

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra statistiky



Diplomová práce

Statistická analýza úrovně a rozvoj lázeňství v České republice

Petra Marušáková

© 2015 ČZU v Praze

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Petra Marušáková

Veřejná správa a regionální rozvoj

Název práce

Statistická analýza úrovně a rozvoj lázeňství v České republice

Název anglicky

Statistical analysis of spa care level and the development of spa care in the Czech Republic

Cíle práce

Cílem práce je analýza vývoje lázeňství v České republice s ohledem na ekonomiku v jednotlivých krajích. V práci budou analyzovány ekonomické ukazatele a ukazatele týkající se zájmu hostů o daná zařízení. Na základě provedených analýz budou formulovány doporučení pro rozvoj a zvýšení návštěvnosti lázeňských zařízení.

Metodika

Harmonogram:

Studium dostupné literatury a odborných textů: 03/2014-09/2014

Předložení literární rešerše: 10/2014

Sběr dat a jejich analýza: 08/2014-01/2015

Předložení konečné podoby textu diplomové práce: 02/2015

Shromážděná data budou zpracována metodami z oblasti časových řad a indexní analýzy.

Doporučený rozsah práce

60-80 stran

Klíčová slova

cestovní ruch, lázeňství, ekonomika, lázeňská zařízení

Doporučené zdroje informací

BURACHOVIČ, Stanislav, WIESER, Stanislav. Encyklopedie lázní a léčivých pramenů v Čechách, na Moravě a ve Slezsku. Praha: Libri, 2001. ISBN 80-7277-048-9.

HINDLS, Richard, HRONOVÁ Stanislava, SEGER Jan a FISCHER Jakub. Statistika pro ekonomy. Praha: Professional Publishing, 2006. ISBN 80-86946-16-9.

HLADKÁ, Jitka. Technika cestovního ruchu: pro vyšší odborné školy a vysoké školy, Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-716-9476-2.

JANOŠKA, Martin. Minerální prameny v Čechách, na Moravě a ve Slezsku. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Academia, 2011. ISBN 978-80-200-1841-0.

KŘÍŽEK, Vladimír. Obrazy z dějin lázeňství. Praha: Libri, 2002. ISBN 80-7277-092-6.

MLEJNKOVÁ, Lena. Lázeňství. Praha: Oeconomica, 2007. ISBN 978-80-245-1278-5

ORIEŠKA, Ján. Technika služeb cestovního ruchu. 1. vyd. Praha: IDEA SERVIS, 1999. ISBN 80-85970-27-9.

PÁSKOVÁ, Martina a ZELENKA Josef. Výkladová slovník cestovního ruchu. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj, 2002. ISBN 80-239-0152-4.

SEIFETOVÁ, Věra. Marketing v lázeňském cestovním ruchu. VŠ CRHL:Pragoline, 2003. ISBN 80-86592-00-6.

SCHEJBAL, C rad. Typologie cestovního ruchu. Přerov: Vysoká škola logistiky, 2008. ISBN 978-80-87179-03-1.

Předběžný termín obhajoby

2015/16 ZS – PEF

Vedoucí práce

doc. Ing. Marie Prášilová, CSc.

Garantující pracoviště

Katedra statistiky

Elektronicky schváleno dne 18. 3. 2015

prof. Ing. Libuše Svatošová, CSc.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 20. 3. 2015

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 21. 11. 2015

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Statistická analýza úrovně a rozvoj lázeňství v České republice vypracovala samostatně a použila jsem jen pramenů, které jsou uvedené v příloženém seznamu literatury.

V Praze dne 30. 11. 2015

.....

Podpis

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala doc. Ing. Marii Prášilové, CSc. za cenné rady, odborné vedení a konzultace při zpracování diplomové práce.

**STATISTICKÁ ANALÝZA ÚROVNĚ A ROZVOJ LÁZEŇSTVÍ
V ČESKÉ REPUBLICĚ**

**STATISTICAL ANALYSIS OF SPA CARE LEVEL AND THE
DEVELOPMENT OF SPA CARE IN THE CZECH REPUBLIC**

Souhrn

Diplomová práce analyzuje vývoj vybraných ukazatelů lázeňské péče v České republice v letech 1994-2013 a v jednotlivých krajích v letech 2000-2013. Práce hodnotí vývoj lůžkové kapacity v lázeňských zařízeních v České republice a v jednotlivých krajích, počet přijatých pacientů podle jednotlivých skupin pacientů, které se v lázeňství rozlišují. Dále je posouzen vývoj počtu pacientů dle jednotlivých indikačních skupin a léčebné výkony, prováděné v lázeňských zařízeních. Na základě výpočtů je vytvořena předpověď vývoje počtu přijatých pacientů a počtu dostupných lůžek v lázeňských zařízeních pro následující roky.

Práce je ukončena perspektivami a doporučeními pro další rozvoj lázeňství v České republice. Pro hodnocení vývoje lázeňského cestovního ruchu jsou použity základní charakteristiky a vzorce z oblasti časových řad. Podkladové údaje jsou čerpány z dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva pro místní rozvoj.

Klíčová slova

Cestovní ruch

Lázeňský cestovní ruch

Lázeňská zařízení

Lázeňská péče

Časová řada

Summary

The diploma thesis deals with the development of the selected indicators of spa treatment in the Czech Republic from the year 1994 till 2013 and in the regions in the years 2000-2013. The main work evaluates the development of bed capacity in spa facilities in the Czech Republic and the regions, number of admitted patients according to the groups, which are used in the spa care. Further, a number of patients by individual therapeutic groups and therapeutic procedures used in spa facilities. Based on calculations the forecasts is made for the number of admissions and the number of available beds in the spa facilities for the following years.

The main work is completed with perspectives and recommendations for further development of the spa industry in the Czech Republic. The basic characteristics and formulas of the time series are used for the work. The primary data are drawn from the Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic, the Ministry of Health and the Ministry for Regional Development.

Keywords

Tourism

Spa tourism

Spa facilities

Balneology care

Time series

Obsah:

1. Úvod.....	12
2. Cíl práce a metodika	14
2.1. Cíl práce	14
2.2. Metodika	14
3. Literární rešerše	17
3.1. Cestovní ruch	17
3.2. Postavení cestovního ruchu v národním hospodářství.....	18
3.3. Charakteristika základních složek cestovního ruchu	19
3.4. Typologie cestovního ruchu.....	21
3.4.1. Formy cestovního ruchu	21
3.4.2. Druhy cestovního ruchu	21
3.5. Služby cestovního ruchu	22
3.6. Právní úprava vztahů v cestovním ruchu	25
3.7. Charakteristika lázeňského cestovního ruchu	26
3.8. Právní úprava v lázeňském cestovním ruchu.....	27
3.9. Ekonomické a sociální souvislosti lázeňství.....	28
3.10. Charakteristika lázeňských služeb	28
3.11. Podpora rozvoje lázeňství v České republice.....	30
4. Charakteristika České republiky z hlediska lázeňského cestovního ruchu.....	32
5. Analýza dosažených výsledků	36
5.1. Vývoj lůžkové kapacity v lázeňských zařízeních v České republice	36
5.2. Vývoj počtu přijatých pacientů v lázeňských zařízeních.....	38
5.3. Vývoj lůžkové kapacity v lázeňských zařízeních v krajích České republiky	41

5.4. Vývoj počtu přijatých pacientů v lázeňských zařízeních podle indikačních skupin	43
5.5. Léčebné výkony prováděné v lázeňských zařízeních v letech 1994-2013	48
5.6. Odhad budoucího vývoje vybraných ukazatelů	49
5.6.1. Odhad budoucího vývoje počtu lůžek	49
5.6.2. Odhad budoucího počtu pacientů samoplátců	52
5.6.3. Odhad budoucího počtu pacientů cizinců	54
5.7. Perspektivy lázeňského cestovního ruchu	56
6. Závěr	58
7. Seznam použité literatury	62
8. Přílohy	64

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1: Počet a kapacita lázeňských zařízení podle krajů k 31. 12. 2013	34
Tabulka č. 2: Lůžková kapacita v lázeňských zařízeních v letech 1994-2013	36
Tabulka č. 3: Počty přijatých pacientů v lázeňských zařízeních v letech 1994-2013	38
Tabulka č. 4: Lůžková kapacita v lázeňských zařízeních v krajích v letech 2000-2013	41
Tabulka č. 5: Výpočty popisných charakteristik lůžkové kapacity v Karlovarském kraji ..	42
Tabulka č. 6: Vývoj počtu přijatých pacientů v lázeňských zařízeních podle indikačních skupin na náklad zdravotního pojištění	43
Tabulka č. 7: Vývoj počtu přijatých pacientů (cizinců) v lázeňských zařízeních podle indikačních skupin	45
Tabulka č. 8: Vývoj počtu přijatých pacientů v lázeňských zařízeních na vlastní náklady podle indikačních skupin	46
Tabulka č. 9: Léčebné výkony v letech 1994, 2004 a 2013 v lázeňských zařízeních	48
Tabulka č. 10: Výsledky výpočtu lineární regrese	50
Tabulka č. 11: Hodnoty předpovědi pro rok 2014	51
Tabulka č. 12: Výsledky výpočtu lineární regrese	53
Tabulka č. 13: Hodnoty předpovědi pro rok 2014	53

Tabulka č. 14: Výsledky výpočtu lineární regrese	55
Tabulka č. 15: Hodnoty předpovědi pro rok 2014 a 2015	55

Seznam grafů a obrázků:

Obrázek č. 1: Mapa lázeňských zařízení v ČR	33
Graf č. 1: Lůžková kapacita v lázeňských zařízeních v letech 1994-2013	37
Graf č. 2: Přírůstky počtu přijatých v lázeňských zařízeních v letech 1994-2013	40
Graf č. 3: Vývoj počtu přijatých pacientů v sedmé indikační skupině v letech 1994-2013	47
Graf č. 4: Léčebné výkony v letech 1994, 2004 a 2013	49
Graf č. 5: Odhad trendu časové řady	50
Graf č. 6: Odhad trendu časové řady	52
Graf č. 7: Odhad trendu časové řady	54

1. Úvod

Cestovní ruch patří k dobře se rozvíjejícím ekonomickým odvětvím stejně jako automobilový nebo ropný průmysl. Velmi výrazně se podílí na růstu celé ekonomiky státu, zaměstnanosti a rozvoji infrastruktury jednotlivých regionů. Zlepšování kvality ubytovacích, stravovacích zařízení a služeb souvisí s rozvojem cestovního ruchu.

Cestování patří mezi jednu ze základních potřeb lidí, je měřítkem životní úrovně obyvatelstva. Umožňuje občanům uspokojení potřeb rekreace, poznání a odpočinku, výrazně také napomáhá přenášeni tradic a zvyků jiných regionů a zemí, stejně tak funguje jako možnost vzdělávání člověka.

Cestovní ruch patří mezi největší zaměstnavatele v národním hospodářství, je souborem množství služeb (ubytovacích, dopravních, stravovacích, průvodcovských, kulturních). V cestovním ruchu panuje velká konkurence, tím jsou kladeny velmi vysoké nároky na kvalitní a atraktivní nabídku služeb každé země či dané oblasti. Proto je rozhodující vymezení charakteristik, které odlišují jednotlivé turistické regiony.

Faktory, které negativně ovlivňují cestovní ruch, jsou například přírodní katastrofy, politické okolnosti, ekonomická situace jednotlivých regionů nebo válečné konflikty. Každý národní celek postihla některá z těchto situací. Česká republika prošla dvěma světovými válkami, socialistickým systémem, postihly ji také povodně s katastrofálními následky v letech 1997 a 2002. Po roce 1989, po uvolnění politické situace, nastal velký obrat v rozvoji cestovního ruchu. Došlo k rozvoji ubytovacích kapacit, zaměstnanosti v cestovním ruchu a zkvalitňování poskytovaných služeb. Další významný mezník pro Českou republiku byl vstup do Evropské unie, který velmi usnadnil cestování a nastartoval rozvoj příhraniční spolupráce mezi jednotlivými regiony.

V cestovním ruchu se rozlišuje celá řada forem a druhů. Mezi jednu z forem řadíme lázeňský cestovní ruch, který je řazen do zdravotního cestovního ruchu. Lázeňství ve svém souhrnu obsahuje jak zdravotnictví, tak cestovní ruch. Lázeňství v České republice má velmi dlouhou historii a tradici, patří mezi důležité lázeňské destinace díky velkému výskytu přírodních léčivých zdrojů. Největšího rozmachu zažívají lázně před druhou světovou válkou, kdy sloužila lázeňská místa, nejen k léčbě a odpočinku, ale také jako centra společenského života. V posledních letech ale zažívá lázeňský cestovní ruch opět období rozvoje, díky zvyšování zájmu zahraničních klientů, také v souvislosti

s jednodušším pohybem osob na území Evropské unie a zkvalitňován poskytovaných služeb.

Nejdůležitějším významem lázeňství je prospěch pro zdravotní stav obyvatelstva, představuje nástroj pro prevenci a léčbu nemocí, rehabilitaci a relaxaci. Přispívá k rozvoji celé ekonomiky, zaměstnanosti, nejvíce však k rozvoji lázeňských oblastí. Dnešní uspěchaná doba a životní styl výrazně přispívají k oblibě lázeňských míst. Občané se více starají o své zdraví, snaží se relaxovat a předcházet nejrůznějším onemocněním.

Většina lázeňských míst v České republice kombinuje léčbu přírodními zdroji s rehabilitací a preventivní péčí, jejíž účinky působí dlouhodobě, i po ukončení léčebného pobytu. Je to jeden z důvodů, proč se pacienti vracejí opakovaně. Lázeňská zařízení se člení podle jednotlivých skupin onemocnění, která se v jednotlivých zařízeních léčí. Tyto skupiny určuje Indikační seznam pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči. Jednou ze součástí lázeňské léčby je i nabídka kulturních či společenských akcí.

2. Cíl práce a metodika

2.1. Cíl práce

Cílem diplomové práce je posoudit jednotlivé ukazatele lázeňského cestovního ruchu České republiky a zhodnotit jejich vývoj v letech 1994 až 2013. Analýza vývoje kapacity lázeňských zařízení v jednotlivých krajích bude posuzována pouze v letech 2000 až 2013, vzhledem ke změně členění krajů v roce 2000. Pomocí analýzy časových řad bude zhodnocena lůžková kapacita lázeňských zařízení v České republice, vývoj počtu pacientů v léčebných zařízeních, tuzemských i zahraničních. Bude zhodnocen vývoj lázeňské péče z hlediska indikačních skupin. Úkolem je také prognóza budoucího vývoje lůžkové kapacity a počtu hostů v lázeňských zařízeních. Práce bude uzavřena návrhy a doporučeními pro další rozvoj lázeňského cestovního ruchu v České republice.

2.2. Metodika

Časová řada je posloupnost věcně a prostorově srovnatelných pozorování (dat), která jsou jednoznačně uspořádána z hlediska času ve směru minulost – přítomnost. Analýzou časových řad se tedy myslí soubor metod, které slouží k popisu těchto řad a předvídání jejich budoucího chování. S chronologicky uspořádanými daty se setkáváme v různých oblastech života. Běžně je využívá fyzika, biologie, meteorologie nebo ekonomie.

Elementární charakteristiky časových řad

Popisné charakteristiky časových řad poskytují rychlou a orientační představu o charakteru procesu, který tato řada reprezentuje. Charakterizují dynamiku vývoje časové řady, zkoumají rychlost změn hodnot sledovaného ukazatele v závislosti na čase. Mezi základní metody proto patří vizuální analýza chování ukazatele, která využívá grafů s určováním elementárních statistických charakteristik.

Mezi popisné charakteristiky řadíme:

- absolutní diference neboli absolutní přírůstek, ten vyjadřuje rozdíly sousedních pozorování časové řady

$$d_{1i} = y_i - y_{i-1} \quad i = 2, 3, \dots, n$$

- relativní diference

$$r_i = \frac{d_{1i}}{y_{i-1}} \cdot 100 \text{ [%]}$$

- 2. absolutní diference neboli diference zrychlení, která vyjadřuje o kolik je následující přírůstek větší (menší), než ten předcházející

$$d_{2i} = d_{1i} - d_{1(i-1)} \quad i = 3, 4, \dots, n$$

- bazický index, vyjadřuje % změnu hodnoty sledovaného ukazatele v daném období v porovnání s hodnotou ukazatele ve výchozím období

$$BI = \frac{y_i}{y_0}$$

- řetězový index neboli tempo růstu, charakterizuje postupnou rychlost změn hodnot v časové řadě

$$k_i = \frac{y_i}{y_{i-1}}$$

- koeficient růstu

$$k_i' = \frac{y_i}{y_{i-1}} \cdot 100 \text{ [%]}$$

- průměrný koeficient růstu, určený geometrickým průměrem jednotlivých temp růstu, má smysl pokud časová řada vykazuje v podstatě monotónní vývoj

$$\bar{k} = \sqrt[n-1]{k_2 k_3 \dots k_n} = \sqrt[n-1]{\frac{y_n}{y_1}}$$

Časovou řadu lze rozložit na trendovou, periodickou a náhodnou složku. Tvar rozkladu může být aditivní (součet) nebo multiplikativní (součin). Trend vyjadřuje dlouhodobou tendenci vývoje časové řady. Pokud časová řada obsahuje všechny tři zmíněné složky, nazýváme ji periodickou. Jestliže časová řada neobsahuje periodickou složku, potom ji nazýváme neperiodickou časovou řadou.

Vyrovnnání neperiodických časových řad

Tyto časové řady je nutné vyrovnat mechanicky pomocí klouzavých průměrů nebo analyticky pomocí trendové funkce. Klouzavé průměry očišťují časovou řadu od náhodných a periodických kolísání. Analytické vyrovnání časové řady spočívá ve vystižení trendu pomocí funkce času o známém analytickém tvaru.

Vyrovnnávací křivky

- lineární $T_t = a + bt$
- kvadratická $T_t = a + b_1 t + b_2 t^2$
- exponenciální $T_t = a * b^t$

Základním ukazatelem sloužícím k popisu stupně shody modelu s empirickými hodnotami

je index korelace:

$$I = \sqrt{1 - \frac{\sum_{i=1}^n (y'_i - \bar{y}_i)^2}{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}}$$

Interpretace indexu korelace v teorii časových řad je analogická jako v běžné korelační analýze. Lze tedy říci, že čím je hodnota indexu korelace, stanovená na základě příslušného trendového modelu, bližší jedné, tím lépe tento model vystihuje zákonitosti vývoje určené řady. Analýza časových řad slouží nejen k popisu vývoje příslušného ukazatele v minulosti, ale zejména k prognózování budoucího vývoje.

Bodový a intervalový odhad

Výpočet trendové funkce neslouží jedině k vykreslení dosavadního vývoje sledovaného ukazatele v časové řadě, ale i ke krátkodobým predikcím. Na základě vhodně zvolené trendové funkce je možné provést předpověď budoucího vývoje. K odhadu budoucího vývoje časové řady je možné využít bodový a intervalový odhad.

Bodová předpověď- neznámý parametr je odhadnut a charakterizován jedinou hodnotou.

