

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra ekonomických teorií



Bakalářská práce

Financování lázeňství v ČR

Zuzana Godočíková

© 2019 ČZU v Praze

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Zuzana Godočíková

Hospodářská a kulturní studia

Název práce

Financování lázeňství v ČR

Název anglicky

Funding of Balneal Care in the Czech Republic

Cíle práce

Cílem práce je zhodnotit finanční zajištění lázeňství v České republice. V rámci práce bude vyhodnocena závislost péče na veřejných zdrojích a zdrojích soukromých, a to i z pohledu vybraného lázeňského subjektu – Františkovy lázně AQUAFORUM a.s.

Metodika

Pro zpracování literární rešerše bude využita metoda studia odborné literatury. Informace budou získávány nejen z českých materiálů, ale i zahraniční. Aktuální informace budou čerpány z odborných časopisů a internetových zdrojů. Významným zdrojem dat je databáze Českého statistického úřadu, Ústavu zdravotnických informací a statistiky a interní materiály vybraného zdravotnického subjektu. Využita bude metoda deskripce, komparace, analýzy a syntézy, indukce, dedukce.

Doporučený rozsah práce

30 – 40 stran

Klíčová slova

finanční analýza, Lázně Františkovy Lázně a.s., lázeňská společnost, samoplátce, rozpočet, zdravotní pojišťovna

Doporučené zdroje informací

JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. Úvod do veřejného zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

KNOP, Karel. Lázeňství: ekonomika a management. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-717-6.

MAAYTOVÁ, A. Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivity. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, 164 s. ISBN 978-807-3579-128.

TETŘEVOVÁ, Liběna. Veřejná ekonomie. Praha: Professional Publishing, 2008. ISBN 978-80-86946-79-5.

VOCHOZKA, M. *Metody komplexního hodnocení podniku*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3647-1.

Předběžný termín obhajoby

2018/19 LS – PEF

Vedoucí práce

Ing. Dana Stará, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra ekonomických teorií

Elektronicky schváleno dne 11. 1. 2018

doc. PhDr. Ing. Lucie Severová, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 12. 1. 2018

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 23. 01. 2019

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci "Financování lázeňství v ČR" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 14. 3. 2019

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Ing. Daně Staré, Ph.D. za odbornou pomoc i čas při zpracování této bakalářské práce prostřednictvím konzultací. Dále bych ráda poděkovala pánu řediteli lázeňské společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. PhDr. Miroslavu Liškovi za ochotné poskytnutí interních informací k této bakalářské práci.

Financování lázeňství v ČR

Abstrakt

V bakalářské práci je zkoumáno lázeňství v České republice v průběhu let a společně s tím i závislost lázeňské péče na zdrojích veřejných a soukromých. Práce je rozdělena na teoretická východiska týkající se lázeňství v ČR a praktickou část, kde je lázeňská péče v ČR podrobena podrobnému výzkumu, na jehož základě je posouzena závislost lázeňské péče na zdrojích veřejných i soukromých. V teoretické části je definován pojem lázeňství, detailněji popsána historie lázeňství, ale především se teoretická část skládá z popisu lázeňské péče v ČR. V závěru literární rešerše je mírně nastíněna ekonomika lázeňství v ČR. V praktické části je popsán vývoj lázeňské péče a výdaje na lázeňskou péči v určeném období. Dále je také praktická část věnována popisu činnosti, zkoumání lázeňské péče a zhodnocení hospodaření vybraného lázeňského subjektu – Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. ve stanoveném období.

Klíčová slova: financování, Františkovy Lázně AQUAFORUM a.s., lázeňská společnost, pacient, samoplátce, zdravotní pojišťovna, domácnosti, lázeňská péče, výdaje, ošetrovací doba

Funding of Balneal Care in the Czech Republic

Abstract

The bachelor thesis examines balneology in the Czech Republic over the years together with the dependence of spa care on public and private sources. The thesis is divided into theoretical bases concerning the spa industry in the Czech Republic and the practical part where spa treatment in the Czech Republic is subjected to detailed research, on the basis of which the dependence of spa care on public and private sources is assessed. The theoretical part defines the concept of balneology, describes in more detail the history of balneology, but above all the theoretical part consists of a description of spa care in the Czech Republic. At the end of the literature search, the economy of balneology in the Czech Republic is slightly outlined. The practical part describes the development of spa care and spending on spa care in a given period. Furthermore, the practical part is devoted to the description of activities, the examination of spa care and evaluation of the profit or loss of the selected spa subject - Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. in a given period.

Keywords: funding, Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s., spa company, patient, self-payers, health insurance company, households, balneal care, expenses, treatment time

