

UNIVERZITA PALÁCKÉHO V OLOMOUCI

Přírodovědecká fakulta

Katedra geografie

Bc. Petra Konečná

Dostupnost primární zdravotní péče ve vybraném venkovském regionu
Hlučínska

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: doc. RNDr. Zdeněk Szczyrba Ph.D.

Olomouc 2023

Bibliografický záznam

- Autor (osobní číslo):** Bc. Petra Konečná (R200640)
- Studijní obor:** Učitelství geografie pro SŠ (kombinace Z-AJ)
- Název práce:** Dostupnost primární zdravotní péče ve vybraném venkovském regionu Hlučínska
- Typ práce:** diplomová práce
- Title of thesis:** Availability of primary health care in the selected rural region of Hlučín
- Vedoucí práce:** doc. RNDr. Zdeněk Szczyrba Ph.D.
- Rozsah práce:** 95 stran, 5 příloh
- Abstrakt:** Diplomová práce se zabývá místní dostupností jednotlivých druhů primární zdravotní péče v obcích na Hlučínsku. Práce se zaměřuje na sledování výskytu jednotlivých zařízení primární zdravotní péče na Hlučínsku a zjištění stavu místní dostupnosti poskytovatelů primární zdravotní péče obcí, které touto péčí nedisponují do obcí, ve kterých se nachází všechny čtyři typy primární zdravotní péče, což je zároveň hlavním cílem práce. Dalšími cíli bylo srovnání systému primární zdravotní péče v České republice a v Evropě a posouzení, zda aktuální počet ordinací na Hlučínsku je pro jeho obyvatele dostačující.
- Klíčová slova:** primární zdravotní péče, dostupnost, obslužnost, venkov, Hlučínsko
- Abstract:** The diploma thesis deals with the local availability of individual types of primary health care in the municipalities of the Hlučín area. The thesis focuses on monitoring the occurrence of individual primary health care facilities in the Hlučín area. It also focuses on ascertaining the state of local availability of primary

health care providers in municipalities that do not have this care to municipalities in which all four types of primary health care are located. This is also the main goal of the work. Other goals were a comparison of the primary health care system in the Czech republic and in Europe and an assessment of whether the current number of health facilities in the Hlučínsko area is sufficient for its residents.

Keywords:

primary health care, availability, serviceability, rural area, Hlučín area

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Přírodovědecká fakulta

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Petra KONEČNÁ**
Osobní číslo: **R200640**
Studijní program: **N0114A330001 Učitelství geografie pro střední školy**
Téma práce: **Dostupnost primární zdravotní péče ve vybraném venkovském regionu Hlučínska**
Zadávající katedra: **Katedra geografie**

Zásady pro vypracování

Cílem diplomové práce je zhodnotit dostupnost zařízení primární zdravotní péče ve venkovském regionu Hlučínska, tedy zjistit jak fyzický stav jednotlivých zařízení (na základě pasportizace), tak dostupnost primární zdravotní péče v daném regionu (vlastní výzkum). Při studiu problematiky se autorka seznámí s předemtnou odbornou literaturou a také výstupu projektu TAČR Omega "Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče jako klíčového aspektu zdravotní péče v ČR" (č. TD03000312). Závěrem autorka zhodnotí výsledky výzkumu na Hlučínsku.

Rozsah pracovní zprávy: **20 000 – 24 000 slov**
Rozsah grafických prací: **Podle potřeb zadání**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

Burcin, B., Šídlo, L. (2017): Budoucí dostupnost primární zdravotní péče v Česku. Praha: Univerzita Karlova, 21 s.
Ettelt, S. et al. (2008): Capacity planning in health care. A review of the international experience. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO European Centre for Health Policy.
Šídlo, L., Novák, M., Štych, P., Burcin, B. (2017): Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče. Souhrnná studie. Praha: Univerzita Karlova, 30 s.
Šídlo, L., Štych, P., Burcin, B. (2017): K otázce hodnocení dostupnosti zdravotní péče v Česku (Assessing health care accessibility in Czechia). Časopis lékařů českých 156(1): 43-50.
Štych, P., Šídlo, L., Novák, M., Hořínek, M. (2017): Místní dostupnost primární zdravotní péče v Česku. Ambulantní gynekologie [Specializovaná mapa s odborným obsahem]. Praha: Nakladatelství P3K
Szczyrba, Z., Fiedor, D., Kunc, J. (2013): Služby ve venkovských regionech Česka kvantitativní hodnocení změn v uplynulém transformačním období (příspěvek ke studiu venkova). In Klimová, V., Žitek, V., eds. XVI. mezinárodní kolokvium o regionálních vědách. Brno (Masarykova univerzita), pp. 212-222.
Vaněk, D. (2014): Analýza dostupnosti zdravotní péče v Česku [Diplomová práce]. Praha: Univerzita Karlova.
+ další relevantní literatura

Vedoucí diplomové práce: **doc. RNDr. Zdeněk Szczyrba, Ph.D.**
Katedra geografie

Datum zadání diplomové práce: 29. ledna 2021
Termín odevzdání diplomové práce: 10. dubna 2022

L.S.

doc. RNDr. Martin Kubala, Ph.D.
děkan

prof. RNDr. Marián Halás, Ph.D.
vedoucí katedry

V Olomouci dne 29. ledna 2021

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením pana doc. RNDr. Zdeňka Szczyrby, Ph.D. a veškerou použitou literaturu a zdroje jsem řádně uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 20. 4. 2023

Bc. Petra Konečná

.....

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat svému vedoucímu diplomové práce panu doc. RNDr. Zdeňkovi Szczyrbovi, Ph.D. za ochotu, shovívavost a cenné rady. Také bych ráda poděkovala své rodině, především svému manželovi Ing. Janu Konečnému a své mamince Mgr. Monice Kubincové za věcnou a morální podporu.

Obsah

1	Úvod.....	9
2	Cíle a metody práce	11
3	Venkov a problémy s jeho obslužností: současná diskuse k dané problematice	15
3.1	Dostupnost primární zdravotní péče.....	19
4	Problematika primární zdravotní péče v širších souvislostech.....	23
5	Historie, současnost a perspektivy primární zdravotní péče v České republice.	28
5.1	Poskytovatelé primární péče.....	31
5.2	Hlavní závěry k výzkumu dostupnosti primární zdravotní péče v České republice	34
6	Charakteristika zájmového území.....	37
7	Demografická situace na Hlučínsku	41
8	Vybavenost obcí zařízeními primární zdravotní péče	56
9	Dojíždka za zdravotními službami – Dopravní dostupnost primární zdravotní péče v mikroregionu Hlučínsko	59
9.1	Dopravní obsluha po železnici a veřejnou autobusovou dopravou	59
9.2	Místní dostupnost primární zdravotní péče ve vybraných obcích.....	61
9.3	Obce bez zastoupení jednotlivých druhů primární zdravotní péče	62
10	Plánovací strategie pro dostupnost zdravotnických služeb.....	72
11	Závěr	76
12	Summary	79
13	Seznam použitých zkratk.....	80
14	Seznam literatury a zdrojů	81
14.1	Literární zdroje	81
14.2	Internetové zdroje.....	83
15	Seznam obrázků	86
16	Seznam tabulek	88
17	Přílohy.....	89

1 Úvod

Zdravotní péče je nedílnou součástí života každého občana dané země. Jedná se o rozsáhlý pojem, jehož součástí je například ambulantní či lůžková péče, zdravotnická záchraná služba, preventivní péče a další. Tuto veřejnou službu za svůj život využije a potřebuje každý člověk.

Sektor služeb byl do roku 1989 poměrně zanedbávaným odvětvím. Progresivní růst nastává v devadesátých letech minulého století, čímž přispěl také k poklesu míry nezaměstnanosti zapříčiněné především transformací v oblasti průmyslu a zemědělství. Největší podíl na počáteční dynamice služeb měly sociální služby, školství a zdravotnictví, dále pak služby pro podniky a doprava. Ostatní komerční služby stagnovaly. V dalších letech nastává rozmach i dalších služeb, především bankovníctví, pojišťovnictví apod. (Holub, 2000).

V současné době je stav služeb v rámci České republiky na dobré úrovni. Česká republika má hustou železniční dopravní síť, hustou síť silnic, kterou využívá veřejná autobusová doprava a obce jsou těmito službami dobře zajištěny. U ostatních služeb se dá vysledovat jejich větší koncentrace ve městech či větších obcích a venkov bývá opomíjen. Také před rokem 1989 byli lidé zvyklí za některými druhy služeb, např. do bank, dojíždět do měst. Základní typy služeb jako obchod, pohostinství, škola, zdravotní středisko se vyskytovaly ve většině větších či střediskových obcích. S rozvojem služeb po roce 1989 i v těchto obcích vznikaly nové obchody, restaurace, či jiné druhy služeb. Některé zanikly, jiné přetrvaly. Pandemie onemocnění COVID-19 se podepsala nejen na zdraví občanů, ale i na nabídce některých druhů služeb. Situaci ve zdravotních službách ani tak nepoznamenala pandemie jako fakt, že lékaři sloužící v těchto lokalitách postupně stárli, odcházeli do důchodu a obecním úřadům se nedařilo jejich místa obsadit novými lékaři. Pro mladé lékaře je město, co se jejich působení týká, většinou atraktivnější než venkov, a mnohdy ani příslib bydlení, či finanční podpory nebývá dostatečnou motivací. Tím se zvyšuje počet pacientů dojíždějících za zdravotnickými službami primární zdravotní péče do měst a vesnic, ve kterých tyto služby zůstávají. Dostupnost zdravotních služeb je dána platnou legislativou a tu zajišťují zdravotní pojišťovny prostřednictvím sítě svých smluvních partnerů – poskytovatelů zdravotních služeb. Přesto existují lokality, zvláště

v pohraničí, kde je se zajištěním některých zdravotních služeb problém. Z ekonomického hlediska a situace na trhu práce není možné, aby v každé, i té nejzapadlejší vesnici, působil praktický lékař pro dospělé či děti nebo stomatolog. A tak bývají lékaři ve venkovských regionech rozseti tak, aby byla splněna podmínka vládního nařízení a lidé musí chtít nechtít za zdravotnickými službami dojíždět.

Předložená diplomová práce se zabývá zhodnocením a porovnáním primární zdravotní péče u nás a v Evropě. Dále také místní dostupností primární zdravotní péče v obcích, které spadají do Sdružení obcí Hlučínska, které vzniklo právě na podporu rozvoje daných obcí v různých oblastech života jejich obyvatel. Dalším tématem, které vyplynulo při sledování primární zdravotní péče, je zhodnocení stavu počtu pacientů, kteří připadají na jednu ordinaci.

2 Cíle a metody práce

Hlavním cílem předkládané diplomové práce je zjištění rozložení sítě primární zdravotní péče ve venkovském regionu Hlučínska a analýza stavu místní dostupnosti primární zdravotní péče ve vybraných obcích. Jedná se o obce, ve kterých nepůsobí žádný poskytovatel primární zdravotní péče a obyvatelé těchto obcí musí za primární zdravotní péčí dojíždět.

Problematika zdravotních služeb zasahuje do života všech občanů. Aby bylo možné posoudit jejich současný stav je důležité porovnat vývoj primární zdravotní péče a její současný stav se státy v Evropě. Dílčím cílem práce je porovnání primární zdravotní péče u nás a ve státech Evropské unie.

Ne všichni obyvatelé využívají všechny druhy primární zdravotní péče, např. obor ambulantní gynekologie je určen primárně ženám, praktický lékař pro děti, dorost a pro dospělé pacienty se zase věnuje různým věkovým skupinám. Zjištění, zda současný stav počtu ordinací je dostačující pro obyvatele sledované oblasti, je dílčím cílem práce.

V teoretické části byla vypracována rešerše literatury, byly k tomu využity zdroje domácí i zahraniční literatury týkající se sledované problematiky, dále odborné články, studie, analýzy a zdroje na internetu. V praktické části byly uplatněny sekundární zdroje: znění zákonů ČR, mapy.cz, IDOS, jízdní řády ČD, data z databází ČSÚ. Pro relativní zhodnocení vývoje počtu obyvatel jednotlivých obcí na Hlučínsku byly použity vzorce pro výčet bazického indexu, indexu stáří, hrubé míry migračního salda, hrubé míry přirozeného přírůstku a indexu ekonomického zatížení.

Místní dostupnost primární zdravotní péče byla posuzována jak pro osobní automobilovou, tak veřejnou hromadnou dopravu v běžný pracovní den v době mezi šestou hodinou ráno a čtvrtou hodinou odpolední. Autorka vychází z předpokladu, že pokud se v obci nenachází žádná ordinace pro primární zdravotní péči, zvolí si občané regionu pro uspokojení zdravotních služeb jednu z obcí, ve které se nachází všechny čtyři typy sledované primární zdravotní péče. Toto omezení bylo použito pro zmapování situace místní dostupnosti. Vzhledem k tomu, že každý občan si může svého ošetřujícího lékaře zvolit sám, a tudíž mít zubaře či gynekologa v jiných obcích, nebylo by možné posoudit všechny možné kombinace lékařů, které by mohly nastat.

Také je možné předpokládat, že si občané regionu volí své lékaře mimo region ve větších městech, se kterými region sousedí, jako jsou města Opava či Ostrava. Proto autorka volí tuto možnost. U osobní automobilové dopravy autorka vycházela z portálu mapy.cz a volila vždy trasu, která je vedena po pozemních komunikacích na území České republiky, hlavně u obcí, které se nachází v blízkosti státních hranic s Polskem, a trasa byla vedena z centra výchozí obce do centra obce sledované. V potaz byla brána trasa rychlá s provozem. Zjištěné doby neberou v potaz dobu, kterou musí pacient urazit pěšky do daného zdravotnického zařízení z místa, kde ponechá zaparkovaný automobil. U veřejné hromadné dopravy autorka vycházela ze stránek Českých drah a jejich platných jízdních řádů pro vlakovou dopravu a ze stránek IDOS pro autobusová spojení. Zde byly brány v potaz autobusové zastávky v blízkosti centra obce. Po zpracování údajů byly vytvořeny grafické výstupy pro jednotlivé obce, které znázorňují, které obce splňují kritéria místní dostupnosti a jakým druhem použité dopravy.

Při hodnocení vývoje počtu obyvatel a demografického vývoje byly použity následující výpočetní vzorce:

$$\text{Bazický index: } I_b = \frac{x_t}{x_b} \times 100 \%$$

x_t – vybrané roky

x_b – základní rok

Bazický index porovnává vývoj počtu obyvatel jednotlivých obcí. Značí se obecně I_b , kde b je bazický rok, ke kterému se hodnoty vztahují a t rok konkrétní, který se porovnává s bazickým rokem.

$$\text{Index stáří: } I_s = \frac{P_{65+}}{P_{0-14}} \times 100$$

P_{65+} – počet obyvatel ve věku 65 a více let

P_{0-14} – počet obyvatel ve věku 0-14 let

Index stáří vyjadřuje počet osob ve věku 65 a více let na 100 osob ve věku 0-14 let na stejném území, ve stejném časovém období (MMR, 2023).

$$\text{Migrační saldo: } M = I - E$$

I – počet přistěhovalých

E – počet vystěhovalých

Migrační saldo vyjadřuje rozdíl mezi počtem přistěhovalých a vystěhovalých ve zkoumaném územním celku. Je-li počet přistěhovalých vyšší než počet vystěhovalých, jedná se o pozitivní migrační saldo (migrační růst). Na druhou stranu, převažuje-li počet vystěhovalých nad počtem přistěhovalých, jde o negativní migrační saldo (migrační úbytek) (zdroj: web.natur.cuni.cz).

$$\text{Hrubá míra migračního salda: } hmms = \frac{M_s}{S} \times 1000$$

M_s – migrační saldo

S – střední stav obyvatelstva

Hrubá míra migračního salda ukazuje migrační saldo na 1 000 obyvatel středního stavu daného roku.

$$\text{Přirozený přírůstek: } PP = N - M$$

N – živě narození (natalita)

M – zemřelí (mortalita)

Přirozený přírůstek je rozdíl mezi počtem živě narozených dětí a celkovým počtem zemřelých osob ve stejném období, na stejném území.

$$\text{Hrubá míra přirozeného přírůstku: } hmpp = \frac{N-M}{S} \times 1000$$

N – živě narození (natalita)

M – zemřelí (mortalita)

S – střední stav obyvatelstva

Hrubá míra přirozeného přírůstku se získá přepočtem přirozeného přírůstku na 1 000 obyvatel středního stavu (ČSÚ, 2001). Středním stavem obyvatelstva se rozumí počet obyvatel k 1. červenci daného kalendářního roku (zdroj: lekarske.slovniky.cz).

$$\text{Index ekonomického zatížení: } I_{ez} = \frac{P_{0-14} + P_{65+}}{P_{15-64}} \times 100$$

P_{0-14} – počet obyvatel ve věku 0-14 let

P_{15-64} – počet obyvatel ve věku 15-64 let

P_{65+} - počet obyvatel ve věku 65 a více let

Index ekonomického zatížení vypovídá o poměru počtu seniorů a dětí (obyvatelé ve věku 0-14 let a 65 a více let) k počtu obyvatel v ekonomicky aktivním věku (obyvatelé ve věku 15-64 let). Vyjadřuje, kolik dětí a seniorů připadá na 100 osob v ekonomicky aktivním věku na stejném území, ve stejném časovém období. Způsob výpočtu tohoto ukazatele konstatuje, že čím menší je výsledná hodnota indexu, tím příznivější je poměr mezi ekonomicky neaktivní a aktivní složkou obyvatelstva (ČSÚ, 2009).

Na cíle této diplomové práce navazují tři výzkumné otázky, jejichž zodpovězení z těchto cílů vychází:

Je dostupnost primární zdravotní péče pro obyvatele obcí SO Hlučínska, kde se nenachází žádný poskytovatel primární zdravotní péče, dostačující z hlediska místní dostupnosti?

Jak moc se přibližuje (oddaluje) systém primární zdravotní péče u nás a v Evropě? V jakých oblastech primární zdravotní péče jsou rozdíly mezi evropskými zeměmi?

Je současný počet ordinací primární zdravotní péče pro obyvatele venkovského regionu Hlučínska dostačující?

V závěru jsou zhodnoceny odpovědi na výzkumné otázky a výstupy diplomové práce s danými cíli.

3 Venkov a problémy s jeho obslužností: současná diskuse k dané problematice

Venkov lze vymezit jako spojité území, které se skládá z volné krajiny a jednotlivých sídel a vymezuje se vždy ukazateli vztaženými k ploše (např. hustota zalidnění). Je však důležité zdůraznit, že vnímání venkova může být poněkud individuální záležitostí (Svobodová, Věžník, 2014).

Perlín (1998) vymezuje venkovská sídla z hlediska urbanistického, architektonického, sociálního, ekonomického, historického, administrativního či statistického. Právě poslední jmenované statistické vymezení venkovského sídla se používá nejběžněji při hodnocení velkého počtu sídel. Dále říká, že pro vymezení hranic nesporně venkovského sídla se v České republice běžně užívá hranice 2000 obyvatel. Existují zde však i sídla, která mají více než 2000 obyvatel a mají jednoznačně charakter venkova, a na druhou stranu jsou zde i sídla, která mají méně než 2000 obyvatel, ale podle hledisek uvedených výše, je jejich struktura spíše městská než venkovská.

Rada Evropy, již v roce 1987, upozorňovala na výzvy a problémy týkající se venkovských oblastí. Šlo o problémy v souvislostech s pokračujícím vylidňováním, úpadkem ekonomik, a tím navazující ztrátou venkovských služeb v mnoha odlehlých a řídko osídlených regionech Evropy (Baldacchino, Neureiter, 2008).

Venkov, a typické rysy s ním spojené, jako jsou vzdálenost, demografické ukazatele stárnutí obyvatelstva či rozptýlení obyvatel, ovlivňují způsoby, jakými jsou služby na venkově poskytovány (Hindle, Annibal, 2011). Problémy venkova se ve své práci zabývá i Paddison s Calderwoodem (2007). Zmiňuje, že služby na venkově jsou znevýhodněny kvůli nepříznivým strukturám nákladů, geografickou izolací i omezeným počtem obyvatel. Právě vylidňování českého venkova není novou problematikou, ale docházelo k němu již v průběhu celého minulého století. Příčinami byla centralizovaně řízená ekonomika a všudypřítomný centralismus, které zde figurovaly před rokem 1989. Ve městech byly podporovány rozsáhlé bytové výstavby a nárůst pracovních pozic v průmyslových podnicích. Podporu mělo také přičleňování menších obcí k větším, tzv. střediskovým. Občanská vybavenost (nákupní střediska, domy, byty, školy, pracovní příležitosti atd.) byla rozvíjena pouze v těchto

střediskových obcích, v ostatních obcích byly tyto služby úplně zrušeny. Tyto obce se pak dají popsat jako tzv. „obslužné pouště“ (Szczyrba, Fiedor, Kunc, 2013). Jedná se o situaci, kdy venkov figuruje jako nezajímavá lokace pro poskytování služeb, a tak právě zařízení občanské vybavenosti tento prostor opouštějí. Důsledkem byl a je odchod velkého počtu obyvatel z venkova do měst a vznik těchto „obslužných pouští“. (Maříková, 2005; Szczyrba, Fiedor, Kunc, 2013).

Více než 80 % evropského území tvoří venkovské oblasti a žije zde více než čtvrtina obyvatelstva. A proto je důležité zajištění kvalitních služeb i v těchto oblastech. Právě poskytování služeb venkovským regionům je klíčovým zájmem, jak pro země patřící do OECD, tak pro země mimo tuto organizaci (OECD, 2010). Je důležité vyzdvihnout vzájemnou propojenost a kompatibilitu mezi venkovskými a městskými oblastmi, i když služby mohou hrát o něco menší roli ve venkovských oblastech než v těch městských. Venkovské regiony jsou navíc heterogenní a potýkají se s mnoha různými problémy. Na druhou stranu, i přes „menší“ význam jsou služby na venkově dominantní složkou venkovského hospodářství. Je potřeba zajistit uspokojení potřeb a přístup ke službám pro populaci venkova. Vzhledem ke všem výzvám, kterým venkovské oblasti čelí, je poskytování služeb nákladnější než ve větších městech. Proto je potřeba hledat nová řešení, jak pracovat na rozvojovém potenciálu venkova, i přes stále omezenější rozpočty (Baldacchino, Neureiter, 2008; OECD, 2010).

V Německu, ve venkovských oblastech, byla zahájena řada aktivit zabývajících se zlepšením poskytování veřejných služeb, jako jsou vzdělání, zdravotnictví, dopravní dostupnost apod. Jako řešení bylo navrženo vytvoření zprostředkovatelských organizací pro regionální rozvoj (jako např. regionální management v Rakousku) či podporu spolupráce malých regionů. Toto řešení ukazuje, jak jsou veřejné služby úzce propojeny a jaký je jejich význam při tvoření základního kamene rozvoje regionů. Cílem je zlepšení vývoje dostupnosti veřejných služeb a tím zajištění kvalitního ekonomického a sociálního života obyvatel venkova a venkovských regionů obecně (Dax, 2006). Podobný názor ve své práci sdílí i Ženka, Šlach a kol. (2018), kteří zmiňují důležitost regionální politiky v otázce rozvoje služeb na venkově. Může dojít k případům, kdy jsou do venkovských oblastí cíleně přesunuty či vytvořeny některé státní organizace (v tomto případě nemocnice), což má za cíl zabránění depopulace

a růstu nezaměstnanosti. Jinými slovy má veřejný sektor povinnost zajistit dostupnost základních služeb ve všech oblastech, nevyjímaje těch venkovských.

Dobu hospodářské a sociální restrukturalizace ve své práci zmiňují Halseth a Ryser (2006). Říkají, že služby poskytují stabilitu a kvalitní životní situaci na venkově a jsou právě silnou základnou pro přilákání ekonomických aktivit a udržení obyvatelstva. Hospodářská obnova vyžaduje více politické pozornosti, aby samotné místní úsilí nemuselo čelit nechtěným negativním následkům.

Veřejné služby jsou jedním ze stěžejních bodů pro rozvoj a udržení kvality venkova. Cílem studie, kterou se zabývali Kuliešiš, Pariegine (2015), bylo poukázat na veřejné služby, po kterých je největší poptávka. Ze studie vyplynulo, že nejlépe fungují sociální služby a vzdělávání dětí. Naopak služby, vyžadující mnoho změn pro zlepšení, jsou zdravotní péče a veřejná doprava.

Dostupnost služeb na venkově, na rozdíl od měst, kde jsou komerční či veřejné služby na dobré úrovni, se situace liší, roli hraje poloha obce, zvláště v oblastech nacházejících se mimo urbanizační centra, počet stálých obyvatel, především u obcí s počtem obyvatel nižším než 200, a v poslední době i nestabilní ekonomická situace. Lidé z venkova, kteří dojíždějí za prací do větších měst, zde často využívají i některé služby, a proto již nemají potřebu využívat je v místě bydliště. Avšak ztráta základních obslužných funkcí, jako jsou například zdravotní a sociální péče či školy, může vést k nespokojenosti obyvatel a jejich následnému odchodu do měst, která jsou mnohem lépe vybavená (Szczyrba, Fiedor, Kunc, 2013).

Zákon o veřejných službách v přepravě cestujících a o změně dalších zákonů (Zákon č. 194/2010 Sb.) definuje dopravní obslužnost jako zajištění dopravy každý den v týdnu, a to zejména dopravu do škol a jiných školských zařízení, k orgánům veřejné moci, do zaměstnání, do zdravotnických zařízení, která poskytují primární zdravotní péči a k uspokojení kulturních, rekreačních a společenských potřeb, zahrnující i dopravu zpět, přispívající k trvale udržitelnému rozvoji území.

Veřejná doprava se stále významně podílí na přepravě osob. Podle výsledků Dopravní ročenky 2021 trvalo v roce 2021 snížení mobility osob a také snížení přepravních výkonů ve veřejné osobní dopravě v souvislosti s pandemií COVID-19. Celkový přepravní výkon přesto v osobní dopravě opět oproti roku 2020 v roce 2021 vzrostl o cca 23 %, nicméně oproti hodnotám z let 2015-2019 přetrvával významný

pokles. V železniční dopravě činil meziroční nárůst za rok 2021 necelé 4 % u počtu přepravovaných osob a opět nedosáhl hodnot před pandemií COVID-19. Autobusová doprava zaznamenala za rok 2021 mírný nárůst u přepravovaných osob o necelých 8 %. Celkový pokles u počtu přepravovaných osob byl patrný u MHD a snížil se oproti roku 2020 ještě o 6 % (Slabá, Houšť, 2021).

Dopravní služby v rámci dopravní obslužnosti objednávají tyto subjekty:

- Stát – dle § 5 zákona č. 194/2010 Sb. o veřejných službách v přepravě cestujících a o změně dalších zákonů.
- Kraje – zastupitelstvu kraje je dle zákona č. 129/2000 Sb. o krajích, vyhrazeno právo a ve svém smyslu také povinnost stanovit rozsah základní dopravní obslužnosti pro území kraje a schvalovat rozpočet kraje, ve kterém je uvedena mimo jiné i výše peněžních prostředků, které kraj plánuje použít na zajištění dopravní obslužnosti.
- Obce – stejná povinnost jako u krajů se vztahuje i na nižší úroveň samospráv, tj. na obce, kterým je dle zákona č. 128/2000 Sb., o obcích umožněno obcím řešit otázky ohledně veřejné dopravy (Baroch a kol., 2015).

