší pak obec Hranice z SO ORP Aš (67 minut). V tabulce můžeme pozorovat, že nejlepší časová dostupnost v rámci celého SO ORP je v SO ORP Mariánské Lázně, kde má nejlepší časovou dostupnost obec Velká Hleďsebe (6 minut) a nejhorší obec Prameny (30 minut).

8.2.4 Frekvenční dostupnost nemocnic v SO ORP v Karlovarském kraji

Následující mapa znázorňuje průměrnou frekvenční dostupnost meziměstských a příměstských spojů do měst (ORP) s nemocnicí v rámci jednotlivých SO ORP Karlovarského kraje.

Obrázek 4 Frekvenční dostupnost nemocnic v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019



Zdroj: Vlastní zpracování v ArcGIS dle dat ArcČR 500, NRPZS a IDOS (2019)

Nejlepší frekvenční dostupnost je v SO ORP s nejvyššími počty obyvatel, a to v SO ORP Karlovy Vary a SO ORP Sokolov, v průměru 12 a více spojů. Nejhorší frekvenční dostupnost je v SO ORP Ostrov, kde se většina obcí nachází v horských méně přístupných oblastech, a to 5 a méně spojů.

8.2.5 Frekvenční dostupnost nemocnic v obcích Karlovarského kraje

Následující tabulka analyzuje nejlepší a nejhorší frekvenční dostupnost meziměstských a příměstských spojů do měst (ORP) s nemocnicí v obcích v rámci jednotlivých SO ORP Karlovarského kraje.

Tabulka 13 Frekvenční dostupnost nemocnic v obcích v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019

SO ORP	Obec s nejlepší frekvenční dostupností (počet spojů)	Obec s nejhorší frekvenční dostupností (počet spojů)
Aš	Hazlov (11)	Krásná, Podhradí (5)
Cheb	Františkovy Lázně (38)	Velký Luh (2)
Karlovy Vary	Jenišov (56)	Vrbice (1)
Kraslice	Kraslice (10)	Rotava (2)
Mariánské Lázně	Velká Hleďsebe (34)	Prameny (2)
Ostrov	Hájek (17)	Doupovské Hradiště (1)
Sokolov	Svatava (37)	Chlum Svaté Maří, Rovná (3)

Zdroj: NRPZS a IDOS (2019), zpracováno Lenkou Šebkovou

Obcí s nejlepší frekvenční dostupností je obec Jenišov, která se nachází v blízkosti Karlových Varů, obec je spojena s ORP Karlovy Vary 56 spoji. Nejhorší frekvenční dostupnost je v obcích Vrbice a Doupovské Hradiště, pouze jedno spojení ve zkoumaném čase.

8.2.6 Hospitalizace v nemocničních zařízeních Karlovarského kraje

Následující tabulka porovnává případy hospitalizací a počet lůžek v letech 2016 – 2018 v rámci nemocničních zařízení Karlovarského kraje.

Tabulka 14 Vývoj počtu hospitalizací a lůžek v nemocnicích v letech 2016 – 2018 v Karlovarském kraji

Počet	2016	2017	2018
Lůžka	1 412	1 268	1 187
na 1000 obyvatel	4,7	4,3	4,0
Případy hospitalizace	56 726	54 430	51 830
na 1000 obyvatel	190,8	183,8	175,3
Ošetřovací dny	334 478	320 817	300 071
na 1000 obyvatel	1 125,0	1 083,5	1014,8
Průměrná ošetřovací doba (dny)	5,9	5,9	5,8
Využití lůžek (dny)	236,9	252,8	252,8

Zdroj: Český statistický úřad: Statistická ročenka Karlovarského kraje (2019), zpracováno Lenkou Šebkovou

Můžeme pozorovat celkový pokles u všech sledovaných ukazatelů s výjimkou dní využívání lůžek, který mírně narůstá, což může být důsledek poklesu počtu lůžek. Poměrně výrazně klesl počet hospitalizací, v roce 2018 o téměř 5000 hospitalizovaných méně, než v roce 2016.

8.2.7 Regionální srovnání nemocničních zařízení

Následující tabulka srovnává nemocniční zařízení podle kapacity lůžek a počtu hospitalizací v Karlovarském, Plzeňském a Libereckém kraji s celorepublikovými průměry.

Tabulka 15 Hospitalizace ve vybraných regionech za rok 2018

Počet	Karlovarský kraj	Plzeňský kraj	Liberecký kraj	Česko
Zařízení	5	10	9	194
Obyvatel na jedno zařízení	59 137,2	58 081,6	49 033,3	54 896,9
Lůžka	1 187	3 321	2 414	60 328
na 1000 obyvatel	4,0	5,7	5,5	5,7
Hospitalizovaných na 10 000 obyvatel	1 755,25	2 052,40	2 064,59	2 093,25

Ošetrovacích dnů	300 071	889 030	632 261	14 690 991
na počet obyvatel	0,95	0,65	0,70	0,72

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky: Zdravotnická ročenka České republiky (2019), zpracováno Lenkou Šebkovou

Nejhorší dostupnost nemocničních zařízení je z mnou porovnávaných krajů v kraji Karlovarském, zde připadá na jedno zařízení 59 137, 2 osob, což je o téměř 5000 osob více než je celorepublikový průměr, kraj má také nejméně lůžek na 1000 obyvatel a to o 1,7 lůžka méně oproti celorepublikovému průměru, v kraji je také nejvyšší počet ošetrovacích dnů na počet obyvatel. V Karlovarském kraji je nejméně hospitalizovaných na 10 000 obyvatel, to může být způsobeno absencí fakultní nemocnice, některé vážné případy tak mohou být hospitalizovány v Plzni nebo v Praze na specializovaném oddělení. Nejméně osob na jedno nemocniční zařízení připadá v Libereckém kraji, téměř o 5000 méně, než je celorepublikový průměr. Počet lůžek na 1000 obyvatel a počet hospitalizovaných na 10 000 obyvatel v Plzeňském a Libereckém kraji odpovídá průměru.

8.3 Dostupnost zdravotnické záchranné služby Karlovarského kraje

Následující podkapitola je věnována dostupnosti zdravotnické záchranné služby, v úvodu popisuje rozmístění výjezdových základen a dále analyzuje jejich časovou dostupnost v jednotlivých SO ORP Karlovarského kraje.

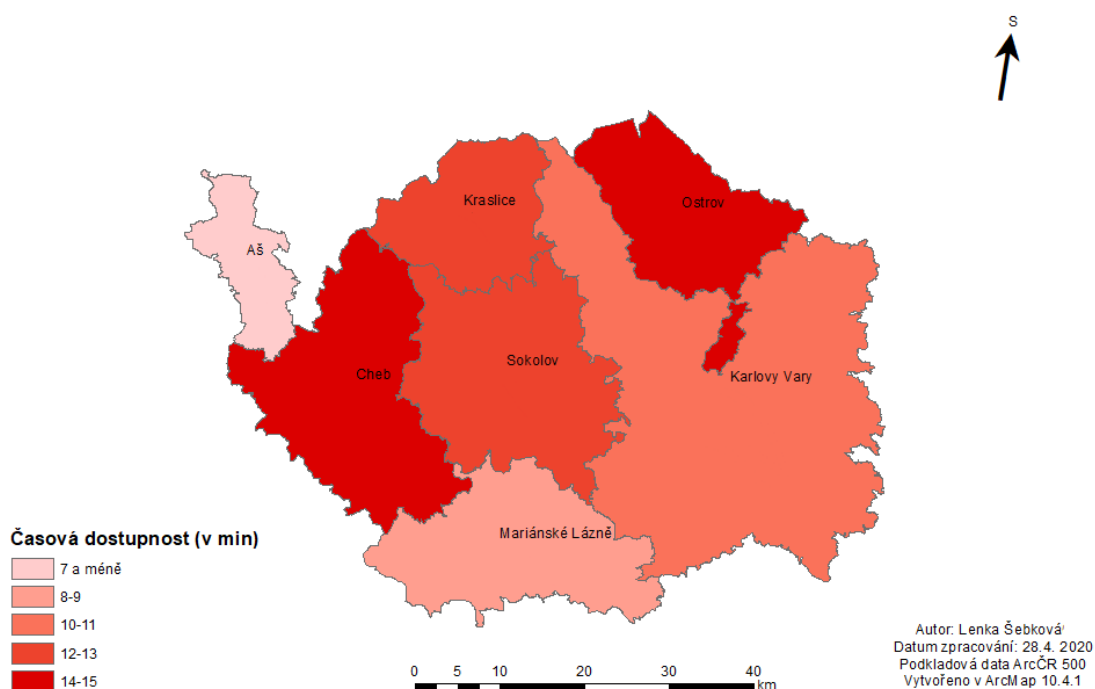
8.3.1 Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje

Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje zajišťuje neodkladnou zdravotní péči třinácti výjezdovými základnami, které jsou rozmístěny po celém území kraje. Nejvíce jich je v největším SO ORP Karlovy Vary, kde jsou čtyři, a to v Karlových Varech, Nejdku, Toužimi a Žluticích. Centrálním pracovištěm operačního řízení pro Karlovarský kraj je zdravotnické operační středisko sídlící v Karlových Varech, to přijímá veškeré tísňové hovory na linku 155 (Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje). Podle zákona č. 374/2011 Sb. § 5 by měla být dojezdová doba záchranné služby 20 minut s výjimkou případů náhlých nepříznivých dopravních nebo povětrnostních podmínek.

8.3.2 Časová dostupnost zdravotnické záchranné služby Karlovarského kraje

Následující mapa znázorňuje časovou dostupnost výjezdových základů zdravotnické záchranné služby jednotlivých SO ORP v Karlovarském kraji. Získané hodnoty jsou průměrný dojezdový čas záchranné služby za celé SO ORP.

Obrázek 5 Časová dostupnost výjezdových základů zdravotnické záchranné služby v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019



Zdroj: Vlastní zpracování v ArcGIS dle dat ArcČR 500, Google maps a NRPZS (2019)

Nejlepší časová dostupnost výjezdových základů zdravotnické záchranné služby je v nejmenší SO ORP Aš, a to 7 a méně minut, následně pak v SO ORP Mariánské Lázně. Nejhorší časová dostupnost je v SO ORP Cheb a SO ORP Ostrov. Všechna SO ORP splňují časovou dostupnost určenou zákonem.

8.3.3 Časová dostupnost výjezdových základů zdravotnické záchranné služby v obcích Karlovarského kraje

Následující tabulka analyzuje nejlepší a nejhorší časovou dostupnost výjezdových základů zdravotnické záchranné služby v obcích v rámci jednotlivých SO ORP Karlovarského kraje.

Tabulka 16 Časová dostupnost výjezdových základen zdravotnické záchranné služby v obcích v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019

SO ORP	Obec s nejlepší časovou dostupností (min)	Obec s nejhorší časovou dostupností (min)
Aš	Krásná, Podhradí (6)	Hranice (12)
Cheb	Nový Kostel (7)	Dolní Žandov (20)
Karlovy Vary	Dalovice (6)	Valeč (20)
Kraslice	Stříbrná (7)	Přebuz (21)
Mariánské Lázně	Velká Hleďsebe (4)	Prameny (18)
Ostrov	Hájek (4)	Potůčky (29)
Sokolov	Těšovice (4)	Tatrovce (20)

Zdroj: Google maps a NRPZS (2019), zpracováno Lenkou Šebkovou

Nejlepší časová dostupnost výjezdových základen zdravotnické záchranné služby je v obcích Velká Hleďsebe, Hájek a Těšovice, a to pouhé 4 minuty. Nejhorší časová dostupnost je v obci Potůčky (29 minut), získaná data měří povolenou rychlost, kterou však může záchranná služba překročit, reálně tedy může být časová dostupnost obce v akutních případech do zákonem určených 20 minut.

8.4 Samostatná ambulantní zařízení v Karlovarském kraji

Následující podkapitola analyzuje samostatná ambulantní zařízení v Karlovarském kraji, nejprve porovnávám okresy podle počtu samostatných ambulantních zařízení u jednotlivých oborů, následně pak analyzuji obce bez praktických lékařů pro dospělé v rámci jednotlivých SO ORP. V další části analyzuji časovou a frekvenční dostupnost ordinací praktických lékařů pro dospělé, stomatologů a gynekologů. V poslední části porovnávám počet samostatných ambulantních ordinací v Karlovarském, Plzeňském a Libereckém kraji s celorepublikovými průměry.

8.4.1 Samostatná ambulantní zařízení okresů Karlovarského kraje

Následující tabulka porovnává okresy Karlovarského kraje s průměrem za Karlovarský kraj v počtu samostatných ambulantních ordinací praktických lékařů pro dospělé, praktických lékařů pro děti a dorost, stomatologů, gynekologů a specialistů. K hodnocení dostupnosti využívám ukazatel počtu ordinací na 1000 obyvatel a počtu obyvatel na jedno zařízení.

Tabulka 17 Samostatná ambulantní zařízení v Karlovarském kraji podle okresů k 31.12. 2018

Samostatné ordinace lékařů	Okres Cheb	Okres Karlovy Vary	Okres Sokolov	Karlovarský kraj
Praktických pro dospělé	36	49	33	118
na 1000 obyvatel ve věku 15 a více	0,47	0,50	0,44	0,47
Obyvatel na jedno zařízení ve věku 15 a více na jedno zařízení	2 149,9	2 008,8	2 260,8	2 122,3
Praktických pro děti a dorost	18	21	17	56
na 1000 obyvatel ve věku 0-14	1,27	1,27	1,24	1,26
Obyvatel ve věku 0-14 na jedno zařízení	785,6	789,7	808	793,9
Stomatologů	40	70	29	139
na 1000 obyvatel	0,43	0,60	0,32	0,47
Obyvatel na jedno zařízení	2 288,5	1 643,1	3 046,3	2 127,2
Gynekologů	16	20	12	48
na 1000 žen	0,34	0,34	0,27	0,32
Žen na jedno zařízení	2 900,9	2 923,3	3 695,2	3 108,8
Specialistů	101	167	52	320
na 1000 obyvatel	1,10	1,45	0,59	1,08
Obyvatel na jedno zařízení	906,3	688,7	1 698,9	924,01

Zdroj: Český statistický úřad: Statistická ročenka Karlovarského kraje (2019), zpracováno Lenkou Šebkovou

Nejlepší dostupnost ambulantních zařízení je v okrese Karlovy Vary, kde je dostupnost podle všech ukazatelů lepší než v celém kraji. Lepší dostupnost, než v okrese Karlovy Vary je pouze v případě ordinací dětských praktických lékařů a gynekologických ordinací v okresu Cheb, kde na jedno zařízení připadá méně pacientů, rozdíl je však statisticky nepatrný. Nejhorší dostupnost ambulantních zařízení je podle všech ukazatelů v okrese Sokolov, nejhorší dostupnost je u ordinací stomatologů, kde na jedno zařízení připadá 3 046,3 obyvatel, což je o 919 více oproti průměru v kraji. Špatnou dostupnost

v okrese Sokolov mají i ordinace gynekologů, kde připadá na jedno zařízení o 587 žen více, než je průměr v kraji, a ordinace specialistů, kde připadá o 774 obyvatel více na jedno zařízení oproti průměru v kraji.

8.4.2 Obce bez ordinací praktických lékařů pro dospělé

Následující tabulka porovnává jednotlivé SO ORP v počtu obcí bez ordinací praktických lékařů pro dospělé.