Obsah

1 Úvod	13
2 Cíl práce a metodika	14
2.1 Cíl práce.....	14
2.2 Metodika	14
3 Teoretická východiska lázeňství v ČR	16
3.1 Lázeňství a jeho historie na území ČR	17
3.1.1 Nejstarší období lázeňství	18
3.1.2 Lázeňství v 18. až v první polovině 20. století.....	18
3.1.3 Lázeňství v období první a druhé světové války až do roku 1948	20
3.1.4 Vývoj lázeňství do konce 60. let	20
3.1.5 Lázeňství v období 70. a 80. let.....	21
3.1.6 Vývoj lázeňství v ČR po roce 1989.....	22
3.2 Druhy a formy lázeňské péče a její poskytovatelé	23
3.3 Financování lázeňské péče	26
3.3.1 Úhrada lázeňské péče	27
3.3.2 Formy léčebné péče v lázních v ČR z hlediska pobytu v lázních	29
3.4 Ekonomika lázeňství v ČR	31
3.4.1 Ekonomika veřejného sektoru (veřejná ekonomika).....	31
3.4.2 Veřejné finance.....	32
4 Vlastní práce	33
4.1 Vývoj poskytování lázeňské péče v lázních v ČR v letech 2000-2017	33
4.1.1 Vývoj počtu pacientů a doprovodu v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017	33
4.1.2 Vývoj počtu ošetřovacích dnů v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017	39
4.1.3 Průměrná ošetřovací doba v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017	42
4.1.4 Vývoj počtu lůžek a lázeňských zařízení v ČR v letech 2000-2017	43
4.1.5 Porovnání struktury lázeňské péče v ČR podle indikačních skupin na náklad zdravotních pojišťoven mezi roky 2000 a 2017.....	45
4.2 Struktura výdajů na lázeňskou péči v ČR v letech 2010, 2013 a 2017	47
4.3 Činnost a hospodaření společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s....	49
4.3.1 Vývoj lázeňské péče ve společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. v letech 2014-2017	50
4.3.2 Vývoj hospodářského výsledku ve společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s.....	53
5 Výsledky a diskuse	54
6 Závěr	58

7 Seznam použitých zdrojů.....	59
8 Přílohy	63

Seznam tabulek

Tabulka 1 Seznam indikačních skupin pro dospělé	25
Tabulka 2 Seznam indikačních skupin pro děti a dorost.....	25
Tabulka 3 Průměrná ošetrovací doba u pacientů celkem v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017	42
Tabulka 4 Podíl lázeňské péče na celkových nákladech ZP (v %)	48
Tabulka 5 Podíl lázeňské péče na celkových nákladech domácností (v %)	48
Tabulka 6 Průměrná ošetrovací doba u pacientů podle způsobu úhrady v lázních společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. podle způsobu úhrady v letech 2014-2017	52
Tabulka 7 Vývoj hospodářského výsledku před zdaněním ve společnosti v letech 2014-2017 (v tis. Kč).....	53

Seznam grafů

Graf 1 Vývoj celkového počtu pacientů a doprovodu v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017	34
Graf 2 Vývoj celkového počtu pacientů v lázních v ČR podle typu lázeňské péče hrazené zdravotní pojišťovnou v letech 2000-2017	35
Graf 3 Vývoj počtu dospělých pacientů v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017	36
Graf 4 Vývoj počtu dětí a dorostu v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017	38
Graf 5 Vývoj počtu ošetrovacích dnů u pacientů a doprovodu celkem v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017	39
Graf 6 Vývoj počtu ošetrovacích dnů u dospělých pacientů v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017	40
Graf 7 Vývoj počtu ošetrovacích dnů u dětí a dorostu v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017	41
Graf 8 Vývoj počtu lůžek v lázeňských zařízeních v ČR v letech 2000-2017	43
Graf 9 Vývoj počtu lázeňských zařízení v ČR v letech 2000-2017	44

Graf 10 Struktura lázeňské péče v ČR roce 2000 podle indikačních skupin na náklad zdravotních pojišťoven (počty osob).....	45
Graf 11 Struktura lázeňské péče v ČR roce 2017 podle indikačních skupin na náklad zdravotních pojišťoven (počty osob).....	46
Graf 12 Výdaje na lázeňskou péči v ČR podle zdrojů financování (v mld.)	47
Graf 13 Vývoj celkového počtu pacientů ve společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. podle způsobu úhrady v letech 2014-2017.....	50
Graf 14 Vývoj celkového počtu ošetrovacích dnů u pacientů celkem v lázních společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. podle způsobu úhrady v letech 2014-2017.....	51
Graf 15 Struktura lázeňské péče ve společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. v roce 2017 podle indikačních skupin na náklad zdravotních pojišťoven (počty osob)	52

Seznam použitých zkratk

ZP – zdravotní pojišťovny

KLP – komplexní lázeňská péče

PLP – příspěvková lázeňská péče

ČSÚ – Český statistický úřad

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

1 Úvod

Na území dnešní České republiky má lázeňství již dlouholetou tradici a za to vděčí obrovskému množství přírodních léčivých zdrojů, které se již velmi dávno využívaly k léčbě a prevenci různých onemocnění. Právě díky kombinaci těchto zdrojů s odbornou lékařskou péčí došlo ke vzniku lázeňské péče, jenž je v dnešní době nenahraditelnou součástí lázeňského segmentu ve zdravotnictví v České republice. Lázeňská klientela v ČR nestojí pouze na hostech z tuzemska, ale těší se také bohaté klientele z celého světa. Lázně v České republice mají ve světě vysoké postavení, a to už po několik staletí. Jezdili sem velmi významní hosté, z nichž stojí za zmínku např. německý básník a dramatik J. W. Goethe nebo hudební skladatel L. van Beethoven. Lázeňská péče je proslulá tím, že jsou při ní využívány přírodní léčivé zdroje. Jedná se o přírodnější cestu ke zdraví, jenž je v dnešním světě plném nadměrného užívání chemických léků jistě ocenitelná. Z hlediska dostupnosti je lázeňská péče vhodná pro všechny, a to z toho důvodu, že lázeňské pobyty jsou v rámci potřebné zdravotní péče hrazené buď plně, nebo částečně zdravotními pojišťovnami. Pokud klient nemá žádný zdravotní problém, a chce lázně navštívit v rámci relaxace a odpočinku, může do lázní zavítat jako samoplátce, což znamená, že si celý pobyt hradí sám.