Zákon č. 194/2010 Sb. o veřejných službách v přepravě cestujících a o změně dalších zákonů také definuje tzv. postup při poskytování veřejných služeb. Dopravní obslužnost území může kraj nebo obec zprostředkovávat vlastními prostředky nebo mohou uzavírat smlouvy o poskytování veřejných služeb s různými dopravci, kde objednavatel, kterým je obec či kraj může uzavřít smlouvu prostřednictvím výběrové řízení či přímým zadáním (Toman, 2021).

Pro český venkov není typická přítomnost významnějších institucí, jako jsou pojišťovny, banky apod. Jedním z důvodů může být nedostatek potenciálních zákazníků, kteří by tyto služby využívali. Již v minulosti byli lidé zvyklí za určitými typy služeb (opravny, čistírny, ...) do měst dojíždět, ale jiné byly nedílnou součástí každé obce (škola, lékař, obchod, pohostinství). V dnešní době jsou obyvatelé venkovských obcí s poskytovanou kvalitou služeb málo spokojeni a probíhající pandemie COVID-19 ještě více některé služby zredukovala. Zdravotní služby patří mezi jedny z nejdůležitějších veřejných služeb, které mají pro obyvatele, nejen

venkova, velký význam. A proto je problematika jejich dostupnosti stále více diskutované téma (Maláková, Šídlo, Bělobrádek, 2020).

3.1 Dostupnost primární zdravotní péče

Dostupnost primární zdravotní péče lze rozlišit ze dvou pohledů, a to z pohledu geografického (tzv. dopravní dostupnost) či pohledu zdravotnického.

Dostupnost vyjadřuje 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 (Giuliano, Hanson, 1986). Dostupnost závisí zejména na charakteristice dopravní sítě. Blízkost dopravních uzlů, jejich geografická poloha, počet spojení mezi nimi, kvalita tohoto spojení, to vše významným způsobem ovlivňuje schopnost dopravního prostředku, a tedy člověka, obsáhnout v dnešní době stále narůstající počet nutných či potřebných aktivit, rozmístěných okolo například bydliště či zaměstnání.

Z pohledu dopravní dostupnosti lze hovořit o dostupnosti geografických objektů, která se vyjadřuje mírou dosažitelnosti dané lokality při využití přepravního systému (Morris, Dumble, Wigan, 1978). Ve výzkumu dostupnosti je možné odlišit různé druhy akcesibility (dostupnosti); v odborné literatuře lze nejčastěji nalézt dělení na dostupnost časovou, vzdálenostní a frekvenční (Jarolímek, 2005). Každý z druhů akcesibility zdůrazňuje jiný faktor ovlivňující dosažitelnost lokality. Časová dostupnost představuje časovou náročnost transportu z jednoho bodu k ostatním, vzdálenostní představuje vzdálenost místa od ostatních v dopravní síti a frekvenční představuje počet spojů, kterými se lze dopravit do daného místa. Dostupnost lze také dělit i podle jiných hledisek, například podle dopravního prostředku, pro který je zjišťována (Hudeček a kol., 2016). Při analýze dopravní dostupnosti osobní automobilovou dopravou se nejčastěji využívá hledisko času a vzdálenosti, hledisko frekvence pak při analýze dopravní dostupnosti veřejnou dopravou (Šídlo a kol., 2017).

Dopravní dostupností může být také míněno napojení venkovských sídel na dopravní infrastrukturu – na již existující dopravní síť. Tato dostupnost je však

výrazně ovlivněna několika faktory. Zejména kvalitou dopravní sítě z jakéhokoli hlediska, např. hustota, délka či kategorizace dopravních tras (Binek, 2007).

Na druhou stranu dostupnost zdravotních služeb lze chápat jako prostorovou či časovou schopnost dosáhnout na určitou péči. Tuto dostupnost lze však také chápat jako rovný přístup k péči, který je legislativně ošetřen (Novák, 2015). V roce 2012 bylo přijato nařízení vlády č. 307/2012 Sb. o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. Jde o vůbec první legislativní opatření v České republice definující plošnou dostupnost jednotlivých oborů ambulantní a lůžkové zdravotní péče. Toto nařízení vešlo v účinnost 1. ledna 2013. Součástí tohoto dokumentu je mimo jiné vymezení pojmů – místní dostupnost a časová dostupnost. Místní dostupnost je popisována jako „dojezdová doba místní dostupnosti zdravotních služeb ambulantní a lůžkové péče, přičemž dojezdové doby jsou stanoveny jako nejzazší možné“. Dojezdová doba pro obory primární zdravotní péče je 35 minut (zdroj: Příloha č. 1 k nařízení vlády č. 307/2010 Sb., zdroj: zakonyprolidi.cz). Časová dostupnost pak jako „maximální doba dostupnosti hrazených služeb“ (Šídlo, Novák, Štych, Burcin, 2017). Vystává zde tedy otázka důležitosti existence takového integrovaného dopravního systému, který by zajišťoval spojení venkovských sídel s jejich místními středisky, a nebyl by převážně orientován na dopravu do velkých měst. S tím souvisí fakt, že dostupnost základních služeb ve venkovských oblastech je převážně předmětem Strategie regionálního rozvoje ČR 2021+ vydané Ministerstvem pro místní rozvoj (Vaishar, Šťastná 2021). Jejich cílem je fungující síť veškerých zdravotnických a sociálních služeb na všech úrovních a jejich vzájemná provázanost.

Na dostupnost zdravotních služeb může být nahlíženo z několika úhlů, přičemž je rozdílné, zda se posuzuje dostupnost z geografického (tzv. dopravní dostupnost) či zdravotnického pohledu. Tato dostupnost se může dále dělit na tzv. časovou, vzdálenostní a frekvenční dostupnost, přičemž hledisko času a vzdálenosti se nejčastěji využívá při analýze dopravní dostupnosti osobní automobilovou dopravou, frekvenční pak při využití veřejné dopravy (např. Jarolímek, 2005; Hudeček a kol., 2012).

Zakotvení dostupnosti zdravotní péče do české legislativy lze spojovat především se zmíněným Nařízením vlády č. 307/2012 Sb. o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, které bylo přijato v roce 2012 a vešlo v účinnost

1. ledna 2013 (Česko, 2013). Jedná se o vůbec první legislativní opatření v Česku, které definuje plošnou dostupnost jednotlivých oborů ambulantní a lůžkové zdravotní péče. Obsahem tohoto dokumentu je také vymezení následujících pojmů:

- Místní dostupnost = rozhodná maximální dojezdová doba, která vyjadřuje dostupnost zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Jde o vymezení dojezdové vzdálenosti, přičemž není specifikován způsob dopravy.
- Časová dostupnost = maximální lhůta pro poskytnutí plánovaných zdravotních služeb, např. náhrady kloubů a jiné lékařské zákroky (zdroj: vozp.cz)

Dostupnost je hlavním problémem venkovského zdravotnictví. Může to být způsobeno tím, že i v zemích s převládajícím venkovským obyvatelstvem je většina zařízení soustředěna ve městech (Strasser, 2003). Fóti (2019) ve svém výzkumu zjistila, že obyvatelé venkova všech věkových kategorií hodnotí kvalitu veřejné dopravy hůře než jejich vrstevníci ve městech. To by mohlo naznačovat horší dopravní dostupnost. Dopravní dostupnost horší kvality pak brání přístupu k veřejným základním službám. Nejen kvalita, ale i vzdálenost může být překážkou. A to převážně pro obyvatele staršího věku, nejen ve venkovských, ale i v městských oblastech. Z jejího výzkumu také vyplynulo, že podíl starších lidí, kteří vnímají vzdálenost jako překážku, se od roku 2007 podstatně zvýšil. Faktem je, že nejen staří lidé, ale celkově skupiny se zvláštními potřebami (např. tělesně postižení) mají výrazně sníženou možnost přístupu do specializovaných center, jelikož ta vznikají především ve velkých městech. Navíc mnoho venkovských pacientů odmítá tuto lékařskou péči ze strachu daleké cesty a „velikosti měst“ (SVL ČLS JEP, 2021). Nabízí se zde potřeba nových paradigmat pro poskytování služeb na venkově, která se budou zabývat spíše potřebami uživatelů služeb nežli potřebami poskytovatelů těchto služeb. Je také nezbytné zdůraznit důležitost „nového myšlení a nových řešení“ týkajících se dostupnosti obecně (Berry, 2004).

Dopravní síť funguje správně tehdy, kdy vytváří důležitá sociální a ekonomická spojení. Je tedy nezbytná nejen pro spojení lidí se zaměstnáním a zdravotní péčí, ale také k růstu regionálního hospodářství. Systém venkovské evropské dopravy je ale systém plný nesourodých sektorů, a ve většině zemí i velice

decentralizovaný (Baldacchino, Neureiter, 2008). Poskytovatelé zdravotních služeb nařizují zdravotním pojišťovnám povinnost zajistit svým pojištěncům místní a časovou dostupnost zdravotních služeb. V případě, kdy pojištěnec nemůže sehnat lékaře, je pojišťovna povinna mu zajistit seznam smluvních poskytovatelů zdravotních služeb, a to v okolí jeho bydliště, kteří přijímají nové pacienty (Ministerstvo zdravotnictví, 2020). Z rozdílů v definici dostupnosti ze strany (dopravní) geografie a zdravotnického systému je zřejmé, že jejich chápání časové dostupnosti je výrazně odlišné. Proto pro snadnější orientaci budou pojmy místní a časová dostupnost brána jako synonyma, která vyjadřují dobu dojezdu k nejbližšímu poskytovateli zdravotnické služby, resp. je lze definovat jako čas, za který je pacient schopen dojet z bodu A do bodu B (Šídlo, Novák, Štych, Burcin, 2017).

4 Problematika primární zdravotní péče v širších souvislostech

Celkem 50–80 % populace navštíví alespoň jedenkrát v roce praktického lékaře. Počet návštěv ovlivňuje věk, pohlaví, etnikum, socioekonomický status a dostupnost služby – geografická, časová, ekonomická, administrativní nebo kulturní. Definice a koncept primární péče jsou mezinárodně a všeobecně platné, přesto však je zřejmé, že existují výrazné rozdíly v organizaci, funkci a financování primární péče nejen v různých oblastech světa, ale i v rámci Evropy.

V zemích střední a východní Evropy, v pobaltských republikách, v Polsku, Maďarsku, Slovinsku, Slovensku a České republice, reformní proces ve zdravotnictví do různé míry posunul rozvoj primární péče. Ve většině zemí s výjimkou Slovinska proběhl rychlý proces privatizace praxí a praktičtí lékaři působí jako nezávislí poskytovatelé. Na rozdíl od zemí západní Evropy jsou kompetence praktických lékařů užší, naopak relativně vyšší důraz se klade na prevenci, na kterou připadá větší objem pracovního času. Ve všech zemích střední a východní Evropy dochází k postupné organizaci praktických lékařů po profesní i odborné linii (Seifert, Beneš, Býma, 2013).

V zemích Evropské unie poskytuje praktický lékař veškerou možnou péči, kterou mu jeho vzdělání a materiálně – technické vybavení umožní. Zdravotnický systém ho v jeho úsilí co možná nejvíce podporuje, neboť takto poskytovaná péče je velice efektivní, levná a přesto kvalitní. Je poskytována co nejbližší pacientovi, lékařem, který ho dobře zná a kterého zná i sám pacient. Ve většině zemí Evropské unie se takový lékař stará i o dětské pacienty. Výjimku tvoří kromě České republiky, také Slovensko, Španělsko a Portugalsko, kde jsou kompetence „všeobecného“ lékaře omezeny věkem pacienta (zdroj: zdravi.euro.cz).

Poskytování zdravotní péče probíhá na úrovni primární, sekundární a terciální. Tyto úrovně jsou charakterizovány různou dostupností pro občany (přímou nebo zprostředkovanou), skladbou pacientů, mírou specializace pracovišť, personálním a technickým vybavením, způsobem poskytování péče a hodnocením výstupů (Seifert, Beneš, Býma, 2013).

Pojetí termínu primární péče se významně liší po celém světě, avšak i přesto se dají vymezit jisté společné principy a společné cíle. Primární zdravotní péči lze

definovat například jako „všeobecně přístupnou péči, místo prvotního kontaktu pacienta se zdravotnickým systémem“ (WHO, 1978). Do primární zdravotní péče spadají tyto odbornosti: všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, zubní lékařství a ambulantní gynekologie (Šídlo a kol., 2017). Lékaři bývají označováni za primární poskytovatele péče, zatímco nemocnice za poskytovatele infrastruktury systému poskytování zdravotní péče na venkově (Ermann, 1990).

Při současném trendu stárnutí populace, dochází samozřejmě i ke stárnutím poskytovatelů zdravotních služeb. Tím se zvyšuje možnost ukončení pracovní činnosti a odchod do starobního důchodu. To může být jeden z důvodů týkajících se problémů s udržitelností zdravotních služeb. Nejvíce jsou tímto ovlivněny venkovské oblasti, jelikož většina mladých lékařů, která by mohla tyto poskytovatele nahradit, dává přednost práci ve městech. Ačkoli je nynější rozložení kapacit lékařů – praktiků v České republice poměrně rovnoměrné, dostupnost těchto služeb může být již v brzké době ovlivněna odchodem lékařů kvůli již zmíněnému vysokému věku, a to zejména ve venkovských oblastech (Maláková, Šídlo, Bělobrádek, 2020).

Končící lékaři jsou silně spjati s místními komunitami a obyvateli a jsou zvyklí na místní poměry (Vaishar, Šťastná, 2021), kdežto absolventi lékařských fakult chtějí budovat svou kariéru spíše v zahraničí nebo ve městech. Zajímavým faktem je, že finanční odměny nejsou tím hlavním lákadlem pro mladé začínající doktory. Práci na venkově by zvažovali spíše kvůli podpoře bydlení, příspěvkem na rekonstrukci či vybavení ordinace, kvalifikovanou prací pro partnera či partnerku nebo kvůli kvalitnímu vzdělání pro jejich děti. Hlavní motivační faktory tedy tolik nesouvisí přímo se zdravotnictvím, ale spíše s kvalitou života na venkově (ČT 24, 2018). Na další okolnosti ovlivňující ochotu lékařů zařídit si ordinace ve venkovských oblastech upozorňuje výzkum, který provedla Asociace evropských venkovských a izolovaných praktických lékařů (EURIPA) v roce 2010, o veřejném zdraví a zdravotnických službách. Na druhou stranu se zjistilo, že zdravotníci na venkově mohou čelit výzvám spojenými s nadměrnou pracovní zátěží, omezeními jak materiálními, tak finančními zdroji a nemožností dále se vzdělávat (WHO, 2010). A i když venkovské lékařství představuje 50 % všech praxí všeobecných praktických lékařů v ČR, je všeobecně známo, že úroveň zdraví obyvatel na venkově je nižší než u obyvatel ve městech. Je to způsobeno tím, že venkov je charakteristický horší

kvalitou dostupností zdravotní péče, zejména pro obyvatele se speciálními potřebami (SVL ČLS JEP, 2021).

Jong a kol. (2014) ve svém dotazníku zjistili, že se počet osob starších 65 let v následujících 50 letech téměř zdvojnásobí. Zdůrazňují, že čím vyšší počet osob, tím významnější nárůst poptávky po zdravotní péči. Z dotazníku dále vyplynulo, že v současnosti je průměrný věk zdravotních sester 41 až 45 let, u lékařů pak 55 let (Vaishar, Šťastná 2021). Problémem však je, že do zdravotnictví nepřichází dostatek nových mladých doktorů, aby nahradili ty končící.

Česká lékařská komora se svazem měst a obcí oznamují, že dostupnost zdravotní péče na venkově je více než znepokojující. Za nepřijatelný považují fakt, že obyvatelé venkova platí stejné daně a zdravotní pojištění, a i přesto se pro ně zdravotní péče stává hůře dostupnou. Důsledkem je rušení venkovských zdravotnických zařízení a depopulace venkova (ČT 24, 2016).

Anderson (2004) ve svém výzkumu řešil obecnou otázku spokojenosti s kvalitou veřejných zdravotnických služeb. Zjistil, že ve všech zemích EU je relativně malý rozdíl mezi venkovskými a městskými oblastmi. Použil k tomu bodovou škálu v rozmezí 1-10 bodů. Uvádí, že nejvíce spokojeni jsou obyvatelé v Rakousku (8,1), nejméně pak na Slovensku (3,7) a v Bulharsku (3,5). Česká republika se pohybuje okolo průměrné spokojenosti (5,8). Poukazuje také na překvapivý fakt, že i přes vyšší věk venkovské populace, neexistují žádné značné rozdíly ve zdravotním stavu obyvatel ve venkovských a městských oblastech.

Primární péče představuje linii prvního kontaktu občana se zdravotnictvím a je otevřená všem problémům, které souvisejí se zdravím, sekundární péče ambulantní a nemocniční je oborově specializovaná a řeší dílčí problémy zdraví pacientů, které nebyly řešitelné v péči primární. Terciální péče je péčí superspecializovanou, poskytovanou na pracovištích se špičkovým vybavením, obvykle klinikách, s propojením na výukovou a vědecko-výzkumnou činnost.

Primární zdravotní péče je segment zdravotní péče, vymezený pro činnosti zdravotníků a zaměstnanců zdravotnických zařízení primární péče. Pro komplexní zajištění zdravotně-sociálních služeb v městských čtvrtích, obcích a na venkově se používá termín komunitní péče (Seifert, Beneš, Býma, 2013).

Pojem **komunitní péče** není jednoznačně definován. Podle Probstové (2005) komunitní péče označuje nejen péči v místním společenství, ale také služby poskytované obcí, či péči, která je zaměřena na potřeby lidí, nikoli na budování institucí.

Pro potřeby zdravotnické péče, která využívá holistického přístupu, je možno komunitu definovat jako společenství lidí, kteří žijí v geograficky definované oblasti a mezi nimiž existují vzájemné sociální vazby. Tyto sociální vazby mohou mít podobu příbuzenství, přátelství, známosti v určité geografické oblasti, společné účasti na aktivitách a některých formách ekonomické směny. Lidé komunity jsou emočně vázáni k sobě, i k místu, kde žijí.

Komunita je vyhrazena hranicemi, které mohou být geografické, politické, ekonomické nebo sociální, postavena na pilířích jako jsou sdílené hodnoty, společné kulturní dědictví, společné zájmy, společné problémy a má strukturu formální či neformální organizace nebo sociálního uskupení (Sikorová, 2012).

Primární péče je koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky, jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho biologické, psychologické a sociální potřeby (Seifert, Beneš, Býma, 2013).

Primární péče je základním článkem zdravotního systému, a to jak z hlediska odborného, tak organizačního i ekonomického. Primární péči charakterizuje přímá dostupnost a otevřenost, bez bariér kulturních, geografických či ekonomických a schopnost porozumět potřebám občanů a reagovat na ně, zpřehlednit proces poskytování zdravotní péče tak, aby se občan rámcově vyznal a byl v souvislosti s onemocněním co nejméně vytrhován ze svého běžného životního prostředí (citlivost), při maximálním zachování lidské důstojnosti (humánnost). Pro společnost a systém zdravotní péče pak primární péče představuje místo uspokojování základních i hlubších zdravotních potřeb populace a zároveň místo rozhodování o racionálním využívání služeb specializovaných a nákladnějších. Primární péče je nejlepším prostředím pro prevenci (Seifert a kol., 2004).

Dobře fungující primární péče má rozhodující význam pro kvalitu péče o zdraví. Umožňuje přesunout těžiště péče o pacienta z nemocnic do ambulancí, vede k posunu zdravotní péče od kurativy k prevenci, prohlubuje zájem o chronicky nemocné i o poskytování paliativní péče. Komplexní pohled na pacienta přináší větší důraz na účelnost a integrované chápání zdraví zvyšuje kvalitu poskytované péče. Znalost lokálních možností usnadňuje poskytování integrované zdravotně sociální péče. Je-li poskytovatel péče člen komunity, projevuje větší cit pro potřeby pacienta a stává se jeho rádcem. Pozitivní ovlivnění indukované péče přináší ekonomické zvýhodnění a důraz na sebe péči zvyšuje pacientovu odpovědnost (UPOL, Lékařská fakulta, 2010).

Pro společnost a systém zdravotní péče představuje primární péče oblast uspokojování základních i hlubších zdravotních potřeb populace a zároveň místo rozhodování o racionálním využívání služeb specializovaných a nákladnějších. Primární péče je nejlepším prostředím pro prevenci a realizaci programů na podporu zdraví. Existují jasné důkazy o tom, že zdravotnické systémy založené na silné primární péči prokazují nejen vyšší nákladovou efektivitu, ale přinášejí i lepší výstupy (Seifert, Beneš, Býma, 2013).

5 Historie, současnost a perspektivy primární zdravotní péče v České republice

Léta od dob osvícenských do roku 1848 jsou poznamenána v praktické medicíně snahou o potlačení infekčních nemocí (očkování proti pravým neštovicím) a vydáním generálního zdravotního řádu v roce 1753, který se snažil poprvé shrnout zásady zdravotní politiky. Řádem se měli řídit všichni – zemští, krajští a městští fyzikové, doktoři a ostatní kategorie zdravotních pracovníků té doby (krajští a městští fyzikové kromě kontrolní činnosti vykonávali i lékařskou praxi).

V roce 1888 vyšel zemský zdravotní zákon pro Čechy, podle kterého obce nad šest tisíc obyvatel musely ustanovit a platit nejméně jednoho obecního lékaře, menší obce se měly sdružit a ustanovit lékaře obvodního. Povinnosti uvedených lékařů byly značně široké a pokrývaly celou oblast medicíny, od prevence až po dozor nad porodními bábami. Značný vliv na postavení lékařů měl zákon z roku 1888 o povinném nemocenském pojištění pro všechny dělníky, úředníky a eventuálně další kategorie osob. Roku 1891 byl přijat říšský zákon ustanovující pravidla pro zakládání lékařských komor. Členství v komoře bylo povinné pro všechny lékaře vykonávající lékařskou praxi s výjimkou vojenských lékařů a lékařů státní zdravotní správy (Seifert, Beneš, Býma, 2013).

Základy českého zubního lékařství položil profesor František Nessel, magister chirurgie a porodnictví. V roce 1882 začal přednášet o zubním lékařství v českém jazyce na pražské univerzitě profesor Eduard Nessel, který pokračoval v intencích svého otce. V témže roce zřídil zubní ambulatorium, napsal první českou učebnici zubního lékařství a stál u zrodu Spolku českých zubních lékařů (1897).

V druhé polovině 19. století narůstá skupina nemocničních lékařů, kteří se již na jeho konci začínají specializovat do klasických medicínských oborů. Od počátku 20. století nastává trend zakládání řádných lékařských ordinací (Niklíček, 1989).

Po vzniku první republiky se na našem území vyvinul v souladu s předními evropskými trendy systém rodinných lékařů, kteří zabezpečovali široké spektrum lékařských služeb pro své pacienty. Tento systém pokrýval na velmi dobré úrovni potřeby péče, takže zdravotní stav populace se značně zlepšil a pod vedením nově zřízeného ministerstva veřejného zdravotnictví docházelo k dalšímu rozvoji primární

péče. Systém nemocenského pojištění v Československu patřil v té době k nejlepším v Evropě. Československá republika v zásadě převzala nemocniční systém fungující v Rakousko-Uhersku, ve kterém pojištěnci odváděli povinný podíl z příjmu, který následně využívali na ambulantní a nemocniční péči (Svobodný, Hlaváčková, 2004). Zaměstnavatelé se starali o zdraví svých zaměstnanců a jejich pacienty se kromě zaměstnanců stávali i další členové jejich rodin. Lékař pak znal poměrně dokonale anamnézu celé rodiny, což je model, který by zcela jistě vyhovoval i dnešním lékařům. Základem zdravotní péče byli praktičtí lékaři. Síť zdravotnických zařízení tvořily soukromé ordinace, které zabezpečovaly ambulantní péči, léčebné ústavy s lůžkovou péčí, sociálně zdravotní zařízení a soukromé léčebné ústavy. Srovnání péče dnes a před sto lety je patrný. V nemocnicích byly v té době stanoveny třídy. Při základním pojištění měli pojištěnci nárok na ambulantní a nemocniční ošetření ve III. třídě nemocnice, a to zdarma. Státní zaměstnanci měli nárok na II. třídu a nejvyšší I. třída již byla za příplatek (Říhová a kol., 2005).

V dobách první republiky měly velký význam, z hlediska zdravotní péče, dobrovolné spolky. Jednalo se o sociálně-lékařské organizace a instituce, jejichž posláním bylo bojovat proti nejrozšířenějším chorobám a také se zaměřovaly na péči o matku a dítě. Tyto spolky s podporou státu doplňovaly a spolupracovaly s veřejným zdravotním systémem. Jejich záběr byl poměrně široký. Bojovaly proti konkrétním nemocem, zaměřovaly se na různé skupiny lidí, např. podle věku, náboženství, politické orientace či teritoriálního záběru.

V průběhu druhé světové války po uzavření českých vysokých škol dostudovalo mnoho českých mediků na britských lékařských fakultách.

Po roce 1948 došlo k převzetí sovětského zdravotního systému, který upřednostňoval ambulantní specializovanou péči. Zdravotní péče se ocitla čistě v rukou státu, což pro občany znamenalo rovný přístup k bezplatné zdravotní péči. Převedením lékařů pod Okresní ústavy národního zdraví, a zrušením svobodné volby lékaře začal dlouholetý soumrak praktického lékařství u nás. Z praktických lékařů se stali lékaři obvodní. Později se zavedli obvodní lékaři pro děti a dorost a praktičtí lékaři přestali pečovat o dětské pacienty. Tím definitivně zanikla tradice rodinného lékaře, která doposud funguje ve vyspělých zemích. Další změnou bylo zavedení závodních lékařů, kteří pečovali o pracující lid. Ambulantní specialisté a praktičtí lékaři byli

soustředování do vznikajících poliklinik, aby mohli poskytovat komplexní péči v jednom místě. I když tento systém zpočátku vykazoval některé přednosti, později se projevil i jeho nedostatky, což mělo nepříznivý vliv na rozvoj oboru. Zrušením svobodné volby lékaře byla narušena důvěra pacienta ve zdravotnický systém a vztah mezi pacientem a praktickým lékařem byl přerušen. Socialistické zdravotnictví se více zaměřovalo na rozvoj specializované a nemocniční péče na úkor péče primární. Ambulantní specialisté postupně přebírali úkony praktických lékařů a ošetřovali pacienty i s neuhou, které by praktický lékař zvládl a v západní Evropě běžně vykonával. Obvodní lékaři nezískávali nové zkušenosti, obor stagnoval, nerozvíjel se, ztratil kontakt se světem a vyvíjel se odlišně od zemí západní Evropy. Primární péče degradovala. Zrodil se fenomén „obvodáka“, který byl ostatními lékaři považován za druhořadý obor, kde lékař vypisuje neschopenky, rozesílá pacienty k odborníkům a následně dle jejich pokynů kontroluje průběh léčby. Často také docházelo k umístění lékaře na obvod tzv. „za trest“, např. z politických důvodů, což na prestiži oboru rozhodně nepřidalo. Práci obvodního nebo závodního lékaře mohl vykonávat kterýkoli lékař ihned po promoci nebo po krátkém zaškolení. Teprve v sedmdesátých letech minulého století dochází k renesanci oboru vytvořením katedry všeobecného lékařství na institutu pro další vzdělávání lékařů. Renesance primární zdravotní péče byla nastartována po důležité konferenci Světové zdravotnické organizace v Alma Atě v roce 1978, která vytyčila priority primární péče s důrazem na praktické lékařství (Seifert, Beneš, Býma, 2013).