Tabulka 18 Počet obcí bez ordinací praktických lékařů pro dospělé v roce 2019

SO ORP	Počet obcí bez ordinace praktického lékaře	v %	% počtu obyvatel žijících v obcích bez ordinace praktického lékaře	Obce bez ordinace praktického lékaře
Aš	3	60	16,6	Hranice, Krásná, Podhradí
Cheb	13	61,9	7,9	Křižovatka, Lipová, Milhostov, Milíkov, Nebanice, Nový Kostel, Odrava, Okrouhlá, Pomezí nad Ohří, Poustka, Tuřany, Velký Luh, Vojtanov
Karlovy Vary	27	65,9	13,6	Andělská Hora, Božičany, Bražec, Černava, Čichalov, Děpoltovice, Hory, Hradiště, Chodov, Jenišov, Kolová, Krásné Údolí, Mírová, Nové Hamry, Otročin, Pšov, Sadov, Smolné Pece, Stanovice, Stružná, Šemnice, Teplička, Útvina, Valeč, Verušičky, Vrbice, Vysoká Pec
Kraslice	4	50	9,4	Bublava, Přebuz, Stříbrná, Šindelová
Mariánské Lázně	8	57,1	12,7	Drmoul, Ovesné Kladruby, Prameny, Stará Voda, Trstěnice, Valy, Vlkovice, Zádub-Závišín
Ostrov	10	66,7	21,7	Boží Dar, Doupovské Hradiště, Hájek, Horní Blatná, Hroznětín, Krásný Les, Potůčky, Stráž nad Ohří, Velichov, Vojkovice
Sokolov	14	46,7	12,6	Bukovany, Dasnice, Dolní Nivy, Dolní Rychnov, Chlum Svaté Maří, Josefov, Kačerov, Krajková, Krásno, Staré Sedlo, Svatava, Šabina, Tatrovice, Těšovice

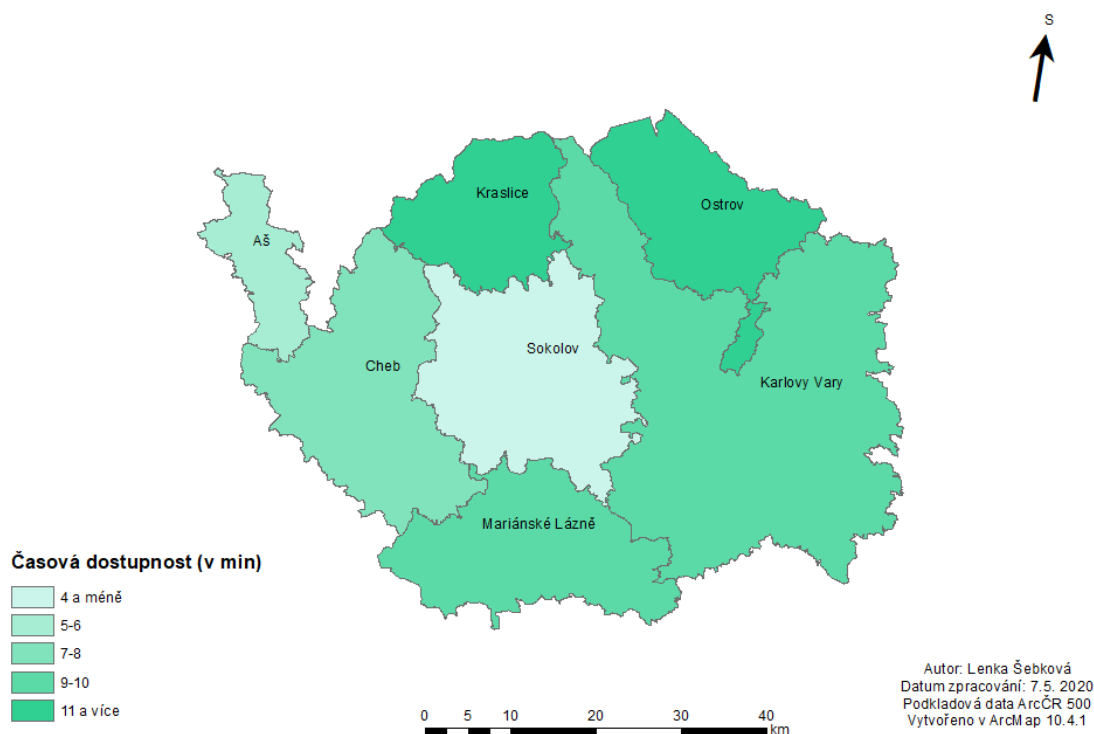
Zdroj: Český statistický úřad: Veřejná databáze (2019), Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (2019), zpracováno Lenkou Šebkovou

Nejvíce obcí bez ordinace praktického lékaře je v procentním podílu ze všech obcí v SO ORP Ostrov a SO ORP Karlovy Vary, kde je více než 65 % obcí bez ordinace praktického lékaře. Obyvatelé menších obcí proto musí za zdravotní péči dojíždět do ordinací v okolních obcích. Nejlepší pokrytí obcí s ordinacemi praktických lékařů je v SO ORP Sokolov, kde je bez ordinací praktických lékařů 46,7 % obcí. V procentním podílu počtu obyvatel ze všech obcí v SO ORP je nejhorší situace v SO ORP Ostrov, kde je 21,7 % obyvatelstva bez ordinace praktického lékaře v obci, nejlepší pak v SO ORP Cheb (7,9 %).

8.4.3 Časová dostupnost ordinací praktických lékařů pro dospělé v SO ORP v Karlovarském kraji

Následující mapa znázorňuje průměrnou časovou dostupnost obcí s ordinacemi praktických lékařů pro dospělé v rámci jednotlivých SO ORP Karlovarského kraje.

Obrázek 6 Časová dostupnost ordinací praktických lékařů pro dospělé v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019



Zdroj: Vlastní zpracování v ArcGIS dle dat ArcČR 500, Google maps a NRPZS (2019)

Nejlepší časová dostupnost ordinací praktických lékařů je v SO ORP Sokolov (4 a méně minut). Nejhorší časová dostupnost ordinací praktických lékařů je v SO ORP

Kraslice a SO ORP Ostrov, kde musejí obyvatelé dojíždět k praktickému lékaři v průměru 11 a více minut.

8.4.4 Časová dostupnost ordinací praktických lékařů pro dospělé v obcích Karlovarského kraje

Následující tabulka analyzuje nejlepší a nejhorší časovou dostupnost ordinací praktických lékařů pro dospělé v obcích v rámci jednotlivých SO ORP Karlovarského kraje.

Tabulka 19 Časová dostupnost ordinací praktických lékařů pro dospělé v obcích v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019

SO ORP	Obec s nejlepší časovou dostupností (min)	Obec s nejhorší časovou dostupností (min)
Aš	Krásná (3)	Hranice (12)
Cheb	Poustka (4)	Plesná (14)
Karlovy Vary	Děpoltovice (4)	Valeč (20)
Kraslice	Šindelová (8)	Přebuz (30)
Mariánské Lázně	Drmoul (6)	Prameny (30)
Ostrov	Vojkovice (6)	Doupovské Hradiště (44)
Sokolov	Tatrovice, Těšovice (3)	Kaceřov (16)

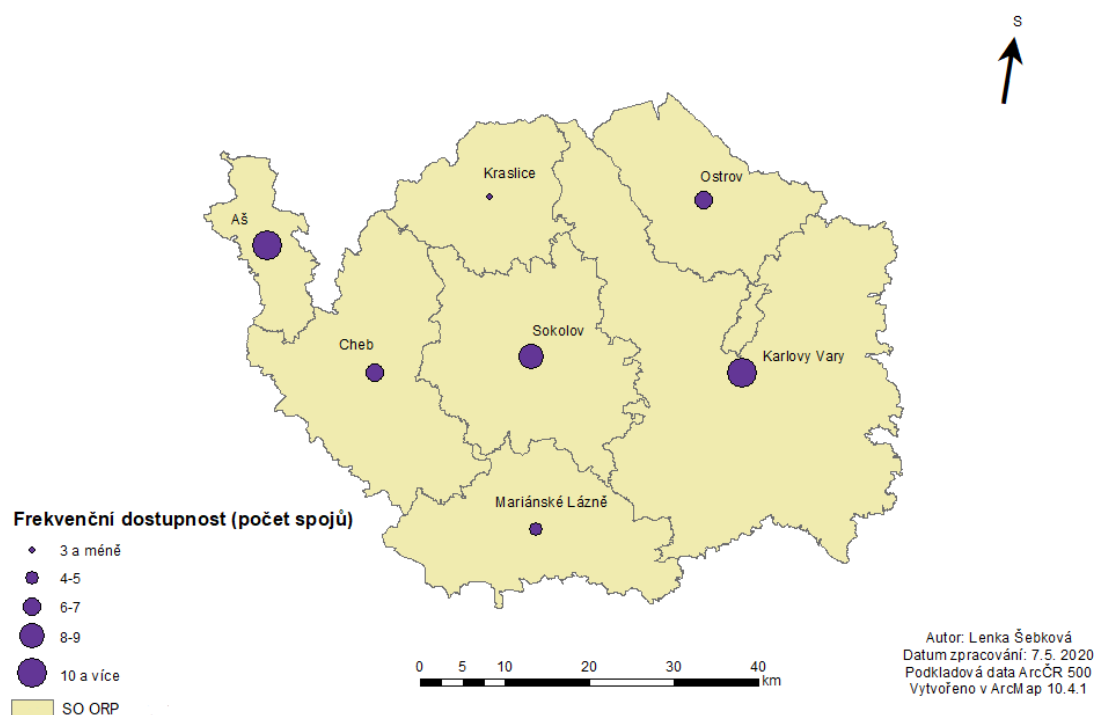
Zdroj: NRPZS a IDOS (2019), zpracováno Lenkou Šebkovou