Intervalová předpověď – neznámý parametr je charakterizován intervalem, ve kterém se s předem zvolenou pravděpodobností nachází. Tento odhad je reprezentován intervalem (G_d, G_h) který s danou vysokou pravděpodobností bude obsahovat skutečnou hodnotu odhadované charakteristiky základního souboru. $P(G_d < G < G_h) = 1 - \alpha$

3. Literární rešerše

3.1. Cestovní ruch

Cestovní ruch, v jeho původním významu, můžeme považovat za jiné označení pro cestování. Postupně je cestovní ruch spojován s využitím volného času, rekreací a poznáváním. Lidé cestovali už ve středověku, ale počátky moderního cestovního ruchu jsou datovány k 17. a 18. století, k cestám šlechticů a tovaryšů. Největší rozmach cestovního ruchu ale nastává v druhé polovině 19. století, následně po 2. světové válce a poslední třetině 20. století. Cestovní ruch se mohl rozvíjet pouze za podmínek osobní svobody a až po uspokojení základních životních potřeb. Pokud lidé dosahovali určitého stupně životní úrovně, měli dostatečné množství finančních prostředků a dostatečný fond volného času. Tyto vhodné podmínky pro cestování měla nejdříve šlechta a průmyslníci, teprve po zrušení nevolnictví a vzniku moderního průmyslu tyto podmínky mohly využít i jiné vrstvy obyvatel, především dělníci a rolníci. [8]

Cestovní ruch tedy nevznikl z pouhé touhy člověka spatřit památky, přírodní krásy ani jako důsledek migrace. Cestovní ruch vznikl a rozvíjel se na základě určitého stupně vývoje, zejména materiálních podmínek a rozvoje výrobních sil. Další velmi nezbytným, základním předpokladem pro rozvoj cestovního ruchu je uchování mírových podmínek. Protože mírové podmínky jsou důležité pro rozvoj cestovního ruchu, ale i cestovní ruch je důležitý pro mírovou spolupráci mezi některými státy, byly některé body týkající se právě cestovního ruchu zařazeny do Závěrečného aktu o bezpečnosti a spolupráci v Evropě, který byl podepsán v Helsinkách v roce 1975. [10]

Mezi další předpoklady rozvoje cestovního patří ekonomické, ekologické, demografické, pracovní, materiálně-technické nebo administrativní podmínky. Mezi ekonomické předpoklady řadíme úroveň ekonomiky vyjádřenou hrubým domácím produktem, složení platební bilance, fond volného času nebo úroveň cen. Mezi ekologické předpoklady rozvoje cestovního ruchu je možné zařadit příznivé klima, čisté ovzduší nebo dostatek atraktivního rekreačního prostoru. Demografické ukazatele zahrnují vše, co se týká obyvatelstva, především hustota obyvatelstva, věkové složení nebo zdravotní stav. Významným faktorem je pracovní zabezpečení, tedy zabezpečit pro cestovní ruch dostatečný počet kvalifikovaných pracovníků. Materiálně-technické předpoklady zahrnují především ubytovací a stravovací zařízení, dopravu nebo zdravotnické a bezpečnostní

služby. Administrativní podmínky jsou spojeny především se zahraničním cestovním ruchem, týkají se výjezdních a vstupních formalit. [7]

3.2. Postavení cestovního ruchu v národním hospodářství

Cestovní ruch patří mezi jeden z ukazatelů životní úrovně obyvatelstva. Podílí se na rozvoji osobnosti, umožňuje obnovu fyzických i duševních sil, je nástrojem pro léčbu, slouží k využití volného času, utváří životní styl (přenášením zvyků a tradic z jiných států nebo oblastí), je to nástroj pro kulturní výchovu a vzdělávání člověka. Mezinárodní cestovní ruch umožňuje vzájemné poznávání odlišných kultur, výměnu informací, vědeckých poznatků. Cestovní ruch vytváří pracovní místa, přináší finanční prostředky do státního rozpočtu. [4]

Význam cestovního ruchu v národním hospodářství je velmi často spojován s vlivem zahraničního cestovního ruchu na platební bilanci a výdaji obyvatelstva v konečné spotřebě spojenými s účastí na cestovním ruchu. Vymezení postavení cestovního ruchu ve struktuře hospodářství je velmi složité, protože má interdisciplinární charakter, při zabezpečení služeb účastníkům cestovního ruchu se prolínají činnosti různých odvětví, oborů národního hospodářství. [8]

Přesto lze cestovní ruch považovat za samostatné odvětví hospodářství, jelikož splňuje základní charakteristiky:

- Speciální kvalifikační úroveň pracovníků v cestovním ruchu,
- charakteristická materiálně-technická základna cestovního ruchu,
- rozdělená soustava jednotek z organizačního hlediska,
- specializace ekonomických funkcí cestovního ruchu. [8]

Světová organizace cestovního ruchu hodnotí postavení cestovního ruchu v národním hospodářství na základě jeho podílu na tvorbě hrubého domácího produktu, zaměstnanosti, exportu a investicích. [8]

Komplexní pohled na cestovní ruch a jeho význam v národním hospodářství zachycuje satelitní účet cestovního ruchu. Zachycuje celou řadu ukazatelů, zaměřující se na procentní podíl cestovního ruchu na tvorbě hrubého domácího produktu, podíl na tvorbě pracovním míst, objem kapitálových investic, vliv na platební bilanci státu nebo daňové příjmy z cestovního ruchu. V roce 2000 bylo Komisí pro statistiku OSN schváleno vytváření

národních satelitních účtů a byla publikována jednotná metodika Světovou organizací cestovního ruchu. V České republice satelitní účet zpracovává Český statistický úřad ve spolupráci s Ministerstvem pro místní rozvoj ČR od roku 2006. [5]

3.3. Charakteristika základních složek cestovního ruchu

Účastník cestovního ruchu

Tento pojem má význam především v mezinárodním cestovním ruchu. Za účastníka cestovního ruchu je považována osoba, která cestuje na dobu delší než 24 hodin do jiné země než je země jeho trvalé pobytu. Jeho cesta může mít různý účel. Může se jednat o cestu za účelem zábavy, rodinné návštěvy, zlepšení zdravotního stavu, obchodního jednání. Dalším důvodem může být účast na sportovním, náboženském či vědeckém setkání. Od roku 1991 Světová organizace cestovního ruchu rozlišuje účastníky cestovního ruchu:

- **Návštěvník** – jedná se o osobu, která cestuje mimo místo svého trvalého pobytu, hlavním účelem jeho cesty není vykonávání výdělečné činnosti,
- **Turista** – je osoba, která cestuje mimo místo svého trvalého pobytu alespoň na dobu 24 hodin, realizuje zde alespoň jedno přenocování, účel jeho cesty není vykonávání výdělečné činnosti,
- **Výletník** – je osoba, která cestuje mimo místo svého trvalého pobytu na dobu kratší než 24 hodin, nerealizuje v navštíveném místě přenocování. [4]

Destinace cestovního ruchu

Destinace cestovního ruchu hraje velmi důležitou roli v celé soustavě cestovního ruchu, je většinou definována dle geografické polohy, motivuje návštěvnost v cestovním ruchu. Nejčastěji jsou charakterizovány na základě atraktivity (přírodní, kulturní), vybavenosti materiálně-technickými zařízeními (stravovací, ubytovací služby, ostatní služby), dostupnosti, dodatečných služeb (místní organizace, které slouží místním i návštěvníkům, místní podnikatelé v cestovním ruchu). Každá destinace cestovního ruchu má své charakteristiky, které je od sebe odlišují, ale mají také některé společné rysy:

- destinace se vyznačují určitými kulturně-společenskými rysy,
- destinace jsou neoddělitelné – cestovní ruch se spotřebovává tam, kde vzniká,
- destinace jsou využívány stejně tak místními obyvateli, turisty jako jinými skupinami.

V případě zdravotních a rekreačních cílů cestovního ruchu jsou přírodní podmínky, přírodní prostředí hlavním faktorem pro rozvoj cestovního ruchu. Jako rekreační prostor považujeme geograficky malé území s příznivými podmínkami, nenarušenými negativními vlivy zemědělství a průmyslové činnosti. [8]

Materiálně-technická základna

Materiálně-technická základna je významná pro využití potenciálu krajiny, která je cílem cestovního ruchu, pro poskytování služeb účastníkům cestovního ruchu, tím se vytváří materiální předpoklady pro účast na cestovním ruchu.

Materiálně-technickou základnu tvoří:

- Budovy a stavby – hotely, jiná ubytovací zařízení, stravovací zařízení, sportovní zařízení,
- dopravní prostředky,
- předměty postupné spotřeby,
- stroje a zařízení – technologická a energetická zařízení. [8]

Protože cestovní ruch využívá služeb mnoha odvětví, proto se rozlišuje:

- Vlastní materiálně-technická základna cestovního ruchu,
- materiálně-technická základna využívaná pro cestovní ruch.

Vlastní materiálně-technická základna cestovního ruchu byla vybudována výhradně pro cestovní ruch. Je svou úrovní a rozsahem závislá na ekonomickém výsledku cestovního ruchu. Rozmístění těchto služeb odpovídá potřebám cestovního ruchu. Materiálně-technická základna využívaná pro cestovní ruch zahrnuje zařízení, která byla původně pořízena k jinému účelu, ale v určité míře jsou používána i účastníky cestovního ruchu. Tato základna nerespektuje v první řadě potřeby cestovního ruchu, ani rozložení neodpovídá potřebám cestovního ruchu. [4]

Jako materiálně-technickou základnu nemůžeme považovat kulturně-historické památky a objekty, které uspokojují potřeby účastníků cestovního ruchu a hmotné prostředky v soukromém vlastnictví (rekreační objekty, chalupy, karavany), které nejsou využívány ke komerčním účelům. [4]

3.4. Typologie cestovního ruchu

3.4.1. Formy cestovního ruchu

Jednotlivé formy cestovního ruchu vychází ze zaměření na uspokojování jednotlivých potřeb účastníka cestovního ruchu. Potřeby účastníka cestovního ruchu mají specifický charakter. Při tomto členění je zdůrazněn určitý faktor. Může to být věk, motiv účasti nebo způsob dopravy. Členění na formy cestovního ruchu tvoří obchodní či propagační označení, proto se neustále vyvíjí v závislosti na specifických potřebách účastníků cestovního ruchu. [7]

Mezi základní formy cestovního ruchu patří:

- Rekreační – obnova duševních a fyzických sil,
- kulturně poznávací – zvyšování kulturní a odborné úrovně účastníků cestovního ruchu,
- lázeňsko-léčebná – regenerační, rekreační i zdravotní funkce, základním předpokladem je vhodné přírodní prostředí, léčivé zdroje,
- sportovně turistická,
- kongresová,
- agroturistika. [4]

3.4.2. Druhy cestovního ruchu

Při klasifikaci cestovního ruchu se používá několik hledisek, mezi ně patří místo realizace, způsob účasti a forma úhrady, způsob a organizace zabezpečení služeb nebo délka účasti. [8] Z hlediska místa realizace dělíme cestovní ruch na domácí a zahraniční cestovní ruch. Zahraniční cestovní ruch se člení na základě vztahu k platební bilanci státu na aktivní, pasivní a tranzitní cestovní ruch. Aktivní zahraniční cestovní ruch znamená příjezd cizinců na území daného státu. Přispívá k aktivní straně platební bilance, přináší tedy prostředky do státního rozpočtu. Pasivní cestovní ruch znamená, že občané daného státu uskutečňují pobyt v zahraničí. Vyváží devizové prostředky, tím působí na pasivní stranu platební bilance. Tranzitní cestovní ruch má na platební bilanci stejný účinek jako cestovní ruch aktivní. [4]

Dle způsobu účasti a formy úhrady nákladů dělíme cestovní ruch na volný a vázaný. Volný cestovní ruch (komerční) znamená, že obyvatelé si účast na cestovním ruchu hradí ze

svých prostředků a o účasti se svobodně rozhodují. Při účasti na vázaném cestovním ruchu (sociálním) je část úhrady hrazena z příspěvků nemocenského pojištění, Fondu kulturních a sociálních potřeb apod.). Poskytnutí příspěvku je vázáno na splnění určitých podmínek. Do této skupiny můžeme zařadit částečně lázeňské léčení, podnikovou rekreaci, dětskou letní rekreaci. [10]

Podle způsobu organizace a zabezpečení průběhu dělíme cestovní ruch na organizovaný a neorganizovaný. V rámci neorganizovaného cestovního ruchu si vše potřebné zařizuje účastník cestovního ruchu sám, pouze částečně může využít služeb cestovní kanceláře. Při účasti na organizovaném cestovním ruchu vše zařizuje organizace (cestovní kancelář, odbory, apod.). [7]

Z hlediska délky trvání cesty rozlišujeme krátkodobý a dlouhodobý cestovní ruch. Krátkodobý cestovní ruch je charakteristický pobytem do tří dnů (nejvýše dvě přenocování). Dlouhodobý cestovní ruch předpokládá pobyt delší než tři dny, ne však delší než šest měsíců. [4]

3.5. Služby cestovního ruchu

Trh cestovního ruchu je velmi specifický prodejem především služeb, jejichž pozici nemůže oslabit ani zvýšení podílů prodeje zboží, v souvislosti s rozvojem některých forem cestovního ruchu, především mototuristiky. Struktura služeb cestovního ruchu je různá, uspokojuje primární i sekundární potřeby účastníků cestovního ruchu. Za primární považujeme cílové potřeby, například poznávání kulturních památek, potřeba sportovního vyžití společenské komunikace. Jako sekundární (realizační) můžeme uvést potřeby, které podporují efektivitu uspokojení služeb primárních. Mezi takové služby patří potřeba přepravit se na určené místo, potřeba výživy, hygieny nebo přenocování. [7]

Služby nelze produkovat do zásoby, poskytnutí služby probíhá současně s její spotřebou. Služby realizované v cestovním ruchu mají svá specifika. Poskytnutí služby i její spotřeba jsou vázány prostorem i časem na daný rekreační prostor, který zároveň určuje charakter dané služby. Služby v cestovním ruchu jsou především osobního charakteru, jsou mnohotvárné, vzhledem k různým potřebám účastníků cestovního ruchu. Jde o komplex různých, podmíněných služeb, kdy uspokojení jedné služby vyvolává potřebu jiné služby.

Hovoříme o komplementaritě služeb cestovního ruchu. Dalším specifíkem služeb cestovního ruchu je neanonymita nebo včasné zabezpečení služeb. [10]

Nejběžnější klasifikace služeb cestovního ruchu rozlišuje služby základní a doplňkové. Mezi služby základní řadíme dopravní, ubytovací a stravovací služby. Doplňkové služby souvisí s využíváním daného rekreačního prostoru. Mezi takové služby řadíme společensko-kulturní služby, sportovně-rekreační služby nebo lázeňské služby. [8]

Dopravní služby

Doprava patří mezi nejdůležitější předpoklady rozvoje cestovního ruchu. Umožňuje překonávat vzdálenost mezi místem bydliště a destinací cestovního ruchu, utváří tak podmínky pro spotřebu v cestovním ruchu. Rozvoj cestovního ruchu zároveň podněcuje vznik nových forem dopravy, výstavbu nové a rekonstrukci stávající dopravní infrastruktury, výrobu nových dopravních prostředků. [7]

Dopravní služby nejsou cílem účasti na cestovním ruchu. Jsou to služby, které zabezpečují vlastní přepravu účastníků cestovního ruchu a jejich zavazadel, řadíme mezi ně i poskytování informací o spojích, rezervace míst v dopravních prostředcích, prodej dopravních cenin, reklamace. [4]

Dopravní služby členíme na služby železniční, letecké, silniční, vodní a ostatní dopravy. Z teritoriálního hlediska rozlišujeme vnitrostátní a mezinárodní dopravu. Z hlediska pravidelnosti jsou to služby pravidelné a nepravidelné dopravy. Práva a povinnosti cestujících, dopravců v jednotlivých druzích dopravy stanovují přepravní řády. Seznam cen a podmínky, podle nichž se přeprava provádí, stanovuje přepravní tarif. Cestující je povinen využít dopravní ceninu. [7]

Ubytovací služby

Ubytovací služby stejně jako doprava jsou významným předpokladem rozvoje cestovního ruchu, především pobytového. Umožňují přenocování nebo přechodné ubytování mimo místo trvalého bydliště účastníků cestovního ruchu. Umožňují uspokojování dalších potřeb, které s ubytováním souvisí, především stravování. Ubytovací zařízení, ubytovací střediska poskytují ubytovací služby. Ubytovací střediska poskytují své služby většímu počtu účastníků cestovního ruchu, obvykle jsou spojena s pohostinskými středisky, ale mohou být provozována i jako samostatná zařízení. [7]

Ubytovací služby poskytují různé typy ubytovacích zařízení. Světová organizace cestovního ruchu je člení na ubytování v hromadných ubytovacích zařízeních a ubytování v soukromí. Mezi hromadná ubytovací zařízení řadíme hotely (hotely, apartment hotely, motely, botely) a obdobná zařízení (penziony). Dále jsou do této skupiny zařazovány například léčebná zařízení. Mezi formy ubytování v soukromí patří vlastní rekreační objekty, pronajímané pokoje či objekty. [4]

V mnoha světových státech byla zavedena kategorizace ubytovacích zařízení, která stanoví zásady pro označování a zařazování ubytovacích zařízení podle jednotlivých druhů do kategorií. Podle vybavení, druhu a úrovně poskytovaných služeb se člení ubytovací zařízení do tříd, označované určitým počtem hvězdiček. Dodržování dané kategorizace garantuje kvalitu služeb, což je důležité v rámci ochrany spotřebitele ale i rozvoje cestovního ruchu. Právní závaznost předpisů této kategorizace je v jednotlivých státech různá s ohledem na právní systém dané země. V České republice existuje od roku 1994 metodická pomůcka „Doporučení upravující základní ukazatele pro kategorizaci hostinských a ubytovacích zařízení“ (dále Doporučení). Toto doporučení slouží podnikatelům jako rámec pro orientaci v této problematice, umožňuje získat základní informace nutné pro výstavbu, zařízení a provoz ubytovacích a stravovacích zařízení. Doporučení reaguje na metodiku zpracovanou Statistickou kanceláří Evropské unie a doporučení Světové organizace cestovního ruchu. První část tohoto Doporučení obsahuje kategorizaci hostinských zařízení a druhá část kategorizaci ubytovacích zařízení. [10]

Klasifikaci provozovny s ohledem na kategorii a třídu provádí sám provozovatel porovnáním zásad uvedených v Doporučení a skutečným stavem zařízení. V České republice se ubytovací zařízení do tříd rozděluje následovně:

- * TOURIST,
- ** ECONOMY,
- *** STANDARD,
- **** FIRST CLASS,
- ***** LUXURY. [5]

Ubytovací zařízení svým hostům vedle ubytovacích služeb poskytují i celou řadu dalších služeb. Požadavky na poskytování doplňkových služeb jsou vyšší v zařízeních, která jsou umístěna ve střediscích cestovního ruchu a lázeňských místech. Kvalitu a rozsah služeb,

kteřé ubytovací zařízení poskytuje, nazýváme standard služeb. Tento standard ovlivňuje charakter zařízení (zda se ubytovací zařízení nachází ve městě, lázeňském centru, rekreačním středisku), technické vybavení, klientela (tradice, struktura hostů – pracovní cesty, dovolená, rodiny s dětmi), sezónní vlivy (výkyvy v poptávce po ubytování), úroveň využití lůžkové kapacity (s růstem délky pobytu rostou nároky na poskytované služby). Každé ubytovací zařízení má různý standard placených a neplacených služeb, charakterem doplňkových služeb ubytovacího zařízení. Jednodušší ubytovací zařízení mají menší rozsah poskytovaných služeb. Čím vyšší je kategorie zařízení, roste standard poskytovaných služeb a placené služby se přesouvají do skupiny neplacených služeb. [7]

Stravovací služby

Poskytování stravovacích služeb je jednou z nejdůležitějších podmínek pro rozvoj cestovního ruchu. Zajišťují uspokojení základních potřeb výživy účastníků cestovního ruchu během jejich účasti na cestovním ruchu (přepřavy, pobytu). [4]