Lázeňství je v ČR součástí nejen zdravotního systému, ale také cestovního ruchu. Nebylo tomu tak vždy, v minulosti byly lázně na území ČR v určitém období veřejné a plnily pouze léčebnou funkci. Po roce 1989 docházelo k privatizaci léčebných lázní a lázeňství se opět zaměřovalo nejen na léčbu, ale také na nabídku služeb volnočasových aktivit. Od této doby lázně v ČR nabírají obrovským tempem na popularitě a stává se z nich velmi oblíbená a účinná součást nejen zdravotnictví, ale i cestovního ruchu.

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zhodnotit finanční zajištění lázeňství v České republice v období 2000-2017. V rámci práce bude vyhodnocena závislost péče na veřejných zdrojích a zdrojích soukromých, a to i z pohledu vybraného lázeňského subjektu – Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s.

2.2 Metodika

Pro zpracování literární rešerše je využita metoda studia odborné literatury. V literární rešerši je definován pojem lázeňství, detailněji popsána historie lázeňství, ale především se teoretická část skládá z popisu lázeňské péče v ČR. V závěru literární rešerše je mírně nastíněna ekonomika lázeňství v ČR. Informace jsou získávány nejen z českých materiálů, ale i zahraničních. Aktuální informace jsou čerpány z odborných časopisů a internetových zdrojů. Významným zdrojem dat je databáze Českého statistického úřadu, Ústavu zdravotnických informací a statistiky a interní materiály vybraného zdravotnického subjektu. Využita je metoda deskripce, komparace, analýzy a syntézy, indukce, dedukce.

V praktické části jsou ke sběru dat využity údaje získané ze Zdravotnických statistik o lázeňské léčebně rehabilitační péči v ČR za období 2000-2017, které vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, z Výsledků zdravotnických účtů ČR, které zpracovává Český statistický úřad, a to v časové řadě 2010-2017 a dále také údaje z interních materiálů vybraného lázeňského subjektu z období 2014-2017. Na základě těchto údajů jsou porovnány a vyhodnoceny změny, které ve vývoji lázeňské péče v ČR během zkoumaného období nastaly. Jedná se především o změny týkající se závislosti lázeňské péče na zdrojích veřejných i soukromých, a to i z pohledu vybraného lázeňského subjektu. Pro přehlednost jsou údaje o vývoji lázeňské péče v ČR znázorněny v grafech a tabulkách. K vyjádření vývoje ukazatelů jsou využity nejenom procenta, ale také procentní body. K porovnání získaných dat jsou využity zejména statistické metody, které slouží k posouzení vývoje jednotlivých ekonomických veličin a závislosti mezi nimi. Jednou z těchto statistických metod, jež jsou v praktické části použity, je Bazický index, který slouží právě ke sledování vývoje ekonomických veličin v delším časovém období. Podle Žďárka a Vymětala (2009) po jeho vypočtení je k dispozici číslo, které po

vynásobení stem ukazuje o kolik % došlo ke změně oproti výchozímu stavu. Další statistickou metodou, jenž je v práci použita, je Řetězový index. Řetězový index představuje podíl dvou shodně vymezených ukazatelů v rozdílném čase a informuje o hodnotě oproti minulému období (Žďárek & Vymětal, 2009). Pro výpočty v praktické části je také použit vzorec pro průměrné tempo růstu.

Dále se praktická část týká popisu vybraného lázeňského subjektu Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. Na začátku je popsána činnost společnosti, poté zkoumán vývoj lázeňské péče od roku vzniku společnosti až do roku 2017 a nakonec je proveden výzkum hospodářského výsledku společnosti a jeho vývoj v čase.

$$I_{t+2/t} = \frac{I_{t+2}}{I_t}, \quad (1)$$

(Žďárek & Vymětal, 2009)

$$I_{t+2/t+1} = \frac{I_{t+2}}{I_{t+1}}, \quad (2)$$

(Žďárek & Vymětal, 2009)

$$\bar{x}_g(t+k/t) = \sqrt[k-1]{\frac{I_{t+k}}{I_t}}, \quad (3)$$

(Žďárek & Vymětal, 2009)

3 Teoretická východiska lázeňství v ČR

„Slovo lázeňství má svůj základ v pojmu lázeň ve významu koupel“ (Grundová a Prčková, 2011).

Podle Jakubíkové (2012, s. 35) „lázeňství zajišťuje léčení, doléčování, prevenci a regeneraci.“ „V České Republice je léčebné lázeňství dlouhodobě zařazené do léčebné preventivní péče, která je klientům zcela nebo z části hrazena z veřejných zdrojů“

Podle Grundové a Prčkové (2011) se v lázních k léčbě a obnově fyzických a psychických sil lidí využívají léčivé přírodní zdroje např. minerální nebo termální vody, plyny a klimatické podmínky. Aby bylo léčení zdravotně účinné, je v ČR za minimální délku pobytu považováno 21 dní. Na lázeňství se doposud nahlíží jako na nedílnou součást zdravotního a sociálního systému, ale dále je také důležitou součástí cestovního ruchu.