Po roce 1989 došlo v primární péči k radikálním změnám a prakticky návrat k modelu z první republiky. Znovu se zavádí možnost svobodné volby lékaře, umožnění privatizace ordinací, založení České lékařské komory, zavedení systému veřejného zdravotního pojištění, rozpuštění bývalých okresních a krajských ústavů národního zdraví (OÚNZ, KÚNZ), což přispělo k obnově činnosti praktických lékařů v evropských souvislostech. Taktéž moderní historie zubního lékařství je spojena s událostmi v listopadu 1989, kdy vznikl stavovský orgán českých stomatologů – Česká stomatologická komora, konstituována zákonem z roku 1992 (Mazánek a kol., 2014).

Popsání stavu, mezinárodní srovnání a možnosti rozvoje primární péče v ČR byly koncem devadesátých let dvacátého století námětem projektu z programu PHARE podporovaného Evropskou unií. Projekt byl řešen ve spolupráci ministerstva

zdravotnictví, odborných lékařských společností, terénních odborníků a zahraničních expertů. Soustředil se na oblasti zdravotnického managementu primární péče, zajišťování kvality poskytované péče, kontinuálního vzdělávání, rozvoje domácí péče. Výstupy projektu zdůraznily klíčovou a nezastupitelnou roli primární péče pro správné fungování celého zdravotnického systému. Projekt otevřel další otázky, z nichž některé jsou otevřené dodnes, jako legislativní vymezení primární péče apod.

Situace v České republice je již v mnoha aspektech primární péče porovnatelná se stavem ve vyspělých státech Evropské unie, ale je třeba ji dále rozvíjet. Srovnání obsahu péče u nás a v zemích Evropské unie ukazuje, že nemocnice a specialisté v České republice stále poskytují mnoho služeb a formy péče, které by mohly být poskytnuty v primární péči. Souvisí to bohužel se stále platnými legislativními omezeními v České republice, ale i se vzděláním a kompetencemi praktických lékařů, jejich přístrojovým vybavením, s organizací a financováním zdravotní péče. Vzhledem k obecným demografickým trendům a změnám v péči o zdraví lze předpokládat, že agenda primární péče, role všeobecných praktických lékařů a jejich spolupracovníků bude narůstat. Nejde jen o prognózy, ale i o skutečnosti, které registrujeme při každodenní práci:

- stárnutí populace;
- přesun zdravotnických služeb z nemocnic do ambulancí;
- snaha o posun od kurativy (běžné léčebné péči) k prevenci;
- zvyšování významu péče chronické vedle akutní péče;
- zvyšování významu péče paliativní (mírnící bolest, ale neodstraňující příčinu choroby a bolesti) vedle péče vítězné;
- potřeba integrované zdravotní a sociální péče vedle péče specializované;
- důraz na sebepéči a odpovědnost občanů na zdraví (Seifert, Beneš, Býma, 2013).

5.1 Poskytovatelé primární péče

Poskytovatelem primární péče se v ČR může stát fyzická osoba či právnická osoba za předpokladu splnění podmínek upravující § 15–27 Zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) č. 372/2011 Sb. a zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované

způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta č. 95/2004 Sb., v platném znění.

Vymezení primární zdravotní péče je ve smyslu WHO poměrně široké (včetně např. lékařské služby či agentur domácí péče); pro účely diplomové práce jsou relevantní následující zdravotnické odbornosti a jejich dostupnost:

- všeobecné praktické lékařství
- praktické lékařství pro děti a dorost
- zubní lékařství
- ambulantní gynekologie
- lékárny.

Všechny poskytovatele charakterizuje přímá dostupnost pro občany, kteří danou péči a pomoc potřebují (Seifert a kol., 2004).

Všeobecné praktické lékařství je základním oborem, který zajišťuje léčebně preventivní péči o dospělou populaci, popřípadě též o děti a dorost. Je otevřeno všem kategoriím problémů, které souvisejí se zdravím, se zřetelem na sociálně-ekonomické faktory a prostředí, ve kterém člověk žije a pracuje. Je nejbližší pacientům ve smyslu místní, časové, ekonomické i kulturní dostupnosti. Praktické lékařství v sobě zahrnuje základní poznatky a praxi různých lékařských oborů, které uplatňuje v činnostech preventivních, diagnostických, léčebných, rehabilitačních i posudkových (Seifert, Beneš, Býma, 2013).

V oboru všeobecného lékařství se vzdělávají také lékaři primární péče, kteří se následně specializují na poskytování léčebně preventivní péče **dětem a dorostencům**. O děti pečují od jejich narození nejdéle do 19. roku věku, kdy dochází k předání do péče všeobecného praktického lékaře. Kromě akutních onemocnění lékař sleduje vývoj dítěte při pravidelných preventivních prohlídkách, provádí očkování, poskytuje poradenství rodičům, a pravidelně sleduje děti trpící závažnými chorobami. Zajišťuje podle potřeby specializovanou péči. Spolupracuje se sociálními službami ve své komunitě (zdroj: nzip.cz). Praktický lékař pro děti a dorost může působit v samostatné ordinaci nebo jako sdružení ambulantních zařízení. Jedná se o léčebná zařízení, která jsou umístěna mimo území nemocnic, se kterými nejsou organizačně ani personálně

spojena, a v jejich ordinacích se poskytují jednotlivcům nebo skupinám osob základní a specializované zdravotnické služby (Vyhláška MZ č. 242/1991 Sb., 1991).

Praktický lékař gynekolog je lékař primární péče vzdělaný v oboru gynekologie a porodnictví, který podle svého zaměření provádí nejširší spektrum výkonů zahrnující léčebně preventivní péči: gynekologické preventivní prohlídky, očkování žen a dívek proti rizikovým lidským papilomavirům, ambulantní diagnostiku i léčbu gynekologických onemocnění, péči o těhotné apod. (zdroj: nzip.cz). Gynekologické prohlídky začínají v 15 letech věku dívek a pokračují jedenkrát ročně, zpravidla po uplynutí 11 měsíců po provedení poslední gynekologické preventivní prohlídky.

Praktický zubní lékař je lékař primární péče vzdělaný v oboru zubního lékařství, který podle svého zaměření provádí nejširší spektrum výkonů zahrnující léčebně preventivní péči: pravidelné prohlídky chrupu, odstranění zubního kamene, zhotovení výplní (plomb) z klasických i moderních materiálů, akutní ošetření bolestivých stavů apod. (zdroj: nzip.cz).

Domácí péče je poměrně mladý obor, který vstoupil do českého systému zdravotní péče teprve v roce 1991. Domácí péče, jak sám název napovídá, je péče, která je pacientům poskytována v jejich vlastním sociálním prostředí. Kromě vlastního bydliště to může být také zařízení sociálních služeb, které nahrazuje domácí prostředí pacienta. Domácí péčí je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče (zdroj: nzip.cz; Seifert a kol., 2004).

Lékařská pohotovostní služba je zdravotnická služba zřízená kraji, což vyplývá zejména z ustanovení §110 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ve znění pozdějších předpisů. Lékařská pohotovostní služba je tedy určena pro případ náhlé změny zdravotního stavu, nikoli pro poskytování běžných zdravotních služeb.

Lékařská péče se řadí mezi zdravotní služby dle zákona o zdravotních službách (zákon č. 372/2011 Sb.). O udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb rozhoduje krajský úřad. Účelem lékařské péče je mimo jiné příprava, úprava, uchování a výdej léčiv a zdravotnických prostředků, případně též potravin pro zvláštní lékařské účely. V České republice také existují lékárny, které mají pro pacienty otevřeno 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. V celé republice jich je 17.

V některých krajích není ani jedna a někteří pacienti musí cestovat do pohotovostní lékárny v jiném kraji.

5.2 Hlavní závěry k výzkumu dostupnosti primární zdravotní péče v České republice

V roce 2017 byla autory RNDr. Luděk Šídlo, Ph.D., RNDr. Martin Novák, Ph.D., RNDr. Přemysl Štych, Ph.D. a RNDr. Boris Burcin, Ph.D. publikována studie „*Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče jako klíčového aspektu zdravotní péče v ČR*“, jejímž cílem je hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče v Česku v co nejvíce komplexním pohledu. Autoři se v práci zabývají analýzou regionální diferenciací počtu a demografické struktury kapacit lékařské péče, dále modelovou projekcí budoucího vývoje počtu a struktury lékařů primární zdravotní péče a jejich kapacit, včetně regionálních odhadů. Projekt se také zabývá dostupností primární zdravotní péče s ohledem na místní dostupnost.

Podkladová data byla čerpána jako anonymizovaná a dodavatel dat byla největší zdravotní pojišťovna působící na území České republiky, a to Všeobecná zdravotní pojišťovna. Vzhledem k tomu, že se jedná o největší pojišťovnu, lze použitá data považovat za údaje pro celou Českou republiku. Projekt dále pracoval s údaji získanými od Českého statistického úřadu. Použitá data byla platná ke dni 31. 12. 2015.

Při hodnocení dostupnosti zdravotnických služeb se zahrnutím regionálních rozdílů se nejen u nás, ale i v zahraničí, nejčastěji využívá ukazatel, který přepočítává (fyzický) počet lékařů na určitém území, případně lépe úvazkovou kapacitu lékařů, na počet obyvatel daného území. Tento postup bývá, co se týče dostupnosti, často nedostačující, neboť nezohledňuje charakter jednotlivých územních jednotek a také specifika na straně poskytovatelů zdravotnických služeb.

Česká republika nedisponuje kvantifikací „optimálního“ počtu lékařů na daný počet obyvatel dle jednotlivých územních jednotek a oborů zdravotní péče, stejně jako není k dispozici žádný právní předpis či nařízení, které by tuto problematiku ošetřovalo. V roce 2016 byl sice zveřejněn „*Zdravotně pojistný plán Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky na rok 1997*“, který uvádí doporučené

přepočtené počty lékařských míst na sto tisíc obyvatel v dané územní jednotce, kde však nebylo zohledněno věkové rozdělení pacientů, ani situace aktuální nabídky i poptávky po zdravotních službách.

Místní dostupnost zdravotních služeb naopak řeší nařízení vlády, které stanoví dojezdové doby v celých minutách, která odpovídá efektivní dostupnosti místa dopravním prostředkem rychlostí, která je přiměřená typu pozemní komunikace a je v souladu se zákonem upravujícím provoz na pozemních komunikacích. U stanovených časových intervalů se liší dojezdová doba pro poskytovatele ambulantní péče a poskytovatele lůžkové péče. Není však specifikováno, o jaký způsob dopravy (tj. individuální vs. hromadná) a typ dopravního prostředku (automobil, autobus...) se jedná. Stejně tako chybí stanovení průměrných průjezdních rychlostí pro daný typ komunikace. Předpokladem tak je, že se jedná o individuální automobilovou dopravu.

Dalším problémem řešení dostupnosti zdravotní péče se týká poskytovatelů, kteří mají se zdravotní pojišťovnou smluvní vztah. V rámci své smlouvy totiž má každý poskytovatel zdravotní péče možnost uvést několik míst výkonu své činnosti, přičemž je vždy nutné uvést pořadí, tj. určit, jaké místo výkonu je považováno za „hlavní“ a zbylá za vedlejší. Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče je toto rozmístění na více míst poměrně časté, jak ukazuje tabulka.

Tab. 1: Struktura pracovišť odbornosti primární zdravotní péče podle počtu míst výkonu

Odbornost	Počet pracovišť (IČP) dle počtu míst výkonu							Počet IČP celkem
	1	2	3	4	5	6	7	
Všeobecné praktické lékařství	4 779	457	115	27	9	2	0	5 389
Praktické lékařství pro děti a dorost	1 802	257	55	26	7	2	0	2 149
Zubní lékařství	7 176	193	10	0	0	0	0	7 379
Ambulantní gynekologie	1 663	125	37	6	2	0	1	1 834

Zdroj: Šídlo, Novák, Štych, Burcin, 2017

Tabulka uvádí, že 88 % všeobecných praktických lékařů má pouze jednu ordinaci pro místo výkonu své funkce. Zbývajících 12 % praktických lékařů má dvě a více ordinací. U praktických lékařů pro děti a dorost má téměř 84 % lékařů pouze jednu

ordinaci, zbylí lékaři dvě a více. U zubních lékařů provozuje jednu ordinaci 97,25 % lékařů, 2,62 % lékařů dvě ordinace a 0,13 % lékařů ordinace tři. U ambulantních gynekologů provozuje jednu ordinaci téměř 91 %, zbylých 9 % gynekologů dvě a více ordinací.

Při řešení dojezdové doby byl využit software ArcGIS 10.5 od firmy ESRI a zdrojem dat byla volně stažitelná databáze OpenStreetMap ve formátu GIS Shapefile.

Z výsledků studie vyplývá, že dostupnost jednotlivých oborů primární zdravotní péče v České republice, za splnění kritérií stanovených nařízením vlády, je na velmi vysoké úrovni. Existuje málo regionů, většinou v příhraničních oblastech, popřípadě v oblasti vojenského újezdu Libavá, kde se mohou obyvatelé potýkat s horší dostupností služeb primární zdravotní péče.

Po ukončení projektu byly vytvořeny modelové projekce budoucího vývoje počtu a struktury lékařů primární zdravotní péče a jejich kapacit, včetně regionálních odhadů. Součástí výstupů projektu je dostupná aplikace: *Aplikace se základními výsledky na úrovni Česka a jednotlivých krajů*, která je součástí Modelové projekce budoucího počtu a struktury lékařů primární zdravotní péče a jejich kapacit (Šídlo, Novák, Štych, Burcin, 2017). Aplikace porovnává jednotlivé poskytovatele primární zdravotní péče v rámci České republiky a v rámci jednotlivých krajů, hodnotí očekávaný vývoj počtu lékařů (celkem, podle pohlaví), očekávaný vývoj struktury lékařů podle věkových kategorií, očekávaný vývoj průměrného věku lékařů, očekávaný vývoj počtu obyvatel ve věku 15 a více let na 1 lékaře apod.

Pro tuto diplomovou práci je tato aplikace irelevantní, neboť nejmenší územní jednotkou, kterou sleduje je kraj, kdežto práce se zabývá menším územním celkem – mikroregionem.

6 Charakteristika zájmového území

Tato část diplomové práce se bude zabývat místní dostupností primární zdravotní péče ve vybraných obcích Sdružení obcí Hlučínska. Hlučínsko je specifický region charakterizován historickým a národnostním vývojem, známý svými tradicemi. SO Hlučínska, které přesahuje hranice obce s rozšířenou působností, se snaží v rámci svých možností o rozvoj regionu a jeho propagaci, zaměřuje se na spolupráci v oblasti kultury, cestovního ruchu, prosazování a hájení zájmů jeho občanů. Vzhledem k nejednoznačné definici pojmu dostupnost bude práce zaměřena na sledování místní dostupnosti praktického lékaře pro dospělé, praktického lékaře pro děti a dorost, ambulantní gynekologie a zubního lékařství v obcích sledovaného regionu, které těmito zdravotnickými službami nedisponují. Práce je zaměřena na dostupnosti obcí, ve kterých se nacházejí všechny čtyři sledované typy zdravotnických služeb. Místní dostupnost je sledována z hlediska dojezdové doby automobilovou osobní dopravou nebo s využitím veřejné hromadné dopravy, tj. autobusové a železniční dopravy.

Sdružení obcí Hlučínska je tvořeno 27 obcemi včetně města Hlučín, které tvoří jeho správní centrum.



Obr. 1: Poloha mikroregionu Hlučínsko v rámci ČR a Moravskoslezského kraje, zdroj: vlastní tvorba autorky

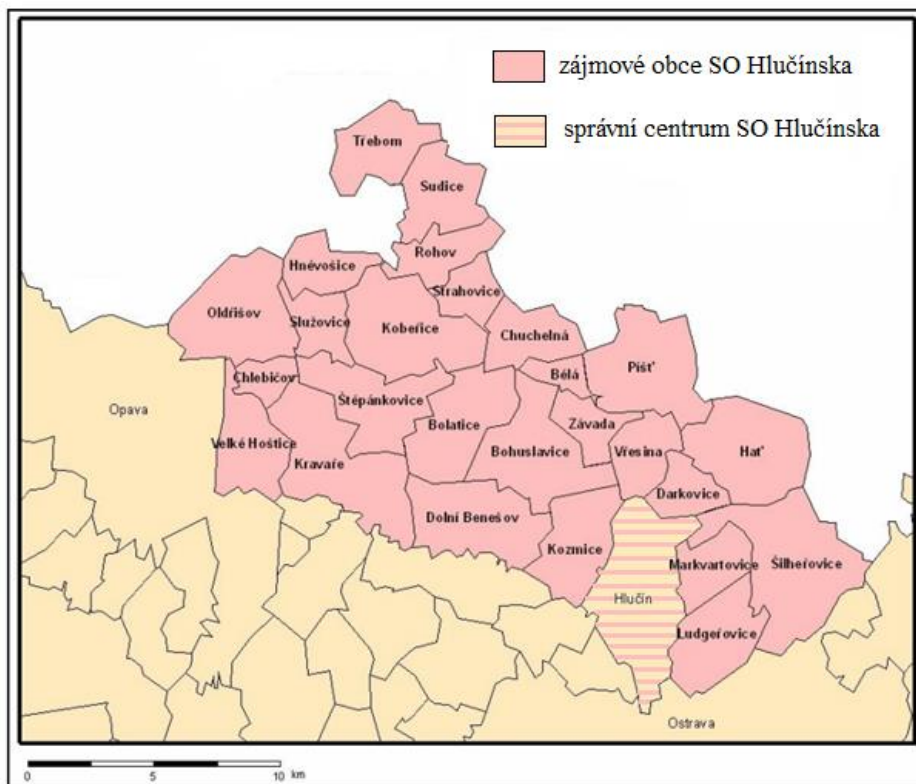
Tab. 2: Obce na Hlučínsku podle počtu obyvatel (ke dni 31. 12. 2021)

počet obyvatel	počet obcí	zastoupení v %
do 499	1	3,70
500-999	8	29,63
1000-1999	8	29,63
2000-4999	8	29,63
5000 +	2	7,41
celkem	27	100

Zdroj: ČSÚ

Z tabulky lze vyčíst, že z celkového počtu 27 obcí SO Hlučínska, je pouze jedna obec s počtem obyvatel nižší než 500 a dvě obce s počtem obyvatel přesahujících 5 tisíc, a to tzv. správní centrum SO Hlučínska – město Hlučín a dále město Kravaře.

Ačkoliv zde žije téměř 70 tisíc obyvatel, nemá region právní subjektivitu ani instituce, které by jej reprezentovaly na patřičné úrovni (např. krajské muzeum). Vědomí vzájemné sounáležitosti však již přes dvacet let dostatečně dokládá dobrovolný svazek hlučínských obcí (zdroj: msk.cz).



Obr. 2: Vymezení zájmových obcí a jejich administrativní členění, zdroj: Hruška (2007), upraveno

Sdružení obcí Hlučínska, dobrovolný svazek obcí (svazek používá zkratku SO Hlučínsko), vzniklo na základě § 46 zákona č. 128/2000 Sb., o obcích v březnu roku 2003. Tento svazek tvoří celkem 27 sdružených obcí, ležících v okrese Opava se sídlem v Hlučíně. Důvodem jeho založení bylo především zkvalitnění a prohloubení kulturní a hospodářské spolupráce na úrovni regionální, celostátní i mezinárodní. Jedná se především o úkoly v oblasti školství, sociální péče, zdravotnictví, kultury, požární ochrany, veřejného pořádku, ochrany životního prostředí, cestovního ruchu, zabezpečování čistoty obcí, správy veřejné zeleně, shromažďování a odvozu komunálních odpadů a jejich nezávadného zpracování, zásobování vodou, odvádění a čištění odpadních vod, zavádění, rozšiřování a zdokonalování inženýrských sítí a systému veřejné osobní dopravy k zajištění dopravní obslužnosti daného území; úkoly v oblasti ochrany ovzduší, správa majetku obcí, zejména místních komunikací, lesů, domovního a bytového fondu, sportovních, kulturních zařízení a dalších zařízení spravovaných obcemi (Smlouva o vytvoření dobrovolného svazku obcí, 2003).

Rozloha Hlučínska je 316 km². Na severu kopíruje státní hranice s Polskou republikou, na východě hraničí s řekou Odrou a na jihu s řekou Opavou. Na západě tato hranice končí rovněž řekou Opavou, která protéká městem Opava, v městské části Kateřinky. Toto vymezení přibližně odpovídá historickému vymezení Hlučínska, které bylo k Československé republice připojeno v roce 1920 na základě rozhodnutí mírové konference v Paříži.

Hlučínsko má v rámci Moravskoslezského kraje relativně výhodnou polohu. Administrativně sousedí s krajským městem Ostrava (resp. ostravskou aglomerací) na východě, na západě s okresním městem Opava. Obě tato města mají významné ekonomické postavení v kraji, a obyvatelům Hlučínska nabízejí široké možnosti využívání sociálních, zdravotních i kulturních služeb, a to vše v dojezdové vzdálenosti. Ohraničení části mikroregionu polskou státní hranicí umožňuje obyvatelům některé služby využívat i za hranicemi, což jen posiluje výhodnou polohu mikroregionu.

Míra zaměstnanosti na Hlučínsku je relativně vysoká z hlediska koncentrace pracovních míst v Moravskoslezském kraji, kde má zcela dominantní postavení město Ostrava. K dalším významným městům patří Opava, která se nachází v sousedství

mikroregionu Hlučínsko. V posledních letech dochází k poklesu míry nezaměstnanosti z 9 % na přibližně 3 % (ČSÚ, 2021).

Dnes ve SO Hlučínsko žije 67 300 obyvatel (ČSÚ, k 31. 12. 2021). Moravskoslezský kraj patří mezi nejlidnatější kraje České republiky (3. místo po Středočeském kraji a hlavním městě Praha).

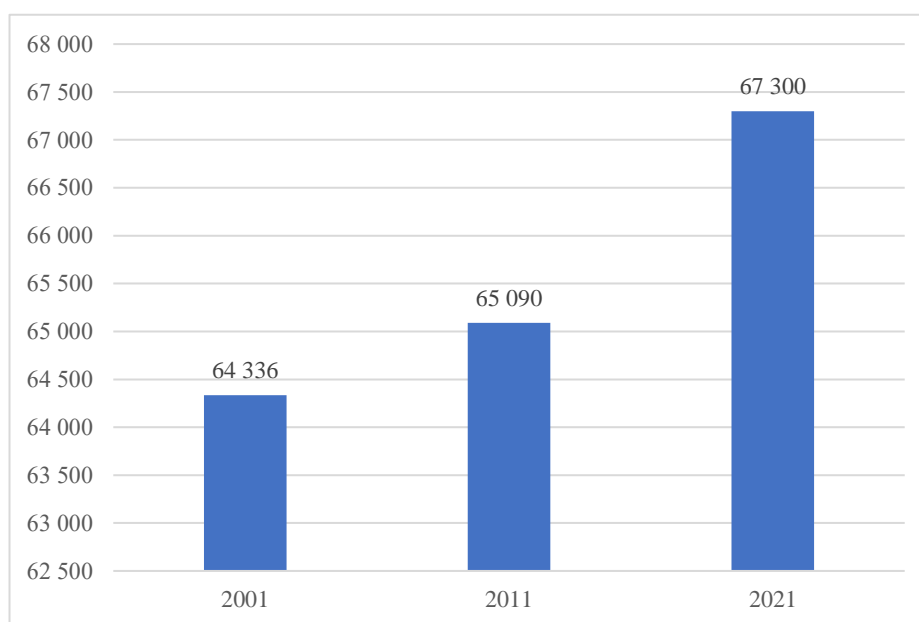
7 Demografická situace na Hlučínsku

Následující tabulka znázorňuje vývoj počtu obyvatel celé České republiky, Moravskoslezského kraje a Sdružení obcí Hlučínska. Sloupec tabulky zabývající se SO Hlučínska je následně zpracován graficky. Pro výpočet bazického indexu byl bazickým rokem stanoven rok 2001.

Tab. 3: Vývoj počtu obyvatel na základě bazického indexu v průběhu let na jednotlivých územích (k 31. 12.)

	ČR	B _i (%)	MSK	B _i (%)	SO Hlučínsko	B _i (%)
2001	10 206 436	100,00	1 265 912	100,00	64 336	100,00
2011	10 505 445	102,93	1 230 613	97,21	65 090	101,17
2021	10 516 707	103,04	1 177 989	93,05	67 300	104,61

Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočet autorky



Obr. 3: Vývoj počtu obyvatel Sdružení obcí Hlučínska (k 31. 12.), zdroj: ČSÚ

Z tabulky a grafu lze vyčíst, že počet obyvatel Sdružení obcí Hlučínska má od roku 2001 rostoucí tendenci odpovídající vývoji v celé České republice, což je zdánlivě v rozporu s vývojem počtu obyvatel Moravskoslezského kraje. Tato skutečnost může být dána tím, že lidé preferují život na vesnici oproti životu ve městech, neboť mobilita lidí zaručuje dostupnost služeb i těch, které se na vesnici nevyskytují v takové míře jako je tomu ve městech (Demografická příručka ČSÚ,

2020). SO Hlučínsko má v rámci Moravskoslezského kraje dobrou polohu, byť se jedná o příhraniční region, nachází se v jeho sousedství dvě velká města Ostrava a Opava. Pokles počtu obyvatel v Moravskoslezském kraji se tedy netýká Hlučínska samotného, ale jiných regionů v kraji, které pro obyvatele nejsou tak atraktivní.

Tab. 4: Srovnání počtu obyvatel České republiky podle věkových skupin (stav k 31. 12.)

	ČR					
	2001		2011		2021	
0-14	1 621 862	15,9 %	1 541 241	14,7 %	1 693 408	16,1 %
15-64	7 170 017	70,2 %	7 262 768	69,1 %	6 654 190	63,3 %
65+	1 414 557	13,9 %	1 701 436	16,2 %	2 169 109	20,6 %

Zdroj: ČSÚ

Tab. 5: Srovnání počtu obyvatel Moravskoslezského kraje podle věkových skupin (stav k 31. 12.)