Kategorizace stravovacích zařízení má velký význam stanovení cen poskytovaných služeb a poskytuje informaci o rozsahu a typu služeb. Stravovací zařízení se dělí do jednotlivých kategorií podle převažujícího charakteru poskytovaných služeb. Základní rozdělení podle metodiky Eurostatu je na restaurace (restaurace, samoobslužné restaurace, rychlé občerstvení, železniční jídelní vozy) a bary (bary, noční kluby, pivnice, vinárny, kavárny). [4]

3.6. Právní úprava vztahů v cestovním ruchu

Pro rozvoj cestovního ruchu je zapotřebí zakotvení příslušné legislativy do právního řádu daného státu. Jedná se o právní úpravu účasti na cestovním ruchu, vztahů mezi cestovními kanceláři a dodavateli, vztahů mezi účastníky cestovního ruchu a cestovními kanceláři. V rámci cestovního ruchu České republiky jsou nejdůležitější následující zákony s upravujícími vyhláškami a nařízeními:

- Občanský zákoník,
- Zákon o cestovních dokladech,
- Obchodní zákoník,
- Devizový zákon,
- Celní zákon a další. [8]

Po roce 1989 měli pro další rozvoj cestovního ruchu největší význam zákony o individuálním podnikání fyzických osob a zákon o živnostenském podnikání, které umožnili plný rozvoj ubytovacích a stravovacích služeb. Živnostenský zákon dále upravuje i jiné činnosti vztahující se k cestovnímu ruchu např.: směnářská činnost, provozování dopravy nebo průvodcovská činnost. Vzhledem ke vstupu České republiky do Evropské Unie si živnostenský zákon vyžádal svou novelu. Tato novela ustanovila změny živností v rámci cestovního ruchu. Další zákony, které se promítají do cestovního ruchu, jsou zákony týkající se daní a poplatků, zdravotního a sociálního pojištění, zaměstnávání, zákony, které se promítají do všech sfér podnikání v České republice. [10]

3.7. Charakteristika lázeňského cestovního ruchu

Lázeňství je neodmyslitelnou součástí zdravotního a sociálního systému, na druhou stranu je součástí cestovního ruchu, neboť dochází k přesunu účastníka cestovního ruchu z místa jeho trvalého bydliště. Důležité je zmínit multiplikační efekt lázeňského cestovního ruchu. Lázeňská místa umožňují další druhy cestovního ruchu, například kongresový, incentivní nebo poznávací. V lázeňských místech se koná řada společenských a kulturních akcí (filmové a hudební festivaly, výstavy). S lázněmi je spojeno také pořádání sportovních událostí (golfové a tenisové turnaje, jezdecké závody). To vše přispívá ke zvýšení návštěvnosti daného místa a zvýšení úrovně dané oblasti. [10]

Lázeňský cestovní ruch je forma cestovního ruchu, která pro svou existenci vyžaduje fungování zdravotnických zařízení, která využívají přírodní léčivé zdroje v dané lokalitě. Tyto zdroje mohou být léčivé vody, vřidelní plyny, emanace, peloidy či samotné klimatické podmínky. Pro fungování lázeňského cestovního ruchu je zapotřebí zajistit také léčebné stravování, vhodné přírodní prostředí (parková úprava) a kulturně-společenské aktivity lázeňského místa. [7]

Hlavním důvodem lázeňské péče je přispět k vyléčení nemoci, k podstatnému zlepšení zdravotního stavu, k odvrácení pracovní neschopnosti nebo k návratu do pracovní schopnosti. [4]

3.8. Právní úprava v lázeňském cestovním ruchu

V lázeňském cestovním ruchu jsou kromě zákonů zmíněném v kapitole 3.6, platné i další specifické právní normy. Nejdůležitějším zákonem je zákon č. 164/2001 Sb. Zákon o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech a o změně některých souvisejících zákonů, dále jen lázeňský zákon. Tento zákon se zabývá využíváním léčebných zdrojů, povolení k jejich využívání, změnami, zrušením a zánikem povolení k využívání léčebných zdrojů, poplatky za využívání zdrojů, ochranou zdrojů. Dále definuje přírodní léčebné lázně a lázeňská místa, výkon státní správy ve věcech zdrojů, přírodních léčebných lázní a lázeňských míst. [13]

Další významnou právní normou je Zákon č. 1/2015 Sb. Novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Tato novela vznikla díky nálezu Ústavního soudu, který nařídil vypracovat do konce roku 2014 novou platnou verzi Indikačního seznamu, která bude ve formě zákona nebo přílohy zákona. Cílem této novely je stanovení podmínek, za kterých má pojištěnec nárok na lázeňskou péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Tyto podmínky stanovuje Indikační seznam, který je přílohou tohoto zákona (Příloha č. 1). Stanovuje 11 indikačních skupin v kategorii dospělých, dětských a dorosteneckých pacientů. K zákonu náleží prováděcí Vyhláška č. 2/2015 o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče.

Mezi další právní úpravu zařadíme vyhlášky a nařízení vlády, které lázeňský cestovní ruch upravují. Jedná se například o následující předpisy:

- Nařízení vlády č. 385/2001 Sb. o stanovení výše poplatku za přírodní minerální vodu odebíranou ze zdroje přírodní minerální vody,
- Vyhláška č. 423/2001 Sb. o způsobu a rozsahu hodnocení přírodních léčivých zdrojů a zdrojů přírodních minerálních vod a další podrobnosti jejich využívání (vyhláška o zdrojích a lázních),
- Sdělení Ministerstva zdravotnictví č. 479/2005 Sb. o vydání osvědčení o přírodních léčivých zdrojích a zdrojích přírodních minerálních vod a o zrušení osvědčení [15]

3.9. Ekonomické a sociální souvislosti lázeňství

Lázeňský cestovní ruch má kromě léčebného významu také velký ekonomický význam. Má přínosy pro veřejné zdraví, ale podílí se na tvorbě hrubého domácího produktu, na zajišťování peněžních prostředků v rámci platební bilance státu, lázeňských oblastí, také na tvorbě devizových zásob státu. Ovlivňuje také investiční činnost a přispívá k zaměstnanosti a rozvoji daného regionu. [2] Lázeňství jako produkt je vázáno na specifika přírodních podmínek a zdrojů, vykazuje rysy tzv. Přirozeného monopolu, který sebou nese ekonomickou výhodu. [9] Přispívá také k rozvoji dalších odvětví (potravinářský průmysl, textilnictví, nábytkářství, stavebnictví a další), které vytváří svou činností podmínky pro lázeňskou péči. [2]

Váže na sebe potřebu většího množství obchodů, stravovacích a ubytovacích kapacit, bankovních institucí, kulturních a sportovních služeb. Tato produkce představuje možnost zvyšování životní úrovně obyvatel regionu a ekonomického růstu. [9]

Lázeňství v České republice je specifické tím, že přibližně 55-60% klientů lázní tvoří pacienti s komplexní péčí, jejichž pobyt je v celé částce hrazen zdravotní pojišťovnou na náklad zdravotního pojištění. Lázeňská zařízení, která nemají dostatek klientů, kteří si svůj pobyt hradí sami, nevytváří dostatečný zisk pro další rozvoj a investice. Negativní roli můžou také hrát opožděné platby některých zdravotních pojišťoven. Lázeňské společnosti spolu tedy soupeří o získání co největšího počtu zahraničních klientů, které láká příznivější cena za lázeňský pobyt v České republice oproti cenám v Německu nebo Rakousku. [2]

3.10. Charakteristika lázeňských služeb

Destinace lázeňského cestovního ruchu poskytuje řadu služeb, které lze shrnout do následujícího přehledu:

- Lázeňsko-léčebné (odlišuje lázeňství od ostatních druhů cestovního ruchu)
- ubytovací,
- stravovací,
- kulturně-společenské,
- sportovně-rekreační (tělesná cvičení, turistika, plavání atd.),
- služby cestovního ruchu (informační centra, služby cestovních kanceláří, půjčovny aut apod.),

- doplňkové služby (kadeřnictví, čistírny, suvenýry aj.). [10]

Formy lázeňských pobytů

Existují dvě formy lázeňského léčení. Léčba může být uskutečněna jako ústavní (sanatorní) pobyt nebo jako ambulantní. Pokud host využívá ústavního pobytu, jsou mu poskytovány všechny lázeňské služby. Pokud se jedná o ambulantní pobyt, potom host obdrží pouze služby související s vyšetřením a léčením, zpravidla je možnost dietního stravování v lázeňských zařízeních. [7]

Lázeňská léčba lze rozlišit také podle způsobu úhrady nákladů spojených s léčebným pobytem. Klient může pobyt absolvovat díky zdravotní pojišťovně, jako potřebnou zdravotní péči, která je hrazena ze zdravotního pojištění, potom se jedná o komplexní péči. Dále je možné využít příspěvkovou lázeňskou péči a samoplátecké pobyty. [2]

- Komplexní péče – zdravotní pojišťovna hradí zcela náklady na vyšetření, léčení, stravu a ubytování na standardní úrovni, cestovní náklady, jak stanoví Zdravotní řád,
- Příspěvková lázeňská péče – zdravotní pojišťovna hradí vyšetření a léčení, pacient hradí náklady na dopravu, stravování a ubytování,
- Samoplátecký pobyt – klienti si hradí veškeré náklady spojené s pobytem v lázeňském zařízení. [7]

Každý pacient se po příjezdu musí hlásit v přijímací kanceláři, ta se postará o jeho umístění v lázeňském domě. Pacient obdrží lázeňskou legitimaci, informace. Následuje vstupní lékařská prohlídka a laboratorní vyšetření. Lékař určí průběh lázeňské léčby, množství a druh léčebných úkonů. [4]

3.11. Podpora rozvoje lázeňství v České republice

Díky nepřehlédnutelnému významu lázeňství mají o jeho rozvoj zájem města, regiony, stát i lázeňské společnosti. V roce 2000 byl ve spolupráci s Ministerstvem pro místní rozvoj schválen Státní program podpory cestovního ruchu. Bylo rozhodnuto o zaměření tohoto programu na celoplošnou podporu rozvoje lázeňství. Program obsahoval čtyři podprogramy:

- Podprogram na podporu rozvoje měst a obcí se statutem lázeňského místa (rozvoj a regenerace lázeňské infrastruktury v majetku měst a obcí),
- Podprogram podpory vlastníků lázeňské infrastruktury (rozvoj a regenerace lázeňské infrastruktury – lesoparky, pozemní komunikace, kulturní a jiná zařízení, v osobním vlastnictví),
- Podprogram na podporu rozšíření ubytovací kapacity v kategorii ubytování v soukromí ve městech a obcích se statutem lázeňského místa (jednorázový příspěvek na jedno pořízené lůžko v této kategorii činí 20 000 Kč),
- Podprogram rozvoje lázeňské turistiky (nové produkty lázeňské turistiky). [2]

Státní programy podpory cestovního ruchu v dalších letech pokračovaly v podpoře lázeňství, ale v jiné struktuře. V roce 2002 už nebyl poskytován jednorázový příspěvek na vybudované lůžko v podprogramu rozšíření ubytovací kapacity ani nebyli podporováni soukromí vlastníci lázeňské infrastruktury. V roce 2003 a 2004 zůstal z původních podprogramů pouze ten na podporu rozvoje měst a obcí se statutem lázeňského místa, v roce 2004 přejmenovaný na Podpora rozvoje lázeňství. V roce 2005 a 2006 pokračoval program Podpora rozvoje lázeňství. Podpora ze Státního programu podpory venkova byla poskytována formou systémové investiční dotace, která mohla dosáhnout maximálně 50% celkových způsobilých výdajů akce. [14]

V letech 2007-2013 bylo lázeňství podporováno prostřednictvím Regionálních operačních programů a operačních programů Přeshraniční spolupráce např.:

- ROP NUTS II Severozápad, Prioritní osa 4 – Udržitelný cestovní ruch
Oblast podpory 4.1 Budování a rozvoj atraktivit a infrastruktury CR
Modernizace a úpravy lázeňské infrastruktury pro zlepšení standardu a kvality služeb pro tradiční i moderní formy lázeňství (wellness)

Oblast podpory 4.3 Podpora marketingu a tvorby a rozvoje produktů ČR

Podpora marketingu a propagace cestovního ruchu v oblasti lázeňství a wellness

- ROP NUTS II Jihozápad, Prioritní osa 3 – Rozvoj cestovního ruchu

Oblast podpory 3.1 Rozvoj infrastruktury cestovního ruchu

Výstavba a modernizace zařízení (stavebních objektů včetně vybavení) určených pro lázeňské a ozdravné pobyty

Výstavba a modernizace infrastruktury související s lázeňským provozem

Úprava prostranství a pěších zón ve vnitřních územích lázeňských míst

- OP Přeshraniční spolupráce ČR – Bavorsko: Prioritní osa 1: Hospodářský rozvoj, lidské zdroje a sítě

Oblast podpory: Cestovní ruch, volný čas a rekreace

Podpora přeshraniční spolupráce v oblastech cestovního ruchu, volného času a rekreace (např. spolupráce v oblasti kulturní, přírodní a zdravotní turistiky včetně spolupráce lázní a lázeňských míst)

- OP Přeshraniční spolupráce ČR – Sasko: Prioritní osa 2: Rozvoj hospodářství a cestovního ruchu

Oblast podpory: Kooperace a rozvoj přeshraničních struktur v cestovním ruchu

Z hlediska prevence zdraví budou ve spojení s demografickým vývojem využity rovněž potenciály, vyplývající z rozvoje lázeňství v dotačním území. Rámcovými body zde jsou propojení zařízení, společný marketing nabídek a společné investiční projekty. [16]

4. Charakteristika České republiky z hlediska lázeňského cestovního ruchu

Česká republika patří mezi země, která disponuje vhodnými kulturními, historickými i přírodními předpoklady pro rozvoj cestovního ruchu. [4]

Díky hojnému výskytu přírodních léčivých zdrojů jsou v České republice vhodné podmínky pro rozvoj lázeňského cestovního ruchu. Lázně jsou v dnešní době zdravotnická zařízení, ale komerční význam v lázeňství stále roste. [7]

V České republice se v minulosti nacházelo více než 250 lázeňských míst. Mnoho z nich zaniklo a dnes je jich na našem území méně než čtyřicet. Pozitivní léčebný účinek není založen pouze na specializované lékařské péči, ale i na využití přírodních léčivých zdrojů. [10] Nejrozšířenějším léčivým zdrojem České republiky jsou přírodní léčivé vody. Liší se svými chemickými a fyzikálními vlastnostmi, jedná se o vody minerální a termální. Minerální voda obsahuje v jednom litru vody minimálně jeden gram minerálních látek. Voda termální při svém vyvěrání dosahuje teploty nejméně 25 stupňů Celsia. Plyny a prvky, například oxid uhličitý, sirovodík, arzen nebo jód, které jsou ve vodě rozpuštěny, určují vlastnosti léčivé vody. [7]

Peloidy se v léčbě používají smíchané s vodou na koupele či zábaly. Dle poměru různých látek se dělí na slatiny, slatinné zeminy, rašeliny a bahno. Mezi další léčivé zdroje můžeme zařadit vzácnější vřidelní plyny a radioaktivní plyny, které se používají k plynovým koupelím nebo injekční léčbě. [7]

Lokality, kde jsou k léčbě využívány klimatické podmínky daného místa, musí splňovat určité podmínky. Relativní délka slunečního svitu musí být nejméně 1650 hodin za rok, rozdíly teplot za 24 nemohou překročit v měsíčním průměru 13 stupňů Celsia, spad prachu nepřekračuje na lázeňském území 5 gramů na jeden metr čtvereční za měsíc a kde vlhkost vzduchu je nejvíce 80% v měsíčním průměru. [7]

Léčivé prameny, které se nachází na území České republiky, známé svými léčivými účinky, daly vzniknout lázním známým po celém světě. Přírodní zdroje již uvedené neslouží pouze k léčebné péči, ale i jako významná atraktivita pro cestovní ruch. Všechna lázeňská zařízení v České republice znázorňuje obrázek č. 1.

Mezi tyto lázně patří:

- Karlovy Vary – horké prameny, které léčí nemoci žlučníku, zažívací trakt,
- Mariánské Lázně – poruchy zažívacího traktu, močových cest a horních cest dýchacích,
- Františkovy Lázně – poruchy ženské a srdeční,
- Luhačovice – nemoci dýchacích cest a zažívacího traktu,
- Poděbrady – sirovodíkové prameny, léčba srdečních chorob a krevního oběhu,
- Jáchymov – silně radioaktivní prameny, léčí revmatické choroby
- Karlova Studánka – uhličitane prameny, nemoci pohybového a oběhového ústrojí.

[4]

Obrázek č. 1: Mapa lázeňských zařízení v ČR



Zdroj:

http://www.vychodni.cechy.cz/encyklopedie/seznam.phtml?typ=163,164&id_mapy=39&lng=&menu=

Následující tabulka č. 1 ukazuje počet lázeňských zařízení a rozložení lázeňských kapacit v jednotlivých krajích České republiky na konci roku 2013. Je zřejmé, že největší počet lázeňských zařízení se nachází v kraji Olomouckém, ale největší počet lůžek se nachází v kraji Karlovarském. Zde se nachází největší lázeňská zařízení v republice, lůžková kapacita lázeňských zařízení je zde 12 360 lůžek, to představuje 49,75% veškerých dostupných lázeňských lůžek v České republice. V Olomouckém kraji je dostupných 2255 lůžek, tedy 9% z celkové lůžkové kapacity. Lázeňská zařízení zde tedy nejsou tak velká jako v kraji Karlovarském.

Tabulka č. 1: Počet a kapacita lázeňských zařízení podle krajů k 31. 12. 2013

Kraj	Počet lázeňských zařízení	Počet lůžek
Česká republika	35	24 840
Středočeský	3	916
Jihočeský	3	1 471
Plzeňský	2	307
Karlovarský	4	12 360
Ústecký	3	1 093
Liberecký	2	618
Královehradecký	5	1 111
Pardubický	1	572
Jihomoravský	2	306
Olomoucký	6	2 255
Zlínský	2	2 088
Moravskoslezský	2	1 743

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní zpracování

V červenci roku 2014 společně Ministerstvo zdravotnictví ČR, Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Svaz zdravotních pojišťoven ČR a Svaz léčebných lázní ČR podepsaly Memorandum o lázeňství. Deklaruje vzájemnou spolupráci při aktivní podpoře českého lázeňství, zavazuje lázeňská zařízení k poskytování včasné a kvalitní péče. Zdůrazňuje, že využívání přírodních léčivých zdrojů pro lázeňskou léčbu je efektivní a nezbytná součást léčebného procesu, že rehabilitace znamená brzký návrat do plnohodnotného života a při léčbě chronických onemocnění znamená zlepšení stavu či zmírnění následků onemocnění. Zmiňuje také důležitost lázeňských zařízení při prevenci nemocí. Upozorňuje na tradici českého lázeňství a důležitost udržování a podporování jeho dalšího rozvoje. [17]

Rok 2014 byl pro české lázeňství zlomový díky podpisu Memoranda a především díky následné nové právní úpravě (zákon č. 1/2015 Sb. Novela zákona č. 48/1997 Sb., o

veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů). Tato novela odstranila stav, kdy kvůli stanovené délce pobytu 21 dnů byli pacienti z lázeňských zařízení propouštěni bez dostatečného zlepšení zdravotního stavu. Byla navrácena možnost léčit se u některých indikací 28 dnů a pobyty lze dle doporučení lékaře i prodloužit nebo opakovat. Tímto opatřením se rozšířila skupina pacientů, kteří jsou zařazeni do komplexní lázeňské péče. Meziročně tak došlo k nárůstu o 41 % těchto pacientů. Novela zákona dále přináší zařazení výuky balneologie do vzdělávacího programu lékařů. Toto opatření má v budoucnu řešit stárnutí populace lékařů v lázních. Ministerstvo zdravotnictví chce také zařadit téma organizace lázeňství i do vybraných oborů postgraduálního specializačního vzdělávání. [17]

5. Analýza dosažených výsledků

V této části práce budou analyzovány vybrané ukazatele lázeňské péče v České republice. Na počátku bude proveden rozbor lůžkové kapacity v lázeňských zařízeních v celé republice, následně v jednotlivých krajích České republiky. Bude provedena analýza počtu přijatých pacientů podle způsobu úhrady lázeňské péče a podle jednotlivých indikačních skupin. Budou zhodnoceny také jednotlivé léčebné výkony, které se pro lázeňskou léčbu využívají. Na závěr bude vytvořena predikce budoucího vývoje lůžkové kapacity a počtu přijatých pacientů.