Grundová a Prčková (2011) dále uvádějí, že současné lázně navazují na tradiční léčebné lázně, založené minerálních a termálních pramenech, ale v dnešní době se lázně dále obohacují o moderní resorty zdraví, nabízející vše pro relaxaci, doplnění energie a odstranění bolesti. Lázně navštěvují také lidé, kteří chtějí snížit váhu, tvarovat postavu, relaxovat nebo se luxusně a nadstandardně léčit. Všechno tohle spadá pod zdravý životní styl, který zahrnuje jak zdravou výživu, fitness aktivity, tělesné léčení, tak i stresový management, léčebné vzdělávání, duchovní metody aj. V systému lázeňské péče v ČR se tak stále více objevují nové trendy, z nichž nejrozšířenější je tzv. wellness, který je možné definovat jako aktivity lidí vedoucích k pocitu uspokojení a pohody, jenž si jedinec vytváří souborem příjemných impulsů. Mezi tyto impulsy patří pohyb, hudba, regenerace, uklidnění, relaxace, a v přiměřené míře i jídlo a pití.

Puczko a Smith (2013, kap. 21, s. 8) zmiňují společnost European Spas Association, která uznává vysokou kvalitu české lázeňské medicíny a ocenila již několik českých lázeňských zařízení (4 z 11 oceněných hotelů se nacházejí v Karlových Varech (EuropeSpa, 2019)) certifikáty EuropespaMed, které zajišťují vysoce kvalitní standardy řízení lázní a léčby.

3.1 Lázeňství a jeho historie na území ČR

Vítovec (2007, s. 211) uvádí, že se léčení v lázních v literatuře zmiňuje už nejméně dva tisíce let. Tradice, která zahrnuje využívání koupelí k hygienickým a léčebným účelům se do Evropy dostala z mykénské, řecké a římské kultury. „*Minerální uhličitě zdroje vznikaly jako zbytek vulkanické činnosti, která vyhasla před několika miliony let.*“

Podle Sdružení lázeňských míst ČR (2019) první lázně a relaxační bazény vznikaly již před čtyřmi tisíci lety. Už ve starém Egyptě fungoval propracovanější systém provozu a lázně poskytovaly hygienické zázemí a relaxaci nejen pro panovníky, využívat je také mohli dělníci pracující na stavbě pyramid. Významný rozmach zaznamenalo lázeňství v oblasti Číny a Indie, kde jako první začaly fungovat lázně termální.

Dle Knopa (1999, s. 10) k rozkvětu lázeňství a největšímu zájmu lidí o lázeňství došlo v dobách antického Řecka a Říma a je založený na pradávném zájmu lidí o přírodní minerální prameny, které se od běžné vody odlišovaly především chutí, vůní, teplotou a celkových vzhledem. Skutečnost těchto pramenů si lidé ztotožňovali s přítomností nadpřirozených sil, a proto v jejich přítomnosti stavěli chrámy nebo oltáře k oslavě božstev.

Dále dle Knopa (1999, s. 10) „zázračné“ prameny využívali Římané k vodoléčbě od té doby, co na ně narazili při svých válečných výpravách, zejména na území dnešní Francie, ale také v dalších částech Evropy. V místech, kde se prameny vyskytovaly, budovali umělá jezírka, tzv. „pisciny“. (Jandová, 2008, s. 3) Dále si lidé stavěli honosné lázně s bazény, které sloužily k očištěním a léčebným účinkům. Jejich prostory měly již v té době vytápěné podlahy a stěny, z toho důvodu se nazývaly „termy“. Podle Sdružení lázeňských míst ČR (2019) tyto relaxační bazény vznikaly u velkých řek v blízkosti měst. V tomto období lidé objevili i podpůrné účinky bylin a minerálů a k léčbě začali využívat první bahenní zábaly. Obyvatelé Říma se léčili baňkováním, doporučovalo se pít minerálních pramenů a oblíbeným se také stalo prohřívání v páře.

Jandová (2008, s. 3) uvádí, že středověké epidemie lázeňství velmi ochudily, na mnoha místech se přestaly hromadné koupele používat. Teprve na konci středověku se začaly používat teplé očištěné a léčebné koupele. Část lékařů se označovala pojmem „lazebník“ (Bäder).

Podle Knopa (1999, s. 10) lázeňství založené na evropských tradicích se v minulých letech vyvíjelo úměrně k celkovému stavu a vývoje společnosti jednotlivých zemí. Lázeňství v ČR bylo velmi blízké typu lázeňství v Německu, Rakousku nebo Francii.

3.1.1 Nejstarší období lázeňství

Dle Sdružení lázeňských míst ČR (2019) lázeňství má na území dnešní České republiky tradici již mnoho set let. První záznamy o využití léčebných pramenů se datují do 15. století, kdy byly na několika místech objeveny vyvěrající minerální prameny. Kolem nich se v průběhu staletí stavěla lázeňská města.

Dle Knopa (1999, s. 11) se k tomuto období ve vývoji českých lázní vážou pouze legendy a skutečná historie není doložena. Knop ve své knize uvádí například legendu o vzniku našich největších lázní – Karlových Varů. Legenda vypráví o náhodném objevení horských pramenů při honu přímo v přítomnosti krále Karla IV.