	MSK					
	2001		2011		2021	
0-14	212 230	16,8 %	178 888	14,5 %	180 618	15,3 %
15-64	896 281	70,8 %	857 430	69,7 %	751 965	63,9 %
65+	157 401	12,4 %	194 295	15,8 %	245 406	20,8 %

Zdroj: ČSÚ

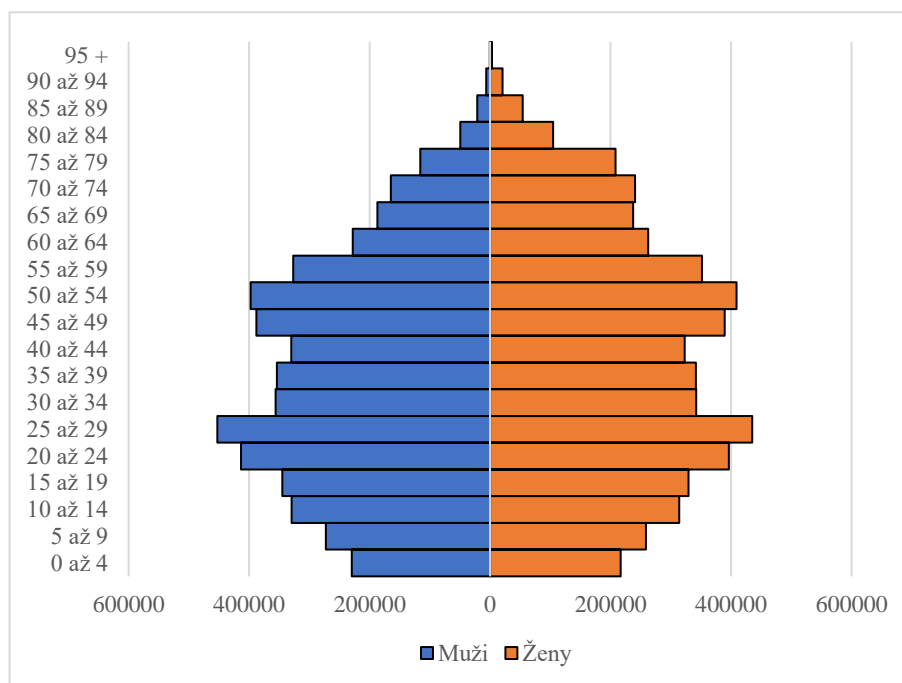
Tab. 6: Srovnání počtu obyvatel Sdružení obcí Hlučínska podle věkových skupin (stav k 31. 12.)

	SO Hlučínsko					
	2001		2011		2021	
0-14	10 996	16,8 %	9 883	15,0 %	10 902	16,5 %
15-64	45 916	70,5 %	46 374	70,2 %	42 458	64,3 %
65+	8 242	12,7 %	9 840	14,8 %	12 668	19,2 %

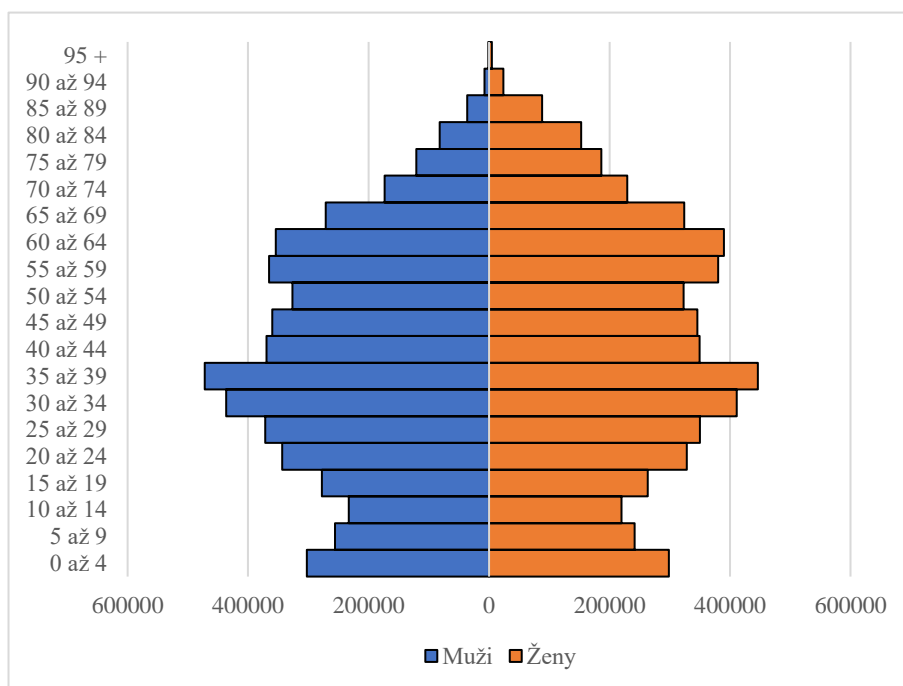
Zdroj: ČSÚ

Z tabulek č. 4 – č. 6 je patrné, že jak v ČR, MSK i SO Hlučínsko klesá počet obyvatel ve věkové skupině 15-64 let a zvyšuje se počet obyvatel ve věkové skupině 65+, což koresponduje s tendencí stárnutí populace. Nárůst v této skupině je v rozmezí 7–8 %.

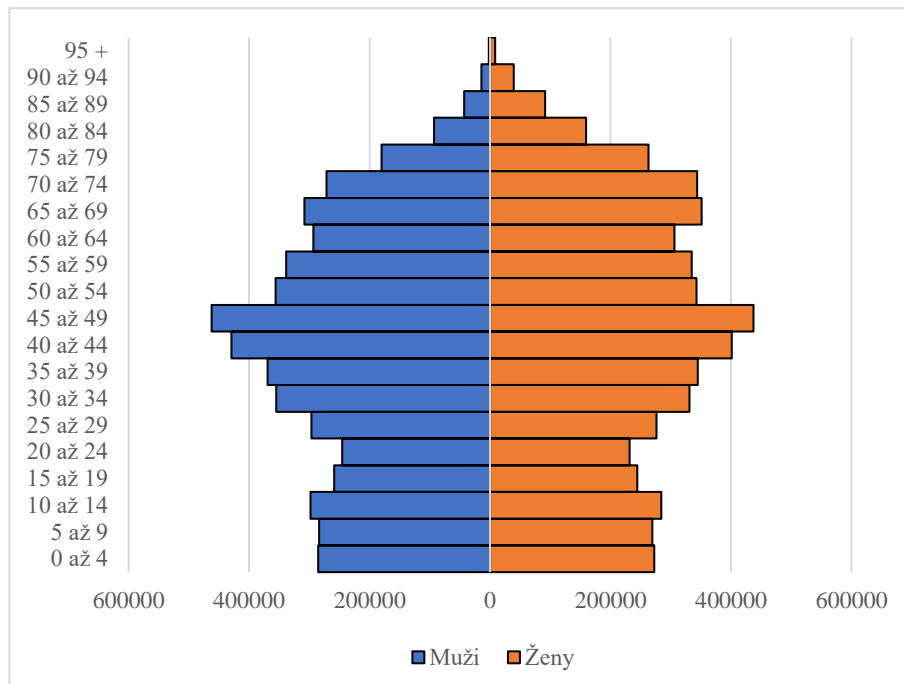
Věková pyramida představuje grafické zobrazení věkové struktury obyvatelstva daného regionu. Následující grafy zachycují situaci v letech 2001, 2011 a 2021 postupně na území České republiky, Moravskoslezského kraje a SO Hlučínska.



Obr. 4: Věková struktura České republiky (data k 31. 12. 2001)

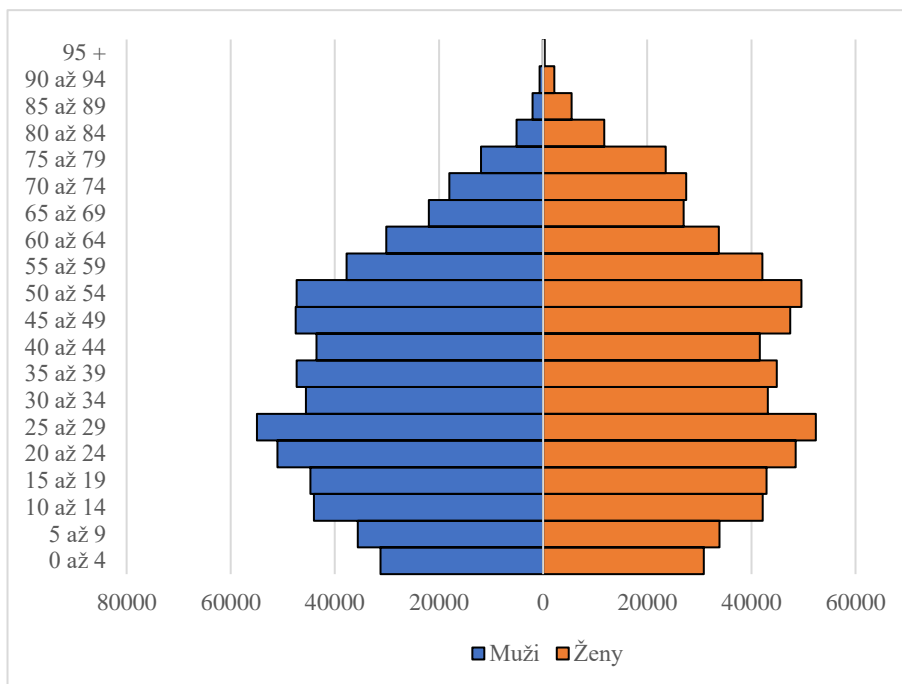


Obr. 5: Věková struktura České republiky (data k 31. 12. 2011)

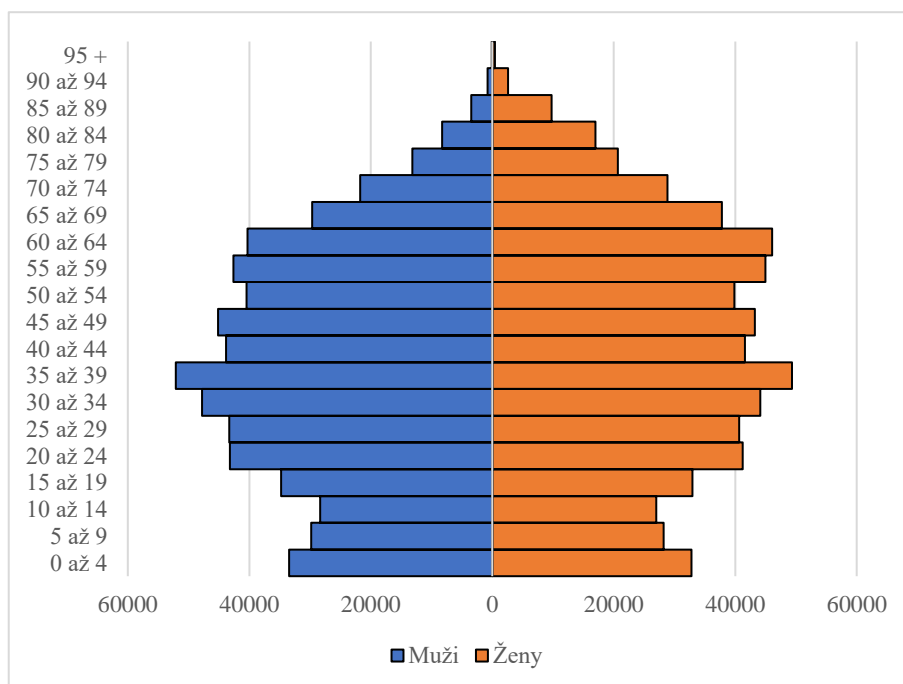


Obr. 6: Věková struktura České republiky (data k 31. 12. 2021)

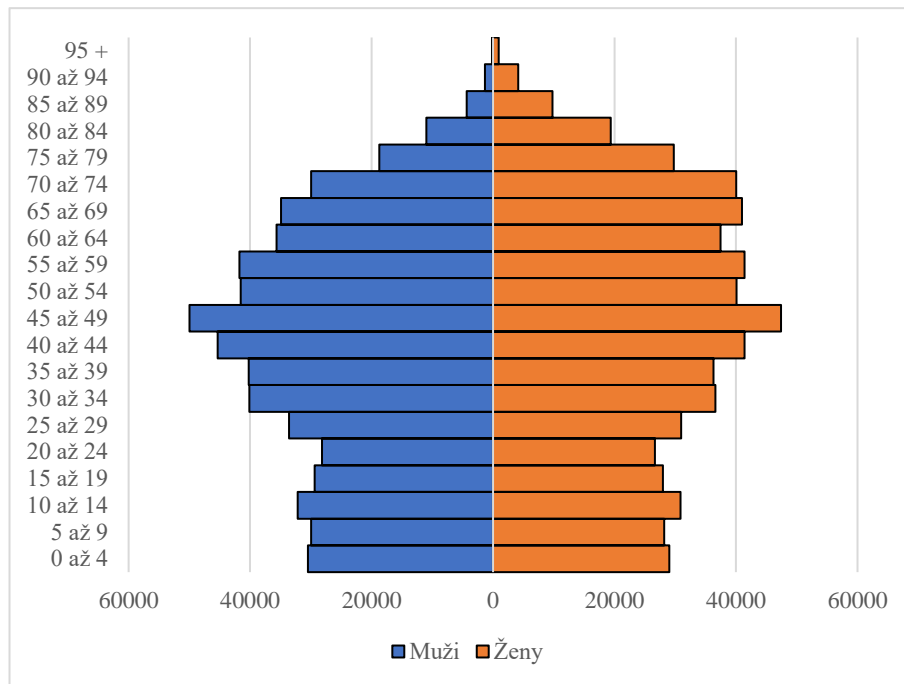
Věková pyramida pro Českou republiku je příkladem věkové pyramidy regresivního typu. To znamená, že se v dětské složce (0-14) vyskytuje nejméně obyvatel a nejvíce pak ve složce postreprodukční (65+), nebo je s reprodukční složkou na podobné úrovni. Základny pyramid jsou úzké, což naznačuje stabilní pokles narozněných dětí a následný celkový pokles počtu obyvatel v delším časovém horizontu. Zároveň dochází ke stárnutí populace a rostoucí ekonomické zátěži na celou populaci. Pokračující růst seniorů bude nejvýraznějším rysem budoucího demografického vývoje České republiky. Ve sledovaných letech je vždy výrazný výběžek, tzv. populační vlna. Představuje to silný populační ročník 70. let 20. století (v roce 2001 obyvatelstvo ve věku 25-29 let, v roce 2011 obyvatelstvo ve věku 35-39 a v roce 2021 obyvatelstvo ve věku 45-49 let).



Obr. 7: Věková struktura Moravskoslezského kraje (data k 31. 12. 2001)

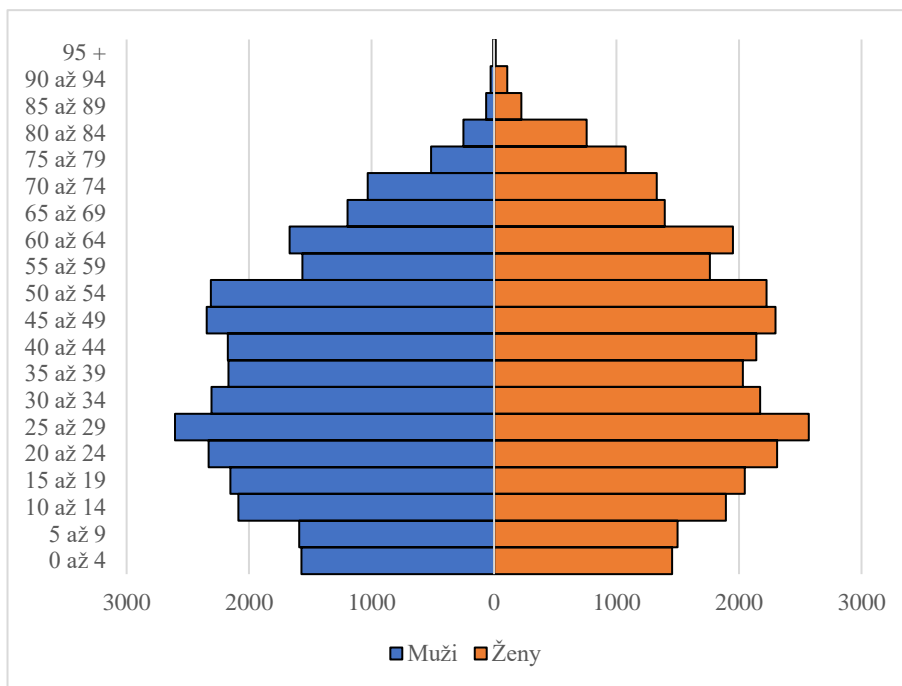


Obr. 8: Věková struktura Moravskoslezského kraje (data k 31. 12. 2011)

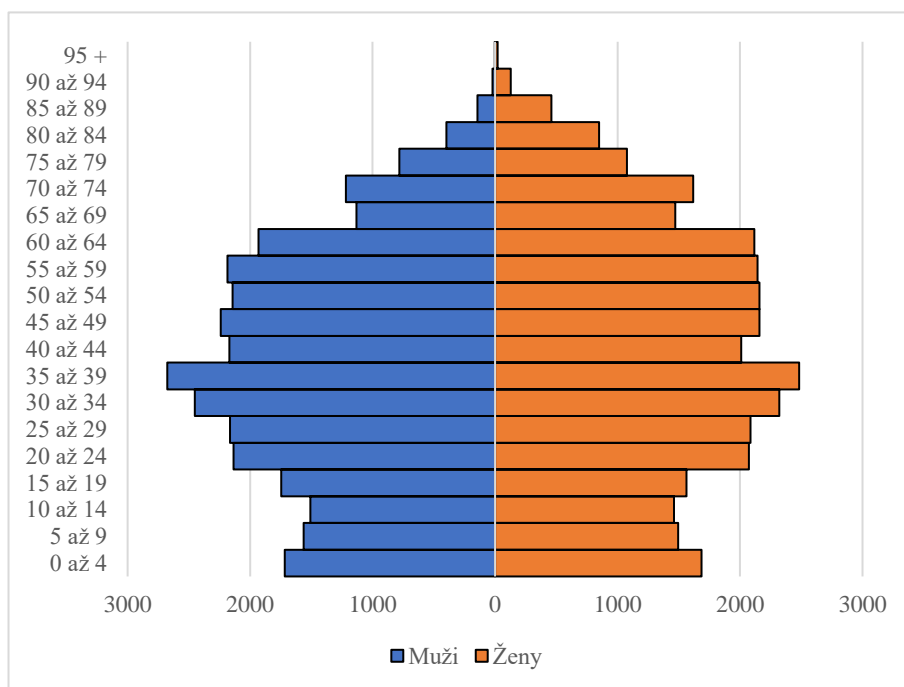


Obr. 9: Věková struktura Moravskoslezského kraje (data k 31. 12. 2021)

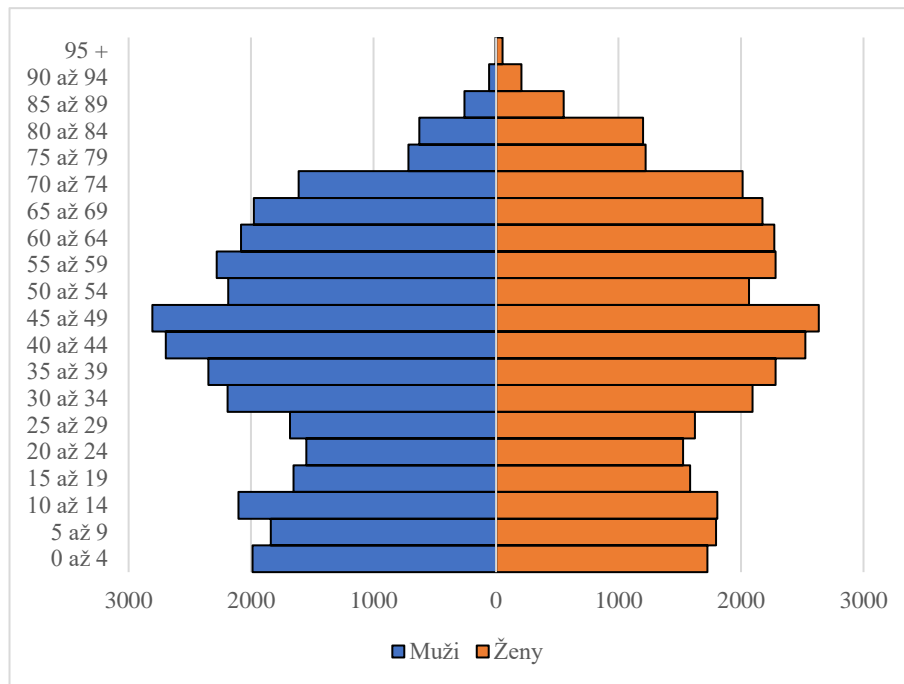
Všechny věkové pyramidy za sledovaná období jsou regresivního typu s podobným průběhem. Mezi roky 2001 a 2011 došlo k nárůstu počtu narozených dětí. Během následujících deseti let k jejich poklesu. Ve všech sledovaných letech má největší zastoupení reprodukční složka populace (15-64 let). Stejně jako u věkové struktury ČR je zde patrná tzv. populační vlna (lidé narozeni v 70. letech 20. století – známí jako Husákovy děti).



Obr. 10: Věková struktura SO Hlučinska (data k 31. 12. 2001)



Obr. 11: Věková struktura SO Hlučinska (data k 31. 12. 2011)



Obr. 12: Věková struktura SO Hlučína (data k 31. 12. 2021)

Z pohledu věkové struktury se SO Hlučínsko nijak neodlišuje, věkové pyramidy jsou rovněž regresivního typu. Populační exploze 70. let 20. století se promítá nejen v ČR a MSK, ale potvrzují to i věkové struktury SO Hlučína. Na druhou stranu zde lze najít kromě výběžků i výkroje. Výkroj ve věkové pyramidě z roku 2021 koresponduje s menším počtem nově narozených dětí v roce 2001. To by mohlo souviset se změnami po revoluci (1989), kdy se mladým lidem naskytlo více příležitostí ke studiu, cestování a rodičovství odkládali.

Věková struktura České republiky se nevymyká modelům věkových struktur zemí severní a západní Evropy. Porovnáním grafů, které zabírají územní celky různých velikostí, lze pozorovat podobnost ve věkovém rozložení obyvatelstva v jednotlivých letech. Všechny předchozí věkové pyramidy ve sledovaných letech a územích ukazují značnou převahu ženského pohlaví v postreprodukční složce (65+ let).

Tabulka č. 7 porovnává s využitím bazického indexu vývoj počtu obyvatel jednotlivých obcí na Hlučínsku. Základním (bazickým) rokem byl stanoven rok 2001. Tento rok byl zvolen, jelikož ke starším rokům nebyla dostupná data. Červeně jsou vyznačeny ty výsledky, které nám udávají pokles počtu obyvatel ve sledovaných letech.

Tab. 7: Vývoj bazického indexu obcí SO Hlučínska, data jsou uvedena v %

název obce	2001	2011	2021
Bělá	100,00	93,76	91,91
Bohuslavice	100,00	103,38	113,20
Bolatice	100,00	105,01	108,73
Darkovice	100,00	104,52	111,42
Dolní Benešov	100,00	94,53	92,72
Hať	100,00	98,13	98,32
Hlučín	100,00	98,51	94,61
Hněvošice	100,00	97,66	98,73
Chlebičov	100,00	99,06	110,48
Chuchelná	100,00	101,28	95,92
Kobeřice	100,00	100,37	101,90
Kozmice	100,00	97,24	105,36
Kravaře	100,00	98,16	99,54
Ludgeřovice	100,00	101,20	108,34
Markvartovice	100,00	103,16	120,23
Oldřišov	100,00	98,28	108,10
Píšť	100,00	98,71	100,43
Rohov	100,00	101,48	99,51
Služovice	100,00	97,05	100,49
Strahovice	100,00	103,14	99,22
Sudice	100,00	96,97	96,97
Šilheřovice	100,00	105,33	106,05
Štěpánkovice	100,00	100,59	106,54
Třebom	100,00	101,48	113,79
Velké Hoštice	100,00	105,97	112,43
Vřesina	100,00	110,27	126,24
Závada	100,00	99,65	101,39

Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočet autorky

Tabulka je poměrně různorodá. Nachází se zde obce, kde počet obyvatel za posledních dvacet let klesá. Jsou to obce Bělá, Hať, Dolní Benešov, Hlučín, Hněvošice, Kravaře a Sudice. Pak zde jsou obce s rostoucím počtem obyvatel. Jsou to Bohuslavice, Bolatice, Darkovice, Kobeřice, Ludgeřovice, Markvartovice, Šilheřovice, Štěpánkovice, Třebom, Velké Hoštice a Vřesina. A skupinu obcí, kde za posledních dvacet let došlo k úbytku a pak nárůstu počtu obyvatel. Tady patří Chlebičov, Kozmice, Oldřišov, Píšť, Služovice a Závada. Poslední skupinu tvoří obce, kde nejprve počet obyvatel vzrostl a následně klesl. Tady patří Chuchelná, Rohov a Strahovice. Poslední tři jmenované obce spolu sousedí a jedná se o příhraniční obce, které leží na hranici s Polskou republikou.

Tabulka č. 8 srovnává index stáří a ekonomického zatížení v jednotlivých obcích SO Hlučínska ve sledovaných letech.

Tab. 8: Vývoj indexu stáří a indexu ekonomického zatížení v obcích SO Hlučínska

název obce	index stáří			index ekonomického zatížení		
	2001	2011	2021	2001	2011	2021
Bělá	100	106	109	46	41	54
Bohuslavice	71	79	82	46	42	55
Bolatice	70	84	109	38	41	56
Darkovice	84	83	87	46	42	54
Dolní Benešov	66	114	139	40	41	53
Hať	73	101	112	44	40	55
Hlučín	76	117	150	39	47	58
Hněvošice	74	89	117	44	36	58
Chlebičov	69	97	90	47	44	56
Chuchelná	69	90	120	42	41	56
Kobeřice	62	75	107	44	40	52
Kozmice	89	122	118	43	43	59
Kravaře	75	98	113	43	43	55
Ludgeřovice	106	131	123	43	48	59
Markvartovice	91	88	81	45	41	54
Oldřív	61	76	101	44	40	57
Píšť	92	112	147	44	41	57
Rohov	61	77	96	41	40	53
Služovice	56	88	94	41	30	50
Strahovice	59	75	110	47	41	53
Sudice	67	89	107	40	37	52
Šilheřovice	74	91	125	42	43	48
Štěpánkovice	63	81	93	44	39	53
Třebom	49	83	133	53	41	41
Velké Hoštice	68	85	106	42	37	59
Vřesina	79	88	83	45	42	54
Závada	74	79	78	41	41	56
ČR	87	110	128	42	45	58
MSK	74	109	136	41	44	57
SO Hlučínsko	75	100	116	42	43	56

Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočet autorky

Rozdíly v indexu stáří jednotlivých obcí jsou velmi zajímavé. Vzhledem k neustále rostoucímu trendu demografického stárnutí populace je překvapivé, že v devíti obcích v SO Hlučínska stále, v posledních dvaceti letech, převažuje počet dětí nad počtem obyvatel ve věku 65 a více let. Jsou to obce Bohuslavice, Darkovice, Chlebičov, Markvartovice, Rohov, Služovice, Štěpánkovice, Vřesina a Závada.