5.1. Vývoj lůžkové kapacity v lázeňských zařízeních v České republice

Tabulka č. 2 ukazuje vývoj lůžkové kapacity lázeňských zařízení v České republice v letech 1994 – 2013. Průměrně je každý rok v České republice k dispozici přes 22 600 lázeňských lůžek.

Tabulka č. 2: Lůžková kapacita v lázeňských zařízeních v letech 1994-2013

Rok	Počet lůžek	První absolutní diference	První relativní diference	Bazický index	Koeficient růstu (%)
1994	16 725	-	-	1	-
1995	16 572	-153	-0,91	0,99	99,09
1996	16 464	-108	-0,65	0,98	99,35
1997	17 179	715	4,34	1,03	104,34
1998	17 503	324	1,89	1,05	101,89
1999	18 063	560	3,20	1,08	103,20
2000	22 179	4116	22,79	1,33	122,79
2001	22 532	353	1,59	1,35	101,59
2002	22 972	440	1,95	1,37	101,95
2003	24 981	2009	8,75	1,49	108,75
2004	25 260	279	1,12	1,51	101,12
2005	25 235	-25	-0,10	1,51	99,90
2006	25 770	535	2,12	1,54	102,12
2007	25 737	-33	-0,13	1,54	99,87
2008	25 490	-247	-0,96	1,52	99,04
2009	26 505	1015	3,98	1,58	103,98
2010	26 432	-73	-0,28	1,58	99,72
2011	26 835	403	1,52	1,60	101,52
2012	25 891	-944	-3,52	1,55	96,48
2013	24 840	-1051	-4,06	1,49	95,94
Průměrný počet lůžek			22 658		

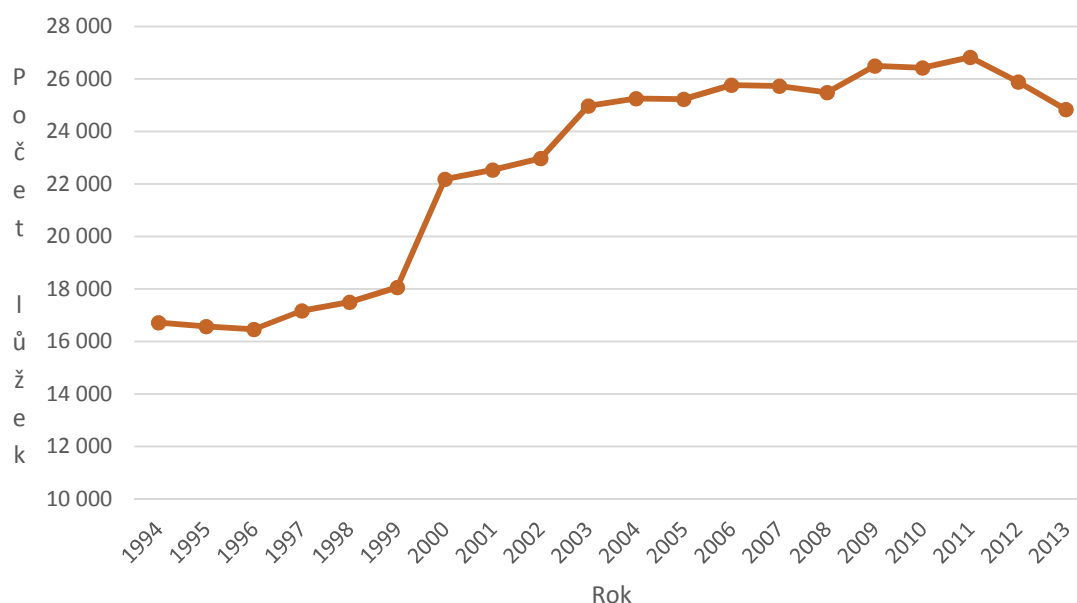
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní výpočet

Tabulka znázorňuje, že do roku 2013 došlo přibližně k padesátiprocentnímu nárůstu lůžkové kapacity v lázeňských zařízeních, i když v posledních třech letech dochází k mírnému poklesu dostupných lůžek, jejich počet se snížil přibližně o 5%. Zvyšování lůžkové kapacity je zapříčiněno rostoucím zájmem klientů ze zahraničí a také zvyšujícím se počtem klientů, kteří si lázeňskou péči hradí zcela ze svých zdrojů (samoplátecké pobyty).

Bazický index porovnává základní rok 1994 s jednotlivými roky statistiky. K největšímu růstu lůžkové kapacity oproti roku 1994 došlo v roce 2011, kdy se počet lůžek zvýšil o 60%. K poklesu počtu lůžek došlo pouze v letech 1995 a 1996. Ok roku 1997 se počet lůžek vůči roku 1994 zvyšuje.

První absolutní diference uvádí rozdíl lůžkové kapacity v daném roce oproti předešlému roku. K největšímu růstu lůžkové kapacity došlo mezi roky 1999 a 2000, kdy se počet lůžek zvýšil o více než 4100, o více než 22,5%. K největšímu poklesu počtu lůžek došlo v roce 2013. Oproti roku 2012 se počet lůžek v lázních snížil o 1051, tedy o 4%. Graf č. 1 zobrazuje vývoj lůžkové kapacity v lázeňských zařízeních v České republice podle zpracovaných dat v tabulce č. 2.

Graf č. 1: Lůžková kapacita v lázeňských zařízeních v letech 1994-2013



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní zpracování

5.2. Vývoj počtu přijatých pacientů v lázeňských zařízeních

Analýza počtu přijatých pacientů v lázeňských zařízeních bude provedena pro období od roku 1994 do roku 2013. Tabulka č. 3 znázorňuje počty přijatých pacientů v lázeňských zařízeních v České republice za dané časové období. Tabulka č. 3 ukazuje počty přijatých pacientů, jejichž pobyt je hrazen ze zdravotního pojištění, počty pacientů tuzemců, kteří si lázeňský pobyt hradí plně ze svých nákladů (samoplátecký pobyt), dále je uveden počet přijatých pacientů cizinců a v neposlední řadě celkový počet přijatých pacientů v lázeňských zařízeních za daný rok.

Tabulka č. 3: Počty přijatých pacientů v lázeňských zařízeních v letech 1994-2013

Rok	Počet přijatých pacientů (tuzemců)		Počet přijatých pacientů (cizinců)	Celkem
	na náklad zdravotního pojištění	plně na vlastní náklady		
1994	135 317	13 815	37 724	186 856
1995	140 759	11 352	43 201	195 312
1996	134 697	15 270	48 481	198 448
1997	129 577	20 391	56 400	206 368
1998	126 189	21 926	68 224	216 339
1999	125 500	24 025	71 120	220 645
2000	132 796	31 853	92 804	257 453
2001	135 979	35 674	115 328	286 981
2002	134 513	35 618	108 958	279 089
2003	134 876	30 924	117 626	283 426
2004	131 817	45 282	117 003	294 102
2005	123 577	55 853	119 929	299 359
2006	113 001	66 688	134 518	314 207
2007	108 313	91 896	133 761	333 970
2008	106 637	112 987	153 704	373 328
2009	113 153	111 089	143 221	367 463
2010	112 021	114 788	138 136	364 945
2011	105 003	111 035	132 391	348 429
2012	86 140	106 075	157 493	349 708
2013	63 816	139 270	164 285	367 371

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní zpracování

Počty přijatých pacientů, jejichž léčba je hrazena ze zdravotního pojištění, se od roku 1994 do roku 2013 snížily o více než 53%, ze 135 317 na 63 816 pacientů ročně. Nejvíce pacientů je registrováno v roce 1995 a 2001, 140 759 osob, respektive 135 979 pacientů. Naopak nejméně občanů se na náklady zdravotního pojištění léčilo v roce 2013. Příloha č. 2 obsahuje výpočty elementárních charakteristik. Každý rok se počet přijatých pacientů snižuje průměrně o 3 763 osob. V letech 2012 a 2013 se tempo tohoto snižování začalo zrychlovat, tuto charakteristiku udává řetězový index. Pouze v letech 1995 a 2001 byl

počet pacientů vyšší než v roce 1994, ukazuje to bazický index, který jednotlivé roky porovnává s rokem základním.

Klesající počet klientů veřejného zdravotního pojištění v lázeňských zařízeních se může vyskytnout i v dalších letech v souvislosti s ekonomickými možnostmi zdravotních pojišťoven a s dopadem již zmíněné Vyhlášky č. 267/2012 Sb., o stanovení Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé, děti a dorost (od ledna roku 2015 platí nová Vyhláška 2/2015 Sb., která opět upravuje Indikační seznam pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči). V rámci indikačních skupin došlo k určité racionalizaci a redukci podskupin indikací k lázeňské léčebně rehabilitační péči, dále došlo k úpravě délky základního léčebného pobytu z 28 na 21 dnů (Vyhláška 2/2015 Sb. tuto dobu u vybraných indikačních skupin opět určuje na 28 dní).

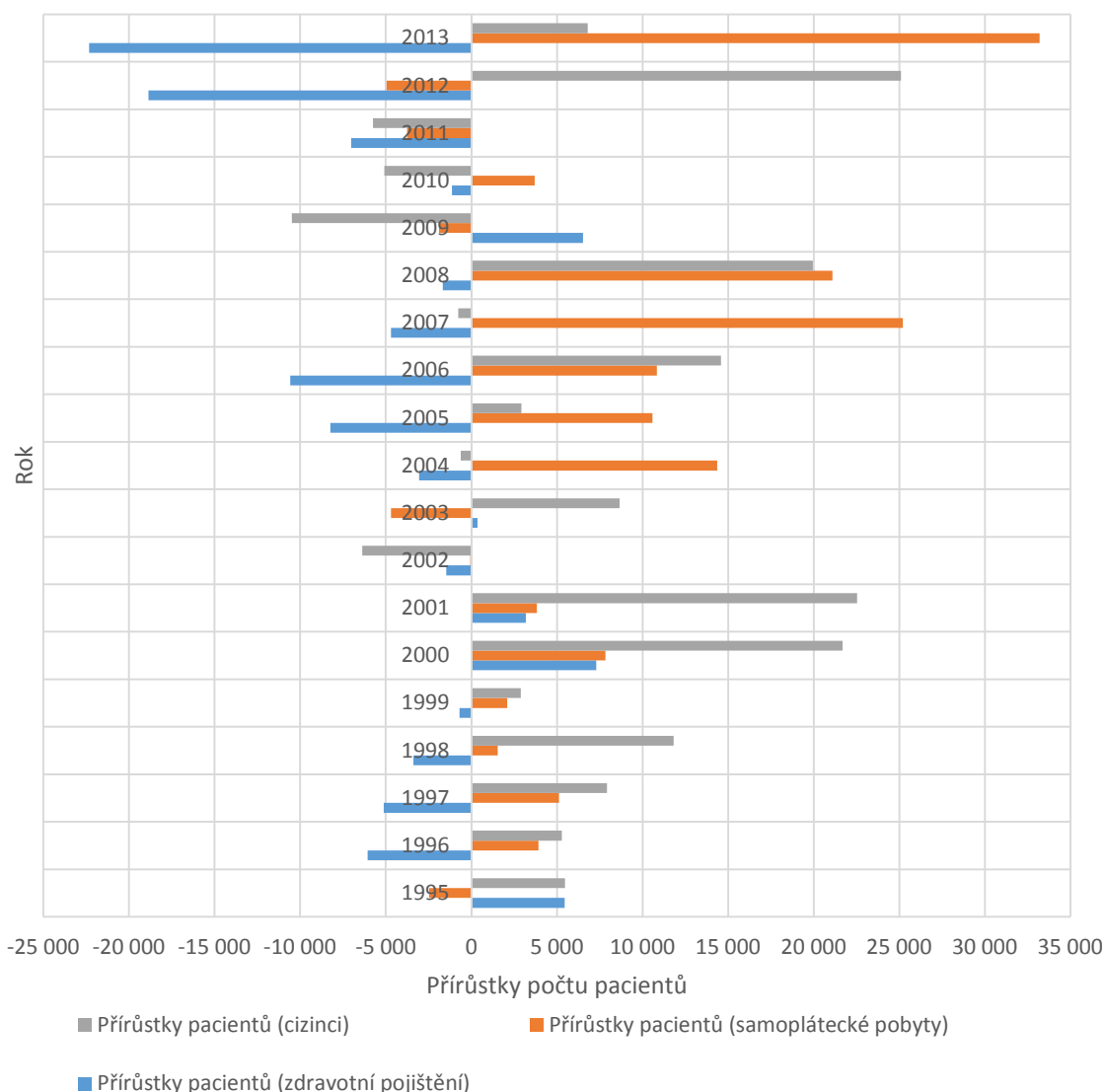
Počty pacientů, kteří si hradí lázeňskou péči ze svých nákladů, se od roku 1994 do roku 2013 zvýšil desetinásobně. Průměrně se počty pacientů samoplátců zvyšují o 6 603 pacientů ročně. K největšímu absolutnímu meziročnímu nárůstu pacientů došlo mezi roky 2012 a 2013, kdy se počet přijatých pacientů v lázeňských zařízeních zvýšil o 33 195 osob. K největšímu procentnímu růstu ale došlo v roce 2004, kdy se počet samoplátců v lázeňských zařízeních zvýšil o 46%. Tyto výpočty obsahuje příloha č. 3.

Příloha č. 4 obsahuje výpočty popisných charakteristik, které se týkají pacientů v lázeňských zařízeních, kteří přijíždí z ciziny. V roce 1994 do lázeňských zařízení zapsalo 37 724 pacientů z ciziny. V roce 2013 to bylo 164 285. To znamená, že se počet pacientů zvýšil více jak čtyřnásobně. Průměrně se počet osob, které do českých lázeňských zařízení přijíždí z ciziny, zvyšuje o 6 661 osob ročně. K největšímu nárůstu (absolutnímu) počtu cizinců v lázních došlo v roce 2012. Oproti roku 2011 bylo přijato do českých lázní o 25 102 pacientů více. K největšímu relativnímu růstu došlo mezi roky 1999 a 2000, tehdy se počet pacientů cizinců zvýšil o více než 30%, tento rok české lázně využilo více než dvojnásobek cizinců, než v roce 1994.

Celkově se počet pacientů v lázeňských zařízeních za dané období zvýšil téměř na dvojnásobek. Každoročně se počet pacientů zvyšoval průměrně o 9 501 osob. Nejvíce se počet pacientů zvýšil v roce 2000 a 2008, kdy se v lázních léčilo o 36 808, respektive o 39 358 osob více než v roce předchozím. K nejvýraznějšímu úbytku počtu osob přijatých v lázeňských zařízeních došlo v roce 2011, kdy se v lázních léčilo o 16 516 pacientů méně

než v roce 2010. Počet pacientů se zvyšuje, mění se ale poměr jednotlivých, předem popsaných, skupin pacientů. Počet cizinců se od roku 1994 zvyšuje, stejně tak i počet samoplátců, snižuje se naopak počet pacientů, jejichž pobyt je hrazen ze zdravotního pojištění. Pokles pacientů, jejichž léčba je hrazena ze zdravotního pojištění, je způsoben změnami v legislativě, zařazováním jednotlivých onemocnění do indikací hrazených ze zdravotního pojištění. Následující graf č. 2 znázorňuje přírůstky a úbytky pacientů podle jednotlivých skupin pacientů, který ukazuje, že pacientů cizinců a pacientů na vlastní náklady přibývá, pacientů na náklad zdravotního pojištění ubývá.

Graf č. 2: Přírůstky počtu přijatých v lázeňských zařízeních v letech 1994-2013



Zdroj: vlastní výpočty a zpracování

5.3. Vývoj lůžkové kapacity v lázeňských zařízeních v krajích České republiky

Následující tabulka č. 4 představuje lůžkovou kapacitu v lázeňských zařízeních v jednotlivých krajích České republiky v letech 2000-2013. Časová řada má počátek v roce 2000, z důvodu změny klasifikace krajů od tohoto roku.

Tabulka č. 4: Lůžková kapacita v lázeňských zařízeních v krajích v letech 2000-2013

Kraj/Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Jihočeský	1 014	1 043	1 093	1 471	1 422	1 411	1 451
Karlovarský	9 444	9 520	9 674	11 387	11 375	11 454	11 930
Ústecký	1 302	1 292	1 320	1 093	1 342	1 396	1 379
Královehradecký	1 597	1 595	1 510	1 111	1 526	1 443	1 534
Olomoucký	2 437	2 594	2 676	2 477	2 599	2 551	2 576
Zlínský	1 952	1 975	2 180	2 088	2 288	2 264	2 242
Moravskoslezský	1 813	1 820	1 831	1 906	1 876	1 910	1 864
Kraj/Rok	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Jihočeský	1 451	1 469	1 488	1 488	1 488	1 588	1 471
Karlovarský	11 872	11 872	13 090	13 010	13 229	12 456	12 360
Ústecký	1 386	1 377	1 083	1 091	1 213	1 093	1 093
Královehradecký	1 511	1 487	1 480	1 480	1 488	1 488	1 111
Olomoucký	2 505	2 247	2 433	2 326	2 332	2 092	2 255
Zlínský	2 242	2 298	2 167	2 134	2 235	2 240	2 088
Moravskoslezský	1 864	1 815	1 851	1 851	1 859	1 863	1 743

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní zpracování

Z tabulky vyplývá, že největší počet lůžek pro lázeňskou léčbu se nachází v Karlovarském kraji, průměrně je k dispozici 11 620 lůžek každý rok. Další kraje s nejvyššími počty lůžek jsou kraje Olomoucký a Moravskoslezský, které disponují průměrně 2 436, respektive 1 848 lůžky každý rok. Kraje Zlínský, Ústecký, Jihočeský a Královehradecký disponují v průměru více než 1 000 lázeňskými lůžky ročně. Ostatní kraje České republiky nabízejí méně než 1 000 lůžek ročně.

Tabulka č. 5 představuje výpočty popisných charakteristik týkajících se lůžkové kapacity v Karlovarském kraji v letech 2000-2013. Jak je již uvedeno výše, průměrně lázeňská zařízení v Karlovarském kraji disponují 11 620 lůžky každý rok. Od roku 2000 se počet lůžek zvýšil o 30%. K největšímu absolutnímu přírůstku kapacity došlo v roce 2003, kdy bylo vytvořeno o 1 713 lůžek více než v roce 2002. Tento nárůst může být spojován s přípravou na vstup České republiky do Evropské Unie a s očekávaným nárůstem klientů

ze zahraničí. Průměrně se počet lůžek pro lázeňskou léčbu v tomto kraji ročně zvyšuje o 224 lůžek.