Nejlepší časová dostupnost ordinací praktických lékařů je v obcích Krásná z SO ORP Aš a v Tatrovicích a Těšovicích z SO ORP Sokolov (3 minuty), nejhorší je pak v obci Doupovské Hradiště v SO ORP Ostrov (44 minut).

8.4.5 Frekvenční dostupnost ordinací praktických lékařů pro dospělé v SO ORP v Karlovarském kraji

Následující mapa znázorňuje průměrnou frekvenční dostupnost meziměstských a příměstských spojů do nejbližších obcí s ordinací praktického lékaře v rámci jednotlivých SO ORP Karlovarského kraje (viz obrázek 7).

Obrázek 7 Frekvenční dostupnost ordinací praktických lékařů v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019



Zdroj: Vlastní zpracování v ArcGIS dle dat ArcČR 500, NRPZS a IDOS (2019)

Nejlepší frekvenční dostupnost do obcí s ordinacemi praktických lékařů pro dospělé je v SO ORP Aš a SO ORP Karlovy Vary, v průměru 10 a více spojů. Nejhorší frekvenční dostupnost se 3 a méně spoji je v SO ORP Kraslice.

8.4.6 Frekvenční dostupnost ordinací praktických lékařů pro dospělé v obcích Karlovarského kraje

Následující tabulka analyzuje nejlepší a nejhorší frekvenční dostupnost meziměstských a příměstských spojů do nejbližších obcí s ordinací praktického lékaře pro dospělé v rámci jednotlivých SO ORP Karlovarského kraje.

Tabulka 20 Frekvenční dostupnost ordinací praktických lékařů pro dospělé v obcích v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019

SO ORP	Obec s nejlepší frekvenční dostupností (počet spojů)	Obec s nejhorší frekvenční dostupností (počet spojů)
Aš	Krásná (18)	Hazlov (10)
Cheb	Vojtanov (16)	Tuřany (2)
Karlovy Vary	Jenišov (56)	Valeč, Vrbice (1)

Kraslice	Přebuz (10)	Šindelová (1)
Mariánské Lázně	Valy (11)	Prameny (2)
Ostrov	Hájek (18)	Doupovské Hradiště (1)
Sokolov	Těšovice (37)	Bukovany, Dolní Nivy, Chlum Svaté Maří (3)

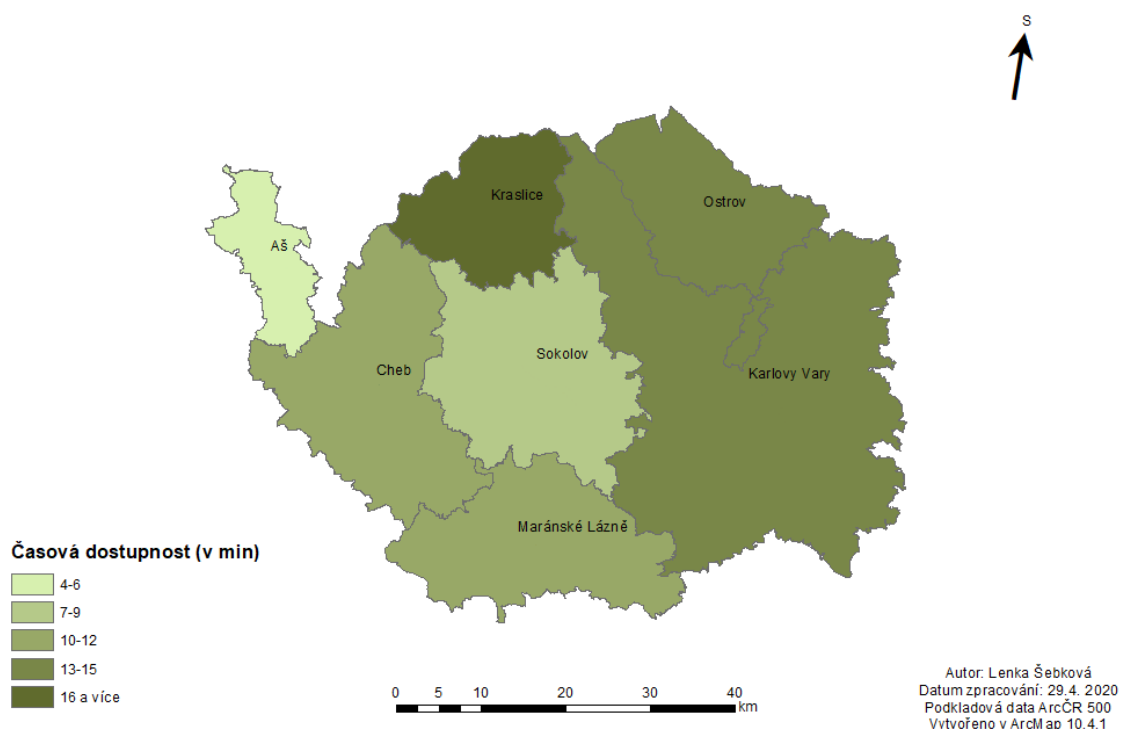
Zdroj: NRPZS a IDOS (2019), zpracováno Lenkou Šebkovou

Obcí s nejlepší frekvenční dostupností je obec Jenišov z SO ORP Karlovy Vary, nejhorší frekvenční dostupnost je v obcích Valeč a Vrbice, taktéž z SO ORP Karlovy Vary a v obci Doupovské Hradiště z SO ORP Ostrov.

8.4.7 Časová dostupnost ordinací stomatologů v SO ORP v Karlovarském kraji

Následující mapa znázorňuje průměrnou časovou dostupnost obcí s ordinacemi stomatologů v rámci jednotlivých SO ORP Karlovarského kraje.

Obrázek 8 Časová dostupnost ordinací stomatologů v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019



Zdroj: Vlastní zpracování v ArcGIS dle dat ArcČR 500, Google maps a NRPZS (2019)

Nejlepší časová dostupnost ordinací stomatologů je v nejmenší SO ORP Aš, kde je průměrná časová dostupnost 4 – 6 minut, nejhorší je v SO ORP Kraslice, kde musí pacienti k zubaři dojíždět průměrně 16 a více minut.

8.4.8 Časová dostupnost ordinací stomatologů v obcích Karlovarského kraje

Následující tabulka analyzuje nejlepší a nejhorší časovou dostupnost ordinací stomatologů v obcích v rámci jednotlivých SO ORP Karlovarského kraje.