Knop (1999, s. 11) dále uvádí, že toto první období v historii lázní, které je pouze dohadované, je sice významné, avšak pro pojednání o lázeňství ne velmi podstatné. V období středověku byl význam lázeňství minimální, jelikož si toto období obecně nezakládalo na čisté vodě a hygieně. V té době byly lázně místem jen pro tu nejbohatší malou vrstvu obyvatel a pobyt byl spojený většinou s hony a jinou zábavou. *„Léčebné kúry v této historické době byly velmi náročné, např. pobyt v teplé lázni trval dlouhé hodiny, někdy i dny a noci, až docházelo k poškození kůže, pitná kúra předepisovala denní režim pití až 9 litrů vřídelní vody.“*

3.1.2 Lázeňství v 18. až v první polovině 20. století

Podle Sdružení lázeňských míst ČR (2019) především v tomto období dochází k zásadnímu rozvoji lázní, kdy jsou lázeňská místa navštěvována nejen z důvodů léčebných, ale i pro široké možnosti kulturního a společenského vyžití. Stavěly se velké lázeňské domy a kolonády, docházelo k zastřešování vřidel.

Knop (1999, s. 11-13) dodává, že vzhled lázeňských míst je systematický, architektura se zaměřuje na zvukné názvy staveb (Zítek, Gočár, Jurkovič). Pozornost je věnována přírodním zdrojům – provádějí se chemické analýzy minerálních vod apod. Do lázní jezdila nejvybranější klientela (Sdružení lázeňských míst ČR, 2019).

Dále dle Knopa (1999, s. 11-13) vzniká konkurenční boj mezi jednotlivými podnikateli v lázeňství. Ve prospěch lázeňských míst se podnikatelé předháněli ve výstavbě ubytovacích kapacit, hotelů, penzionů a lázeňských domů, přitom se ale často odkláněli od léčebného poslání lázní. Mezi specializovanými lékaři lze často také najít

šarlatány a pochybné léčitele, díky kterým se narušuje důvěra v léčebné účinky lázní mezi lékařskými kapacitami.

Knop (1999, s. 11-13) uvádí, že mezi lázeňskými hosty v celém období převažovala klientela především z řad aristokracie s povinným doprovodem, vysokých státních úředníků, později také i z řad průmyslníků, bohatších obchodníků, bankéřů, umělců a diplomatů. „*Pobyt v lázních se stává nejen důležitým léčebným podpůrným prostředkem při onemocnění, ale již i důležitým společenským a prestižním počinem.*“

Podle Sdružení lázeňských míst ČR (2019) do Karlových Varů a Teplic v Čechách zavítali významné osobnosti, jakými byli například car Petr Veliký, Albrecht z Valdštejna či anglický král Eduard VII. V novější historii se v českých lázních často léčili i velikáni evropské kultury, například Goethe, Schiller, Chopin, Beethoven, Wagner a jiní.

Podle Profesionálního sdružení léčebných lázní ČR (2019) oblíbeným se mezi vyšší vrstvou stal především západočeský lázeňský trojúhelník, do kterého patří kromě Karlových Varů také Františkovy a Mariánské lázně. V lázních se scházela elita vládnoucí aristokracie, byla zde vedena politická a obchodní jednání, pořádaly se plesy, koncerty a divadelní vystoupení. Dle Sdružení lázeňských míst ČR (2019) období velkorysého budování lázní začalo vrcholit na přelomu 19. a 20. století. Nárůst zájmu o lázeňství v 19. století zapříčinilo mnoho faktorů. Jedním z nich byl rozvoj lékařství a balneologie.

Podle Knopa (1999, s. 12-13) na konci 19. století až první poloviny 20. století se dostavují celé lázeňské komplexy, dochází k modernizaci lázeňských léčebných procesů, následně se pak modernizují i zařízení pro tuto péči. Dále do tohoto období spadá řada významných léčebných výzkumných a realizačních počínů s využitím přírodních léčivých zdrojů. Léčebné lázeňské postupy jsou díky vědeckým poznatkům skutečně modernizovány a naše lázeňství se začíná proslavovat i svou léčebnou účinností a kvalitou lázeňských lékařů. Balneologie a vodoléčba se brzy staly obory přednášenými na univerzitě (Sdružení lázeňských míst ČR, 2019).

Knop (1999, s. 12-13) také uvádí, že se prestiž lázeňských míst dále posiluje, lázně se stávají společenskými a kulturními centry, významnými i z hlediska cestovního ruchu. Hned po hlavním městě Praze se lázeňská města stávají nejnavštěvovanějšími místy na našem území, a to i z hlediska vyčíslení přínosů cestovního ruchu. Stále se zatím jedná o klientelu z vyšších, bohatších vrstev, která služby lázeňství užívá. Po první světové válce se však začínají objevovat první významné zdravotní pojišťovací společnosti, které umožňují lázeňskou péči stále rozsáhlejšímu okruhu uživatelů. Tímto umožněním lázeňské péče pro chudší klientelu se také rozvíjí náhradní možnosti ubytování, stravování a

jednodušší služby. Rozvojem jednotlivých lázní dochází také k rozlišení lázní na dražší pro bohaté, střední vrstvy a chudé vrstvy. V tomto období rozvoje lázeňství je hlavním ukazatelem kvality péče a úrovně poskytovatelů osobní reference, z toho důvodu se velmi poctivě vedou a uveřejňují sezónní seznamy lázeňských hostů, pobyt slavných osobností v lázních komentuje tisk. Z ekonomického hlediska je toto období charakterizované jako období prosperity a dynamického rozvoje podnikatelských aktivit v celém okruhu nabídek lázeňských míst včetně např. plnění a prodeje minerálních vod, vřidelní soli atd.