Tabulka č. 5: Výpočty popisných charakteristik lůžkové kapacity v Karlovarském kraji

Rok	Počet lůžek v Karlovarském kraji	První absolutní diference	První relativní diference	Druhá absolutní diference	Bazický index	Řetězový index	Koeficient růstu (%)
2000	9 444	-	-	-	1	-	-
2001	9 520	76	0,8047	-	1,0080	1,0080	100,8047
2002	9 674	154	1,6176	78	1,0244	1,0162	101,6176
2003	11 387	1 713	17,7073	1 559	1,2057	1,1771	117,7073
2004	11 375	-12	-0,1054	-1 725	1,2045	0,9989	99,8946
2005	11 454	79	0,6945	91	1,2128	1,0069	100,6945
2006	11 930	476	4,1558	397	1,2632	1,0416	104,1558
2007	11 872	-58	-0,4862	-534	1,2571	0,9951	99,5138
2008	11 872	0	0,0000	58	1,2571	1,0000	100,0000
2009	13 090	1 218	10,2594	1 218	1,3861	1,1026	110,2594
2010	13 010	-80	-0,6112	-1 298	1,3776	0,9939	99,3888
2011	13 229	219	1,6833	299	1,4008	1,0168	101,6833
2012	12 456	-773	-5,8432	-992	1,3189	0,9416	94,1568
2013	12 360	-96	-0,7707	677	1,3088	0,9923	99,2293
				224,31	Průměrný absolutní přírůstek		
				1,0209	Průměrný koeficient růstu		

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní výpočty

Příloha č. 6 ukazuje výpočty popisných charakteristik, které souvisí s počtem lůžek v Olomouckém kraji v letech 2000-2013. Průměrně je v Olomouckém kraji k dispozici ročně 2 436 lůžek. Od roku 2000 klesl počet dostupných lůžek na 92% původní kapacity, průměrně každý rok v Olomouckém kraji ubude 14 lůžek, určených pro lázeňskou léčbu. K nejvýraznějšímu úbytku lůžek došlo v roce 2008, kdy zaniklo 258 z 2 505 dostupných lůžek. Tento pokles je způsoben nástupem ekonomické krize a sníženým zájmem o lázeňská zařízení.

V příloze č. 7 jsou uvedeny výpočty popisných charakteristik, které mají spojitost s počtem lázeňských lůžek v Moravskoslezském kraji v letech 2000-2013. V Moravskoslezském kraji je ročně k dispozici průměrně 1 848 lůžek, určených k lázeňské léčbě. Každý rok v tomto kraji zmizí průměrně 5 lázeňských lůžek. V roce 2013 bylo k dispozici o 4% méně lůžek, než v roce 2000. K největšímu poklesu kapacity došlo právě v roce 2013, kdy se počet lůžek snížil o 120 vůči roku 2012. K největšímu nárůstu lůžek došlo v roce 2003, který opět souvisí se vstupem České republiky do Evropské Unie a očekávaným nárůstem zahraničních klientů. V tomto roce se počet lázeňských lůžek zvýšil o 75, což představovalo nárůst o 4%.

5.4. Vývoj počtu přijatých pacientů v lázeňských zařízeních podle indikačních skupin

Následující analýza se věnuje vývoji počtu přijatých pacientů v lázeňských zařízeních podle indikačních skupin v letech 1994-2013, které určuje indikační seznam pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči, který je součástí přílohy č. 1.

Z tabulky č. 6 je zřejmé, že počty pacientů přijatých do léčebných zařízení dle jednotlivých indikačních skupin, léčených na náklady zdravotního pojištění, se od roku 1994 snižuje v devíti z jedenácti indikačních skupin. Od roku 1994 se zvýšil počet pacientů přijatých s indikací I (onkologické nemoci) a s indikací VI (nervové nemoci). V případě první indikační skupiny se počet pacientů zvýšil na dvojnásobek. Průměrně bylo každý rok přijato o 73 více, než v roce předešlém. U šesté indikační skupiny se zdá, že nárůst pacientů nebyl tak významný, ale počty pacientů v této skupině každoročně stoupaly, v roce 2003 na 18 144, v roce 2010 dokonce na 19 452 přijatých pacientů, od roku 2011 počty pacientů klesají, mezi roky 2012 a 2013 klesl počet přijatých pacientů o 3 797 osob. Díky počátečnímu nárůstu pacientů je průměrný roční přírůstek 59 pacientů, i když od roku 1994 vzrostl počet pacientů pouze o 10%.

Tabulka č. 6: Vývoj počtu přijatých pacientů v lázeňských zařízeních podle indikačních skupin na náklad zdravotního pojištění

Rok/Indikace	I	II	III	IV
1994	1 385	18 595	10 073	6 109
2013	2 780	7 322	942	598
bazický index	2,007	0,394	0,094	0,098
Ø absolutní přírůstek	73	-593	-481	-290
Ø koeficient růstu	1,037	0,952	0,882	0,884
Rok/Indikace	V	VI	VII	VIII
1994	11 478	10 299	62 942	2 969
2013	4 645	11 417	33 114	351
bazický index	0,405	1,109	0,526	0,118
Ø absolutní přírůstek	-360	59	-1 570	-138
Ø koeficient růstu	0,953	1,005	0,966	0,893
Rok/Indikace	IX	X	XI	
1994	1 843	1 203	8 421	
2013	1 416	653	578	
bazický index	0,768	0,543	0,069	
Ø absolutní přírůstek	-22	-29	-413	
Ø koeficient růstu	0,986	0,968	0,868	

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní výpočet

V ostatních indikačních skupinách dochází k poklesu léčených pacientů. K největšímu úbytku pacientů došlo v sedmé indikační skupině (nemoci pohybového ústrojí), kde průměrně každý rok ubývá 1 570 pacientů. Počet přijatých pacientů klesl z 62 942 na 33 114 pacientů ročně, to představuje pokles přibližně 50%. K dalšímu významnému úbytku pacientů, jejichž léčba je hrazena ze zdravotního pojištění, došlo v jedenácté indikační skupině (gynekologická onemocnění), kde počet pacientů klesl o více než 90%, v roce 1994 to bylo 8 421 pacientů, v roce 2013 pouze 578. Průměrně v této skupině přijmou lázeňská zařízení každý rok o 413 pacientů méně, než v roce předcházejícím. Ke stejně významným poklesům, o více než 90%, došlo ještě ve třetí (nemoci trávicího ústrojí) a čtvrté (nemoci z poruch výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí) indikační skupině. V těchto skupinách je léčeno každoročně o 481, respektive o 290 pacientů méně, než v roce předcházejícím. Z těchto dat vyplývá, že v těchto indikačních skupinách dochází v průměru k nejrychlejšímu poklesu počtu přijatých pacientů (výpočet průměrného koeficientu růstu). V příloze č. 8 jsou uvedena všechna data, která byla použita při výpočtech popisných charakteristik vývoje počtu přijatých pacientů podle indikačních skupin, jejichž léčba je hrazena ze zdravotního pojištění.

Při pohledu na tabulku č. 7, která zobrazuje vývoj počtu přijatých pacientů v lázeňských zařízeních podle indikačních skupin, kteří přijíždějí ze zahraničí, je rozpoznatelný naprosto opačný vývoj, než u pacientů, jejichž léčba je hrazena ze zdravotního pojištění. Nejvíce pacientů ze zahraničí navštěvuje česká lázeňská zařízení s onemocněními, která spadají do třetí (nemoci trávicího ústrojí) a sedmé (nemoci pohybového ústrojí) indikační skupiny. Tento stav trvá již od roku 1994, a počet pacientů se stále zvyšuje.

K nárůstu přijatých pacientů došlo prakticky ve všech indikačních skupinách, kromě skupiny I, V a IX. V indikační skupině I (onkologické nemoci) se počet pacientů cizinců v českých lázeňských zařízeních snížil o 69%, ročně je v průměru přijímáno o 74 pacientů méně. Pacientů spadajících do indikační skupiny V (nemoci dýchacího ústrojí) mezi roky 1994-2013 ubylo o 48%. Každý rok lázeňská zařízení přijímají v průměru o 31 pacientů z ciziny méně, než v roce předcházejícím. V roce 1994 bylo v lázeňských zařízeních přijato 71 pacientů s onemocněními spadajícími do indikační skupiny IX (duševní poruchy). V roce 2013 to bylo pouhých 5 pacientů. Tato čísla znamenají pokles o 93%, každoročně je přijímáno v průměru o 3 pacienty méně.

V dalších indikačních skupinách docházelo k nárůstům pacientů. K největšímu procentnímu nárůstu pacientů z ciziny došlo v indikační skupině VIII (nemoci močového ústrojí), kdy se počet pacientů zvýšil téměř na padesátinásobek počtu pacientů v roce 1994. V roce 2013 bylo přijato 15 338 pacientů. Každoročně se počet pacientů osmé indikační skupiny průměrně zvyšuje o 791 pacientů. K dalšímu významnému nárůstu pacientů ze zahraničí nastal v sedmé (nemoci pohybového ústrojí) indikační skupině. Počet pacientů se zvýšil téměř na pětinašobek, z 18 647 pacientů v roce 1994 na 89 429 pacientů v roce 2013. V průměru přijmou česká lázeňská zařízení každoročně o 3 725 pacientů více. V příloze č. 9 jsou uvedena všechna data, která byla použita při výpočtech popisných charakteristik vývoje počtu přijatých pacientů (cizinců) podle indikačních skupin.

Tabulka č. 7: Vývoj počtu přijatých pacientů (cizinců) v lázeňských zařízeních podle indikačních skupin

Rok/Indikace	I	II	III	IV
1994	2 048	6 005	7 465	1 736
2013	646	10 334	29 225	17 500
bazický index	0,315	1,721	3,915	10,081
∅ absolutní přírůstek	-74	228	1 145	830
∅ koeficient růstu	0,941	1,028	1,074	1,129
Rok/Indikace	V	VI	VII	VIII
1994	1 216	197	18 647	318
2013	632	519	89 429	5 338
bazický index	0,520	2,635	4,796	16,786
∅ absolutní přírůstek	-31	17	3 725	264
∅ koeficient růstu	0,966	1,052	1,086	1,160
Rok/Indikace	IX	X	XI	
1994	71	4	17	
2013	5	14	643	
bazický index	0,070	3,500	37,824	
∅ absolutní přírůstek	-3	1	33	
∅ koeficient růstu	0,869	1,068	1,210	

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní výpočet

Následující tabulka č. 8 ukazuje vývoj počtu přijatých pacientů v lázeňských zařízeních podle indikačních skupin, kteří si léčbu hradí ze svých nákladů.

Z tabulky vyplývá, že ve většině indikačních skupin dochází k nárůstu přijatých pacientů. Nejvíce pacientů přibylo v indikačních skupinách II (nemoci oběhového ústrojí), III (nemoci trávicího ústrojí) a VII (nemoci pohybového ústrojí). Průměrně lázeňská zařízení přijímají o 1 368, 1 145 respektive 4 248 pacientů více, než v roce předešlém. K největšímu procentnímu nárůstu počtu pacientů dle jednotlivých indikačních skupin nastal v jedenácté skupině (gynekologická onemocnění). Od roku 1994 se počet pacientů v této skupině každoročně zvyšuje průměrně o 108 pacientů ročně. To znamená téměř sedmdesátinásobek původního počtu přijatých pacientů. V případě deváté (duševní poruchy) indikační skupiny nelze výsledky považovat za vypovídající hodnoty, protože od roku 2003 nejsou k dispozici informace o počtech přijatých pacientů s onemocněními, která spadají do této indikační skupiny. V příloze č. 10 jsou uvedena všechna data, která byla použita při výpočtech popisných charakteristik vývoje počtu přijatých pacientů podle indikačních skupin, kteří si svou léčbu hradí ze svých nákladů.

Tabulka č. 8: Vývoj počtu přijatých pacientů v lázeňských zařízeních na vlastní náklady podle indikačních skupin

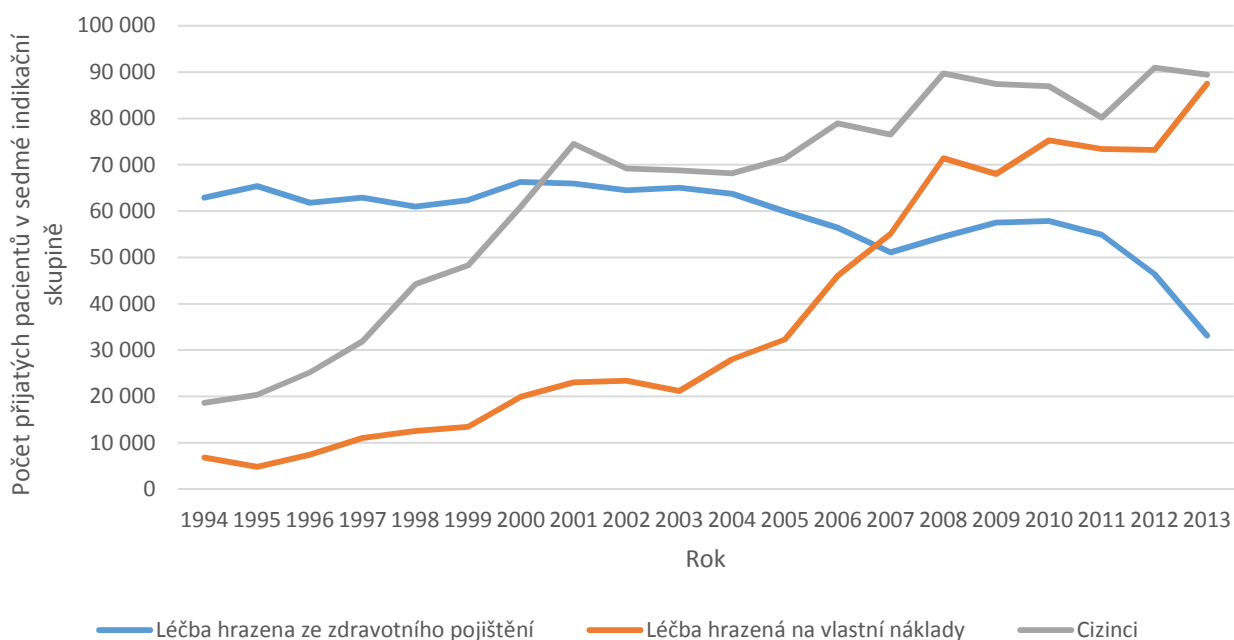
Rok/Indikace	I	II	III	IV
1994	178	1 690	1 178	1 070
2013	105	27 680	833	135
bazický index	0,590	16,379	0,707	0,126
Ø absolutní přírůstek	-4	1 368	-18	-49
Ø koeficient růstu	0,972	1,158	0,982	0,897
Rok/Indikace	V	VI	VII	VIII
1994	2 316	227	6 809	102
2013	17 875	2 542	87 519	487
bazický index	7,718	11,198	12,853	4,775
Ø absolutní přírůstek	819	122	4 248	20
Ø koeficient růstu	1,113	1,135	1,143	1,086
Rok/Indikace	IX	X	XI	
1994	214	1	30	
2013	0	8	2 086	
bazický index	0,000	8,000	69,533	
Ø absolutní přírůstek	-11	0,368	108	
Ø koeficient růstu	-	1,116	1,250	

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní výpočet

Všeobecně je v českých lázeňských zařízeních léčeno nejvíce pacientů, kteří jsou přijímáni s onemocněními spadajícími do sedmé indikační skupiny, nemoci pohybového ústrojí.

Následující graf č. 3 znázorňuje vývoj přijímaných pacientů podle jednotlivých skupin statistických sledování, tedy skupiny pacientů, jejichž léčbu hradí zdravotní pojištění, pacientů, kteří si hradí léčbu ze svých nákladů a pacientů, kteří přijíždí ze zahraničí. Z grafu vyplývá, že dlouhodobě roste počet pacientů, kteří si svou léčbu hradí ze svých nákladů, stejně tak počet cizinců, kteří se léčí v českých lázeňských zařízeních. Naopak počet pacientů, jejichž léčba je hrazena ze zdravotního pojištění, dlouhodobě klesá.

Graf č. 3: Vývoj počtu přijatých pacientů v sedmé indikační skupině v letech 1994-2013



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní zpracování

5.5. Léčebné výkony prováděné v lázeňských zařízeních v letech 1994-2013

Lázeňská péče v sobě zahrnuje celou řadu léčebných výkonů, patří mezi ně koupele, rehabilitace, inhalace, elektro-fyzikální výkony a mnoho dalších. Mezi ty nejvíce využívané patří rehabilitace, vodoléčby a masáže, peloidní výkony nebo minerální a termální koupele.

Tabulka č. 9: Léčebné výkony v letech 1994, 2004 a 2013 v lázeňských zařízeních

Rok	Počet léčebných výkonů provedených v lázeňských zařízeních									
	Minerální a termální koupele	Peloidní výkony	Ostatní výkony s použitím PLZ	Vodoléčby a masáže	Rehabilitace	Elektro-fyzikální výkony	Inhalace	Umělé koupele	Jiné výkony	Celkem
1994	1 599 795	530 637	1 421 947	2 332 867	3 430 092	2 028 318	1 930 263	598 895	1 369 173	15 241 987
2004	2 168 141	1 025 236	1 928 392	3 515 210	4 111 044	2 429 609	1 446 377	958 359	2 569 655	20 152 023
2013	1 715 206	768 379	1 454 155	2 612 002	2 263 007	1 866 280	1 042 300	419 994	2 131 765	14 273 088

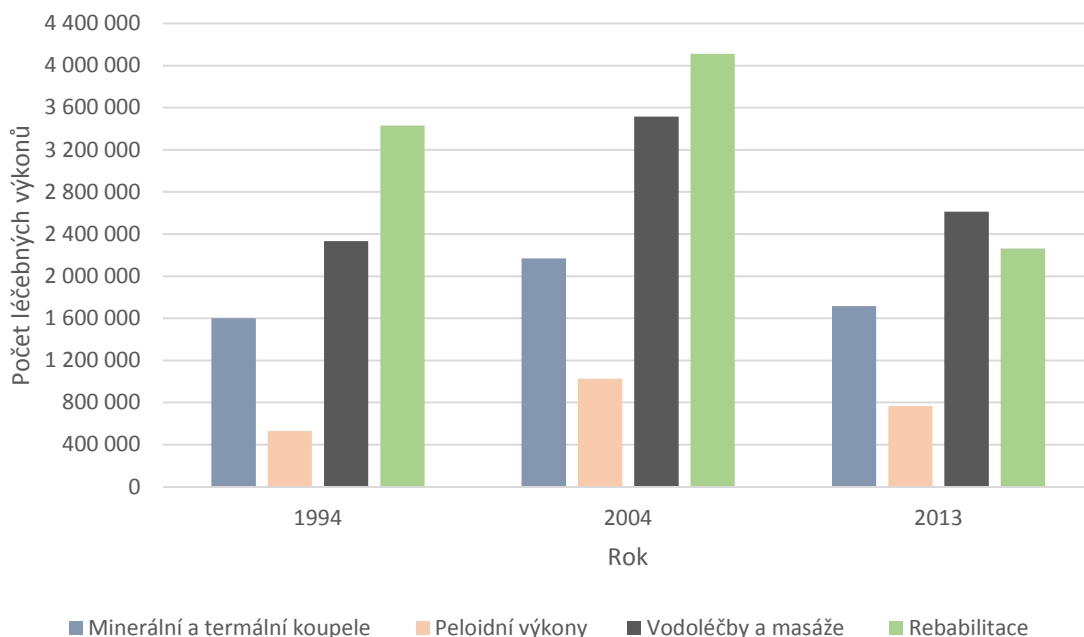
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní zpracování

Výše uvedená tabulka č. 9 představuje všechny používané léčebné výkony v letech 1994, 2004 a 2013. V roce 1994 bylo v lázeňských zařízeních provedeno přes 15 milionů výkonů, v roce 2004 bylo realizováno o téměř 5 milionů výkonů více. Tento nárůst samozřejmě souvisí s nárůstem počtu pacientů v lázních. V roce 2004 bylo přijato 294 tisíc pacientů, v roce 1994 to bylo o 107 tisíc pacientů méně. V roce 2013 bylo provedeno pouhých 14 milionů výkonů, i když v lázeňských zařízeních bylo přijato 367 tisíc pacientů, o 73 tisíc více než v roce 2004. Pokles provedených léčebných výkonů souvisí se zkrácením délky léčebného pobytu z 28 na 21 dní.