Tabulka 21 Časová dostupnost ordinací stomatologů v obcích v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019

SO ORP	Obec s nejlepší časovou dostupností (min)	Obec s nejhorší časovou dostupností (min)
Aš	Krásná, Podhradí (6)	Hranice (12)
Cheb	Poustka (4)	Luby (23)
Karlovy Vary	Stanovice, Stružná, Útvina (5)	Valeč (45)
Kraslice	Rotava (9)	Šindelová (28)
Mariánské Lázně	Valy, Velká Hleděsebe (3)	Prameny (30)
Ostrov	Horní Blatná (4)	Doupovské Hradiště (44)
Sokolov	Rovná, Staré sedlo (3)	Horní Slavkov (22)

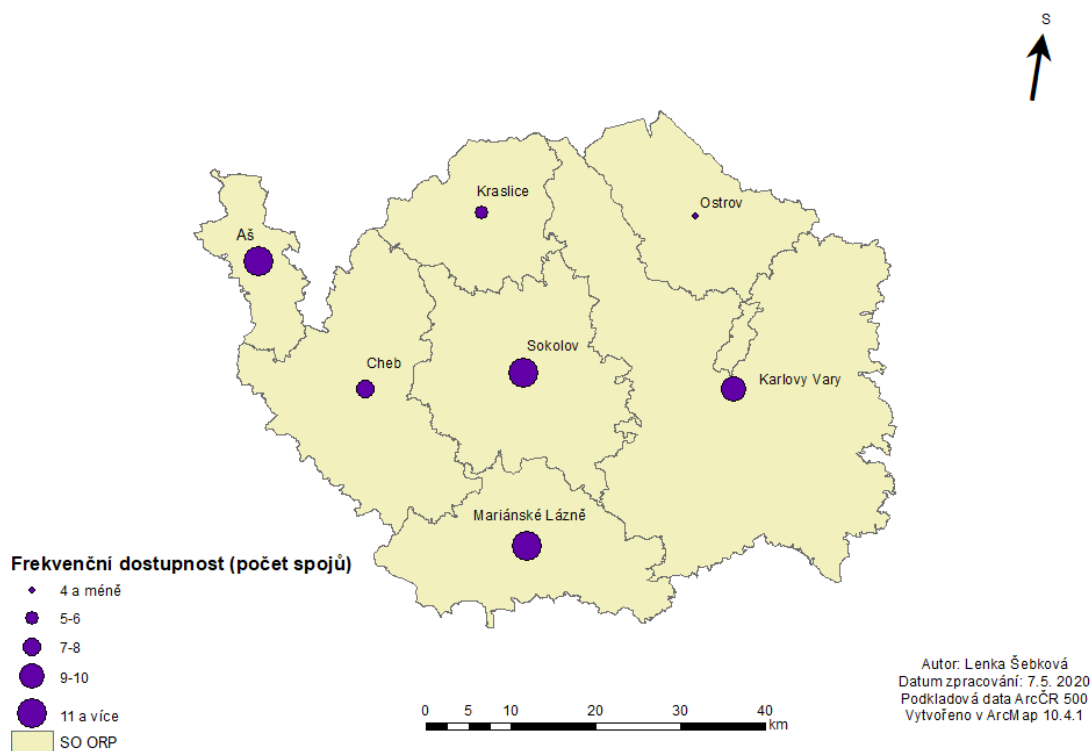
Zdroj: NRPZS a IDOS (2019), zpracováno Lenkou Šebkovou

Nejlepší časovou dostupnost ordinací stomatologů mají obce v SO ORP Mariánské Lázně Valy a Velká Hleděsebe a obce SO ORP Sokolov Rovná a Staré Sedlo, a to 3 minuty, nejhorší je pak v obci Valeč v SO ORP Karlovy Vary (45 minut).

8.4.9 Frekvenční dostupnost ordinací stomatologů v SO ORP v Karlovarském kraji

Následující mapa znázorňuje průměrnou frekvenční dostupnost meziměstských a příměstských spojů do nejbližších obcí s ordinací stomatologa v rámci jednotlivých SO ORP Karlovarského kraje (obrázek 9).

Obrázek 9 Frekvenční dostupnost ordinací stomatologů v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019



Zdroj: Vlastní zpracování v ArcGIS dle dat ArcČR 500, NRPZS a IDOS (2019)

Nejlepší frekvenční dostupnost do obcí s ordinacemi stomatologů je v SO ORP Aš, SO ORP Mariánské Lázně a SO ORP Sokolov, v průměru 11 a více spojů. Nejhorší frekvenční dostupnost se 4 a méně spoji je v SO ORP Ostrov, kde se většina obcí nachází v horských méně přístupných oblastech.

8.4.10 Frekvenční dostupnost ordinací stomatologů v obcích Karlovarského kraje

Následující tabulka analyzuje nejlepší a nejhorší frekvenční dostupnost meziměstských a příměstských spojů do nejbližších obcí s ordinací stomatologa v rámci jednotlivých SO ORP Karlovarského kraje.

Tabulka 22 Frekvenční dostupnost ordinací stomatologů v obcích v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019

SO ORP	Obec s nejlepší frekvenční dostupností (počet spojů)	Obec s nejhorší frekvenční dostupností (počet spojů)
Aš	Krásná (18)	Hazlov (10)
Cheb	Odrava, Vojtanov (16)	Milníkovo (3)

Karlovy Vary	Jenišov (56)	Vrbice (1)
Kraslice	Rotava (19)	Bublava (5)
Mariánské Lázně	Velká Hleďsebe (32)	Stará Voda (2)
Ostrov	Hájek (18)	Doupovské Hradiště (1)
Sokolov	Dolní Rychnov (38)	Lomnice, Nová ves (3)

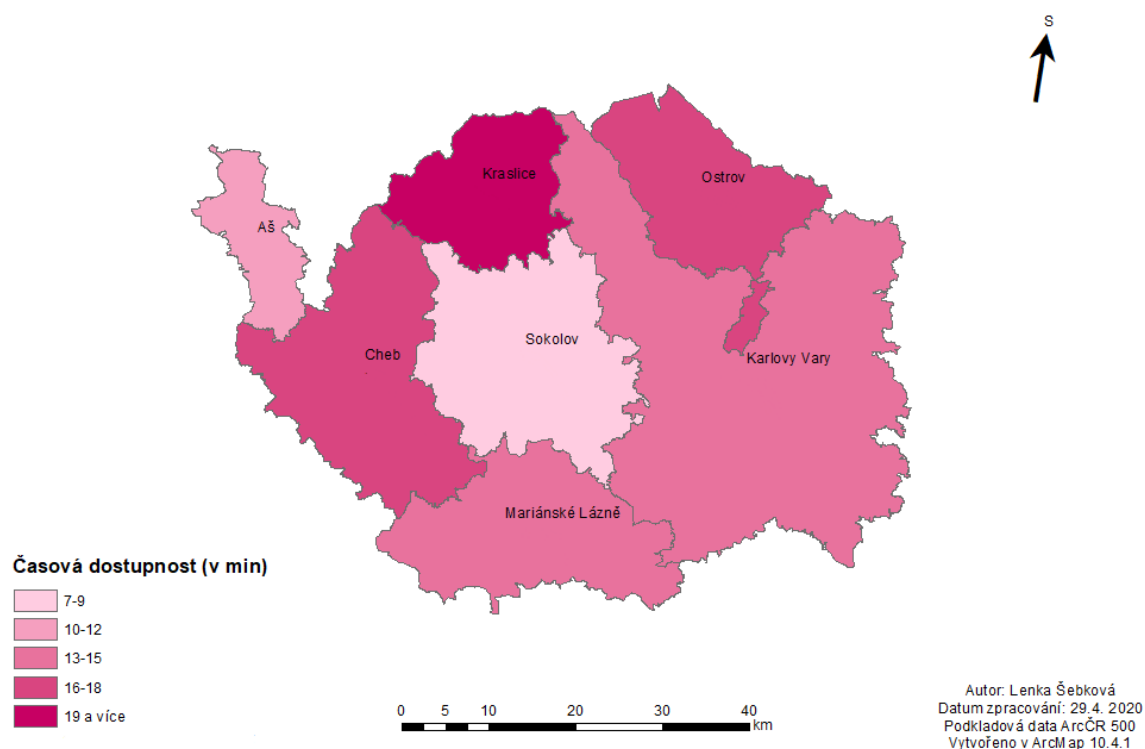
Zdroj: NRPZS a IDOS (2019), zpracováno Lenkou Šebkovou

Obcí s nejlepší frekvenční dostupností je obec Jenišov z SO ORP Karlovy Vary, obec je spojena s ORP Karlovy Vary 56 spoji. Nejhorší frekvenční dostupnost je v obcích Vrbice a Doupovské Hradiště, pouze jedno spojení ve zkoumaném čase.