3.1.3 Lázeňství v období první a druhé světové války až do roku 1948

Podle Jandové (2008, s. 4) události 20. století, kdy došlo ke dvěma světovým válkám a velkým politickým přesunům mocenských sil, byly pro lázeňství obecně nepříznivé. Dále objevení antibiotik, rozvoj farmakologie a nových chirurgických metod způsobilo, že přirozené léčebné prostředky ztrácely celosvětově na významu.

Dle Knopa (1999, s. 13) je v období okupace velká část významných lázeňských středisek zabrána Německem a ve zbytku lázeňských míst je poklidný lázeňský život téměř zcela přerušen a lázně se často využívají pro vojenské účely. „*Toto období je pro rozvoj lázní pouze dobou „temna“, kdy pozitivní přínos neexistuje.*“ Lázeňská místa v Čechách a na Moravě nejsou velmi poničena. Poválečné přesuny obyvatelstva, hlavně ze západních Čech, poznamenali především západočeské lázně kvůli nepřehlednosti majetkových vztahů a místy dochází k devastaci lázeňských objektů. S válečným obdobím a poválečnými opatřeními se rychlý rozvoj lázeňství v naší zemi zastavuje a dochází i k přerušení kontinuity a návaznosti na lázeňství v západní Evropě.

3.1.4 Vývoj lázeňství do konce 60. let

Knop (1999, s. 14) uvádí, že v období po druhé světové válce je hlavním úkolem zapojit lázeňství do systému zdravotní péče a snížit komerční aktivity v oboru. Po válce se soustředila pozornost hlavně na obnovu lázní, které byly právě kvůli válce poškozené či dokonce úplně zničené. V roce 1947 byl znovu zaveden předválečný podnik „Státní lázně“. „*Následně byl vydán zákon č. 125/1948 Sb., o znárodnění přírodních léčivých zdrojů a lázní a o začlenění a správě konfiskovaného majetku.*“ Tímto byla celá majetková podstata lázní převedena do vlastnictví státu. V tomto poválečném období se nadále prohlašuje jako

priorita léčebná funkce lázní, v praxi jde hlavně o dosažení příznivých ekonomických výsledků.

Podle Knopa (1999, s. 14) je postupně na území dnešní ČR viditelná snaha o přeměnu lázní na zdravotnická zařízení, které budou fungovat po celý rok, a ne pouze sezónně. Stát poskytl prostředky na obnovu lázní, převážně na transformaci lázeňských hotelů na odborné léčebné ústavy – komplexní lázeňské domy. V roce 1957 nastává další změna v ekonomickém postavení a řízení lázeňských organizací. Lázeňská zařízení již nemají stejné postavení jako nemocnice. Nadále se prohlašuje priorita zdravotní péče, ale začíná se již kombinovat s ostatními složkami služeb poskytovaných lázeňským hostům. Oproti dříve potlačované tendenci nabízet služby našich lázní Služby našich lázní na přelomu 50. a 60. využívá stále více cizinců.

Dále podle Knopa (1999, s. 14-15) k další změně v lázeňství dochází v roce 1964, kdy vzniká nový zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu. Podle tohoto zákona jsou lázně „lázeňské léčebné ústavy, ve kterých jsou při poskytování léčebné a preventivní péče využívány především přírodní léčivé zdroje a klimatické podmínky, vhodné k léčení“. Lázeňská péče je v tomto období stále věcnou dávkou nemocenského pojištění. Organizuje se hromadně, pomocí odborových orgánů a v souvislosti s indikačním seznamem chorob pro lázeňskou péči Krajskými správami sociálního zabezpečení. V lázeňských místech je opět vybírán lázeňský poplatek¹.

3.1.5 Lázeňství v období 70. a 80. let

Knop (1999, s. 15) uvádí, že je tohle období charakterizováno jako rozmach před lázeňskou krizí a nadále je prioritou léčebná funkce lázní. „*Poptávka po lázeňských službách převyšovala nabídku kapacit a možnosti výkonů o 30 % a trvale chyběly investice na obnovu zařízení.*“ Snahou bylo zvýšit podíl lázeňské péče na reprodukci pracovní síly. V novém indikačním seznamu byly rozšířeny pobytové dny u některých indikací na 28, a proto se muselo dále rozšířit počet lůžek a také omezit sezónnost lázní. To mělo však negativní dopad na kvalitu poskytovaných služeb. Nadále docházelo k opětovným korekcím direktiv a ekonomických podmínek.

Dle Knopa (1999, s. 15) v roce 1978 vycházejí nové „*Směrnice o poskytování lázeňské péče v zařízeních státní zdravotní správy*“ a s nimi i nový indikační seznam.

¹ Částka (většinou do 15,- Kč), kterou hradí fyzické osoby obci za lázeňský nebo rekreační pobyt v lázeňském místě (Knop, 1999).