Nejvyužívanějším léčebným výkonem je rehabilitace, která slouží jako léčba nemocí pohybového ústrojí. S nemocemi indikační skupiny VII (onemocnění pohybového ústrojí) se dlouhodobě v lázeňských zařízeních léčí nejvíce pacientů. Rehabilitace tvoří přes 20% všech léčebných výkonů, v roce 2013 pouze 15,8%. Dalším hojně využívaným léčebným prostředkem jsou vodoléčby a masáže, které tvoří průměrně 16% z celkového počtu provedených léčebných výkonů.

Graf č. 4 ukazuje vývoj čtyř vybraných druhů léčebných výkonů v jednotlivých letech. Z grafu vyplývá, že všechny skupiny výkonů vzrostly v roce 2004, ale v roce 2013 opět poklesly díky, již zmíněné změně délky lázeňských pobytů.

Graf č. 4: Léčebné výkony v letech 1994, 2004 a 2013



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní zpracování

5.6. Odhad budoucího vývoje vybraných ukazatelů

V následující kapitole budou provedeny odhady budoucího vývoje u vybraných ukazatelů. Jedná se o počty dostupných lůžek v lázeňských zařízeních, počty přijatých pacientů samoplátců a počty přijatých pacientů cizinců v lázeňských zařízeních v České republice. Bodové a intervalové odhady budou u všech vybraných ukazatelů provedeny pro rok 2014 a 2015. Odhady vypočtené pro rok 2014 jsou provedeny z důvodu nedostupnosti dat v době zpracování diplomové práce.

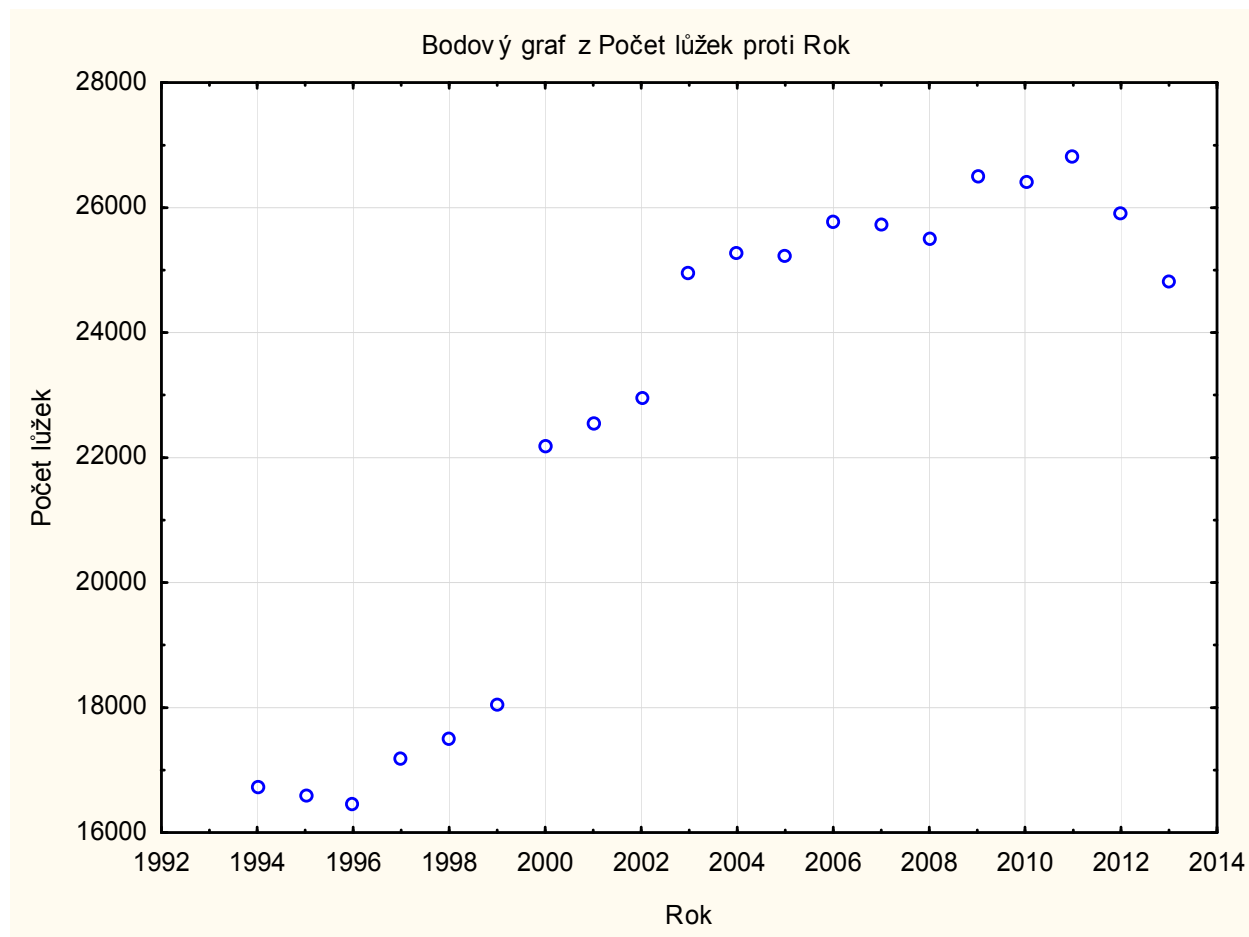
5.6.1. Odhad budoucího vývoje počtu lůžek

Pro odhad budoucího vývoje počtu lůžek je zapotřebí nejdříve odhadnout trend časové řady a vypočítat parametry dané trendové funkce. Byl proveden výpočet parametrů pro lineární funkci.

Index korelace: $I_1 = 0,9038$

Na základě výpočtu indexu korelace, jehož hodnota je blízká jedné, byla vybrána lineární funkce. Lze říci, že tento trend je vhodný pro modelování časové řady, analyzující počet lůžek v lázeňských zařízeních v České republice. Trend časové řady vystihuje graf č. 5.

Graf č. 5: Odhad trendu časové řady



Zdroj: STATISTICA 12

Pro výpočet parametrů trendové funkce je nutné provést výpočet lineární regrese. Výpočet byl proveden pomocí statistického softwaru. Výsledky výpočtu ukazuje tabulka č. 10.

Tabulka č. 10: Výsledky výpočtu lineární regrese

N=20	Výsledky regrese se závislou proměnnou počet lůžek					
	R= ,90384679 R2= ,81693902 Upravené R2= ,80676896					
	b*	Sm.chyba z b*	B	Sm.chyba z b	t(18)	p-hodn.
Abs.člen			16322,79	806,4572	20,24013	0,000000
t	0,903847	0,100847	603,38	67,3217	8,96258	0,000000

Zdroj: výpočet softwaru STATISTICA 12

Sloupec B udává odhadnuté parametry lineární trendové funkce, $a=16322,79$ a $b=603,38$. Výsledný tvar trendové funkce je tedy $y_i' = 16322,79 + 603,38 * t$. Umožňuje vytvořit bodový a intervalový odhad budoucího počtu lůžek v lázeňských zařízeních v České republice na následující dva roky, tedy roky 2014 a 2015.

Nezmění-li se podmínky dané časové řady, můžeme očekávat, že bude v roce 2014 v České republice dostupných 28 992 lůžek v lázeňských zařízeních, v roce 2015 to bude 29 597 lůžek, vhodných pro lázeňskou léčbu. V roce 2014 se počet lůžek bude pohybovat v intervalu (27 299; 30 688) a v roce 2015 by se měl počet lůžek v lázeňských zařízeních nacházet v intervalu (27 777; 31 416). Dosažené výsledky pro rok 2014 znázorňuje tabulka č. 10, výsledky pro rok 2015 jsou umístěny v tabulce č. 11.

Tabulka č. 11: Hodnoty předpovědi pro rok 2014

Rok	Bodový odhad	Intervalový odhad ($\alpha=0,005$)
2014	28 993	(27 299; 30 688)
2015	29 597	(27 777; 31 416)

Zdroj: STATISTICA 12, vlastní zpracování

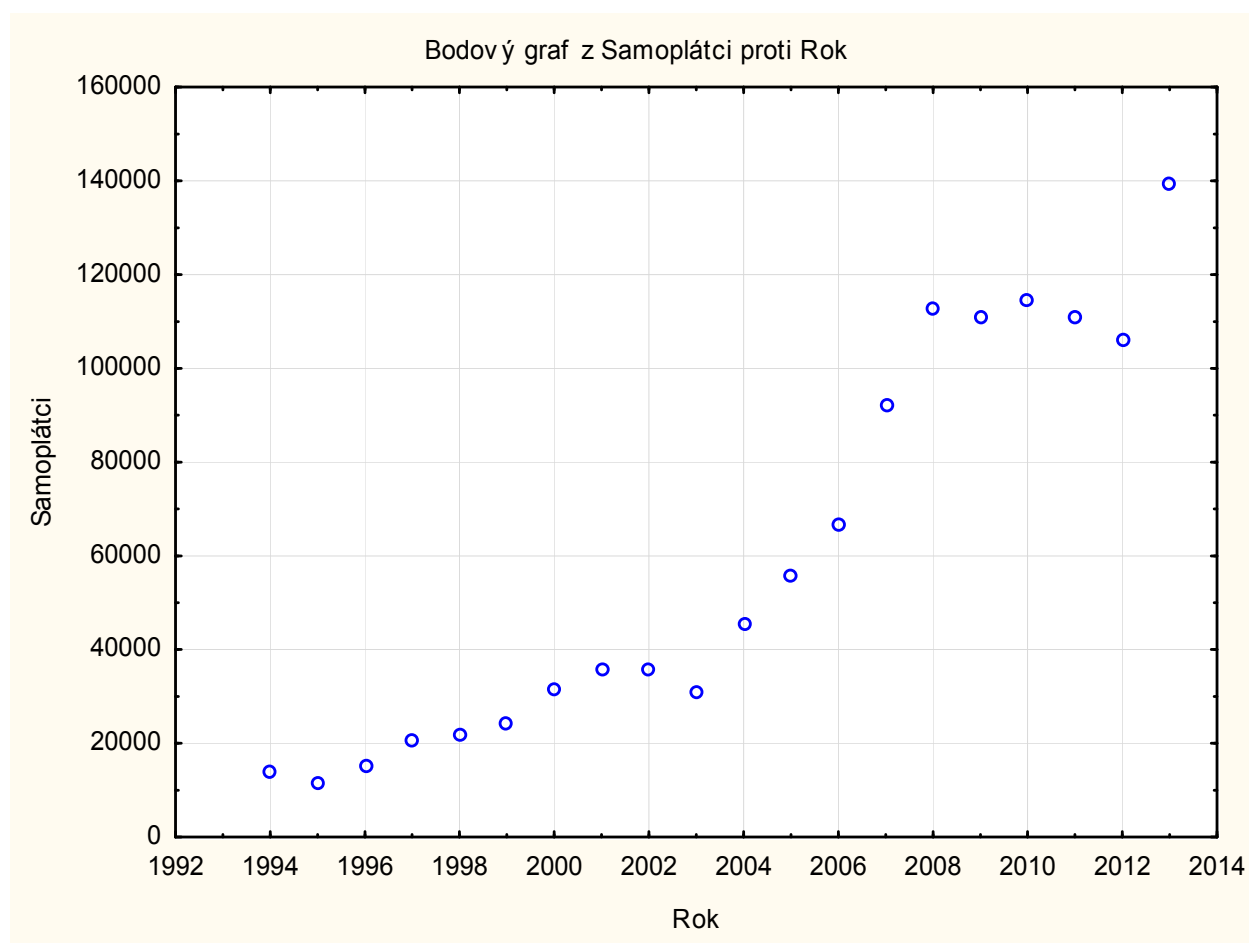
5.6.2. Odhad budoucího počtu pacientů samoplátců

Pro odhad budoucího vývoje počtu přijatých samoplátců v lázeňských zařízeních byl proveden výpočet parametrů pro lineární funkci.

Index korelace: $I_1 = 95,07\%$

Díky výpočtu indexu korelace, jehož hodnota je blízká jedné, můžeme konstatovat, že lineární funkce je vhodná pro modelování této časové řady. Trend časové řady vystihuje graf č. 6.

Graf č. 6: Odhad trendu časové řady



Zdroj: STATISTICA 12

Pro výpočet parametrů trendové funkce je vhodný výpočet lineární regrese. Výpočet byl proveden pomocí statistického softwaru. Výsledky tohoto výpočtu ukazuje tabulka č. 12.

Tabulka č. 12: Výsledky výpočtu lineární regrese

N=20	Výsledky regrese se závislou proměnnou pacienti samoplátcí R= ,95072147 R2= ,90387132 Upravené R2= ,89853083					
	b*	Sm.chyba z b*	B	Sm.chyba z b	t(18)	p-hodn.
Abs.člen			-11968,3	6292,876	-1,90188	0,073314
T	0,950721	0,073079	6834,2	525,319	13,00957	0,000000

Zdroj: výpočet softwaru STATISTICA 12

Sloupec B zobrazuje odhadnuté parametry lineární trendové funkce, $\alpha = -11968,3$ a $b = 6834,2$. Výsledný tvar trendové funkce je tedy $y_i' = -11968,3 + 6834,2 * t$. Umožňuje vytvořit bodový a intervalový odhad budoucího počtu přijatých pacientů samoplátců do lázeňských zařízení v České republice na následující dva roky, tedy roky 2014 a 2015.

Nezmění-li se podmínky dané časové řady, můžeme očekávat, že v roce 2014 se bude v českých lázeňských zařízeních léčit 131 549 pacientů, kteří si svou léčbu hradí ze svých nákladů, v roce 2015 by to mělo být 138 383 pacientů. V roce 2014 se počet přijatých pacientů samoplátců bude pohybovat v intervalu (118 328; 144 770) a v roce 2015 by se měl počet pacientů samoplátců v lázeňských zařízeních nacházet v intervalu (124 185; 152 581). Tabulka č. 13 ukazuje hodnoty odhadu pro rok 2014 a 2015.

Tabulka č. 13: Hodnoty předpovědi pro rok 2014

Rok	Bodový odhad	Intervalový odhad ($\alpha=0,005$)
2014	131 549	(118 328; 144 770)
2015	138 383	(124 185; 152 581)

Zdroj: STATISTICA 12, vlastní zpracování

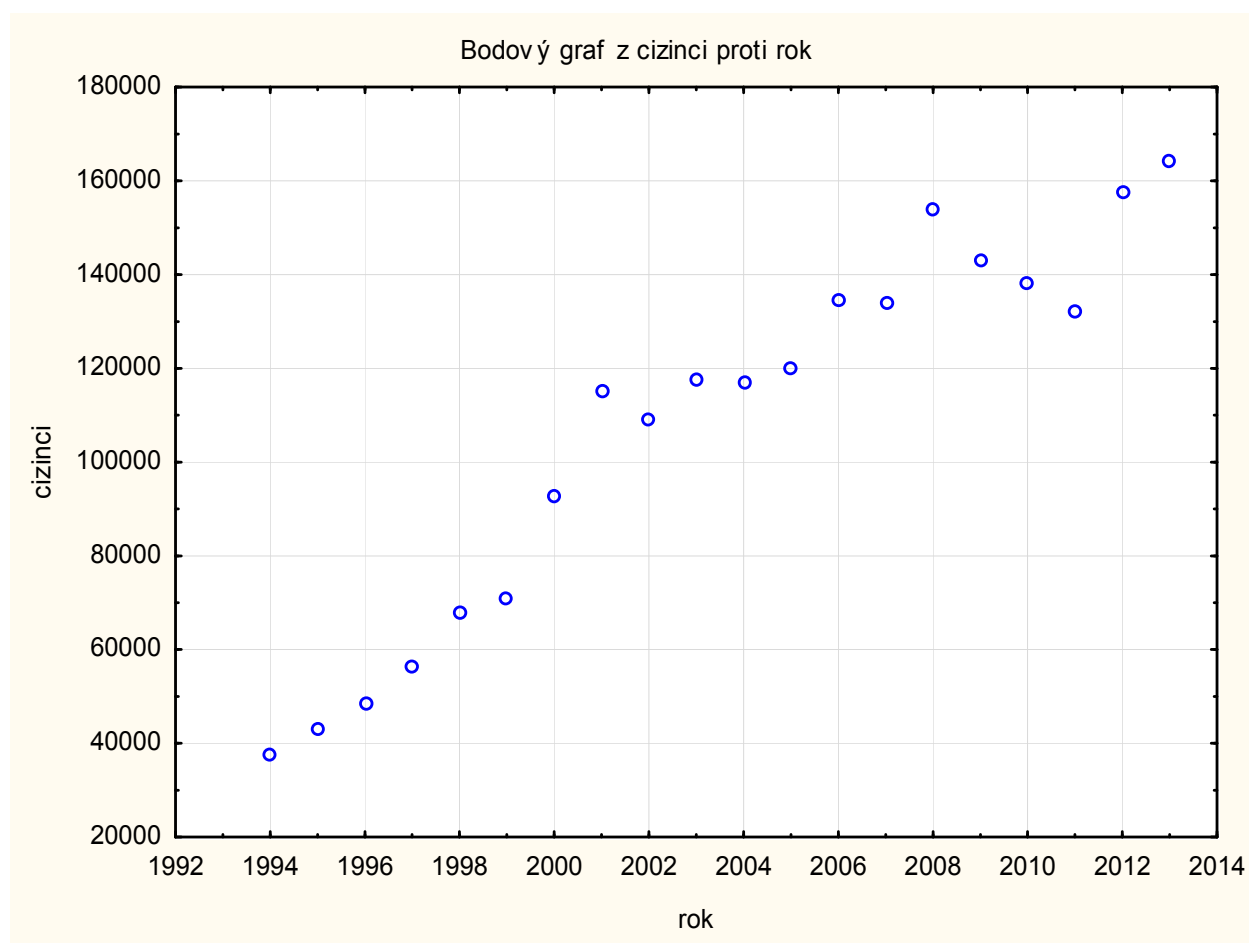
5.6.3. Odhad budoucího počtu pacientů cizinců

Pro odhad budoucího vývoje počtu přijatých pacientů cizinců v lázeňských zařízeních v České republice byl proveden výpočet parametrů pro lineární funkci.

Index korelace: $I_1 = 0,9574$

Lineární funkce byla vybrána po výpočtu indexu korelace. Díky výsledku indexu korelace, který je blízký hodnotě 1, je zřejmé, že lineární trend je vhodný pro modelování této časové řady. Trend časové řady vystihuje graf č. 7.

Graf č. 7: Odhad trendu časové řady



Zdroj: STATISTICA 12

Pro výpočet parametrů trendové funkce je vhodný výpočet lineární regrese. Výpočet byl proveden pomocí statistického softwaru. Výsledky tohoto výpočtu ukazuje tabulka č. 14.

Tabulka č. 14: Výsledky výpočtu lineární regrese

N=20	Výsledky regrese se závislou proměnnou pacienti cizinci R= ,95740175 R2= ,91661812 Upravené R2= ,91198579					
	b*	Sm.chyba z b*	B	Sm.chyba z b	t(18)	p-hodn.
Abs.člen			39410,06	5539,829	7,11395	0,000001
t	0,957402	0,068061	6505,27	462,456	14,06678	0,000000

Zdroj: výpočet softwaru STATISTICA 12

Sloupec B zobrazuje odhadnuté parametry lineární trendové funkce, $\alpha = 39410,06$ a $b = 6505,27$. Výsledný tvar trendové funkce je tedy $y_i' = 39410,06 + 6505,27 * t$. Tento tvar nám umožní výpočet bodového a intervalového odhadu budoucího počtu přijatých pacientů cizinců do lázeňských zařízení v České republice na následující dva roky, tedy roky 2014 a 2015.