Za zmínku určitě stojí obec Markvartovice, kde tento počet ve sledovaném období stále klesá. Ve srovnání s tím, se zde vyskytuje více obcí, kde došlo k velkému nárůstu obyvatel ve věku 65 a více let v posledních deseti letech (mezi roky 2011 a 2021). Jedná se o obce Bolatice, Hněvošice, Chuchelná, Kobeřice, Kravaře, Oldřišov, Strahovice, Sudice, Šilheřovice, Třebom a Velké Hoštice. Zajímavým příkladem je obec Třebom, kde se počet seniorů na sto dětí z hodnoty 49 zvýšil na hodnotu 133. Ve zbývajících obcích (Bělá, Dolní Benešov, Hať, Hlučín, Kozmice, Ludgeřovice a Pišť) index stáří ve sledovaném období roste. Index stáří pro Moravskoslezský kraj k 31. 12. 2021 má hodnotu 136. Porovnáním průměrné hodnoty indexu stáří obcí SO Hlučínska za rok 2021, která činí 116, lze konstatovat, že tento mikroregion má menší počet seniorů připadajících na 100 dětí oproti Moravskoslezskému kraji.

Vyšší ekonomické zatížení připadá na rok 2021, kdy ukazatel ekonomického zatížení v několika obcích SO Hlučínska dosáhl hodnoty 59, což znamená, že na 100 ekonomicky aktivních obyvatel připadá 59 dětí a seniorů. Této hodnoty dosáhly obce Kozmice, Ludgeřovice a Velké Hoštice. Tato hodnota zároveň překračuje hodnoty ekonomického zatížení pro Českou republiku, Moravskoslezský kraj i SO Hlučínsko. Ve sledovaných letech dochází k poklesu indexu ekonomického zatížení v roce 2011 oproti roku 2001 ve většině obcí. To souhlasí s vývojem počtu obyvatel, kdy se v roce 2011 zvýšil počet ekonomicky aktivních obyvatel oproti roku 2001 (viz tab. č. 6). Příkladem je obec Hněvošice, která v tomto roce vykazuje 36 dětí a seniorů na 100 ekonomicky aktivních obyvatel, což je nejnižší zaznamenaná hodnota. Celkově byly roky 2001 a 2011 ekonomicky zdravějších, bylo zde méně závislých osob v neproduktivním věku na produktivní složce obyvatelstva.

Následující tabulka zobrazuje hodnoty přirozeného přírůstku obcí SO Hlučínska v uvedených letech. U každého roku je ve třetím sloupci vyjádřený přirozený přírůstek kladným číslem a přirozený úbytek číslem záporným, ve čtvrtém sloupci pak hrubá míra přirozeného přírůstku.

Tab. 9: Vývoj přirozeného přírůstku v obcích SO Hlučínska

název obce	2001				2011				2021			
	natalita	mortalita	přírůstek/úbytek	hmpp (%)	natalita	mortalita	přírůstek/úbytek	hmpp (%)	natalita	mortalita	přírůstek/úbytek	hmpp (%)
Bělá	5	9	-4	-5,7	7	15	-8	-12,0	4	11	-7	-10,6
Bohuslavice	8	20	-12	-7,7	30	23	13	8,0	23	21	2	1,1
Bolatice	45	36	9	2,2	51	26	25	5,7	58	54	4	0,9
Darkovice	8	9	-1	-0,8	14	17	-3	-2,3	18	14	4	3
Dolní Benešov	34	35	-1	-0,2	31	29	2	0,5	45	63	-18	-4,5
Hať	24	32	-8	-3,1	23	25	-2	-0,8	22	33	-11	-4,4
Hlučín	122	126	-4	-0,3	131	178	-47	-3,3	117	219	-102	-7,5
Hněvošice	3	6	-3	-2,9	4	7	-3	-2,9	15	11	4	4
Chlebičov	10	9	1	0,9	9	13	-4	-3,6	17	14	3	2,5
Chuchelná	10	11	-1	-0,8	15	10	5	3,9	16	11	5	4
Kobeřice	34	28	6	1,9	39	30	9	2,7	35	35	0	0
Kozmice	11	19	-8	-4,4	17	15	2	1,1	19	30	-11	-5,8
Kravaře	65	63	2	0,3	72	74	-2	-0,3	64	84	-20	-3
Ludgeřovice	35	44	-9	-2	46	52	-6	-1,3	62	66	-4	-0,8
Markvartovice	14	16	-2	-1,1	19	19	0	0	20	18	2	0,9
Oldřívov	16	14	2	1,5	17	17	0	0	19	17	2	1,4
Píšť	19	16	3	1,4	13	21	-8	-3,8	14	37	-23	-11
Rohov	5	7	-2	-3,3	6	7	-1	-1,6	11	7	4	6,6
Služovice	5	9	-4	-4,9	6	7	-1	-1,2	12	5	7	8,6
Strahovice	13	11	2	2,2	4	4	0	0	16	9	7	8
Sudice	3	5	-2	-3	5	5	0	0	10	8	2	3,2
Šilheřovice	14	14	0	0	14	21	-7	-4,4	12	23	-11	-7
Štěpánkovice	32	23	9	2,9	47	31	16	5,1	49	39	10	3,2
Třebom	6	6	0	0	0	2	-2	-9,0	2	5	-3	-13,4
Velké Hoštice	17	18	-1	-0,6	15	18	-3	-1,7	27	11	16	8,8
Vřesina	15	8	7	5,3	20	12	8	5,3	18	18	0	0
Závada	13	10	3	5,2	2	7	-5	-8,5	10	8	2	3,4
ČR	-	-	-	-1,5	-	-	-	0,2	-	-	-	-1,8
MSK	-	-	-	-1,3	-	-	-	-1,3	-	-	-	-3,5
SO Hlučínsko	-	-	-	-0,3	-	-	-	-0,4	-	-	-	-2,1

Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočet autorky

Autorka při výpočtu hrubé míry přirozeného přírůstku počítala se středním stavem obyvatelstva vždy k 1. 7. daného roku. Pouze u roku 2021 vycházela autorka z aritmetického průměru počtu obyvatel na začátku a konci sledovaného období (tj. k 1. 1. 2021 a k 31. 12. 2021), neboť ČSÚ data platná k 1. 7. neuvádí nebo jsou nespolehlivá. Hodnoty hrubé míry přirozeného přírůstku jsou zaokrouhleny na jedno desetinné místo. Tabulka přirozeného přírůstku vykazuje v letech 2001 a 2011 větší počet obcí s přirozeným úbytkem, kdežto v roce 2021 převládají obce s přirozeným přírůstkem. Srovnáním hrubé míry přirozeného přírůstku obcí SO Hlučínska vykazuje nejvyšší přirozený přírůstek v důsledku vyššího počtu narozených než zemřelých za sledované roky obec Velké Hoštice, a to 8,8 %. Naopak k největšímu přirozenému úbytku, kdy počet zemřelých převyšoval počet živě narozených, došlo ve sledovaných letech v obci Třebom s hodnotou -13,4 %.

Tab. 10: Vývoj mechanického pohybu v obcích v SO Hlučínska

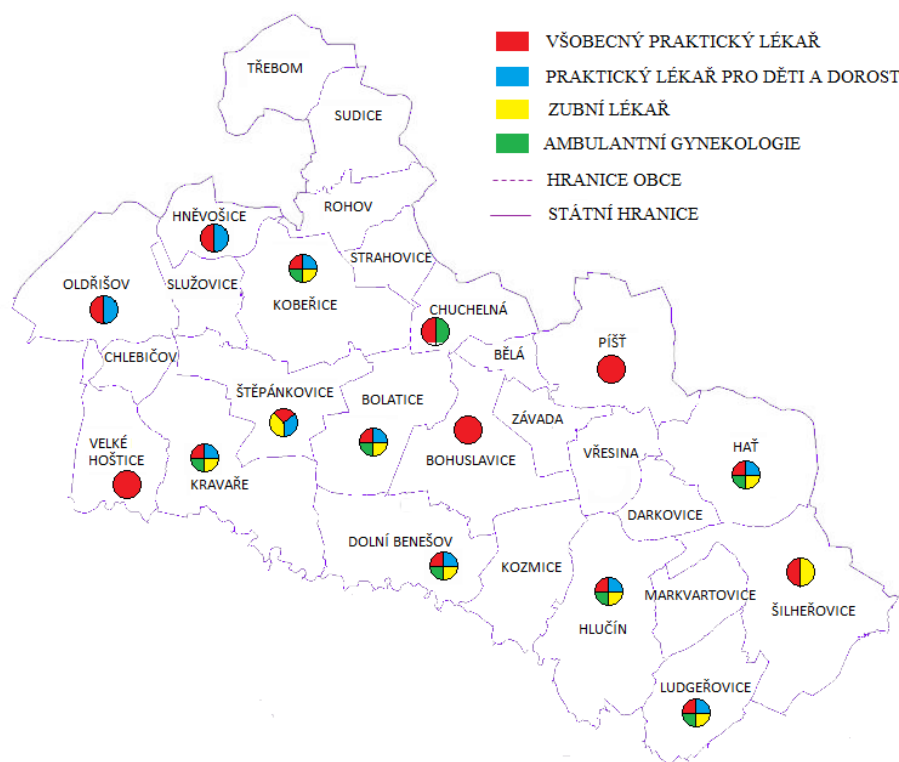
název obce	2001				2011				2021			
	přistěhovalí	vystěhovalí	migrační růst/úbytek	hmms (%)	přistěhovalí	vystěhovalí	migrační růst/úbytek	hmms (%)	přistěhovalí	vystěhovalí	migrační růst/úbytek	hmms (%)
Bělá	6	9	-3	-4,3	18	9	9	13,5	23	12	11	16,7
Bohuslavice	17	17	0	0	37	30	7	4,3	28	23	5	2,9
Bolatice	58	44	14	3,4	83	60	23	5,2	95	74	21	4,8
Darkovice	17	7	10	8,2	28	11	17	13,1	32	28	4	3,0
Dolní Benešov	42	78	-36	-8,2	72	88	-16	-3,8	55	105	-50	-12,6
Hať	29	29	0	0	55	37	18	7,1	51	40	11	4,4
Hlučín	235	223	12	0,8	290	265	25	1,8	247	322	-75	-5,5
Hněvošice	19	18	1	1,0	23	19	4	3,9	26	15	11	11,0
Chlebičov	8	13	-5	-4,7	12	5	7	6,4	14	11	3	2,5
Chuchelná	10	23	-13	-9,9	22	24	-2	-1,6	36	35	1	0,8
Kožeříčice	19	29	-10	-3,1	45	51	-6	-1,8	33	51	-18	-5,6
Kozmice	31	16	15	8,3	40	29	11	6,0	46	43	3	1,6
Kravaře	104	72	32	4,8	133	128	5	0,7	126	109	17	2,6
Ludgeřovice	80	61	19	4,1	106	67	39	0,8	127	110	17	3,5
Markvartovice	25	30	-5	-2,8	49	29	20	10,7	85	33	52	24,1
Oldřišov	4	21	-17	- 12,8	35	17	18	13,3	45	27	18	12,5
Píšť	21	22	-1	-0,5	36	33	3	1,4	43	34	9	4,3
Rohov	11	10	1	1,7	7	6	1	1,6	21	14	7	11,5
Služovice	7	12	-5	-6,2	13	16	-3	-3,7	27	31	-4	-4,9
Strahovice	7	9	-2	-2,2	6	16	-10	10,8	5	7	-2	-2,3
Sudice	12	15	-3	-4,6	16	15	1	1,5	22	23	-1	-1,6
Šilheřovice	32	10	22	14,4	24	19	5	3,1	23	24	-1	-0,6
Štěpánkovice	45	33	12	3,9	29	59	-30	-9,5	44	54	-10	-3,2
Třebom	11	12	-1	-4,9	10	8	2	9,0	7	19	-12	-51,5
Velké Hoštice	39	15	24	14,4	49	44	5	2,8	42	57	-15	-8,2
Vřesina	24	14	10	7,5	41	28	13	8,7	36	25	11	6,7
Závada	14	5	9	15,5	11	11	0	0	24	18	6	10,2
ČR	-	-	-	1,2	-	-	-	1,6	-	-	-	4,8
MSK	-	-	-	-1,3	-	-	-	-2,0	-	-	-	-0,1
SO Hlučínsko	-	-	-	1,2	-	-	-	2,4	-	-	-	0,3

Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočet autorky

Tabulka sleduje mechanický pohyb obyvatelstva a pro SO Hlučínsko jako celek se dá vyčíst, že v důsledku mechanického pohybu nedochází k vylidňování. V letech 2011 a 2021 převládají obce s kladným migračním přírůstkem. Ve srovnání s předchozí tabulkou (tabulka č. 9 – přirozený přírůstek), která vykazuje úbytek obyvatel, je tedy patrné, že za růstem počtu obyvatel SO Hlučínska nestojí nově narození ale pravděpodobně přistěhovalí. Z obcí s kladným migračním přírůstkem stojí za zmínku obec Markvartovice, kde počet obyvatel roste. Důvodem může být venkovský ráz bydlení v malé dojezdové vzdálenosti do měst Hlučina nebo Ostravy. Naopak obec Dolní Benešov, která má výhodnou polohu v rámci mikroregionu (mezi městy Opava a Ostrava) a dobrou vybavenost službami, vykazuje za posledních dvacet let úbytek počtu obyvatel. Důvodem může být například nedostatek nových stavebních míst. Nevýhodná poloha obce Třebom může stát za migračním úbytkem počtu obyvatel v roce 2021, který dosáhl hodnoty -51,5 %. Hrubá míra migračního salda ve sledovaných letech v rámci České republiky díky mechanickému pohybu narůstá a v roce 2021 dosáhla čtyřnásobné hodnoty z roku 2001. Tento trend neodpovídá hrubé míře v Moravskoslezském kraji, který se kvůli migraci vylidňuje, i když v roce 2021 je tato hodnota nižší, vylidňování se zpomaluje. SO Hlučínsko zaznamenalo největší nárůst počtu obyvatel díky mechanickému pohybu v roce 2011, ze sledovaných let. V roce 2021 i zde došlo k jeho snížení nárůstu na hodnotu 0,3 %.

8 Vybavenost obcí zařízeními primární zdravotní péče

Obyvatelé obcí zájmového území mají různý přístup k poskytovatelům primární zdravotní péče ve svém bydlišti, jak dokládá tabulka (příloha č. 2). Tabulka uvádí pouze zda se v obci nachází daný typ primární zdravotní péče bez ohledu na počet ordinací. Při vyhledávání zastoupení jednotlivých druhů primární péče v obcích byly využity webové stránky obcí (stav ke dni 1. 10. 2022). Tento způsob byl zvolený proto, že různé dostupné zdroje, např. Národní zdravotnický informační portál (NZIP), Česká lékařská komora apod. se v některých údajích neshodoval s údaji dostupnými na stánkách obcí. Může to být dáno tím, že obecní stránky se aktualizují častěji než výše zmíněné portály, které pracují s daty vždy za určité období.



Obr. 13: Zastoupení jednotlivých typů primární zdravotní péče v obcích SO Hlučína, zdroj: vlastní tvorba autorky, podkladová mapa z ags.cuzk.cz

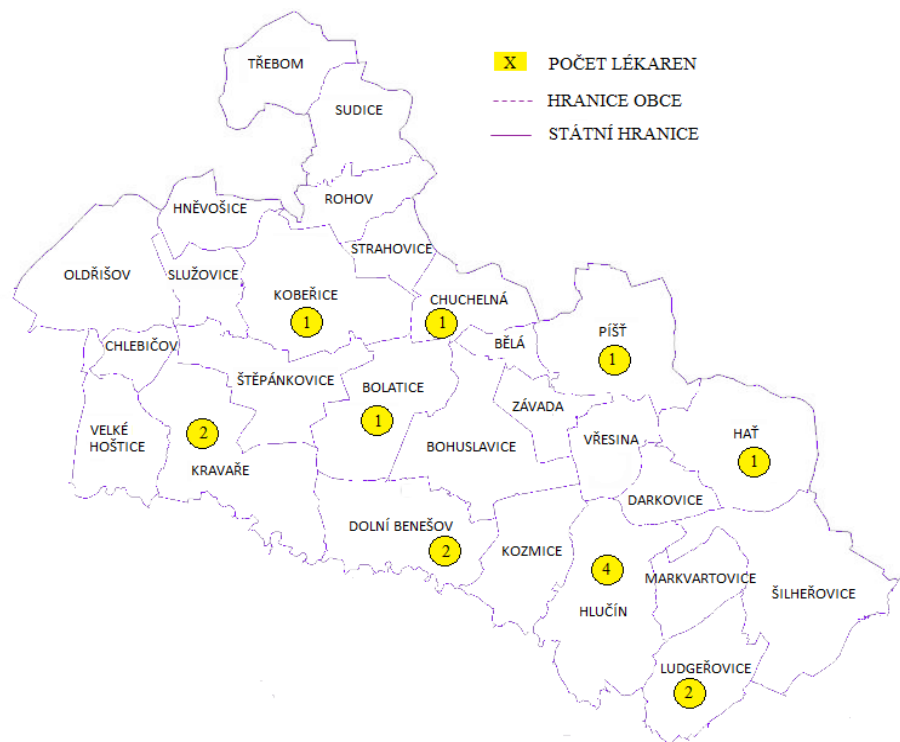
Z obrázku je patrné, že ne všichni obyvatelé sledovaných obcí mají zařízení primární péče přímo ve svém bydlišti. Ze sledovaných obcí má šest z nich všechny typy primární zdravotní péče. Město Hlučín, jako sídlo Sdružení obcí Hlučína, je také místem, kde jsou zastoupena všechna pracoviště poskytující primární zdravotní péči. Na druhou stranu je zde dvanáct obcí, kde se nevyskytuje ani jeden typ

ze základních (sledovaných) typů primární zdravotní péče. Zpravidla to bývají obce do tisíce obyvatel. Výjimkou jsou obce Markvartovice a Kozmice, které se svým počtem obyvatel blíží ke dvěma tisícům a žádný zástupce primární zdravotní péče se zde nenachází. Zbývající počet obcí disponuje alespoň jedním typem poskytovatele primární zdravotní péče.

Velikost obce často hraje roli v přítomnosti zdravotnického zařízení na svém území. V malých obcích nejsou zřízeny ordinace lékařů. Ve středně velkých obcích zpravidla bývá ordinace praktického lékaře pro dospělé, méně často ordinace praktického lékaře pro děti a dorost. Velké obce a města pak mají počet ordinací lékařů primární zdravotní péče dostačující. Většina obyvatel malých obcí nevnímá nepřítomnost lékaře v obci jako velkou překážku, díky husté síti zalidnění. To se však netýká seniorů a hůře mobilních občanů, kteří následně vyhledávají lékaře, který je pro ně nejdostupnější i na úkor kvality poskytnutých služeb.

Venkovské oblasti se potýkají s problémem zajištění primární zdravotní péče, protože příjmy lékařů jsou závislé na tzv. kapitačních pojištencích. Za ně jsou lékařům vypláceny tzv. kapitační platby od zdravotních pojišťoven. Výše těchto plateb je závislá na počtu kapitačních pojištenců (tedy pacientů, kteří jsou u lékaře registrováni). Ve venkovských oblastech je často nízký počet kapitačních pojištenců, a tak příjmy zdejších praktických lékařů nepokryjí náklady na provoz ordinace (Říha, 2012).

Situace v obcích se za uplynulé období měnila. V minulých letech se např. v některých obcích vyskytovaly všechny čtyři základní kategorie poskytovatelů primární zdravotní péče. Příkladem může být obec Chuchelná, kde se do roku 2013 vyskytovaly všechny čtyři sledovaní poskytovatelé primární zdravotní péče a do roku 2020 tři z nich. Zrušení ordinací praktického lékaře pro děti a dorost a stomatologa nastalo v důsledku odchodu těchto lékařů do důchodu a obec nebyla schopna za ně nalézt náhradu. Lékaři mohou mít obavy, že nízký počet kapitačních pojištenců, nepokryje náklady na provoz ordinace a ani nabídka bydlení není dostatečnou motivací na zřízení ordinace. V obci tedy nyní působí pouze praktický lékař pro dospělé a ambulantní gynekolog.



Obr. 14: Počet lékáren v jednotlivých obcích SO Hlučínka, zdroj: vlastní tvorba autorky, podkladová mapa z ags.cuzk.cz

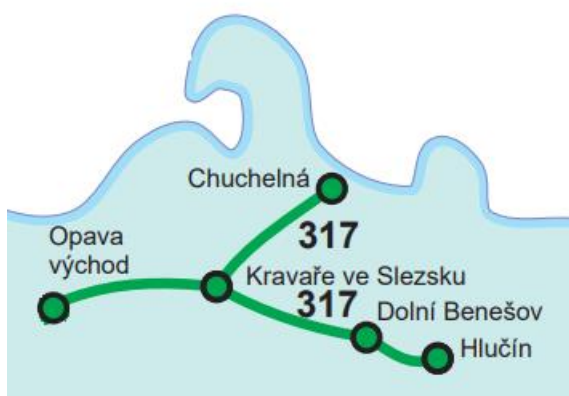
V obcích SO Hlučínka funguje patnáct lékáren. Z toho ve venkovském regionu Hlučínka se jich nachází jedenáct v jednotlivých obcích mikroregionu, v samotném Hlučíně potom další čtyři. V obci Píšť se nachází Odloučené oddělení výdeje léčiv, jehož mateřskou lékárnou je lékárna v obci Chuchelná. Lékárny se nacházejí v obcích, kde se vyskytují všechny čtyři typy primární zdravotní péče, a tedy i dostatečný počet potenciálních zákazníků. Výjimku tvoří obce Chuchelná a Píšť. V Chuchelné se nachází praktický lékař pro dospělé a ambulantní gynekolog, v Píšti pak praktický lékař pro dospělé. Pro fungování a užití lékáren je nezbytné, aby se v obci nacházeli lékaři, kteří vydávají recepty. Na jednu lékárnu na Hlučínku připadá 4 487 obyvatel. Nedostatkem lékáren, jak ukazuje obrázek, disponuje severozápad Hlučínka.

9 Dojíždka za zdravotními službami – Dopravní dostupnost primární zdravotní péče v mikroregionu Hlučínsko

Dopravní obslužnost na Hlučínsku je zajišťována prostřednictvím místní dopravy železniční, autobusové a příměstské hromadné dopravy v rámci závazku veřejné služby objednávané krajem a obcemi. Role místní dopravy v rámci regionu je mnohdy nezastupitelná, neboť zajišťuje spojení obyvatel i ve vzdálenějších místech tohoto regionu. Veřejná doprava musí být pro obyvatele zajištěna, protože její absence by mohla znemožnit obyvatelům odlehlých obcí dopravu do zaměstnání, k lékaři, do škol apod. Rozsah dopravní obslužnosti kraje stanovuje a financuje v samostatné působnosti kraj, v kompetenci obcí je dopravní obslužnost nad rámec dopravní obslužnosti kraje (zdroj: msk.cz). Na Hlučínsku je zastoupen větší podíl autobusové hromadné dopravy, ať místní nebo příměstské, jelikož železniční trasy prochází jen některými obcemi (Hlučín, Kozmice, Dolní Benešov, Kravaře, Velké Hoštice, Štěpánkovice, Bolatice, Chuchelná). Přičemž železniční a autobusová doprava je ve většině případů propojená, tzn. že v blízkosti vlakové zastávky se nachází i ta autobusová. Veřejnou autobusovou dopravu na Hlučínsku zajišťují společnosti ČSAD Havířov, a.s., Z-Group bus a.s., Dopravní podnik Ostrava (DPO) a železniční dopravu obstarávají České dráhy, a.s.

9.1 Dopravní obsluha po železnici a veřejnou autobusovou dopravou

Česká republika má poměrně hustou síť železniční dopravy. V mikroregionu Hlučínsko je osm obcí, které mají dostupnou železnici a nachází se zde vlaková zastávka.



Obr. 15: Železniční trať na Hlučínsku, zdroj: upraveno z cd.cz

Železničním uzlem je obec Kravaře, ze které jezdí spoje do tří směrů.

Ve všech obcích sledovaného regionu jezdí veřejná autobusová doprava. Jedná se o místní autobusovou dopravu a v některých případech také o příměstskou autobusovou dopravu, neboť některé obce regionu sousedí s Ostravou a její příměstská doprava obsluhuje i tyto obce. Autobusovou dopravu mezi obcemi zajišťuje celkem 18 autobusových linek.

U všech spojení je sledován počet spojů v dopoledních a odpoledních hodinách do více směrů. Vlaková zastávka je ve sledovaných obcích pouze jedna s výjimkou dvou zastávek v obci Kravaře a Dolní Benešov. V části obce Kravaře – Kouty a části Dolního Benešova – Zábřeh se také nachází vlaková zastávka. V těchto případech je sledovanou zastávkou pouze zastávka v Kravařích a Dolním Benešově, neboť počty spojů v částech Kouty a Zábřeh jsou stejné. U autobusových zastávek je situace obtížnější. V některých obcích jezdí spoje do několika různých směrů. Proto jsou v tabulce zaznamenány všechny spoje do daných směrů.

Tab. 11: Dopravní obsluha veřejnou dopravou v obcích SO Hlučínka

název obce	druh dopravy	počet spojů – pracovní den	
		6:00 – 11:59	12:00 – 16:00
Bělá	autobus	9	10
Bohuslavice	autobus	10	11
Bolatice	autobus	20	20
	vlak	12	8
Darkovice	autobus	15	14
Dolní Benešov	autobus	27	24
	vlak	13	8
Hať	autobus	15	13
Hněvošice	autobus	8	11
Chlebičov	autobus	8	8
Chuchelná	autobus	9	6
	vlak	6	4
Koberčice	autobus	22	18
Kozmice	autobus	35	28
	vlak	12	8
Kravaře	autobus	35	31
	vlak	13	8
Ludgeřovice	autobus	86	74
Markvartovice	autobus	18	22
Oldříšov	autobus	9	11
Píšť	autobus	15	15
Rohov	autobus	8	6
Služovice	autobus	2	6
Strahovice	autobus	9	8
Sudice	autobus	10	15
Šilheřovice	autobus	16	16

Štěpánkovice	autobus	17	13
	vlak	12	8
Třebom	autobus	4	5
Velké Hoštice	autobus	31	26
	vlak	13	8
Vřesina	autobus	12	13
Závada	autobus	11	9

Zdroj: IDOS, jízdní řády Českých drah

9.2 Místní dostupnost primární zdravotní péče ve vybraných obcích

Místní dostupnost, která je stanovena na 35 minut dojezdové doby, by měla zaručit dostupnost primární zdravotní péče pro každého občana ČR z místa jeho bydliště. Tato doba je stanovena v Nařízení vlády č. 307/212 Sb. O místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.