8.4.11 Časová dostupnost ordinací gynekologů v SO ORP v Karlovarském kraji

Následující mapa znázorňuje průměrnou časovou dostupnost obcí s ordinacemi gynekologů v rámci jednotlivých SO ORP Karlovarského kraje.

Obrázek 10 Časová dostupnost ordinací gynekologů v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019



Zdroj: Vlastní zpracování v ArcGIS dle dat ArcČR 500, NRPZS a IDOS (2019)

8.4.12 Časová dostupnost ordinací gynekologů v obcích Karlovarského kraje

Následující tabulka analyzuje nejlepší a nejhorší časovou dostupnost ordinací gynekologů v obcích v rámci jednotlivých SO ORP Karlovarského kraje.

Tabulka 23 Časová dostupnost ordinací gynekologů v obcích v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019

SO ORP	Obec s nejlepší časovou dostupností (min)	Obec s nejhorší časovou dostupností (min)
Aš	Krásná (3)	Hranice (26)
Cheb	Poustka (6)	Luby (39)
Karlovy Vary	Černava (4)	Valeč (45)
Kraslice	Rotava (9)	Přebuz (46)
Mariánské Lázně	Velká Hleďsebe (3)	Prameny (18)
Ostrov	Horní Blatná (4)	Doupovské Hradiště (44)
Sokolov	Rovná, Šabina (3)	Habartov (22)

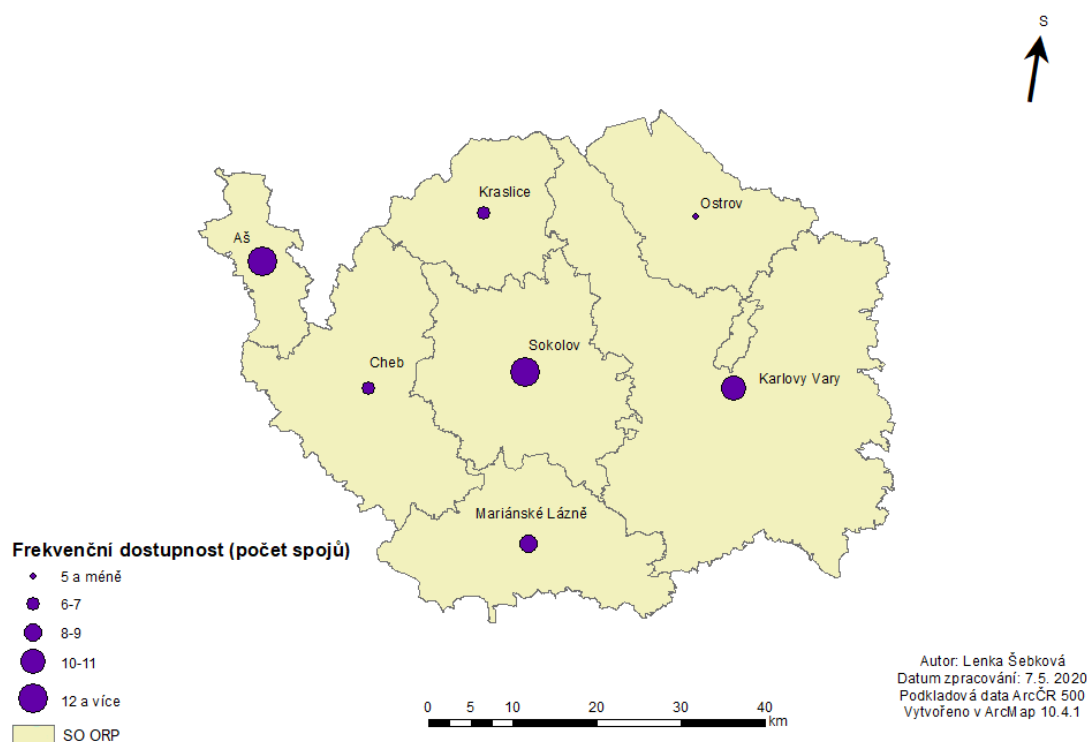
Zdroj: NRPZS a IDOS (2019), zpracováno Lenkou Šebkovou

Nejlepší časová dostupnost ordinací gynekologů je v obcích Krásná z SO ORP Aš, Velká Hleďsebe z SO ORP Mariánské Lázně a Rovná a Šabina z SO ORP Sokolov (3 minuty). Nejhorší je v obci Přebuz v SO ORP Kraslice, a to 46 minut.

8.4.13 Frekvenční dostupnost ordinací gynekologů v SO ORP v Karlovarském kraji

Následující mapa znázorňuje průměrnou frekvenční dostupnost meziměstských a příměstských spojů do nejbližších obcí s ordinací gynekologa v rámci jednotlivých SO ORP Karlovarského kraje (obrázek 11).

Obrázek 11 Frekvenční dostupnost ordinací gynekologů v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019



Zdroj: Vlastní zpracování v ArcGIS dle dat ArcČR 500, NRPZS a IDOS (2019)

Nejlepší frekvenční dostupnost do obcí s ordinacemi gynekologů je v SO ORP Aš a SO ORP Sokolov, v průměru 12 a více spojů. Nejhorší frekvenční dostupnost s 5 a méně spoji je v SO ORP Ostrov.

8.4.14 Frekvenční dostupnost ordinací gynekologů v obcích Karlovarského kraje

Následující tabulka analyzuje nejlepší a nejhorší frekvenční dostupnost meziměstských a příměstských spojů do nejbližších obcí s ordinací gynekologa v rámci jednotlivých SO ORP Karlovarského kraje.

Tabulka 24 Frekvenční dostupnost ordinací gynekologů v obcích v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019

SO ORP	Obec s nejlepší frekvenční dostupností (počet spojů)	Obec s nejhorší frekvenční dostupností (počet spojů)
Aš	Krásná (18)	Hazlov (10)
Cheb	Vojtanov (16)	Tuřany (2)
Karlovy Vary	Jenišov (56)	Vrbice (1)

Kraslice	Rotava (19)	Přebuz (2)
Mariánské Lázně	Velká Hleďsebe (32)	Stará Voda (2)
Ostrov	Hájek (18)	Doupovské Hradiště (1)
Sokolov	Dolní Rychnov (38)	Dasnice (4)

Zdroj: NRPZS a IDOS (2019), zpracováno Lenkou Šebkovou

Obcí s nejlepší frekvenční dostupností je obec Jenišov z SO ORP Karlovy Vary. Nejhorší frekvenční dostupnost je v obcích Vrbice a Doupovské Hradiště, pouze jedno spojení ve zkoumaném čase.

8.4.15 Regionální srovnání samostatných ambulantních zařízení

Následující tabulka porovnává počet samostatných ambulantních ordinací praktických lékařů pro dospělé, praktických lékařů pro děti a dorost, stomatologů a gynekologů pomocí ukazatele počtu ordinací na 1000 obyvatel v Karlovarském, Plzeňském a Libereckém kraji s celorepublikovými průměry.

Tabulka 25 Samostatná ambulantní ordinace ve vybraných regionech k 31.12. 2018

Samostatné ordinace lékařů	Karlovarský kraj	Plzeňský kraj	Liberecký kraj	Česko
Praktických pro dospělé	118	343	263	4 587
na 1000 obyvatel ve věku 15 a více	0,47	0,69	0,71	0,51
Praktických pro děti a dorost	56	141	107	1 875
na 1000 obyvatel ve věku 0-14	1,26	1,56	1,49	1,11
Stomatologů	139	346	245	5 676
na 1000 obyvatel	0,47	0,59	0,55	0,53
Gynekologů	48	132	75	1 278
na 1000 žen	0,32	0,45	0,33	0,24

Zdroj: Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (2020), zpracováno Lenkou Šebkovou

Z mnou porovnávaných regionů má nejhorší dostupnost ve všech zkoumaných oborech ambulantních zařízení Karlovarský kraj. U ordinací praktických lékařů pro děti a dorost a gynekologických ordinací je však dostupnost lepší, než je celorepublikový průměr. Nejlepší dostupnost ambulantních zařízení podle ukazatele na 1000 obyvatel je v Plzeňském kraji, kde je ve všech oborech nadprůměrná oproti výsledkům za ČR.