Nenastanou-li změny podmínek této časové řady, můžeme čekat, že v roce 2014 se bude v českých lázeňských zařízeních léčit 176 020 pacientů, kteří přijíždějí ze zahraničí, v roce 2015 by to mělo být 182 525 pacientů. V roce 2014 se počet přijatých pacientů cizinců bude nacházet v intervalu (164 381; 187 659) a v roce 2015 by měl počet pacientů cizinců být v intervalu (170 026; 195 025). Tabulka č. 15 znázorňuje hodnoty odhadu pro rok 2014 a 2015.

Tabulka č. 15: Hodnoty předpovědi pro rok 2014 a 2015

Rok	Bodový odhad	Intervalový odhad ($\alpha=0,005$)
2014	176 020	(164 381; 187 659)
2015	182 525	(170 026; 195 025)

Zdroj: STATISTICA 12, vlastní zpracování

5.7. Perspektivy lázeňského cestovního ruchu

Lázeňství je velmi perspektivní a rozvíjející se odvětví. Dlouhodobě pozorujeme růst lůžkových kapacit, zahraničních i tuzemských klientů v lázeňských zařízeních. Díky velkému množství termálních a minerálních pramenů, léčivých vod má Česká republika jedinečné klimatické podmínky pro poskytování široké nabídky lázeňské péče. Jedinečná výhoda se skrývá také ve velké koncentraci lázeňských zařízení na celkem malém území státu. Předpoklady lázeňských míst, dané přírodními podmínkami, tradicí, kvalitou poskytovaných služeb a zdravotnického personálu, jsou faktory, které umožňují další rozvoj lázeňské péče v budoucnosti.

Podle informací získaných z Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky ale počty pacientů v posledních letech klesají, od roku 2008 to bylo o 6% méně osob. Celkový počet pacientů ve zdravotnických zařízeních lázeňské péče se snížil ze 383 414 pacientů všech kategorií v roce 2008 na 360 537 pacientů v roce 2012.

Situace v českém lázeňství by se mohla razantně změnit v důsledku podpisu Memoranda o lázeňství a novelizaci legislativy (zákon č. 1/2015 Sb., vyhláška 2/2015 Sb.), k čemuž došlo v roce 2014. Jednou ze zásadních změn, kterou přináší tato nová legislativa je narovnání délky pobytů. Kroky, které byly provedeny v minulosti, redukovaly množství pacientů, kteří dosáhli na lázeňskou léčebně rehabilitační péči. Vyhláška z roku 2012 sjednotila délku pobytu na 21 dní s možností prodloužení. V praxi se ale ukázalo, že pacienti možnost prodloužení nevyužívají a mnohdy byly z lázeňských zařízení propouštěny bez dostatečného zlepšení zdravotního stavu. Vyhláška 2/2015 Sb. tedy u vybraných indikací stanovila délku pobytu u komplexní lázeňské péče opět na 28 dní. Jedná se zejména o léčení vážných nemocí oběhového, dýchacího a pohybového ústrojí, duševních poruch, kožních nebo gynekologických nemocí.

Podle ministerstva zdravotnictví změny legislativy přinesly meziročně (v porovnání s rokem 2013) nárůst počtu tuzemských klientů o 9%, na celkových 200 tisíc pacientů. Dalším efektem je delší setrvání klientů, které lze průměrně považovat za 10% nárůst. Tento nárůst je ovšem možné přičíst výraznému zvýšení skupiny pacientů, kteří byli zařazeni do komplexní lázeňské péče. Meziročně došlo k nárůstu pacientů s tímto druhem péče o 41%. Data získaná od poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče za leden a částečně únor roku 2015 ještě plně neodráží efekt novelizace právních předpisů týkajících

se tzv. indikačního seznamu, ale již nyní lze konstatovat dramatický nárůst pacientů komplexní lázeňské péče, meziročně o 64%. [18]

Pro zachování pozitivního růstu a rozvoje lázeňství a lázeňské péče v České republice bych doporučila zaměřit se především na:

- Snahu lázeňských zařízení zlepšovat a rozšiřovat nabízené služby, nejen ty týkající se lázeňské péče, ale také služby ubytovací a stravovací, s ohledem na stále se zvyšující počet zahraničních klientů a také hradících tuzemských klientů,
- výstavba a rekonstrukce dopravní a technické infrastruktury v lázeňských městech a jejich okolí,
- zavedení ambulantní rehabilitační péče s použitím přírodního léčivého zdroje,
- zaměření se na stárnoucí populaci lékařů, zařazení balneologie a organizace lázeňství do výukových programů,
- vzdělávání zaměstnanců v oblasti rehabilitačních a léčebných procedur, zvyšování kvalifikace lázeňského personálu, možnost výuky cizích jazyků, vzhledem k rostoucí zahraniční klientele,
- propagace lázeňství v zahraničí, stejně tak zvýšení povědomí o lázeňské péči i mezi platícími klienti z tuzemska,
- cílená marketingová aktivita lázeňských zařízení, za účelem přilákat nové „platící“ klienty, protože v posledních letech dochází ke snižování počtu pacientů na náklad zdravotního pojištění, tím pádem se snižují platby od zdravotních pojišťoven,
- zvyšovat spolupráci mezi lázeňskými místy a poskytovateli lázeňských služeb, za účelem vytvoření společné nabídky kvalitnějších služeb, která by mohla přilákat více nových klientů,
- rozšiřování nabídky doplňkových služeb v lázeňských městech (např.: sportovní aktivity), sloužících také k propagaci daného místa,
- pracovat na udržení tradice a vysoké kvality lázeňských služeb a zdravotní péče poskytovaných v České republice,
- podpora ochrany životního prostředí a udržitelného rozvoje pro zachování příznivých klimatických podmínek vhodných pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči,
- zvyšovat povědomí obyvatelstva o významu péče o své zdraví, zdravého životního stylu, to by mohlo vést ke zvýšenému zájmu o lázeňskou péči.

6. Závěr

Lázeňský cestovní ruch je jednou z forem zdravotního cestovního ruchu. Lázeňství ve svém souhrnu zahrnuje charakteristiky cestovního ruchu, lze ho zařadit i do zdravotnictví. Českou republiku lze zařadit mezi destinace cestovního ruchu, díky hojnému výskytu léčivých zdrojů, dlouhé historii a tradici. V České republice se nachází lázeňská zařízení ve všech krajích kromě Prahy a kraje Vysočina. K 31. 12. 2013 bylo v České republice celkem 31 lázeňských zařízení, nejvíce v kraji Olomouckém, Královehradeckém a Karlovarském. V moderní historii lázeňská místa nenabízí pouze lázeňskou péči ale i množství kulturních či společenských akcí. Ve 20. a 30. letech 20. století prožívaly lázně největší rozmach, kdy sloužila i jako centra společenského života. Díky zvyšujícímu se zájmu zahraničních i domácích klientů se lázeňství opět dostává do popředí.

Cílem diplomové práce bylo zhodnotit jednotlivé ukazatele lázeňského cestovního ruchu České republiky a posoudit jejich vývoj v letech 1994 až 2013. Vývoj lůžkové kapacity v jednotlivých krajích České republiky byl posuzován v letech 2000-2013, vzhledem ke změně klasifikace krajů od roku 2000. Analýza časových řad byla použita pro popis vývoje lůžkové kapacity lázeňských zařízení, vývoje počtu přijatých pacientů z tuzemska i zahraničí. V další části analýzy byl zhodnocen počet pacientů dle jednotlivých indikačních skupin a počty provedených léčebných výkonů. Na závěr byla provedena predikce budoucího vývoje lůžkové kapacity a počtu hostů v lázeňských zařízeních. Práce byla uzavřena návrhy a doporučeními pro další rozvoj lázeňského cestovního ruchu v České republice.

Od roku 1994 do roku 2013 vzrostla lůžková kapacita českých lázeňských zařízení o 50%. V posledních letech ale nastává situace, kdy lůžek v lázeňských zařízeních ubývá, přibližně o 5% oproti roku 2011. Ke zvyšování kapacit docházelo jednoznačně díky zvyšujícímu se zájmu zahraniční klientely a pacientů samoplátců. Pouze v letech 1995 a 1996 byl počet lůžek nižší, než na počátku sledovaného období. Vůbec nejvíce lůžek bylo k dispozici v roce 2011, celkem 26 835 lůžek, oproti roku 1994 je to o 60% více dostupné kapacity. K nejvyššímu meziročnímu růstu došlo v roce 2000, tehdy se počet lůžek o 22,5%, o 4100 lůžek absolutně. Naopak největší pokles přišel v roce 2013, dostupných bylo o 1051 lůžek méně. Při odhadu budoucího vývoje bylo vypočteno, že v následujících letech by mělo docházet k nárůstu počtu lůžek. Výpočet bodového odhadu udává hodnotu 28 993 lůžek

pro rok 2014. Při výpočtu intervalového odhadu bylo zjištěno, že počet lůžek by se měl pohybovat v intervalu 27 299 až 30 688 lůžek. Odhad byl proveden i pro rok 2015. Bodový odhad udává hodnotu 29 597 lůžek. Intervalový odhad říká, že počet lůžek se bude pohybovat v rozmezí 27 777 a 31 416 lůžek. Největší počet lůžek se nachází v Karlovarském kraji, průměrně poskytuje 11 620 lůžek ročně. Na dalších místech jsou kraje Olomoucký a Moravskoslezský, ty poskytují v porovnání s Karlovarským krajem necelých 20% lůžkové kapacity, v kraji Olomouckém je to průměrně 2 436 lůžek, v kraji Moravskoslezském je to 1 848 lůžek každý rok. Statistika lůžkové kapacity v jednotlivých krajích byla provedena pouze od roku 2000, vzhledem ke změně klasifikace krajů.

Pacienti, kteří jsou přijímáni do lázeňských zařízení, je možné rozčlenit do několika skupin. Jsou to pacienti, jejichž léčba je hrazena ze zdravotního pojištění, další skupinou jsou tuzemští klienti lázeňských zařízení, kteří si svou léčbu hradí ze svých nákladů. Poslední skupinou jsou zahraniční klienti. Počty pacientů, jejichž léčba je hrazena ze zdravotního pojištění, se od roku 1994 snížily o více než 53%, ze 135 317 na 63 816 pacientů ročně. Nejvíce pacientů bylo přijato v letech 1995, 140 759 osob. Oproti tomu nejméně občanů se na náklady zdravotního pojištění léčilo v roce 2013. Každý rok se počet přijatých pacientů snižuje průměrně o 3 763 osob. V posledních dvou letech se tempo, kterým se počet pacientů snižuje, začíná zrychlovat. Z důvodů změn, které nastaly s platností Vyhlášky č. 267/2012 Sb. a Vyhlášky č. 2/2015 Sb., lze očekávat klesající tendence i v dalších letech. Tyto vyhlášky upravují délku léčebného pobytu, také redukuje nárok na lázeňskou péči v jednotlivých indikačních skupinách.

V další skupině pacientů, kteří si lázeňskou péči hradí ze svých nákladů lze pozorovat naprosto opačný trend vývoje. Od roku 1994 se počty těchto pacientů zvýšily desetinásobně. Každoročně se počty samoplátců zvyšují v průměru o 6 603 pacientů. V roce 2013 byl tento nárůst největší, bylo přijato o 33 195 pacientů více, než v roce předešlém. Dle výpočtu odhadu budoucího vývoje, lze očekávat, že v roce 2014 se počet pacientů samoplátců bude pohybovat v intervalu 118 328 až 144 770 osob. V roce 2015 potom v intervalu 124 185 až 152 581 pacientů.

Počet pacientů z ciziny se od roku 1994 zvýšil čtyřnásobně. V roce 1994 bylo do lázeňských zařízení přijato 37 724 pacientů z ciziny. V roce 2013 to bylo 164 285. Každoročně se počet pacientů cizinců zvyšuje o 6 661 pacientů. V roce 2000 se počet

cizinců v českých lázeňských zařízeních zvýšil o více než 30%, zároveň to bylo více než dvojnásobek osob, než v roce 1994. K největšímu absolutnímu nárůstu došlo ale v roce 2012, tehdy bylo přijato o 25 102 osob více, než v roce předešlém. Podle vypočtené predikce se v roce 2014 bude v českých lázeňských zařízeních léčit 176 020 pacientů cizinců, popřípadě se bude pohybovat v intervalu 164 381 až 187 659 pacientů. V roce 2015 by to mělo být 182 525 pacientů, v intervalu 170 026 až 195 025 pacientů.

Lze říci, že celkově se počet přijatých pacientů v lázeňských zařízeních za dané období zvýšil téměř na dvojnásobek. Každoročně se počet pacientů zvyšoval průměrně o 9 501 osob. Počet přijatých pacientů roste, mění se ale poměr jednotlivých předem definovaných skupin pacientů. Počet cizinců se od roku 1994 zvyšuje, stejně tak i počet samoplátců, snižuje se naopak počet pacientů, jejichž pobyt je hrazen ze zdravotního pojištění. Od roku 2009 pozorujeme mírný pokles přijatých pacientů, který do jisté míry souvisí s ekonomickou krizí.

Na celkový počet pacientů lze nahlížet i z pohledu jednotlivých indikačních skupin. Počty pacientů, léčených na náklady zdravotního pojištění, se od roku 1994 snižuje ve většině z jedenácti indikačních skupin. Od roku 1994 se zvýšil počet pacientů přijatých s indikací I (onkologické nemoci) a s indikací VI (nervové nemoci). V případě první indikační skupiny se počet pacientů zvýšil na dvojnásobek. U ostatních indikačních skupin dochází k poklesu léčených pacientů. K největšímu úbytku pacientů, přibližně 50%, došlo v sedmé indikační skupině (nemoci pohybového ústrojí), kde průměrně každý rok ubývá 1 570 pacientů. Nejvíce pacientů ze zahraničí se v českých lázeňských zařízeních léčí s onemocněními, která řadíme do třetí (nemoci trávicího ústrojí) a sedmé (nemoci pohybového ústrojí) indikační skupiny. Tento trend trvá již od roku 1994, a počet pacientů se stále roste. K nárůstu přijatých pacientů došlo prakticky ve všech indikačních skupinách. K nejvyššímu nárůstu pacientů z ciziny došlo v indikační skupině VIII (nemoci močového ústrojí), kdy se počet pacientů zvýšil téměř na padesátinásobek počtu pacientů přijatých v roce 1994. K významnému nárůstu pacientů ze zahraničí nastal i v sedmé (nemoci pohybového ústrojí) indikační skupině, zde došlo také ke zvýšení téměř na pětinašobek. V průměru dochází k nárůstu o 3 725 pacientů ročně. Ve skupině pacientů, kteří si svou léčbu hradí ze svých nákladů, dochází k nárůstu pacientů ve většině indikačních skupin.

Nejvíce pacientů přibýlo v indikačních skupinách II (nemoci oběhového ústrojí), III (nemoci trávicího ústrojí) a VII (nemoci pohybového ústrojí).

Lázeňská péče jako celek v sobě skrývá celou řadu léčebných výkonů, patří mezi ně koupele, rehabilitace, inhalace, elektro-fyzikální výkony a mnoho dalších. Mezi nejpoužívanější výkony patří rehabilitace, vodoléčby a masáže, peloidní výkony nebo minerální a termální koupele. Byly porovnávány léčebné výkony v letech 1994, 2004 a 2013. V roce 1994 bylo v lázeňských zařízeních realizováno přes 15 milionů výkonů, v roce 2004 bylo provedeno o téměř 5 milionů výkonů více. Nárůst samozřejmě souvisí s nárůstem počtu pacientů v lázních. V roce 2013 bylo provedeno pouhých 14 milionů výkonů, i když v lázeňských zařízeních bylo přijato 367 tisíc pacientů, o 73 tisíc více než v roce 2004. Tento pokles souvisí se zkrácením délky léčebného pobytu z 28 na 21 dní.

K lázeňské péči neodmyslitelně patří léčebné výkony. Mezi ty nejvyužívanější patří rehabilitace, která slouží jako léčba nemocí pohybového ústrojí. S nemocemi indikační skupiny VII (onemocnění pohybového ústrojí) se dlouhodobě v lázeňských zařízeních léčí nejvíce pacientů. Rehabilitace tvoří přes 20% všech léčebných výkonů, Dalším využívaným léčebným prostředkem jsou vodoléčby a masáže, které tvoří průměrně 16% z celkového počtu provedených léčebných výkonů.

Pro zachování dalšího rozvoje lázeňství v České republice je důležité zaměřit se na zkvalitňování a rozšiřování nabídky poskytovaných služeb jako rozhodující faktor pro oslovení většího množství zahraničních i tuzemských klientů. Stejně důležitá je i propagace českých lázeňských míst v zahraničí.

7. Seznam použité literatury

- [1] BURACHOVIČ, S., WIESER, S.: *Encyklopedie lázní a léčivých pramenů v Čechách, na Moravě a ve Slezsku*. Praha: Nakladatelství Libri, 2011. ISBN 80-7277-048-9
- [2] DĚDINA, J.: *Management, organizování a ekonomika lázeňství - vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Vysoká škola cestovního ruchu, hotelnictví a lázeňství, 2004, 170 s. ISBN 80-865-9201-4.
- [3] HINDLS, R., HRONOVÁ, S., SEGER, J., FISHER, J.: *Statistika pro ekonomy*. Praha: Professional Publishing, 2007. ISBN 978-80-86946-43-6
- [4] HLADKÁ, J.: *Technika cestovního ruchu*, Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-476-2
- [5] HRALA, V.: *Geografie cestovního ruchu*, Praha: VŠE, Fakulta mezinárodních vztahů 2005. ISBN 80-245-0858-3
- [6] JANOŠKA, M.: *Minerální prameny v Čechách, na Moravě a ve Slezsku*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Academia, 2011. ISBN 978-80-200-1841-0.
- [7] ORIEŠKA, J.: *Technika služeb cestovního ruchu*. 1. vyd. Praha: IDEA SERVIS, 1999. ISBN 80-85970-27-9.
- [8] PETRŮ, Z.: *Základy ekonomiky cestovního ruchu*. 2. vydání. Praha: Idea Servis, 2007. ISBN 978-80-85970-55-5.
- [9] SEIFERTO VÁ, V.: *Marketing v lázeňském cestovním ruchu*. Vyd. 1. Praha: Vysoká škola cestovního ruchu, hotelnictví a lázeňství, 2003, 120 s. ISBN 80-865-9200-6.
- [10] SCHEJBAL, C.: *Typologie cestovního ruchu*. 1. vydání. Přerov: Vysoká škola logistiky, 2008. ISBN 978-80-87179-03-1
- [11] SVATOŠOVÁ, L., KÁBA, B.: *Statistické metody II*. Praha: ČZU v Praze, Provozně ekonomická fakulta 2008. ISBN 978-80-213-1736-9
- [12] KOLEKTIV AUTORŮ: *Statistický software na ČZU*. Praha: ČZU v Praze, Provozně ekonomická fakulta 2012. ISBN 978-80-213-2010-9

[13] ČESKÁ REPUBLIKA. Předpis č. 164/2001 Sb.: Zákon o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech a o změně některých souvisejících zákonů (lázeňský zákon). In: *Sbírka zákonů ČR 2001*.