V zájmové oblasti je sedm obcí, které na svém území mají zastoupeny všechna čtyři pracoviště poskytovatelů primární zdravotní péče bez ohledu na počet ordinací a ordinační dobu. Jedná se o obce Bolatice, Dolní Benešov, Hať, Hlučín, Kobeřice, Kravaře a Ludgeřovice.

Z celkového počtu je dvanáct obcí, které nemají zastoupen ani jeden druh primární zdravotní péče (Bělá, Darkovice, Chlebičov, Kozmice, Markvartovice, Rohov, Služovice, Strahovice, Sudice, Třebom, Vřesina, Závada). V následujícím textu jsou zpracovány grafy dostupnosti nejbližších obcí, které disponují všemi základními typy primární zdravotní péče ze sledované obce.

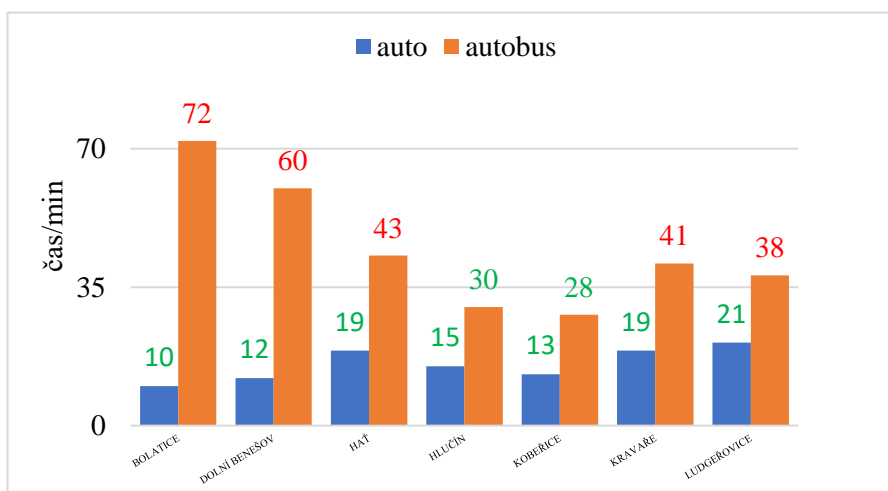
U všech grafů jsou měřeny časové dostupnosti v celých minutách dopravními prostředky, které se v dané obci vyskytují do těch obcí, ve kterých se nachází všechna pracoviště poskytující primární zdravotní péči. Zeleně jsou vyznačeny časy v minutách, které splňují kritérium 35 minut pro dojezd a červeně ty, které toto kritérium nespĺňují. U osobní automobilové dopravy bylo vycházeno z portálu www.mapy.cz a byla pro měření použita trasa rychlá s provozem zohledňující provoz v ČR, ze středu výchozí obce do středu cílové obce. Protože se některé obce nachází v blízkosti hranic s Polskou republikou, byla vždy volena trasa autem pouze po silnicích na českém území i v případě, že dojezdová doba byla o něco delší. U autobusových linek bylo čerpáno ze stránek IDOS, kdy byl brán v potaz vždy nejkratší možný spoj v pracovní den v dopoledních hodinách. U železničního spojení byly použity platné jízdní řády dostupné na stránkách Českých drah a opět se jednalo

o spoj ve sledovaných časových úsecích pracovního dne. Vlaková spojení byla využita pouze u obce, kterou vlak projíždí. Kombinovaná spojení autobus – vlak nesplňovala časový limit, proto nejsou nikde uvedena. U časů odjezdu autobusových linek a vlakových spojů se jedná o čas přepravy z místa A do místa B, včetně časů, které daný dopravní prostředek potřebuje k nástupu a výstupu cestujících. U autobusových spojů byl vždy brán v potaz nejkratší možný spoj z dané obce. Pokud se v obci nachází několik zastávek, je to nejkratší možný čas. Cesta pasažéra na zastávku z místa bydliště a na zdravotní středisko či do ordinace lékaře zde započtena není.

9.3 Obce bez zastoupení jednotlivých druhů primární zdravotní péče

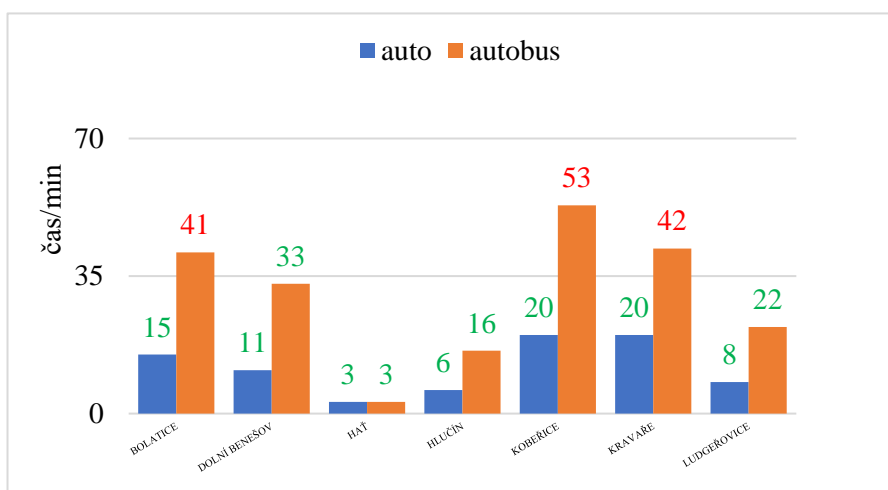
Venkovský region Hlučínsko by mohl být rozdělen do tří skupin podle zastoupení jednotlivých druhů primární zdravotní péče. První skupinu tvoří obce, kde jsou zastoupeny všechny druhy PZP. Druhou skupinu obce, které jsou zastoupené alespoň jedním druhem PZP a třetí skupinou jsou ty obce, kde není ani jeden zástupce PZP. A právě touto skupinou se bude zabývat tato kapitola.

Obec **Bělá** je dostupná autem nebo autobusovou veřejnou dopravou. Ve sledovaných časových úsecích je v obci celkem 19 autobusových spojů, kterými se mohou obyvatelé dopravit k lékaři a zpět. S využitím osobní automobilové dopravy je možné dosáhnout cesty v časovém termínu do všech obcí, které poskytují všechny čtyři druhy primární zdravotní péče. S využitím autobusové dopravy se mohou občané dopravit ve stanoveném čase pouze do Koberic či Hlučina.



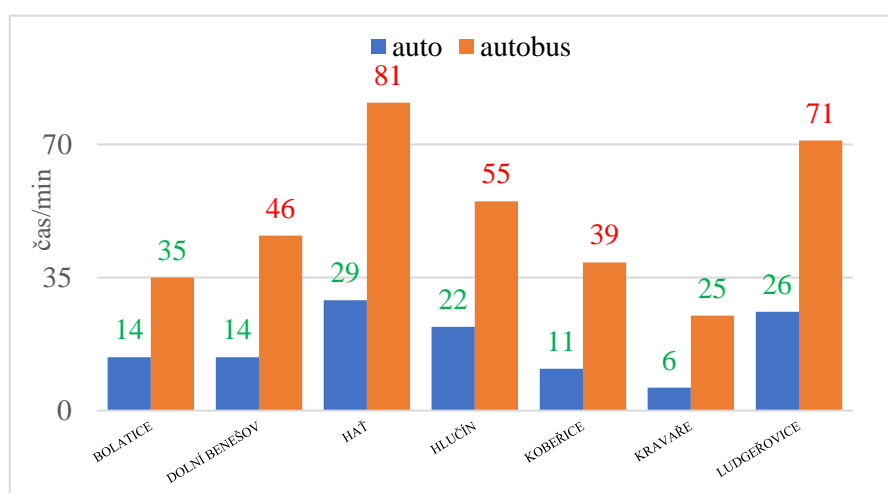
Obr. 16: Místní dostupnost obce Bělá s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností

Obcí **Darkovice** projede ve sledovaných časech 29 spojů v obou směrech. Jak je vidět z grafu dostupnost obcí poskytujících všechny druhy primární zdravotní péče je na dobré úrovni. Čtyři ze sledovaných cílů jsou dosažitelné autobusovou dopravou v časovém limitu stanoveném nařízením vlády. Osobní automobilovou dopravou jsou v dojezdovém čase všechny sledované obce.



Obr. 17: Místní dostupnost obce Darkovice s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností

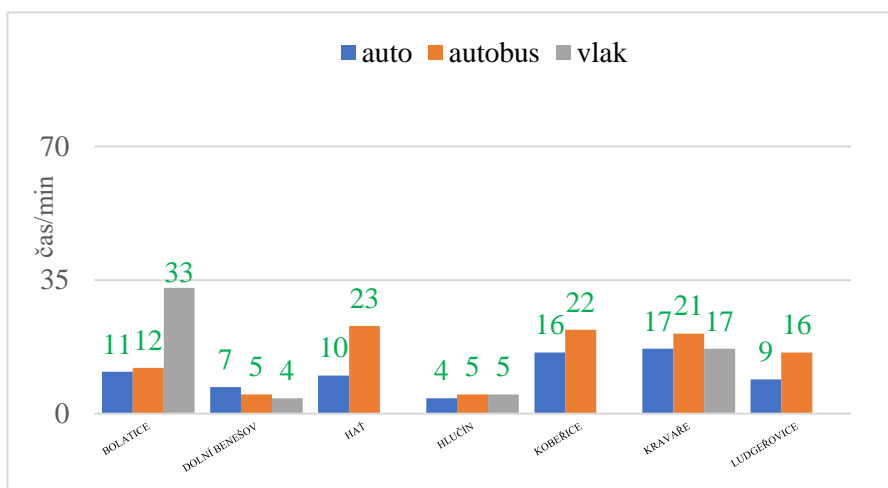
Obec **Chlebičov** obsluhuje v dopoledním časovém úseku osm autobusových spojů a v odpoledním úseku taktéž. Jak znázorňuje graf, pro občany obce je dosažitelná péče v obcích regionu spíše osobní automobilovou dopravou. Autobusová doprava splňující dané kritérium spojuje obec pouze s obcemi Bolatice a Kravaře.



Obr. 18: Místní dostupnost obce Chlebičov s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností

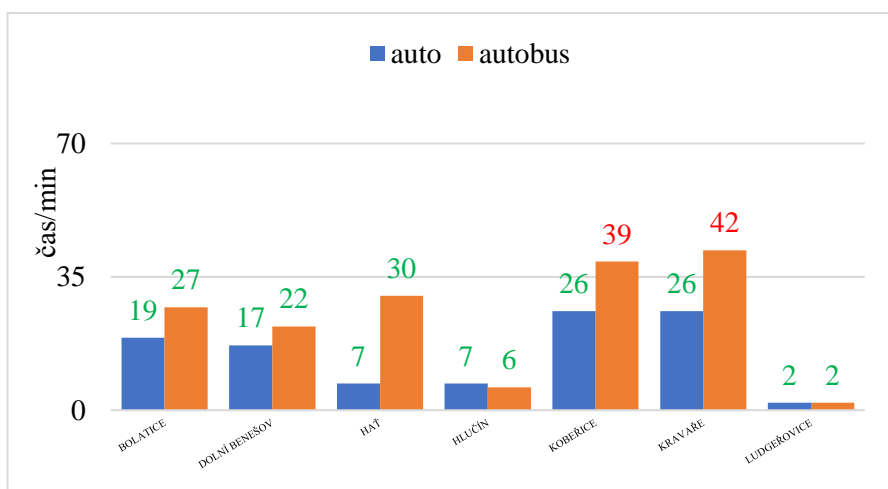
Obec **Kozmice** jako jediná ze sledovaných obcí má spojení s okolními obcemi také železniční dopravou. Jak je z grafů patrné, jsou sledované obce mající všechny

typy primární zdravotní péče dostupné jak osobní automobilovou dopravou, tak i veřejnou hromadnou dopravou železniční i autobusovou. Počet dopravních spojů železniční dopravy je 12 během dopoledního úseku a 8 během odpoledne. U autobusové dopravy je spojů více, dopoledne 35 a odpoledne 28. To odpovídá výhodné poloze obce, která leží na silnici spojující města Opava, Hlučín a Ostrava.



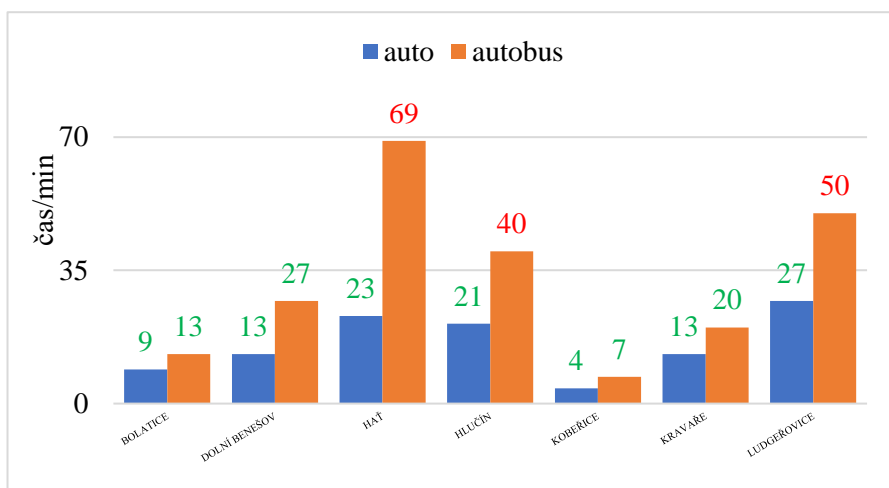
Obr. 19: Místní dostupnost obce Kozmice s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností

Obec **Markvartovice** má, co se týče dostupnosti primární zdravotní péče, dostupné automobilovou dopravou všechny sledované cílové obce. Kromě dvou vzdálenějších obcí, splňují ostatní obce, kritéria dojezdové doby. Obcí projíždí dvě autobusové linky, jedna příměstská a jedna klasická. Tyto linky poskytují během pracovního dne celkem čtyřicet spojů.



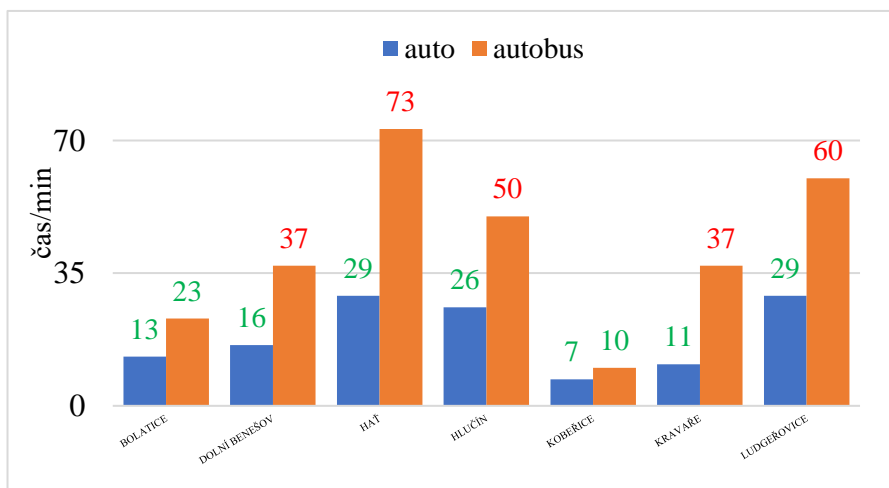
Obr. 20: Místní dostupnost obce Markvartovice s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností

Obec **Rohov** je obsluhovaná pouze autobusovou dopravou a nabízí občanům 14 spojů oběma směry ve sledovaných časech. Autobusem nedosažitelné v časovém limitu jsou tři ze sedmi sledovaných obcí. Automobilovou osobní dopravou je dojezdová doba v limitu a nejdelší cesta trvá 27 minut.



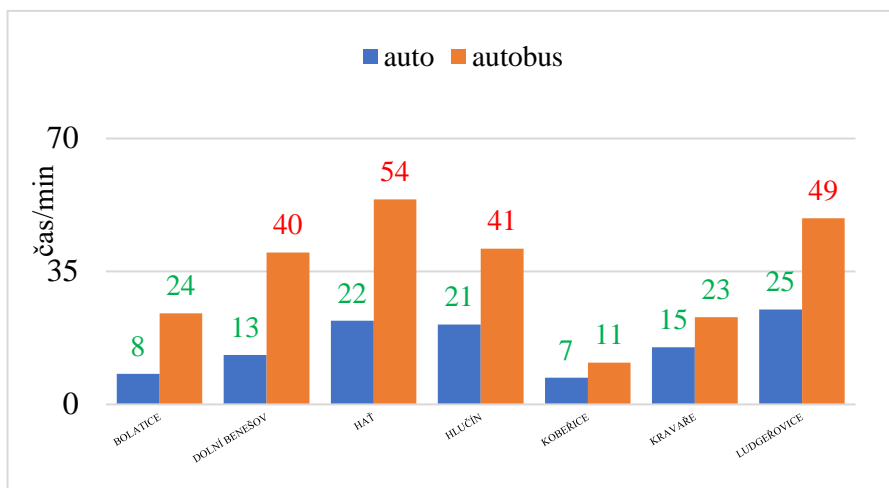
Obr. 21: Místní dostupnost obce Rohov s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností

Do obce **Služovice** zajíždí pouze jeden autobusový spoj. Tento nabízí během sledovaných časů pouze 8 spojů. Z hlediska dostupnosti autobusovou dopravou jsou pro občany ve stanovené dojezdové době dostupné pouze dvě obce. Osobní automobilová doprava dojezdovou dobu splňuje u všech sledovaných obcí.



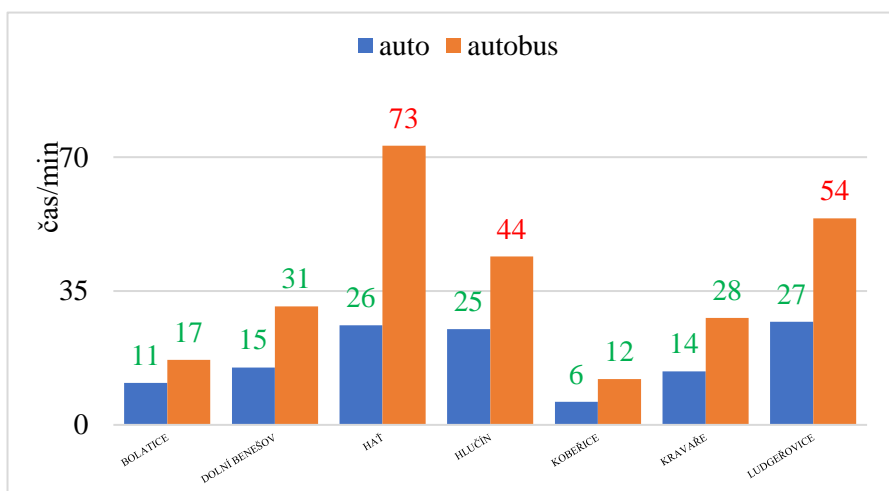
Obr. 22: Místní dostupnost obce Služovice s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností

Obcí **Strahovice** projíždí ve sledovaných časových úsecích 17 spojů, a to v dopoledních časech 9 a v odpoledních 8. Těmito spoji jsou obyvatelé schopni dosáhnout v dojezdové době do tří ze sedmi sledovaných obcí. Osobní automobilovou dopravou dojedou do všech v nejdelším čase 25 minut.



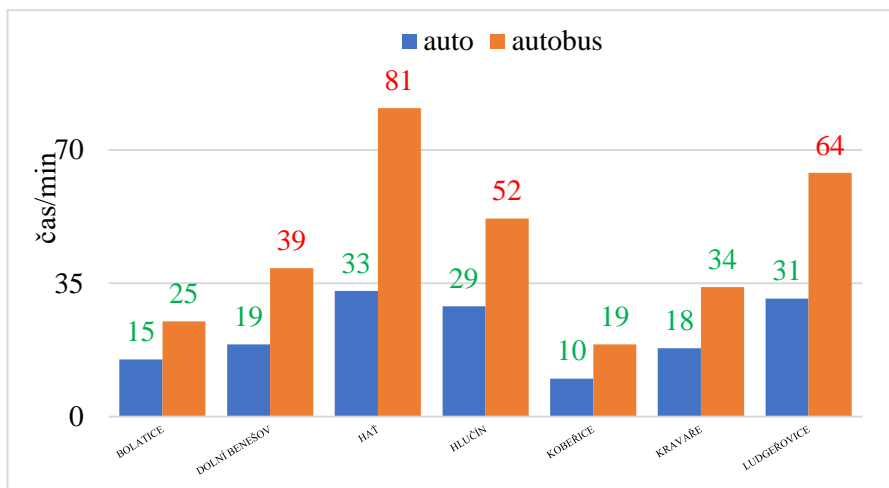
Obr. 23: Místní dostupnost obce Strahovice s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností

Obec **Sudice** patří mezi pohraniční obce. Automobilovou osobní dopravou jsou dobře dostupné všechny obce poskytující primární zdravotní péči všech sledovaných odborností. Autobusová veřejná doprava zajišťuje během sledovaných časů celkem 25 spojů. Přesto se obyvatelé autobusem dostanou pouze do tří obcí poskytujících všechny druhy primární péče v časovém limitu 35 minut.



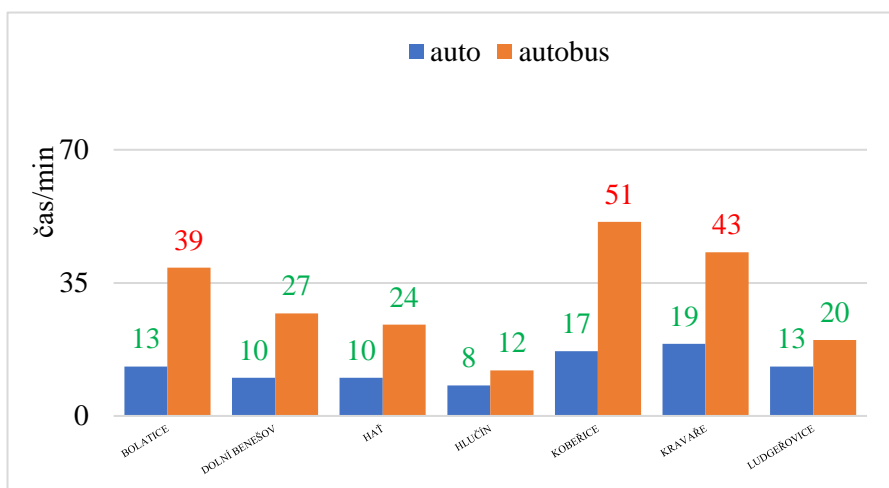
Obr. 24: Místní dostupnost obce Sudice s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností

Obec **Třebom**, která se nachází v Sudicko-třebomském výběžku a je ze tří stran obklopena polským územím, obsluhují dvě autobusové linky. Během sledovaných časů pracovního dne nabízí devět spojů. Tři ze sedmi sledovaných obcí jsou i přesto dobře dostupné autobusovou dopravou. Kratší dojezdové časy do všech sledovaných obcí pak nabízí automobilová osobní doprava.



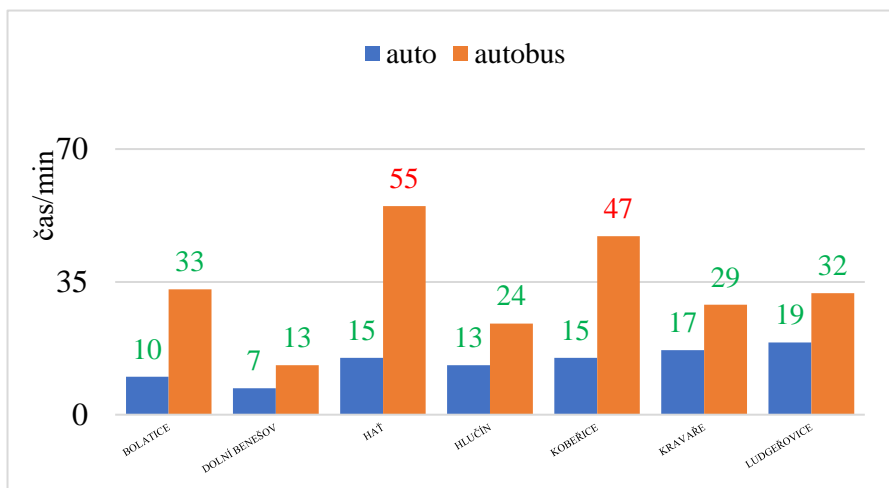
Obr. 25: Místní dostupnost obce Třebom s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností

Obec **Vřesina** nabízí z hlediska autobusové dopravy patnáct spojů ve sledovaných časech. Těmito spoji se mohou obyvatelé obce dostat v dojezdovém čase do čtyř ze sedmi sledovaných obcí. Osobní automobilová doprava dopraví obyvatele od všech obcí v dojezdovém čase.



Obr. 26: Místní dostupnost obce Vřesina s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností

Obec **Závada** nabízí ve sledovaných časech dvacet autobusových spojů. V dojezdovém čase obyvatelé nedosáhnou na primární péči v obci Hať a obci Koberžice. Ostatní ze sledovaných obcí jsou dostupné, kdy nejzazší dojezdová doba činí 33 minut. Osobní automobilovou dopravou jsou v dojezdové době všechny sledované obce.



Obr. 27: Místní dostupnost obce Závada s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností

Z výše uvedených grafů vyplývá, že pokud by se obyvatelé obcí s absencí ordinací primární zdravotní péče rozhodli využívat tyto služby pouze v obcích, které nabízejí všechny čtyři typy zdravotnických služeb, tedy praktického lékaře pro dospělé, praktického lékaře pro děti a dorost, ambulantního gynekologa i zubního lékaře, mohou si vybrat minimálně ze dvou možností. Tyto dvě varianty potom splňují dojezdové doby jak osobní automobilovou dopravou, tak dopravou veřejnou, konkrétně autobusovou.

Je nasnadě se domnívat, že obyvatelé obcí nemusí řešit dojezd za zdravotními službami tímto způsobem. Mohou volit z jiných možností, například, volit daný typ lékaře v obci, která je nejbližší a poskytuje tyto služby.

Grafické zpracování takových možných kombinací by bylo velice náročné i za předpokladu, že by to byla jediná možnost. Možností volby jednotlivých typů lékařů je daleko více. Rozhoduje nejen časová dostupnost, ale i různé preference lidí, kvalita poskytovaných služeb a v neposlední řadě také to, zda daný lékař přijímá nové pacienty nebo zda již je jeho kapacita naplněnosti plná.

U obcí, které leží v blízkosti velkých měst jako je Opava nebo Ostrava, je také možné, že si obyvatelé budou volit lékaře v těchto městech. Dojezd za zdravotními službami mohou potom využít i k jiným účelům, např. spojit cestu za lékařem s návštěvou banky.

Z počtu obyvatel a jejich věkových složení se dá vyčíslit potenciální počet pacientů jednotlivých typů primární zdravotní péče v obcích SO Hlučínska. Počty pacientů byly přepočítány z dat získaných na stránkách Českého statistického úřadu.