Závěr

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zhodnotit dostupnost zdravotních služeb v jednotlivých oborech poskytování péče pro oblasti Karlovarského kraje. Nejprve v práci analyzuji zdravotní stav obyvatelstva kraje pomocí ukazatelů z databází NZIS ČR. Kraj vykazuje vysoké hodnoty v úmrtnosti kojenců, která je téměř dvojnásobná oproti celorepublikovému průměru a vyšší je i počet osob na 100 000 obyvatel léčících se s diabetem, dobré výsledky má kraj v nově hlášených případech syfilis a tuberkulózy, ty patří mezi nejnižší v celé ČR. Podle zvolených ukazatelů je zdravotní stav v Karlovarském kraji horší, než je průměr v České republice, což klade větší důraz na potřebu dostupné zdravotní péče.

Dostupnost zdravotní péče byla porovnávána s krajem Plzeňským a Libereckým, prvním ukazatelem pro analýzu dostupnosti byl počet lékařů. Nejlepší dostupnost lékařské péče je v Plzeňském kraji, zde připadá na 1000 obyvatel nejvíce všech lékařů, lékařů pracujících v nemocnicích, lékařů pracujících v odborných léčebných ústavech a lékařů pracujících ve zvláštních zdravotnických zařízeních. V Karlovarském kraji je pak nejvíce lázeňských lékařů a ambulantních specialistů na 1000 obyvatel, v ostatních oborech je však počet lékařů průměrný až podprůměrný. Nejhorší dostupnost nemocničních zařízení je z mnou porovnávaných krajů v kraji Karlovarském. Zde připadá na jedno zařízení 59 137,2 osob, což je o téměř 5000 osob více než je celorepublikový průměr, kraj má také nejméně lůžek na 1000 obyvatel. Také dostupnost ambulantních zařízení na 1000 obyvatel je z porovnávaných regionů nejhorší, u ordinací praktických lékařů pro děti a dorost a gynekologických ordinací je však dostupnost lepší, než je celorepublikový průměr.

V rámci Karlovarského kraje je podle počtu lékařů a ambulantních zařízení na 1000 obyvatel nejlepší dostupnost v okrese Karlovy Vary. Nejhorší dostupnost je v okrese Sokolov, kde je nejhorší situace v ordinacích gynekologů, na jednu ordinaci připadá 3 695,2 žen. Podobná situace je i v ordinacích stomatologů, kde na jednu ordinaci připadá 3 046,3 obyvatel.

Časová dostupnost nemocnic je nejlepší v SO ORP Mariánské Lázně, nejhorší v SO ORP Aš a SO ORP Kraslice, odkud musejí pacienti dojíždět do sousedních SO ORP. V SO ORP AŠ je nejlepší časová dostupnost výjezdových základen zdravotnické

záchranné služby a ordinací stomatologů, nejlepší časová dostupnost ordinací praktických lékařů a gynekologů je pak v SO ORP Sokolov.

Nejlepší frekvenční dostupnost nemocnic je v SO ORP s nejvyššími počty obyvatel: SO ORP Karlovy Vary a SO ORP Sokolov. Nejlepší dostupnost ordinací praktických lékařů je v SO ORP Karlovy Vary a SO ORP Aš. V SO ORP Sokolov společně s SO ORP Aš je také nejlepší frekvenční dostupnost ordinací stomatologů a gynekologů. Nejhorší frekvenční dostupnost všech zkoumaných oborů je v SO ORP Ostrov, kde se většina obcí nachází v horských méně přístupných oblastech.

Nejlepší dostupnost zdravotních služeb je ve větších městech a v jejich okolí, nejhůře dostupné jsou zdravotní služby v příhraničních a horských oblastech a v obcích, které se nachází v blízkosti vojenského výcvikového prostoru Hradiště.

Výzkum by se dále mohl zabývat analýzou dalších oborů zdravotní péče, analýzou kvality poskytovaných služeb nebo analýzou dostupnosti zdravotních služeb v době pandemie covidu-19.

Seznam použitých zdrojů

- Arcdata Praha (2019). ArcČR. Dostupné 3. 5. 2020 z <https://www.arcdata.cz/produkty/geograficka-data/arccr-500>
- Barták, M. (2010). *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha, Česko: Wolters Kluwer
- Čeledová, L. a kol. (2017). *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha, Česko: Karolinum
- České dráhy (2020). ČD v Karlovarském kraji. Dostupné 3. 5. 2020 z <https://www.cd.cz/cd-v-regionech/karlovarsky-kraj/cd-karlovarsky-kraj/-9350/>
- Český statistický úřad (2020). Charakteristika Karlovarského kraje. Dostupné 3.5. 2020 z https://www.czso.cz/csu/xk/charakteristika_karlovarskeho_kraje
- Český statistický úřad (2019a). Statistická ročenka Karlovarského kraje 2019. Dostupné 3. 5. 2020 z <https://www.czso.cz/documents/10180/91280930/33008319.pdf/2bd58a4f-d49c-45b0-a607-f0700a898f6b?version=1.1>
- Český statistický úřad (2019b). Veřejná databáze. Dostupné 3. 5. 2020 z <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=statistiky>
- Dolanský, H. (2008). *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. Opava, Česko: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství
- Durdisová, J. (2005). *Ekonomika zdraví*. Praha, Česko: Oeconomica
- Garkisch, D. (2019). Kam vás odveze záchranka? Máte v nouzi právo zvolit si nemocnici? *Nasezdravotnictvi.cz* Dostupné 3. 5. 2020 z <https://www.nasezdravotnictvi.cz/aktualita/kam-vas-odveze-zachranka-mate-v-nouzi-pravo-zvolit-si-nemocnici>
- Google (2019). Google maps. Dostupné 3. 5. 2020 z <https://www.google.cz/maps>
- Graves, B. (2009). A Model for Assessment of Potential Geographical Accessibility: A Case for GIS. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 9(1), 46 - 55. Dostupné z <https://rnojjournal.binghamton.edu/index.php/RNO/article/view/102>
- Hare, B. & Barcus, H. (2007). Geographical accessibility and Kentucky's heart-related hospital services. *Applied Geography*, 27(3-4), 181 – 205. Dostupné z <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0143622807000124>
- Hartmann (2018). Moderní spádovost vychází z diagnózy pacienta. *InSIGHT* (2), 16 - 17. Dostupné 3. 5. 2020 z <https://www.hartmann.info/cs-cz/novinky/1/cz/casopis>
- Holčík, J., Kaňová, P., & Prudil, L. (2005). *Systém péče o zdraví a zdravotnictví východiska, základní pojmy a perspektivy*. Brno: Česko: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
- Hudeček, T. a kol. (2016). *Atlas dopravní dostupnosti v České republice*. Dostupné z http://www.obcepro.cz/data/atlas_dopravni_dostupnosti.pdf
- Idnes.cz (2019). Idos. Dostupné 3. 5. 2020 z <https://idos.idnes.cz/vlakyautobusymhdvse/spojeni/>

Janečková, H., & Hnilicová, H. (2009). *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha, Česko: Portál

Karlovarský kraj (2020). Dopravní a technická infrastruktura Karlovarského kraje. Dostupné 3. 5. 2020 z <http://www.karlovyvary-region.eu/cz/o-karlovarskem-kraji/dopravni-a-technicka-infrastruktura>

Ministerstvo zdravotnictví ČR (2018a). Dostupnost hrazených služeb. Dostupné 3. 5. 2020 z https://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/dostupnost-hrazenych-sluzeb-3440_29.html

Ministerstvo zdravotnictví ČR (2014). Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Dostupné 3. 5. 2020 z https://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html

Ministerstvo zdravotnictví ČR (2018b). Zdravotní pojišťovny. Dostupné 3. 5. 2020 z http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/zdravotni-pojistovny_3307_29.html

Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.