Internetové zdroje:

[14] *Ministerstvo pro místní rozvoj: Státní program podpory venkova* [online]. [cit. 2015-09-04]. Dostupné z: <http://www.mmr.cz/cs/Podpora-regionu-a-cestovni-ruch/Cestovni-ruch/Programy-Dotace/Statni-program-podpory-cestovniho-ruchu>

[15] *Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Legislativa* [online]. [cit. 2015-09-01]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/platne-pravni-predpisy_3689_1785_11.html

[16] KRÍŽOVÁ, B., ZACHYSTALOVÁ, D., *Ministerstvo pro místní rozvoj: Možnosti podpory cestovního ruchu ze strukturálních fondů EU v letech 2007-2013* [online]. [cit. 2015-09-04]. Dostupné z: http://www.mesto-podebrady.cz/VismoOnline_ActionScripts/File.ashx?id_org=12349&id_dokumenty=2220

[17] *Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Dokumenty* [online]. [cit. 2015-09-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-nemecek-podepsal-memorandum-o-lazenstvi-9396_3030_1.html

[18] *Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Dokumenty* [online]. [cit. 2015-09-03]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/soucasna-situace-ceskeho-lazenstvi.html>

8. Přílohy

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Indikační seznam pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči

Příloha č. 2: Výpočtová tabulka pro počty přijatých pacientů v lázeňských zařízeních na náklady zdravotního pojištění

Příloha č. 3: Výpočtová tabulka pro počty přijatých pacientů v lázeňských zařízeních hrazených plně na vlastní náklady

Příloha č. 4: Výpočtová tabulka pro počty přijatých pacientů (cizinců) v lázeňských zařízeních

Příloha č. 5: Výpočtová tabulka pro počty přijatých pacientů v lázeňských zařízeních celkově

Příloha č. 6: Výpočtová tabulka pro počet lůžek v lázeňských zařízeních v Olomouckém kraji v letech 2000-2013

Příloha č. 7: Výpočtová tabulka pro počet lůžek v lázeňských zařízeních v Moravskoslezském kraji v letech 2000-2013

Příloha č. 8: Počet přijatých pacientů na náklad zdravotního pojištění podle indikačních skupin v letech 1994-2013

Příloha č. 9: Počet přijatých pacientů (cizinců) podle indikačních skupin v letech 1994-2013

Příloha č. 10: Počet přijatých pacientů na vlastní náklady podle indikačních skupin v letech 1994-2013

Příloha č. 1: Indikační seznam pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči

Oddíl A: Indikační seznam pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé

- I. Nemoci onkologické
- II. Nemoci oběhového ústrojí
- III. Nemoci trávicího ústrojí
- IV. Nemoci z poruch výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí
- V. Nemoci dýchacího ústrojí
- VI. Nemoci nervové
- VII. Nemoci pohybového ústrojí
- VIII. Nemoci močového ústrojí
- IX. Duševní poruchy
- X. Nemoci kožní
- XI. Nemoci gynekologické

Příloha č. 2: Výpočtová tabulka pro počty přijatých pacientů v lázeňských zařízeních na náklady zdravotního pojištění

Rok	První absolutní diference	První relativní diference	Druhá absolutní diference	Bazický index	Řetězový index	Koeficient růstu (%)
1994	-	-	-	1	-	-
1995	5 442	4,022	-	1,0402	0,0104	1,0402
1996	-6 062	-4,307	-11 504	0,9954	0,0096	0,9569
1997	-5 120	-3,801	942	0,9576	0,0096	0,9620
1998	-3 388	-2,615	1 732	0,9325	0,0097	0,9739
1999	-689	-0,546	2 699	0,9275	0,0099	0,9945
2000	7 296	5,814	7 985	0,9814	0,0106	1,0581
2001	3 183	2,397	-4 113	1,0049	0,0102	1,0240
2002	-1 466	-1,078	-4 649	0,9941	0,0099	0,9892
2003	363	0,270	1 829	0,9967	0,0100	1,0027
2004	-3 059	-2,268	-3 422	0,9741	0,0098	0,9773
2005	-8 240	-6,251	-5 181	0,9132	0,0094	0,9375
2006	-10 576	-8,558	-2 336	0,8351	0,0091	0,9144
2007	-4 688	-4,149	5 888	0,8004	0,0096	0,9585
2008	-1 676	-1,547	3 012	0,7881	0,0098	0,9845
2009	6 516	6,110	8 192	0,8362	0,0106	1,0611
2010	-1 132	-1,000	-7 648	0,8278	0,0099	0,9900
2011	-7 018	-6,265	-5 886	0,7760	0,0094	0,9374
2012	-18 863	-17,964	-11 845	0,6366	0,0082	0,8204
2013	-22 324	-25,916	-3 461	0,4716	0,0074	0,7408
			-3 763	Průměrný absolutní přírůstek		
			0,9612	Průměrný koeficient růstu		

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní výpočet

Příloha č. 3: Výpočtová tabulka pro počty přijatých pacientů v lázeňských zařízeních hrazených plně na vlastní náklady

Rok	První absolutní diference	První relativní diference	Druhá absolutní diference	Bazický index	Řetězový index	Koeficient růstu (%)
1994	-	-	-	1	-	-
1995	-2 463	-17,828	-	0,8217	0,0082	0,8217
1996	3 918	34,514	6 381	1,1053	0,0135	1,3451
1997	5 121	33,536	1 203	1,4760	0,0134	1,3354
1998	1 535	7,528	-3 586	1,5871	0,0108	1,0753
1999	2 099	9,573	564	1,7391	0,0110	1,0957
2000	7 828	32,583	5 729	2,3057	0,0133	1,3258
2001	3 821	11,996	-4 007	2,5823	0,0112	1,1200
2002	-56	-0,157	-3 877	2,5782	0,0100	0,9984
2003	-4 694	-13,179	-4 638	2,2384	0,0087	0,8682
2004	14 358	46,430	19 052	3,2777	0,0146	1,4643
2005	10 571	23,345	-3 787	4,0429	0,0123	1,2334
2006	10 835	19,399	264	4,8272	0,0119	1,1940
2007	25 208	37,800	14 373	6,6519	0,0138	1,3780
2008	21 091	22,951	-4 117	8,1786	0,0123	1,2295
2009	-1 898	-1,680	-22 989	8,0412	0,0098	0,9832
2010	3 699	3,330	5 597	8,3089	0,0103	1,0333
2011	-3 753	-3,270	-7 452	8,0373	0,0097	0,9673
2012	-4 960	-4,467	-1 207	7,6782	0,0096	0,9553
2013	33 195	31,294	38 155	10,0811	0,0131	1,3129
			6 603	Průměrný absolutní přírůstek		
			1,1293	Průměrný koeficient růstu		

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní výpočet

Příloha č. 4: Výpočtová tabulka pro počty přijatých pacientů (cizinců) v lázeňských zařízeních

Rok	První absolutní diference	První relativní diference	Druhá absolutní diference	Bazický index	Řetězový index	Koeficient růstu (%)
1994	-	-	-	1	-	-
1995	5 477	14,519	-	1,1452	0,0115	1,1452
1996	5 280	12,222	-197	1,2852	0,0112	1,1222
1997	7 919	16,334	2 639	1,4951	0,0116	1,1633
1998	11 824	20,965	3 905	1,8085	0,0121	1,2096
1999	2 896	4,245	-8 928	1,8853	0,0104	1,0424
2000	21 684	30,489	18 788	2,4601	0,0130	1,3049
2001	22 524	24,271	840	3,0572	0,0124	1,2427
2002	-6 370	-5,523	-28 894	2,8883	0,0094	0,9448
2003	8 668	7,955	15 038	3,1181	0,0108	1,0796
2004	-623	-0,530	-9 291	3,1016	0,0099	0,9947
2005	2 926	2,501	3 549	3,1791	0,0103	1,0250
2006	14 589	12,165	11 663	3,5658	0,0112	1,1216
2007	-757	-0,563	-15 346	3,5458	0,0099	0,9944
2008	19 943	14,909	20 700	4,0744	0,0115	1,1491
2009	-10 483	-6,820	-30 426	3,7965	0,0093	0,9318
2010	-5 085	-3,550	5 398	3,6618	0,0096	0,9645
2011	-5 745	-4,159	-660	3,5095	0,0096	0,9584
2012	25 102	18,961	30 847	4,1749	0,0119	1,1896
2013	6 792	4,313	-18 310	4,3549	0,0104	1,0431
			6 661	Průměrný absolutní přírůstek		
			1,0805	Průměrný koeficient růstu		

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní výpočet

Příloha č. 5: Výpočtová tabulka pro počty přijatých pacientů v lázeňských zařízeních celkově

Rok	První absolutní diference	První relativní diference	Druhá absolutní diference	Bazický index	Řetězový index	Koeficient růstu (%)
1994	-	-	-	1	-	-
1995	8 456	4,525	-	1,0453	0,0105	1,0453
1996	3 136	1,606	-5 320	1,0620	0,0102	1,0161
1997	7 920	3,991	4 784	1,1044	0,0104	1,0399
1998	9 971	4,832	2 051	1,1578	0,0105	1,0483
1999	4 306	1,990	-5 665	1,1808	0,0102	1,0199
2000	36 808	16,682	32 502	1,3778	0,0117	1,1668
2001	29 528	11,469	-7 280	1,5358	0,0111	1,1147
2002	-7 892	-2,750	-37 420	1,4936	0,0097	0,9725
2003	4 337	1,554	12 229	1,5168	0,0102	1,0155
2004	10 676	3,767	6 339	1,5739	0,0104	1,0377
2005	5 257	1,787	-5 419	1,6021	0,0102	1,0179
2006	14 848	4,960	9 591	1,6815	0,0105	1,0496
2007	19 763	6,290	4 915	1,7873	0,0106	1,0629
2008	39 358	11,785	19 595	1,9979	0,0112	1,1178
2009	-5 865	-1,571	-45 223	1,9666	0,0098	0,9843
2010	-2 518	-0,685	3 347	1,9531	0,0099	0,9931
2011	-16 516	-4,526	-13 998	1,8647	0,0095	0,9547
2012	1 279	0,367	17 795	1,8715	0,0100	1,0037
2013	17 663	5,051	16 384	1,9661	0,0105	1,0505
				9 501	Průměrný absolutní přírůstek	
				1,0362	Průměrný koeficient růstu	

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní výpočet

Příloha č. 6: Výpočtová tabulka pro počet lůžek v lázeňských zařízeních v Olomouckém kraji v letech 2000-2013

Rok	Počet lůžek v Olomouckém kraji	První absolutní diference	První relativní diference	Druhá absolutní diference	Bazický index	Řetězový index	Koeficient růstu (%)
2000	2 437	-	-	-	1	-	-
2001	2 594	157	6,4423	-	1,0644	1,0644	106,4423
2002	2 676	82	3,1611	-75	1,0981	1,0316	103,1611
2003	2 477	-199	-7,4365	-281	1,0164	0,9256	92,5635
2004	2 599	122	4,9253	321	1,0665	1,0493	104,9253
2005	2 551	-48	-1,8469	-170	1,0468	0,9815	98,1531
2006	2 576	25	0,9800	73	1,0570	1,0098	100,9800
2007	2 505	-71	-2,7562	-96	1,0279	0,9724	97,2438
2008	2 247	-258	-10,2994	-187	0,9220	0,8970	89,7006
2009	2 433	186	8,2777	444	0,9984	1,0828	108,2777
2010	2 326	-107	-4,3979	-293	0,9545	0,9560	95,6021
2011	2 332	6	0,2580	113	0,9569	1,0026	100,2580
2012	2 092	-240	-10,2916	-246	0,8584	0,8971	89,7084
2013	2 255	163	7,7916	403	0,9253	1,0779	107,7916
				-14	Průměrný absolutní přírůstek		
				0,9940	Průměrný koeficient růstu		

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní výpočet

Příloha č. 7: Výpočtová tabulka pro počet lůžek v lázeňských zařízeních v Moravskoslezském kraji v letech 2000-2013

Rok	Počet lůžek v Moravskoslezském kraji	První absolutní diference	První relativní diference	Druhá absolutní diference	Bazický index	Řetězový index	Koeficient růstu (%)
2000	1 813	-	-	-	1	-	-
2001	1 820	7	0,3861	-	1,0039	1,0039	100,3861
2002	1 831	11	0,6044	4	1,0099	1,0060	100,6044
2003	1 906	75	4,0961	64	1,0513	1,0410	104,0961
2004	1 876	-30	-1,5740	-105	1,0347	0,9843	98,4260
2005	1 910	34	1,8124	64	1,0535	1,0181	101,8124
2006	1 864	-46	-2,4084	-80	1,0281	0,9759	97,5916
2007	1 864	0	0,0000	46	1,0281	1,0000	100,0000
2008	1 815	-49	-2,6288	-49	1,0011	0,9737	97,3712
2009	1 851	36	1,9835	85	1,0210	1,0198	101,9835
2010	1 851	0	0,0000	-36	1,0210	1,0000	100,0000
2011	1 859	8	0,4322	8	1,0254	1,0043	100,4322
2012	1 863	4	0,2152	-4	1,0276	1,0022	100,2152
2013	1 743	-120	-6,4412	-124	0,9614	0,9356	93,5588
				-5	Průměrný absolutní přírůstek		
				0,9969	Průměrný koeficient růstu		

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní výpočet

Příloha č. 8: Počet přijatých pacientů na náklad zdravotního pojištění podle indikačních skupin v letech 1994-2013

Rok	Počet přijatých pacientů na náklad zdravotního pojištění podle indikačních skupin											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	Celkem
1994	1 385	18 595	10 073	6 109	11 478	10 299	62 942	2 969	1 843	1 203	8 421	135 317
1995	1 539	18 518	8 688	6 501	13 238	12 343	65 416	3 022	1 699	1 242	8 553	140 759
1996	1 838	18 616	7 378	5 476	12 076	13 458	61 825	2 560	1 673	1 318	8 479	134 697
1997	1 819	17 716	6 335	4 385	10 519	13 493	62 902	2 282	1 605	1 134	7 387	129 577
1998	1 934	17 992	5 983	3 867	10 277	14 211	60 978	2 054	1 634	1 185	6 074	126 189
1999	1 940	17 450	5 270	3 573	9 859	15 159	62 340	1 915	1 543	1 291	5 160	125 500
2000	2 361	18 687	5 439	3 981	10 785	15 214	66 316	2 104	1 678	1 404	4 827	132 796
2001	2 492	20 541	5 013	4 079	10 504	17 159	65 959	2 087	1 726	1 438	4 981	135 979
2002	2 611	20 442	4 642	4 123	10 163	17 476	64 507	1 930	2 007	1 535	5 077	134 513
2003	2 837	20 718	4 233	4 129	9 994	18 144	65 057	1 787	1 974	1 542	4 461	134 876
2004	2 895	21 121	3 879	4 114	9 271	17 543	63 773	1 647	1 986	1 440	4 148	131 817
2005	2 859	19 087	3 539	3 822	8 537	17 380	59 963	1 524	1 903	1 578	3 385	123 577
2006	2 874	16 395	2 901	3 306	7 764	16 273	56 420	1 291	1 761	1 352	2 664	113 001
2007	3 047	16 692	2 947	3 402	7 899	16 026	51 114	1 200	2 009	1 455	2 522	108 313
2008	2 670	14 177	2 501	2 958	6 661	16 997	54 486	1 023	1 754	1 221	2 189	106 637
2009	3 099	14 852	2 718	3 309	6 956	18 547	57 507	916	1 995	1 248	2 006	113 153
2010	3 171	13 450	2 261	3 129	6 573	19 452	57 855	944	2 113	1 277	1 796	112 021
2011	3 455	11 486	1 985	2 817	6 336	18 262	54 931	943	2 110	1 228	1 450	105 003
2012	2 847	8 747	1 626	1 555	5 202	15 214	46 397	640	1 719	1 018	1 175	86 140
2013	2 780	7 322	942	598	4 645	11 417	33 114	351	1 416	653	578	63 816

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní zpracování

Příloha č. 9: Počet přijatých pacientů (cizinců) podle indikačních skupin v letech 1994-2013

Rok	Počet přijatých pacientů (cizinců) podle indikačních skupin											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	Celkem
1994	2 048	6 005	7 465	1 736	1 216	197	18 647	318	71	4	17	37 724
1995	24	6 579	10 389	2 789	884	600	20 380	1 399	146	1	10	43 201
1996	2 298	5 260	10 277	2 696	1 214	598	25 197	676	248	4	13	48 481
1997	65	6 919	10 560	3 611	1 161	554	31 923	952	690	0	792	56 405
1998	237	7 511	8 778	2 719	1 719	1 387	44 168	1 059	537	2	38	68 224
1999	137	7 614	8 509	2 494	1 582	362	48 295	1 341	763	0	23	71 120
2000	292	9 294	14 869	3 940	1 495	602	60 991	310	901	0	110	92 804
2001	118	13 058	15 234	5 572	2 141	2 459	74 495	979	1 121	3	148	115 328
2002	736	12 655	13 271	4 977	4 134	707	69 201	1 509	1 729	3	36	108 958
2003	178	11 377	23 639	6 165	4 795	533	68 792	2 097	1	4	45	117 626
2004	1 503	10 514	25 247	6 868	2 798	526	68 139	1 332	13	5	58	117 003
2005	1 193	9 952	24 750	5 811	3 698	1 775	71 338	1 255	24	11	122	119 929
2006	826	9 566	31 080	7 829	2 836	760	78 973	2 358	31	85	174	134 518
2007	155	9 662	26 624	7 953	2 530	198	76 512	9 952	27	7	141	133 761
2008	284	8 011	38 437	9 845	2 798	385	89 720	4 029	37	7	151	153 704
2009	184	8 230	31 150	7 755	1 905	1 636	87 403	4 777	19	8	154	143 221
2010	292	6 893	20 203	16 828	2 099	707	86 945	4 006	28	6	129	138 136
2011	825	7 201	21 975	15 639	960	527	80 195	4 368	113	121	467	132 391
2012	539	6 569	31 300	21 199	1 458	855	90 960	4 434	18	29	132	157 493
2013	646	10 334	29 225	17 500	632	519	89 429	5 338	5	14	643	164 285

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní zpracování

Příloha č. 10: Počet přijatých pacientů na vlastní náklady podle indikačních skupin v letech 1994-2013

Rok	Počet přijatých pacientů na vlastní náklady podle indikačních skupin											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	Celkem
1994	178	1 690	1 178	1 070	2 316	227	6 809	102	214	1	30	13 815
1995	11	1 859	1 019	901	2 197	235	4 809	135	158	2	28	11 354
1996	44	1 721	977	1 036	3 369	381	7 420	90	183	0	49	15 270
1997	239	5 687	644	239	1 811	279	11 050	90	312	0	40	20 391
1998	343	4 052	795	1 087	2 506	220	12 571	51	251	0	50	21 926
1999	27	6 825	701	546	1 900	277	13 453	47	200	0	49	24 025
2000	47	6 917	1 404	535	2 437	227	19 968	42	244	6	26	31 853
2001	47	6 953	1 114	733	3 046	375	23 025	25	263	1	92	35 674
2002	76	5 533	843	658	4 585	322	23 403	43	125	0	30	35 618
2003	23	4 768	863	541	3 187	287	21 162	15	0	0	78	30 924
2004	25	11 226	732	590	4 311	329	28 004	20	0	0	45	45 282
2005	28	8 709	846	464	12 785	624	32 309	37	1	0	50	55 853
2006	43	9 001	927	370	10 003	205	46 074	24	0	0	41	66 688
2007	49	15 835	2 647	1 097	16 052	953	55 132	37	0	0	94	91 896
2008	39	19 607	1 441	665	14 219	5 565	71 401	29	0	0	21	112 987
2009	49	14 000	1 870	448	20 590	5 373	67 998	631	0	1	129	111 089
2010	97	13 123	829	252	20 329	4 623	75 279	143	0	0	113	114 788
2011	70	12 537	749	306	18 702	5 162	73 434	42	0	0	33	111 035
2012	52	12 787	1 032	306	12 523	6 102	73 210	23	0	1	39	106 075
2013	105	27 680	833	135	17 875	2 542	87 519	487	0	8	2 086	139 270

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní zpracování