„V řízení lázeňství z centra jsou nyní uplatňovány principy a restriktce vedoucí k omezení společenské poptávky omezením možností opakování lázeňské péče apod.“ Jsou možné pobyty cizinců a devizové inkaso.

Podle Knopa (1999 s. 16) vývoj lázeňství od roku 1986 vedl k úplnému poklesu kapacit z důvodu nutných havarijních odstávek, a tím i k poklesu pacientů a výkonů. Centrální řízení českých lázní vedlo k potlačení iniciativy jednotlivých lázní. Důvěra v kvalitu lázeňské péče se vytrácela. Většina lázeňské péče byla hrazena z veřejných prostředků a stát postupně snižoval standard služeb. Lázně nestačily plnit poptávku po lázeňské péči. „Centrální správa lázní se snažila najít cestu z krize tím, že zasahovala do provozu lázní, uskutečnila nákladové škrty a kontroly, což podle zákonů profesora Parkinsona vedlo opět ke zvýšení administrativy a k dalšímu růstu neproduktivních nákladů.“

Dále Knop (1999, s. 16) uvádí jako zajímavost, že v té době jediným přípustným kvalifikačním požadavkem pro řízení lázeňské organizace byl titul MUDr. Doktoři musí řídit léčebnou péči v lázních a nemají vzdělání ekonomického směru, takže jejich práce v administrativě řízení lázní je pouze odváděla od jejich lékařských specializací.

3.1.6 Vývoj lázeňství v ČR po roce 1989

Po roce 1989 společnost mění svůj pohled na lázeňství (Knop, 1999, s. 16-18). Sdružení lázeňských míst ČR (2019) uvádí, že po roce 1989 byly rozšířeny standardní nabídky léčebných pobytů o nové formy relaxačních a regeneračních pobytů a z lázeňství se stal oblíbený způsob, jak trávit volný čas.

Dle Knopa (1999, s. 16-18) široký komplex lázeňských služeb, které zahrnují v podstatě všechny oblasti hospodářského a společenského života, představuje jedinečný potenciál a zdroj vysoké životní úrovně společnosti v ČR jako lázeňské velmoci. Na základě těchto aspektů a výhod lázeňství se začalo s privatizací a strukturálních změn v systému léčebných lázeňských poukazů a financování lázeňské péče. „Také se vyvíjely názory a legislativní prostředí v oblasti pojetí péče o zdraví lidu, kde je lázeňství od roku 1990 zařazeno do subsystému následné zdravotní péče.“

„V roce 1991 došlo státním legislativním rozhodnutím v první vlně kupónové privatizace k návratu českého lázeňství do privátního sektoru, s výjimkou části dětských odborných léčebných lázeňských ústavů“ (Jandová, 2008, s. 4).

MICROSITE CZ s. r. o. (2019) uvádí, že po roce 1992 přešla většina lázní do soukromého sektoru, byly vytvořeny a.s. a s.r.o. a ve vlastnictví státu bylo jen několik dětských léčeben a lázeňských rehabilitačních zařízení. Přírodní zdroje zůstaly ve vlastnictví státu, a ten je pronajímá lázeňským rehabilitačním zařízením.

Podle Knopa (1999, s. 18-19) díky privatizaci a tím i propojení různých forem vlastnictví mělo dojít k dalšímu rozvoji lázní a regulovanému využívání přírodních léčivých zdrojů. Privatizací se neměl změnit hlavní produkt lázeňského místa, ani úroveň a efekt lázeňské léčby pro indikované pacienty. Právně naopak rozlišením vlastnických vztahů mělo být dosaženo zdravého konkurenčního prostředí a vytvořen prostor pro uplatnění všech komerčních aktivit.

3.2 Druhy a formy lázeňské péče a její poskytovatelé

„Lázeňskou péčí se rozumí soubor zdravotnických činností a postupů, včetně léčebné rehabilitace a výchovy ke zdravému způsobu života, vedoucích k prevenci onemocnění, navrácení a upevnění zdraví nebo stabilizaci nemoci s cílem maximálního zmírnění jejich důsledků, prodloužení a zlepšení kvality života“ (Jandová, 2008, s. 8).

„Lázeňská léčebně rehabilitační péče je poskytována výhradně jako následná lůžková péče“ (Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 2019). Lázeňská péče využívá přírodní léčivé zdroje a příznivé klimatické podmínky vhodné pro léčení (zákon č. 164/2001 Sb., ve znění zákona č. 76/2002 Sb. a zákona č. 320/2002 Sb.).

Podle Zemana, Kršky a kolektivu (2011, s. 449) nejdůležitější normou pro poskytování lázeňské péče je **Směrnice o poskytování lázeňské péče v zařízeních státní zdravotní správy**. Lázeňská péče je poskytována v lázeňských zařízeních státní zdravotní správy osobám, které trpí chorobami, jenž jsou uvedeny v indikačním seznamu, když je možné od dané léčby očekávat zlepšený zdravotní stav nebo zabránění jeho dalšímu zhoršování.

„Indikační seznam pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči stanoví jednotlivé indikace, délku léčebného pobytu, možnost jeho prodloužení, možnost opakování lázeňské léčby a jeho intervaly“ (Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 2019). *„Zákonem dané podmínky pro poskytování lázeňské péče jsou doplněny vyhláškou MZ ČR č. 2/2015 Sb., která stanoví indikační předpoklady, kontraindikace, odborná kritéria pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče, obory specializace doporučujících lékařů, indikační zaměření lázeňských míst atd“* (Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 2019).