Šídlo, L., Novák, M., Štych, P. & Burcin, B. (2017). *Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče* (Souhrnná studie), Karlova univerzita, Přírodovědecká fakulta, Česká republika. Dostupné z <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/souhrnna-studie.pdf>

Ursulica, T. (2016). The Relationship between Health Care Needs and Accessibility to Health Care Services in Botosani County – Romania. *Procedia Environmental Sciences*, 32, 300 – 310. Dostupné z <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878029616001754?via%3Dihub>

ÚZIS ČR (2019a). Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb. Dostupné 3. 5. 2020 z <https://nrpzs.uzis.cz>

ÚZIS ČR (2014). Regionální zpravodajství NZIS. Dostupné 3. 5. 2020 z <https://reporting.uzis.cz/bm/index.php?pg=statisticke-vystupy--ekonomicke-ukazatele--hospodareni-poskytovatelu-nemocnice--naklady-nemocnic-podle-zrizovatele-v-tis-kc>

ÚZIS ČR (2019b). Zdravotnická ročenka České republiky 2018. Dostupné 3. 5. 2020 z <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (2020). Pojištěnci. Dostupné 3. 5. 2020 z <https://www.vzp.cz/pojistenci>

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě.

Zavázalová, H. a kol., (2004). *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. (2. vyd.) Praha, Česko: Karolinum

Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje (2020). Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje. Dostupné 3. 5. 2020 z <https://www.zzskvk.cz>

Seznam tabulek

Tabulka 1 Dojezdová doba vyjadřující místní, resp. časovou dostupnost hrazených služeb podle oborů nebo služeb poskytovaných poskytovateli ambulantní péče	29
Tabulka 2 Dojezdová doba vyjadřující místní, resp. časovou dostupnost hrazených služeb podle oborů nebo služeb poskytovaných poskytovateli lůžkové péče	30
Tabulka 3 Plánované hrazené služby se lhůtou časové dostupnosti	31
Tabulka 4 Počet obyvatel k 31.12. 2018 v Karlovarském kraji a jeho SO ORP	35
Tabulka 5 Pohyb obyvatelstva Karlovarského kraje v letech 2009 - 2019	35
Tabulka 6 Vybrané ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva za rok 2018 ve vybraných regionech.....	40
Tabulka 7 Počet zemřelých v Karlovarském kraji v roce 2018 podle pohlaví a věku ...	41
Tabulka 8 Počet úmrtí způsobených vybranými příčinami smrtí v letech 2016 – 2018 v Karlovarském kraji	42
Tabulka 9 Vývoj počtu lékařů v Karlovarském kraji v letech 2000 – 2014.....	43
Tabulka 10 Počet zdravotnických pracovníků v Karlovarském kraji podle okresů k 31.12. 2018	44
Tabulka 11 Počet lékařů ve vybraných regionech k 31.12. 2018.....	45
Tabulka 12 Časová dostupnost nemocnic v obcích v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019.....	47
Tabulka 13 Frekvenční dostupnost nemocnic v obcích v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019.....	49
Tabulka 14 Vývoj počtu hospitalizací a lůžek v nemocnicích v letech 2016 – 2018 v Karlovarském kraji	50
Tabulka 15 Hospitalizace ve vybraných regionech za rok 2018	50
Tabulka 16 Časová dostupnost výjezdových základů zdravotnické záchranné služby v obcích v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019.....	53
Tabulka 17 Samostatná ambulantní zařízení v Karlovarském kraji podle okresů k 31.12. 2018	54

Tabulka 18 Počet obcí bez ordinací praktických lékařů pro dospělé v roce 2019	55
Tabulka 19 Časová dostupnost ordinací praktických lékařů pro dospělé v obcích v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019	57
Tabulka 20 Frekvenční dostupnost ordinací praktických lékařů pro dospělé v obcích v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019	58
Tabulka 21 Časová dostupnost ordinací stomatologů v obcích v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019.....	60
Tabulka 22 Frekvenční dostupnost ordinací stomatologů v obcích v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019	61
Tabulka 23 Časová dostupnost ordinací gynekologů v obcích v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019.....	63
Tabulka 24 Frekvenční dostupnost ordinací gynekologů v obcích v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019	64
Tabulka 25 Samostatná ambulantní ordinace ve vybraných regionech k 31.12. 2018 ...	65

Seznam obrázků

Obrázek 1 Silniční síť na území Karlovarského Kraje	37
Obrázek 2 Železniční síť na území Karlovarského kraje.....	38
Obrázek 3 Časová dostupnost nemocnic v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019	47
Obrázek 4 Frekvenční dostupnost nemocnic v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019	48
Obrázek 5 Časová dostupnost výjezdových základen zdravotnické záchranné služby v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019.....	52
Obrázek 6 Časová dostupnost ordinací praktických lékařů pro dospělé v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019.....	56
Obrázek 7 Frekvenční dostupnost ordinací praktických lékařů v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019	58
Obrázek 8 Časová dostupnost ordinací stomatologů v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019.....	59
Obrázek 9 Frekvenční dostupnost ordinací stomatologů v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019.....	61
Obrázek 10 Časová dostupnost ordinací gynekologů v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019.....	62
Obrázek 11 Frekvenční dostupnost ordinací gynekologů v SO ORP v Karlovarském kraji v roce 2019.....	64

Seznam použitých zkratk

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

Eurostat- Statistický úřad Evropské unie

GIS – geografické informační systémy

IDOS – Informační dopravní systém

MKN - Mezinárodní statistická klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti

NRPZS - Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb

NZIS ČR - Národní zdravotnický informační systém České republiky

ORP – obec s rozšířenou působností

SO ORP - správní obvod obce s rozšířenou působností

SRN – Spolková republika Německo

USA - United States of America

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky

VZP ČR – Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

WHO - World Health Organization

Abstrakt

Šebková, L. (2020). *Vyhodnocení dostupnosti zdravotních služeb v jednotlivých oborech poskytování péče pro oblasti Karlovarského kraje* (Bakalářská práce), Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta ekonomická, Česko.

Klíčová slova: dostupnost zdravotní péče, dostupnost zdravotnických služeb, Karlovarský kraj

Bakalářská práce se zabývá hodnocením dostupnosti zdravotních služeb v Karlovarském kraji. Teoretickou část bakalářské práce zahajují rozbořením odborné literatury a vymezení zde základních pojmů týkajících se zdravotních služeb a jejich dostupnosti. V praktické části analyzují dostupnost pomocí statistických ukazatelů z dat získaných z ročenek Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. V další části práce analyzují časovou a frekvenční dostupnost nemocnic, výjezdových základen zdravotnické záchranné služby a samostatných ambulantních ordinací praktických lékařů pro dospělé, stomatologů a gynekologů v rámci jednotlivých SO ORP Karlovarského kraje. V Karlovarském kraji je podle statistických ukazatelů nejlepší dostupnost zdravotních služeb v okrese Karlovy Vary. Dopravní dostupnost samostatných ambulantních zařízení je nejlepší v SO ORP Aš a Sokolov, nejhorší v SO ORP Kraslice a SO ORP Ostrov.

Abstract

Šebková, L. (2020). *Evaluation of availability of health services in individual fields of care provision for areas of the Karlovy Vary Region* (Bachelor Thesis). University of West Bohemia, Faculty of Economics, Czech Republic.

Key words: availability of health care, availability of health services, Karlovy vary Region

The bachelor thesis deals with the evaluation of the availability of health services in the Karlovy Vary Region. I begin the theoretical part of the bachelor thesis by analysing the specialised literature and defining the basic concepts here regarding health services and their availability. In the practical part, I analyse availability using statistical indicators from data obtained from the yearbooks of the Czech Statistical Office and the Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic. In the next part of the thesis, I analyse the time and frequency availability of hospitals, ambulance bases and separate outpatient surgeries of general practitioners for adults, dentists and gynaecologists within the individual SO ORP of the Karlovy Vary Region. According to statistical indicators, the Karlovy Vary district has the best availability of health services in the Karlovy Vary Region. Transport accessibility of separate outpatient surgeries is best in SO ORP Aš and Sokolov, worst in SO ORP Kraslice and SO ORP Ostrov.