Tab. 12: Potenciální počet pacientů jednotlivých oborů primární zdravotní péče v jednotlivých obcích SO Hlučínska (data k 31. 12. 2021)

Obec	Počet potenciálních pacientů			
	praktický lékař pro děti a dorost	ambulantní gynekologie	zubní lékař	všeobecný praktický lékař
	věkové rozmezí			
	0-19 (obě pohlaví)	15+ ženy	0-99+ (obě pohlaví)	20+ (obě pohlaví)
Bělá	121	288	647	526
Bohuslavice	386	702	1 712	1 326
Bolatice	873	1 877	4 322	3 449
Darkovice	300	583	1 336	1 036
Dolní Benešov	682	1 744	3 858	3 176
Hať	485	1 081	2 469	1 984
Hněvošice	191	432	982	791
Chlebičov	257	507	1 156	899
Chuchelná	226	530	1 221	995
Kobeřice	612	1 342	3 154	2 542
Kozmice	379	810	1 847	1 468
Kravaře	1 264	2 807	6 449	5 185
Ludgeřovice	921	2 113	4 818	3 897
Markvartovice	467	887	2 127	1 660
Oldřívov	297	615	1 417	1 120
Píšť	358	914	2 034	1 676
Rohov	133	265	596	463
Služovice	170	344	804	634
Strahovice	174	380	861	687
Sudice	116	259	608	492
Šilheřovice	288	672	1 546	1 258
Štěpánkovice	664	1 346	3 093	2 429
Třebom	32	92	212	180
Velké Hoštice	374	772	1 774	1 400
Vřesina	354	689	1 610	1 256
Závada	134	245	587	453
Celkem SOH (bez Hlučína)	10 258	22 296	51 240	40982
Hlučín	2 398	5 993	13 298	10 900
Celkem SOH	12 656	28 289	64 538	51 882

Zdroj: ČSÚ

V tabulce jsou rozdělení obyvatelé podle věkových skupin a příslušného lékaře, kterého mohou během života využít. Praktický lékař pro děti a dorost pečuje o své pacienty od jejich narození nejdéle do dovršení věku 19 let. Poslední „dětská“

preventivní prohlídka u dětského lékaře se provádí nejpozději přede dnem dovršení 19 let a obsahuje mimo jiné závěrečné zhodnocení zdravotního stavu. Gynekolog většinou provádí první preventivní prohlídky u dívek po dosažení 15 let věku a pak následně minimálně jednou ročně. V tabulce jsou tedy zohledněny počty žen a dívek ve věkovém rozmezí 15+. V některých případech může dívka navštívit ordinaci gynekologa již dříve, ale s těmito alternativami tabulka nepočítá. Zubní lékař pečuje o pacienty od jejich narození, respektive od prořezávání prvních zubů. Konečná hranice věku pacientů není stanovena. U všeobecného praktického lékaře dochází k přeregistraci od praktického lékaře pro děti a dorost okolo 18 let věku pacienta. Existuje pravidlo, že praktický lékař pro dospělé může mít zaregistrované pacienty již od měsíce, ve kterém dosáhne pacient 14 let. Platnost tohoto pravidla ale neklade lékaři povinnost pacienty v tomto věku přijmout do péče. Tabulka s touto možností nepočítá a uvádí počty potenciálních pacientů ve věku 20 a více (zdroj: vzp.cz). Autorka v tabulce uvádí rozvržení pacientů pro praktického lékaře pro děti a dorost ve věku 0-19 let a pro praktického lékaře pro dospělé ve věku 20+, neboť data pro věk do 18 let nejsou k dispozici nebo jsou nespolehlivá.

Ordinací praktického lékaře pro děti a dorost, poskytující primární zdravotní péči, působí v SO Hlučínska deset, z toho dvě v městě Hlučín (což je 20 %). Většina jako samostatné ordinace praktického lékaře pro děti a dorost a dvě z nich jako sdružení ambulantních zařízení. Při počtu 10 258 potenciálních pacientů venkovského regionu vychází na jednu ordinaci 1 026 pacientů. Připočtou-li se obyvatelé dětské složky města Hlučína, vychází na jednu ordinaci 1 267 pacientů.

V obcích sledovaného regionu se nachází deset ordinací, které poskytují primární ambulantní péči v lékařském oboru gynekologie a porodnictví, z toho čtyři působí na území města Hlučína (což je 40 %). Při počtu 22 296 potenciálních pacientek ve věku 15+ vychází na jednu ordinaci 2 230 pacientek. Připočtou-li se pacienty 15+ žijící ve městě Hlučín, vychází na jednu ordinaci 2 829 pacientek.

V obcích patřících do SO Hlučínska se nachází osmnáct ordinací poskytujících primární ambulantní péči v oboru zubní lékařství, z toho se šest nachází ve městě Hlučín (což je 33 %). Všechny pracují jako samostatná ordinace praktického lékaře – stomatologa. Při počtu 51 240 potenciálních pacientů od 0 do 99 a více let vychází na

jednu ordinaci 2 847 pacientů. Připočtou-li se všichni obyvatelé města Hlučín, vychází na jednu ordinaci 3 585 pacientů.

V obcích Sdružení obcí Hlučínska celkem dvacet osm samostatných ordinací praktického lékaře pro dospělé, kteří poskytují primární ambulantní péči v lékařském oboru všeobecné praktické lékařství, z toho dvacet šest ordinací jako samostatné ordinace všeobecného praktického lékaře a dvě jako samostatné ordinace lékaře specialisty. Z toho je v samotném Hlučíně sedm ordinací (což je 25 %). Počet potenciálních pacientů SO Hlučínska je 40 982, vychází na jednu ordinaci 1 465 pacientů. Připočtou-li se obyvatelé 20 a více let, bude vycházet na jednu ordinaci 1 853 pacientů.

Všechny výše zmíněné informace o počtu ordinací a jejich specializaci byly převzaty ze stránek Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb (2021).

10 Plánovací strategie pro dostupnost zdravotnických služeb

Ministerstvo zdravotnictví České republiky vypracovalo v roce 2020 „Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030“, který je koncepčním materiálem a udává směr rozvoje péče o zdraví občanů České republiky v příštím desetiletí. Primární péče je v ČR na vysoké úrovni, avšak v poslední době dochází ke snižování dostupnosti zdravotní péče v důsledku klesajícího počtu personálu, zejména v některých lokalitách. Vzhledem k tomu dochází ke zneužívání záchranné služby, urgentních příjmů, ale i lékařské pohotovostní služby k suplování role praktických lékařů v jejich ordinacích. Součástí tohoto dokumentu je také „Reforma primární péče“. Cílem reformy je postupná proměna primární péče tak, aby mohla být poskytována v maximálním možném rozsahu, a přitom zůstala snadno dostupná pro pacienta. Je důležité, aby se co nejvíce kontaktů pacienta se zdravotním systémem uskutečnilo, co nejbližší jeho bydliště, nejlépe v ordinaci praktického lékaře, který ho dobře zná (zdravotní anamnéza) a se kterým má pacient důvěrný vztah. Překážkou by měly být pouze limity technických a odborných možností praktického lékaře a nikoli administrativní překážky. Důležitým cílem je posílení postavení praktických lékařů ve zdravotnickém systému a korigování pohybu pacienta zdravotnickým systémem tak, aby prioritně vyhledával péči u svého registrujícího lékaře a tím redukoval počet kontaktů se zdravotním systémem (ambulantní specialisté, pohotovosti apod.). Uskutečnění reformy by mělo docílit také toho, že dojde k maximálnímu zlepšení vybavenosti ordinací všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost na úroveň odpovídající standartu primární péče ve vyspělých státech EU (zdroj: zdravi2030.mzcr.cz, 2020).

Ministerstvo pro místní rozvoj zpracovalo Koncepti rozvoje venkova jako základní koncepční materiál pro strategické řízení rozvoje venkova tak, aby byl zajištěn dynamický a vyvážený rozvoj regionů ČR. Vize koncepce je: „V roce 2027 je venkov územím, ve kterém se dobře žije a o němž se říká, že se v něm dobře žije“. Cílem koncepce je zajistit takový rozvoj venkova, aby došlo k dosažení vyšší úrovně hospodářského a sociálního rozvoje venkova i zlepšení image českého venkova, tj. pojmání venkova v rámci společnosti jako geografického prostoru dobrého pro život, podnikání, realizaci cestovního ruchu atd.

Z analýzy hustoty zalidnění je Moravskoslezský kraj na prvním místě, s hodnotou 222,1 ob./km², s republikovým průměrem 134,5 ob./km² (údaje za rok 2017). Z rozboru současného stavu vybavenosti vyplynulo, že Moravskoslezský kraj má v porovnání s ostatními kraji ČR nejlépe vybavené obce občanským vybavením, kam patří školy, zařízení sociální péče, obchody a další služby. Poštou a základní školou je v kraji vybaveno kolem 60 % obcí, zdravotnickým zařízením přibližně polovina obcí (2016).

V rámci Koncepce rozvoje venkova byly stanoveny pět typů území z hlediska faktorové analýzy 32 vzájemně nezávislých ekonomických ukazatelů. Ty byly kvalifikovány jako: rozvinuté regiony, sociálně a polohově znevýhodněné regiony, sociálně znevýhodněné regiony, polohově znevýhodněné regiony a nevyhraněné regiony. Pro obce SO Hlučínsko, do kterého spadají obce tří ORP (Hlučín, Kravaře, Opava) platí, že spadají do tří z pěti typů vymezených území. Obce Bělá, Bohuslavice, Darkovice, Dolní Benešov, Hať, Hlučín, Kozmice, Ludgerovice, Markvartovice, Píšť, Šilheřovice, Vřesina a Závada, patří mezi obce rozvinutého typu. Ten je charakteristický velmi dobrou občanskou a technickou vybaveností, dostatečnou nabídkou veřejné hromadné dopravy. Obce Bolatice, Chuchelná, Koberice, Kravaře, Rohov, Strahovice, Sudice, Štěpánkovice a Třebom spadají do typu sociálně a polohově znevýhodněných obcí. Tento typ je charakteristický rozdrobenou sídelní strukturou s vyšším počtem řídké zalidněných místních částí. Je zde slabá nabídka veřejné hromadné dopravy a velký podíl obcí pociťuje dluh v technické infrastruktuře. Z velké míry se jedná o území s původním německým obyvatelstvem v periferních polohách. Obce Hněvošice, Chlebičov, Oldřišov, Služovice, Velké Hoštice patří k nevyhraněnému typu, který je často prostorově rozlehlý, se spíše stabilním a rozsáhlým zázemím. Zázemí je z hlediska sídelní struktury relativně rozdrobené.

Na základě syntézy problémů a potřeb venkova byly stanoveny základní problémové okruhy, na které je třeba se zaměřit. Jako jeden z ožehavých problémů se jeví nedostatečná infrastruktura a vybavenost venkovských sídel. Jako infrastruktura je zde chápáno materiálně technické vybavení obcí, zahrnující především dopravu, spoje, energie apod. I přesto, že se zvyšují počty obcí vybavených technickou infrastrukturou, je pro mnoho obcí největší prioritou řešení právě této oblasti a vnímají to jako zásadní podmínku pro svůj další rozvoj. Vyskytují se problémy v oblasti infrastruktury a jejího fungování – špatný stav místních komunikací, pomalé

internetové připojení, snižování četnosti spojů veřejné dopravy, problémy se zdroji pitné vody. Některé obce nejsou odkanalizovány nebo chybí zakončení kanalizace čističkou odpadních vod. Zajištění tohoto technického vybavení, jejich opravy a podobně, jsou pro menší obce často nedosažitelné, neboť nejsou schopny to z hlediska financování samy zvládnout, nebo musí obecní rozpočet zatížit na mnoho let. Dalším problémem v oblasti veřejných služeb je nedostatek lékařů, který se vzhledem ke stárnutí populace může ještě prohloubit. Kvalitu života v menších obcích také snižuje absence maloobchodu a v neposlední řadě nedostatečná nabídka pro využití volného času, zejména dětí a mládeže.

Dalším úskalím, které vyplynulo je malá různorodost ekonomické základny. Vysokoškolsky vzdělaní občané venkovských oblastí nenachází uplatnění ve svém oboru, a proto často odcházejí za prací do měst, mnohdy i více vzdálených. Se slabou ekonomickou základnou je spojen i úbytek veřejných a komerčních služeb. Úspěšné lokální firmy při expanzi narážejí na omezené možnosti venkovského regionu a často odcházejí jinam (zdroj: mmr.cz, 2019).

Zastupitelstvo Moravskoslezského kraje vypracovalo a schválilo Strategii rozvoje Moravskoslezského kraje do roku 2027. Jedná se o dokument, který naznačuje cestu, kterou se chce kraj v různých oblastech života ubírat. Strategie rozvoje vychází z dlouhodobé vize, určuje prioritní témata pro rozvoj, stanovuje strategické oblasti změn a navrhuje strategické projekty, kterých chce kraj dosáhnout. Jedním ze strategických cílů je i komplexní navýšení kvality odborné zdravotní péče v kraji, jelikož stárnutí populace navyšuje poptávku po sociálních službách, zejména i po službách zdravotnických. V období 2001-2021 vzrostl podíl osob starších 65 let z 12,4 % na 20,8 %. V roce 2030 vzroste jejich podíl na 24,7 %. Příčinou stárnutí populace je snižující se porodnost a prodlužující se délka života. Požadovanou změnou Strategie rozvoje je, aby obyvatelé kraje žili déle, kvalitněji ale hlavně ve zdraví. Jedním z cílů, jak toho dosáhnout, je klást důraz na preventivní programy, které by se měly stát součástí školního i pracovního života. Se stárnutím populace souvisí nedostatečná dostupnost geriatrické a následně paliativní a hospicové péče. Dalším problémem je neuspokojivá dostupnost zdravotní péče v řídko zalidněných a hůře dostupných oblastech kraje, absence lékařů, zdravotních sester a celkově sociálních pracovníků. Opatřeními, která mají tyto problémy snižovat, jsou například stipendijní programy pro studenty zdravotnických oborů, nabídka nových preventivních

programů podporujících zdravý životní styl, budování a zřizování center prevence, zřizování programů na výjezdy lékařů do oblastí s nižší dostupností zdravotní péče, zřizování ordinací či sdílených praxí praktických lékařů nebo stomatologů, zřizování ambulancí praktických lékařů, respektive praktických lékařů pro děti a dorost ve všech krajských nemocnicích, zavedení motivačních faktorů pro zabezpečení praxe na venkově v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech, podpora a rozvoj primární péče v souladu s plánovanou reformou primární péče v ČR (Strategie rozvoje Moravskoslezského kraje 2019-2027, 2019).

MAS Hlučínsko je region, který svým pokrytím téměř odpovídá Sdružení obcí Hlučínska. V MAS Hlučínsko jsou navíc začleněny dvě obce, a to Děhylov a Dobroslavice. Je tedy tvořeno 29 obcemi. MAS Hlučínsko má poměrně dobře zastoupenou fungující základní lékařskou péči ve větších obcích a specializovaných lékařů ve městech. Zdravotnická zařízení jsou pro obyvatele většiny obcí dobře dostupná. Přesto se některé obce na území MAS Hlučínsko potýkají s horší dostupností a absencí lékařské péče. To se týká především seniorů a občanů se zdravotním postižením, jejichž mobilita je omezena. Tito lidé pak bývají odkázáni hlavně na pomoc rodiny. Velká soudržnost rodin v této oblasti a fungující sousedská výpomoc zde nahrazuje různé typy asistenčních služeb. Další slabou stránkou zdravotnictví jsou omezené ordinační hodiny, nevyhovující prostory, popřípadě nevyhovující vybavení ordinací. Příležitostí k nápravě v oblasti zdravotnické péče MAS Hlučínsko se nabízí několik. Mohou to být kvalitně zpracované strategické dokumenty, které budou realizovat takové změny, aby došlo k celkovému zlepšení situace. Ohrozit dostupnost zdravotnické péče může například rušení ordinací lékařů a zdravotnických zařízení v důsledku nedostatku financí, nebo odchodu lékařů do důchodu a nenalezení vhodné náhrady. Potíže s udržení lékařské péče, případně se získáním lékaře na své území mají i větší obce. Problémem přitom není nedostatek případných prostor, které jsou obce ochotny poskytnout, ale nedostatek lékařů a neochota poskytovatelů služeb zahajovat činnost v důsledku ekonomické nerentability. Jedná se o dlouhodobý a setrvalý stav (Strategie komunitně vedeného místního rozvoje Místní akční skupiny Hlučínsko, 2016).

11 Závěr

Významným faktorem, který ovlivňuje dostupnost primární zdravotní péče, se může jevit problematika dojížděky za zdravotními službami. Zhodnocení místní dostupnosti je obtížné z toho důvodu, že pacient není povinen čerpat péči v místě svého bydliště, i když se daný typ zdravotnického zařízení v místě jeho bydliště nachází. Dojížděkou za zdravotnickými službami rozumíme nesoulad mezi místem bydliště pacienta a místem ošetřujícího lékaře. Většina obyvatel volí svého ošetřujícího lékaře v místě svého bydliště, někteří ale v místě výkonu svého povolání/školy apod. Dá se předpokládat, že takové čerpání zdravotnických služeb mimo místo svého bydliště, se bude týkat spíše lidí v mladším věku.

Pokud bychom vycházeli z předpokladu, že sledovaná oblast je uzavřený region, primární zdravotní péče je z hlediska místní dostupnosti, dosažitelná všem občanům tohoto regionu. Sdružení obcí Hlučínska je poměrně dobře protkáno sítí autobusových linek. Některými obcemi také prochází železniční trať. Také hustá síť silniční dopravy zajišťuje dobré spojení v rámci regionu.

Z vyhodnocení místní dostupnosti vyplývá, že občané obcí, ve kterých se žádný druh primární zdravotní péče nenachází, mají dobrou místní dostupnost primární zdravotní péče dosažitelnou automobilovou dopravou do obcí, které disponují všemi čtyřmi typy primární zdravotní péče. Pro občany, kteří nedisponují vlastním automobilem, je primární zdravotní péče dostupná alespoň do některých obcí, které disponují všemi čtyřmi typy služeb primární zdravotní péče autobusovou nebo železniční dopravou. Porovnáním stavu místní dostupnosti bylo zjištěno, že místní dostupnost je ze strany zdravotních pojišťoven dobře zajištěna a obyvatelé SO Hlučínska si mohou vybrat, kam za touto péčí budou dojíždět.

I když po roce 1989 došlo v oblasti primární zdravotní péče k velkým změnám a v podstatě k návratu k modelu z první republiky, nedosahuje Česká republika, hlavně v oblasti všeobecného praktického lékařství, takových kvalit, jako v některých státech Evropské unie. Jedná se především o rozdělení všeobecného praktického lékařství na dětské a dospělé pacienty, což ve většině státě EU není běžné. Ve vyspělých evropských státech jsou praktičtí lékaři podporováni v rozšiřování svých kompetencí i materiálně-technického zabezpečení, aby byli schopni poskytovat co

nejkomplexnější péči svým pacientům. Naopak v ČR praktický lékař řeší prevenci, základní typy nemocí, diagnostikuje a odesílá pacienta na specializovaná pracoviště. Rozšiřování kompetencí praktických lékařů a zlepšování kvality jimi poskytované péče, což zahrnuje i materiálně-technické vybavení, je možnou cestou ke zvýšení efektivity systému primární zdravotní péče v ČR.

Při využití služeb primární zdravotní péče se liší počet návštěv jednotlivých lékařů. Nejčastěji pacienti navštěvují praktického lékaře pro děti a dorost a pro dospělé (6x–7x ročně). Méně často, v rámci prevence, pak pacienti navštěvují ambulantní gynekologii a zubního lékaře (1x–3x ročně). Dostupnost ambulantní zdravotní péče je stanovena Vyhláškou o síti zdravotnických zařízení. Pro primární zdravotní péči jsou stanoveny počty pacientů na jednoho lékaře takto: pro praktického lékaře pro dospělé počtem 1 700 pacientů; u praktických lékařů pro děti a dorost počtem 1 100 dětí; u ambulantních gynekologů počtem 4 300 žen a u stomatologů počtem 1 700 pacientů. Vzhledem k tomu, že není možné zjistit, kolik lékařů v dané ordinaci praktikuje svoji lékařskou praxi, lze předpokládat, že v každé ordinaci působí jeden lékař. Ze zjištěných dat počtu obyvatel venkovského regionu SO Hlučínska v porovnání s počtem ordinací připadá na jednu ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost 1 026 pacientů. Se zohledněním dětských pacientů z města Hlučín, vzroste počet potenciálních pacientů na 1 267, což překračuje počet pacientů na jeden úvazek. Na jednu gynekologickou ordinaci připadá 2 230 pacientek z venkovského regionu a připočtením obyvatel města Hlučín vzroste počet na 2 829 pacientek. Tento počet je pod počtem pacientů, který připadá na jeden úvazek. U stomatologických ordinací vychází předpokládaný počet pacientů z venkovského regionu na jednu ordinaci 2 847 pacientů, při započítání obyvatel města Hlučín vzroste potenciální počet pacientů na 3 585. Tento počet dvojnásobně překračuje odpovídající počet pacientů na jednoho stomatologa. U praktických lékařů vychází počet pacientů z venkovského regionu na jednu ordinaci v počtu 1 465. Což nepřesahuje počet pacientů stanovených vyhláškou na jednoho lékaře. Se započítáním obyvatel města Hlučína starších dvaceti let dostaneme hodnotu 1 853, a v tomto případě již dochází k překročení hranice pacientů stanovených vyhláškou. Při využití všech ordinací pouze obyvateli venkovského regionu SO Hlučínska, se až na zubní ordinace, vykazující nejvyšší přebytek počtu pacientů, jeví počet ordinací ostatních lékařských oborů dostačující. Zohlední-li se celkový počet obyvatel SO Hlučínska vykazuje dostatečný počet

ordinací pouze ambulantní gynekologie. Obecně pro Českou republiku platí, že má dostatečný počet lékařů. Problém je však v jejich rozmístění. Větší počty lékařů jsou zastoupeny ve městech, kdežto venkovské regiony bývají na jejich počet chudší. Rozdíly jsou také mezikrajové. Z demografického modelu vyplývá, že lékaři jako profesní skupina významně stárnou (MŠMT, 2016; ÚZIS, 2005).

Přestože ne všechny obce sledovaného regionu mají zastoupenou primární zdravotní péči, je region, co se týče dostupnosti primární zdravotní péče dobře zajištěný. Z vývoje počtu obyvatel za posledních dvacet let vyplývá, že počet obyvatel Moravskoslezského kraje mírně klesá. Výhledová studie, která se zabývá počtem lékařů Moravskoslezského kraje v různých sledovaných oborech, očekává nárůst počtu praktických a zubních lékařů, a pokles u zbylých dvou oborů. Vzhledem k tomu, že nejsou k dispozici data pro námi sledovaný region, dá se předpokládat podobný vývoj. Při tendenci stárnutí populace se dá očekávat, že bude nadále třeba zachovat dostupnost primární zdravotní péče, alespoň na takové úrovni jako doposud. Pokud ve sledované oblasti nedojde k velkému odlivu lékařů, bude dostupnost primární zdravotní péče zachována.

12 Summary

The diploma thesis is focused on the evaluation of primary health care in the rural region of the Hlučín area. Specifically, it is about determining the state of local availability of municipalities – without representatives of this care, to the municipalities where all four primary health care providers are located.

The theoretical part describes the current problems of the rural area with its serviceability and the availability of health services, both in the Czech Republic and in Europe. Furthermore, the history, presence and perspectives of primary health care and especially those who provide primary health care in the Czech Republic.

The practical part deals with the area of interest (what is Association of Hlučínsko area municipalities), its demographic situation from 2001 to 2021 and the local representation of primary health care. Other chapters are devoted to the transport services of the Hlučínsko area, including car, bus and train transport.

Primary health care is readily available for those residents who are mobile. For seniors and patients with disabilities, transport can be a problem, due to the less frequent public transport connections and the absence of their own car. The problem in the future may be not only the aging of the population, but also of the healthcare workers.

13 Seznam použitých zkratek

ČD – České dráhy

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

EURIPA – Asociace evropských venkovských a izolovaných praktických lékařů
(European Rural and Isolated Practitioners Association)

FPP – fyzický počet lékařů

IČP – Identifikační číslo provozovny

IDOS – Informační dopravní systém

KÚNZ – Krajský ústav národního zdraví

MHD – městská hromadná doprava

MMR – Ministerstvo pro místní rozvoj

MSK – Moravskoslezský kraj

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NZIP – Národní zdravotnický informační portál

OECD – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development)

OÚNZ – Okresní ústav národního zdraví

PHARE – projekt předvstupní pomoci (Poland and Hungary Aid for Restructuring of the Economies)

PPP – přepočítaný počet pracovníků / úvazková kapacita lékařů

PZP – primární zdravotní péče

SO – Sdružení obcí

SOH – Sdružení obcí Hlučínska

SVL ČLS JEP – Společnost všeobecného lékařství české lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

14 Seznam literatury a zdrojů

14.1 Literární zdroje

ANDERSON, Robert. Quality of life in rural Europe. *Paper at the Irish Presidency Conference 'Improving living conditions and quality of life in rural Europe'*. 2004.

BALDACCHINO, Claudette Abelaq a Michael NEUREITER. *Services of general interest in rural areas, a key factor in territorial cohesion policies*. 2008.

BAROCH, Václav, Veronika FRAIFROVÁ, Michal NĚMEC, Zdeněk ŘÍHA, Milan SLIACKY a Jan TICHÝ. *Veřejná doprava v České republice*. Praha: IODA, 2015. ISBN 978-80-260-8734-2.

BERRY, Simon. *Rethinking the future of rural service delivery*. ruralnet|uk, 2004.

BINEK, Jan. *Venkovský prostor a jeho oživení*. Brno: Georgetown, 2007. ISBN 978-80-86251-22-6.

DAX, Thomas. *OECD/Scottish Executive Conference-Investment Priorities for Rural Development*. Edinburgh, 2006.

ERMANN, Dan. Rural Health Care: The Future of the Hospital. *Medical Care Review*. 1990.

FÓTI, Klára. *Is rural Europe being left behind?: Quality of life*. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2019. ISBN 978-92-897-1863-9.

GIULIANO, Genevieve a Susan HANSON. *The Geography of Urban Transportation*. New York: Guilford Press, 1986.

HALSETH, Greg a Laura RYSER. *Journal of Rural and Community Development*. Brandon MB Canada: Rural Development Institute, 2006. ISSN: 1712-8277.

HINDLE, R. a Ivan ANNIBAL. *Developing Collaborative and Innovative Approaches to the Delivery of Rural Services*. 2011.

HOLUB, Antonín. *Změny ve vývoji odvětvové makrostruktury HDP a zaměstnanosti*. ICRE, 2000.

HRUŠKA, Lubor, Michal SAMIEC, Jiří SVOBODNÍK, Radka MATOLÁKOVÁ a Ivana FOLDYNOVÁ. *SOCIOEKONOMICKÝ ATLAS MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE*. ACCENDO. Ostrava, 2012. ISBN 978-80-904810-6-0.

HRUŠKA, Vladan. *UDRŽITELNÝ ROZVOJ VENKOVSKÉ KRAJINY V ROZDÍLNÝCH PŘÍRODNÍCH A SOCIÁLNÍCH PODMÍNKÁCH*. Brno, 2007. Diplomová práce. Masarykova univerzita.

JAROLÍMEK, Jan. *Analýza dopravní obslužnosti v okrese Benešov z hlediska dojížděky do zaměstnání*. Plzeň, 2005. Bakalářská práce. Západočeská univerzita.

JONG, Tanja, Ellen BOS, Karolina PAWLOWSKA-CYPRYSIAK, Katarzyna HILDT-CIUPIŃSKA, Marzena MALIŃSKA, Georgiana NICOLESCU a Alina TRIFU. *Současné a nové problémy ve zdravotnictví, včetně domácí a komunitní péče*. Španělsko: Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci, 2014.

KULIEŠIS, Gediminas a Lina PAREIGIENĖ. *Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development*. 2015. ISSN 1822-6760.

MAJKUSOVÁ, Nikola. *Služby ve venkovském prostoru Novojičínska: analýza vývoje obslužnosti regionu se zaměřením na zdravotní služby*. Olomouc, 2021. Diplomová práce. Univerzita Palackého.

MALÁKOVÁ, Kateřina, Luděk ŠÍDLO a Jan BĚLOBRÁDEK. *Region, věk a dostupnost zdravotních služeb: Příklad všeobecného praktického lékařství v Česku*. 2020.

MAŘÍKOVÁ, Pavlína. *Vylidňování českého venkova – minulost a současnost*. 2005.

MAZÁNEK, Jiří. *Zubní lékařství*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-8679-7.

MORRIS, J. M., P. L. DUMBLE a M. R. WIGAN. *Accessibility indicators for transport planning*. 1978.

NIKLÍČEK, Ladislav. *Přehled dějin českého lékařství a zdravotnictví*. Brno, 1989. ISBN 80-7013-032-6.

OECD. *Strategies to improve rural service delivery*. Paříž, 2010. ISBN 978-92-64-08395-0.

PADDISON, Andrew a Eric CALDERWOOD. *Rural retailing: a sector in decline?*. Emerald, 2007.

PERLÍN, Radim. *Venkov, typologie venkovského prostoru*. Praha, 1998. Univerzita Karlova, katedra Sociální geografie a regionálního rozvoje.

ŘÍHA, Milan. *Vybrané problémy ekonomiky provozu ordinace praktického lékaře*. Praha, 2012. Disertační práce. Česká zemědělská univerzita.

ŘÍHOVÁ, Milada a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1021-3.

SEIFERT, Bohumil, Václav BENEŠ a Svatopluk BÝMA. *Všeobecné praktické lékařství*. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-934-3.

SIKOROVÁ, Lucie. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-7993-5.

SLABÁ, Renáta a Radek HOUŠŤ. *Ročenka dopravy*. Praha: Ministerstvo dopravy, 2021. ISSN 1801-3090.

STRASSER, Roger. Rural health around the world: challenges and solutions. *Family Practice*. 2003.

SVOBODNÝ, Petr a Ludmila HLAVÁČKOVÁ. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-424-1.

SVOBODOVÁ, Hana a Antonín VĚŽNÍK. *ÚVOD DO GEOGRAFIE VENKOVA*. Brno: Masarykova univerzita, 2014.

SZCZYRBA, Zdeněk, David FIEDOR a Josef KUNC. Služby ve venkovských regionech Česka kvantitativní hodnocení změn v uplynulém transformačním období. In: *XVI. mezinárodní kolokvium o regionálních vědách*. 2013.

ŠÍDLO, Luděk, Martin NOVÁK, Přemysl ŠTYCH a Boris BURCIN. *Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče*. Praha, 2017.

TOMAN, Jiří. *Vyhodnocení dopravní dostupnosti ve vybraném funkčním regionu*. Praha, 2021. Diplomová práce. AMBIS vysoká škola, a.s.

VAISHAR, Antonín a Milada ŠŤASTNÁ. *Accessibility of Services in Rural Areas: Southern Moravia Case Study*. 2021.

WHO. *Rural poverty and health systems in the WHO European Region*. Kodaň, 2010. ISBN 978-92-890-0219-6.

ŽENKA, Jan, Ondřej ŠLACH, Vojtěch BOSÁK a Adam PAVLÍK. *Rozmístění služeb v Česku*. Ostrava, 2018. ISBN 978-80-87264-74-4.

14.2 Internetové zdroje

242/1991 Sb. Vyhláška ministerstva zdravotnictví České republiky o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných o... Zákony pro lidi – Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 19.04.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-242>

307/2012 Sb. Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. Zákony pro lidi – Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 04.04.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-307#p1>

Co naláká mladé začínající doktory na venkov? Průzkum ukázal, že peníze nejsou nejdůležitější — ČT24 — Česká televize. ČT24 — Nejdůvěryhodnější zpravodajský web v ČR — Česká televize [online]. Copyright © Česká televize 1996 [cit. 04.04.2023]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/2640818-co-nalaka-mlade-zacinajici-doktory-na-venkov-pruzkum-ukazal-ze-penize-nejsou>

Český statistický úřad | ČSÚ [online]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xl/030703105>

ČSÚ: nová projekce ČR do roku 2100. Česká demografická společnost, z.s. [online]. Copyright © 2023 [cit. 05.04.2023]. Dostupné z: <https://www.czechdemography.cz/aktuality/csu-nova-projekce-cr-do-roku-2100/>

Demografická příručka - 2020 | ČSÚ. Český statistický úřad | ČSÚ [online]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-prirucka-2020>

domácí péče | NZIP. NZIP – Národní zdravotnický informační portál [online]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/10>

Dopravní obslužnost Moravskoslezského kraje | Moravskoslezský kraj |. ▽ | Moravskoslezský kraj | [online]. Dostupné z: <https://www.msk.cz/cs/temata/doprava/dopravni-obslužnost-moravskoslezskeho-kraje-758/>

Index of /~mak/gos/demmetodika/www.czso.cz/cz/cisla/0/02/020100. 302 Found [online]. Dostupné z: <https://web.natur.cuni.cz/~mak/gos/demmetodika/www.czso.cz/cz/cisla/0/02/020100/>

Index stáří | Databáze strategií – portál pro strategické řízení. Databáze Strategií – home | Databáze strategií – portál pro strategické řízení [online]. Copyright © [cit. 04.04.2023]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/zlk/ukazatele-indikatory/index-stari-muzi-zeny>

LOKOČ, Radim, Lukáš VOLNÝ a Dagmar QUISKOVÁ. *Strategie komunitně vedeného místního rozvoje Místní akční skupiny Hlučínsko* [online]. 2016 [cit. 2023-04-17]. Dostupné z: https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/sclld_18.pdf

Místní a časová dostupnost | Vojenská Zdravotní Pojišťovna ČR 201. VoZP – Hlavní stránka | Vojenská Zdravotní Pojišťovna ČR 201 [online]. Copyright © VoZP 2022 [cit. 06.04.2023]. Dostupné z: <https://www.vozp.cz/mistni-a-casova-dostupnost>

Ministerstvo pro místní rozvoj | Koncepce rozvoje venkova [online]. Copyright © [cit. 15.04.2023]. Dostupné z: https://www.mmr.cz/getmedia/279d5264-6e9e-4f80-ba4a-c15a26144cd0/Koncepce-rozvoje-venkova_202001.pdf.aspx?ext=.pdf

Od obvodáka k plně kompetentnímu praktickému lékaři - Zdraví.euro.cz. Zdravotnictví a medicína - Zdraví.euro.cz [online]. Copyright © 1997 [cit. 03.04.2023]. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanky/od-obvodaka-k-plne-kompetentnimu-praktickemu-lekari/#fnt__1

Porovnání krajů – pořadí krajů | ČSÚ. Český statistický úřad | ČSÚ [online]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/porovnani-kraju-poradi-kraju>

Pracovní skupina venkovského lékařství – Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP [online]. Copyright © [cit. 04.04.2023]. Dostupné z: <https://www.svl.cz/o-nas/pracovni-skupina-venkovskeho-lekarstvi-1/>

praktický lékař gynekolog | NZIP. NZIP – Národní zdravotnický informační portál [online]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/971>

praktický lékař pro děti a dorost | NZIP. NZIP – Národní zdravotnický informační portál [online]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/114>

praktický zubní lékař | NZIP. NZIP – Národní zdravotnický informační portál [online]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/969>

Přechod od PLDD k PL – VZP ČR. VZP ČR [online]. Copyright © 2023 VZP ČR, Všechna práva vyhrazena [cit. 17.04.2023]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/prechod-od-pldd-k-pl>

Sdružení obcí Hlučínska – Moravskoslezský kraj [online]. Copyright © [cit. 06.04.2023]. Dostupné z: <https://www.hlucinsko.eu/foto/web/148/soubory/stanovy-sdruzeni-obci-hlucinska-2-6.pdf>

Seznam lékáren a lékárníků | Česká lékárnická komora. Aktuálně | Česká lékárnická komora [online]. Dostupné z: <https://www.lekarnici.cz/Pro-verejnost/Seznam-lekaren.aspx>

SO ORP Hlučín | ČSÚ v Ostravě. Český statistický úřad | ČSÚ [online]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xt/so_orp_hlucin

SO ORP Kravaře | ČSÚ v Ostravě. Český statistický úřad | ČSÚ [online]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xt/so_orp_kravare

Stabilizace počtu lékařů, MŠMT ČR. MŠMT ČR [online]. Copyright ©2013 [cit. 04.04.2023]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/ministerstvo/novinar/avizo-tk-msmt-a-mz-k-medicinskym-oborum>

střední stav obyvatelstva | Velký lékařský slovník On-Line. Výrazy od a | Velký lékařský slovník On-Line [online]. Copyright © Maxdorf 1998 [cit. 08.04.2023]. Dostupné z: <https://lekarske.slovniky.cz/pojem/stredni-stav-obyvatelstva>

Strategie rozvoje Moravskoslezského kraje 2019-2027 [online]. 2019 [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/strategie-rozvoje-msk-2019-2027-navrhova-cast.pdf

Věda a výzkum na LF: Lékařská fakulta UP. Lékařská fakulta UP [online]. Dostupné z: <https://www.lf.upol.cz/veda-a-vyzkum/veda-a-vyzkum-na-lf/>

Venkov je ve zdravotní péči diskriminován, tvrdí obce a lékařská komora — ČT24 — Česká televize. ČT24 — Nejdůvěryhodnější zpravodajský web v ČR — Česká televize [online]. Copyright © Česká televize 1996 [cit. 04.04.2023]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/1804331-venkov-je-ve-zdravotni-peci-diskriminovan-tvrdi-obce-a-lekarska-komora>

ÚZIS ČR [online]. Copyright © [cit. 03.04.2023]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/39_05.pdf

Zdraví 2030 [online]. Copyright © [cit. 15.04.2023]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>

15 Seznam obrázků

- Obr. 1: Poloha mikroregionu Hlučínsko v ČR
- Obr. 2: Poloha mikroregionu Hlučínsko v ČR
- Obr. 3: Vývoj počtu obyvatel Sdružení obcí Hlučínska
- Obr. 4: Věková struktura České republiky 2001
- Obr. 5: Věková struktura České republiky 2011
- Obr. 6: Věková struktura České republiky 2021
- Obr. 7: Věková struktura Moravskoslezského kraje 2001
- Obr. 8: Věková struktura Moravskoslezského kraje 2011
- Obr. 9: Věková struktura Moravskoslezského kraje 2021
- Obr. 10: Věková struktura SO Hlučínska 2001
- Obr. 11: Věková struktura SO Hlučínska 2011
- Obr. 12: Věková struktura SO Hlučínska 2021
- Obr. 13: Zastoupení jednotlivých typů primární zdravotní péče v obcích SO Hlučínska
- Obr. 14: Počet lékáren v jednotlivých obcích SO Hlučínska
- Obr. 15: Železniční trať na Hlučínsku
- Obr. 16: Místní dostupnost obce Bělá s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností
- Obr. 17: Místní dostupnost obce Darkovice s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností
- Obr. 18: Místní dostupnost obce Chlebičov s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností
- Obr. 19: Místní dostupnost obce Kozmice s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností
- Obr. 20: Místní dostupnost obce Markvartovice s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností
- Obr. 21: Místní dostupnost obce Rohov s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností
- Obr. 22: Místní dostupnost obce Služovice s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností
- Obr. 23: Místní dostupnost obce Strahovice s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností
- Obr. 24: Místní dostupnost obce Sudice s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností

Obr. 25: Místní dostupnost obce Třebom s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností

Obr. 26: Místní dostupnost obce Vřesina s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností

Obr. 27: Místní dostupnost obce Závada s obcemi poskytující primární zdravotní péči sledovaných odborností

16 Seznam tabulek

Tab. 1: Struktura pracovišť odbornosti primární zdravotní péče podle počtu míst výkonu

Tab. 2: Obce na Hlučínsku podle počtu obyvatel

Tab. 3: Vývoj počtu obyvatel na základě bazického indexu v průběhu let na jednotlivých územích

Tab. 4: Srovnání počtu obyvatel České republiky podle věkových skupin

Tab. 5: Srovnání počtu obyvatel Moravskoslezského kraje podle věkových skupin

Tab. 6: Srovnání počtu obyvatel Sdružení obcí Hlučínska podle věkových skupin

Tab. 7: Vývoj bazického indexu obcí SO Hlučínska

Tab. 8: Vývoj indexu stáří a indexu ekonomického zatížení v obcích SO Hlučínska

Tab. 9: Vývoj přirozeného přírůstku v obcích SO Hlučínska

Tab. 10: Vývoj mechanického pohybu v obcích SO Hlučínska

Tab. 11: Dopravní obsluha veřejnou dopravou v obcích SO Hlučínska

Tab. 12: Potenciální počet pacientů jednotlivých oborů primární zdravotní péče v jednotlivých obcích SO Hlučínska

17 Přílohy

Příloha 1: Počet obyvatel v obcích SO Hlučínska v letech 2001, 2011, 2021 (data k 31. 12.)

název obce	2001	2011	2021
Bělá	705	661	648
Bohuslavice	1 568	1 621	1 775
Bolatice	4 134	4 341	4 495
Darkovice	1 217	1 272	1 356
Dolní Benešov	4 370	4 131	4 052
Hať	2 564	2 516	2 521
Hlučín	14 335	14 122	13 562
Hněvošice	1 024	1 000	1 011
Chlebičov	1 069	1 059	1 181
Chuchelná	1 324	1 341	1 270
Kobeřice	3 210	3 222	3 271
Kozmice	1 811	1 761	1 908
Kravaře	6 693	6 570	6 662
Ludgeřovice	4 595	4 650	4 978
Markvartovice	1 770	1 826	2 128
Oldřišov	1 334	1 311	1 442
Píšť	2 097	2 070	2 106
Rohov	609	618	606
Služovice	814	790	818
Strahovice	892	920	885
Sudice	661	641	641
Šilheřovice	1 520	1 601	1 612
Štěpánkovice	3 042	3 060	3 241
Třebom	203	206	231
Velké Hoštice	1 657	1 756	1 863
Vřesina	1 315	1 450	1 660
Závada	576	574	584

Příloha 2: Obce na Hlučínsku s přítomností poskytovatelů primární zdravotní péče – ordinace (2021)

název obce	PL pro dospělé	PL pro děti a dorost	gynekolog	stomatolog
Bělá	-	-	-	-
Bohuslavice	ano	-	-	-
Bolatice	ano	ano	ano	ano
Darkovice	-	-	-	-
Dolní Benešov	ano	ano	ano	ano
Hať	ano	ano	ano	ano
Hněvošice	ano	ano	-	-
Chlebičov	-	-	-	-
Chuchelná	ano	-	ano	-
Kobeřice	ano	ano	ano	ano
Kozmice	-	-	-	-
Kravaře	ano	ano	ano	ano
Ludgeřovice	ano	ano	ano	ano
Markvartovice	-	-	-	-
Oldříšov	ano	ano	-	-
Píšť	ano	-	-	-
Rohov	-	-	-	-
Služovice	-	-	-	-
Strahovice	-	-	-	-
Sudice	-	-	-	-
Šilheřovice	ano	-	-	ano
Štěpánkovice	ano	ano	-	ano
Třebom	-	-	-	-
Velké Hoštice	ano	-	-	-
Vřesina	-	-	-	-
Závada	-	-	-	-

Příloha 3: Počet obyvatel v obcích v SO Hlučinska podle věkových kategorií (k 31. 12.)

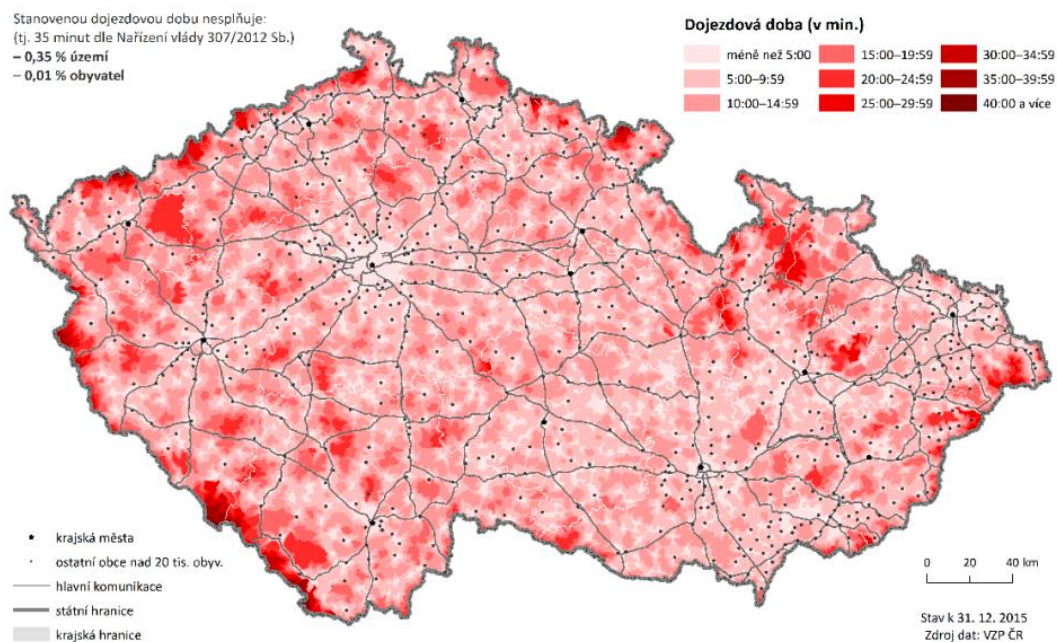
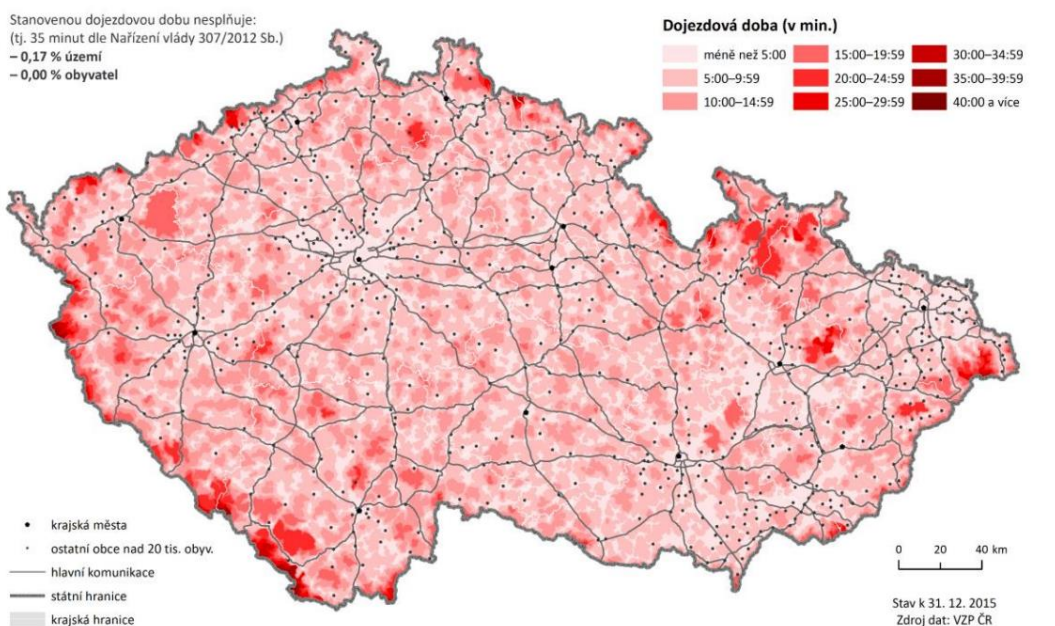
název obce	věkové skupiny	2001	2011	2021
Bělá	0-14	111	95	111
	15-64	481	474	428
	65+	111	101	121
Bohuslavice	0-14	285	272	341
	15-64	1068	1161	1135
	65+	203	216	278
Bolatice	0-14	667	703	763
	15-64	3020	3135	2841
	65+	470	592	835
Darkovice	0-14	210	210	253
	15-64	832	913	884
	65+	176	175	221
Dolní Benešov	0-14	749	576	572
	15-64	3102	2971	2572
	65+	495	656	795
Hať	0-14	450	366	424
	15-64	1783	1840	1620
	65+	328	369	474
Hlučín	0-14	2 274	2 073	1 985
	15-64	10 345	9 620	8 596
	65+	1 736	2 429	2 981
Hněvošice	0-14	180	143	170
	15-64	713	749	639
	65+	133	127	199
Chlebičov	0-14	201	171	223
	15-64	725	763	758
	65+	139	166	200
Chuchelná	0-14	229	195	204
	15-64	926	906	798
	65+	159	176	244
Kobeřice	0-14	601	537	534
	15-64	2224	2338	2116
	65+	375	405	574
Kozmice	0-14	290	248	324
	15-64	1265	1276	1185
	65+	258	302	381
Kravaře	0-14	1153	1020	1096
	15-64	4695	4721	4269
	65+	870	995	1236
Ludgeřovice	0-14	670	660	817
	15-64	3229	3197	3113
	65+	707	865	1008
Markvartovice	0-14	288	293	427
	15-64	1212	1334	1422

	65+	261	259	344
Oldřišov	0-14	249	219	262
	15-64	919	966	923
	65+	151	166	265
Píšť	0-14	335	289	305
	15-64	1454	1496	1326
	65+	308	323	447
Rohov	0-14	109	100	109
	15-64	425	442	401
	65+	67	77	105
Služovice	0-14	150	100	139
	15-64	573	627	545
	65+	84	88	131
Strahovice	0-14	181	152	146
	15-64	608	650	577
	65+	107	114	160
Sudice	0-14	112	96	104
	15-64	470	490	410
	65+	75	85	111
Šilheřovice	0-14	263	250	228
	15-64	1082	1119	1069
	65+	194	227	285
Štěpánkovice	0-14	571	486	574
	15-64	2129	2266	2068
	65+	358	393	531
Třebom	0-14	47	35	27
	15-64	131	155	154
	65+	23	29	36
Velké Hoštice	0-14	293	262	328
	15-64	1174	1297	1148
	65+	200	222	349
Vřesina	0-14	229	237	315
	15-64	915	1057	1074
	65+	181	208	263
Závada	0-14	99	95	121
	15-64	416	411	386
	65+	73	75	94

Příloha 4: Počet obyvatel středního stavu v obcích SO Hlučínska v letech 2001, 2011, 2021 (data k 1. 7.)

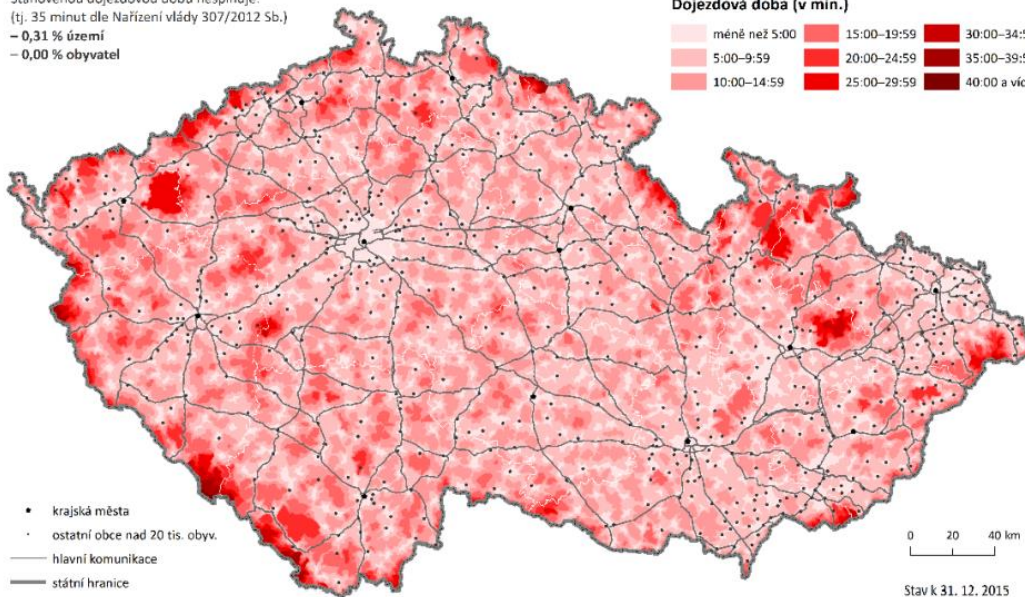
název obce	2001	2011	2021
Bělá	705	667	658
Bohuslavice	1 563	1 635	1 751
Bolatice	4 148	4 398	4 427
Darkovice	1 216	1 298	1 354
Dolní Benešov	4 374	4 220	3 673
Hať	2 552	2 548	2 518
Hlučín	14 336	14 104	13 650
Hněvošice	1 031	1 019	1 001
Chlebičov	1 072	1 102	1 178
Chuchelná	1 317	1 279	1 243
Kobeřice	3 204	3 290	3 233
Kozmice	1 810	1 821	1 894
Kravaře	6 696	6 725	6 603
Ludgeřovice	4 603	4 704	4 933
Markvartovice	1 771	1 873	2 166
Oldříšov	1 319	1 349	1 440
Píšť	2 097	2 111	2 085
Rohov	601	619	610
Služovice	807	809	814
Strahovice	896	924	881
Sudice	657	673	625
Šilheřovice	1 539	1 605	1 583
Štěpánkovice	3 058	3 158	3 173
Třebom	201	223	225
Velké Hoštice	1 667	1 768	1 825
Vřesina	1 325	1 496	1 647
Závada	588	585	597

Příloha 5: Dostupnost zdravotních služeb (všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, zubní lékařství, ambulantní gynekologie), zdroj: Šídlo, Novák, Burcin, Štych, 2017



Stanovenou dojezdovou dobu nespĺňuje:
 (tj. 35 minut dle Nařizení vlády 307/2012 Sb.)
 – 0,31 % území
 – 0,00 % obyvatel

Dojezdová doba (v min.)



Stanovenou dojezdovou dobu nespĺňuje:
 (tj. 35 minut dle Nařizení vlády 307/2012 Sb.)
 – 0,54 % území
 – 0,01 % obyvatel

Dojezdová doba (v min.)