Indikační seznam rozlišuje 11 indikačních skupin podle typů onemocnění, jenž se v lázních léčí (nemoci onkologické, oběhového ústrojí, trávicího ústrojí, nemoci z poruch výměny látkové a žláz z vnitřní sekrecí, nemoci dýchacího ústrojí, nervové, pohybového ústrojí, močového ústrojí, duševní poruchy, nemoci kožní a gynekologické) (Profesní sdružení léčebných lázní ČR, 2019).

Podle Zemana, Kršky a kolektivu (2011, s. 449) „*rozhodujícím kritériem pro výběr nemocných pro lázeňskou léčbu je závažnost zdravotního stavu ve vztahu k reálné možnosti lázeňské péče ovlivnit příznivě zdravotní stav nemocného.*“ Lázeňská péče je poskytována jako dobrovolná dávka a tím pádem na její poskytování není právní nárok ze strany nemocného.

Knop (1999, s. 28) uvádí, že ji předepisuje ošetřující nebo odborný lékař podle platného indikačního seznamu s rozčleněním nároku na výši hrazení pobytu zdravotními pojišťovnami. Podle Jakešové (2010) cílem lázeňské péče je dokončit léčebný proces, který navazuje na předešlou léčbu v nemocnicích nebo odborných ambulancích, například po operacích či úrazech. Při chronických onemocněních se využívá lázeňské péče k stabilizaci stavu pacienta a průběhu jeho nemoci. Pacienti se také pomocí pobytu v lázních mohou vzdělávat a seznamovat se svou nemocí a jejími možnými riziky v budoucnu, například pokud je někomu v průběhu života zjištěn diabetes.

Dle Ministerstva zdravotnictví ČR (2012) je nutné zdůraznit, že **lázeňská** léčebně rehabilitační péče se od léčebně rehabilitační péče (která je např. poskytována v odborných léčebných ústavech) liší tím, že v lázeňském zařízení se při léčbě používá přírodní léčivý zdroj (přírodní minerální voda, peloid², plyn) nebo příznivé klimatické podmínky. Právě předpokládaný příznivý efekt způsobený využitím přírodního léčivého zdroje je hlavním kritériem, které odlišuje lázeňskou péči.

Indikační seznam pro lázeňskou péči

Podle Ministerstva zdravotnictví ČR (2015) v příloze č. 5 **zákona č. 1/2015 Sb.**, kterým se mění **zákon č. 48/1997 Sb.**, je uvedený seznam indikačních skupin pro dospělé, děti a dorost.

² Látky vzniklé v přírodě geologickými pochody a v rozemlněném stavu jsou ve směsi s vodou používané v lékařství ke koupelím a zábalům (Knop, 1999).

Tabulka 1 Seznam indikačních skupin pro dospělé

Seznam indikačních skupin 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

Zdroj: vlastní zpracování (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015)

Tabulka 2 Seznam indikačních skupin pro děti a dorost

Seznam indikačních skupin pro děti a dorost
XXI Nemoci onkologické
XXII Nemoci oběhového ústrojí
XXIII Nemoci trávicího ústrojí
XXIV Nemoci z poruch výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí a obezita
XXV Nemoci dýchacího ústrojí
XXVI Nemoci nervové
XXVII Nemoci pohybového ústrojí
XXVIII Nemoci močového ústrojí
XXIX Duševní poruchy
XXX Nemoci kožní
XXXI Nemoci gynekologické

Zdroj: vlastní zpracování (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015)

3.3 Financování lázeňské péče

V roce 1993 byl v ČR zaveden systém zdravotního pojištění a s ním se změnil plátcem hrazené lázeňské péče z České správy sociálního pojištění na zdravotní pojišťovny (ÚZIS ČR, 2018). Podle Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky (2019) osobám, kterým je plátcem pojistného stát, hradí měsíčně pojistné Ministerstvo financí České republiky na zvláštní účet veřejného zdravotního pojištění. Tento zvláštní účet, sloužící k přerozdělování pojistného, zřizuje a spravuje VZP. Vede ho ale odděleně od ostatních účtů a fondů, které spravuje. „*Účelem přerozdělování pojistného je vyrovnat rozdíly, které jsou mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami jak na straně příjmů od plátců, tak na straně výše nákladů na zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění*“ (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2019).

Dle Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky (2019) úkolem přerozdělování je udržet určitou míru solidarity pojištěnců s vysokými příjmy s pojištěnci s nižšími příjmy a dále pojištěnců zdravých s pojištěnci nemocnými. Způsob přerozdělování pojistného stanoví zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění. Dále podle Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky (2019) princip solidarity nelze zachovávat jen na straně příjmové, ale i na straně výdajové, a vzhledem k tomu bylo navrženo a od 1. ledna 2005 přijato nové přerozdělování 100 % vybraného pojistného, jehož kritériem byla nákladovost pojištěnců dle věku a pohlaví, spolu se zavedením systému kompenzace rizika.

Podle Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky (2019) způsob přerozdělování platný od 1. ledna 2005 nezohledňoval chronicky nemocné pacienty, proto se od 1. ledna 2018 přešlo na tzv. **PCG přerozdělování**. PCG přerozdělování používá dva různé mechanismy, řízené samostatnými a oddělenými kritérii.

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (2019) uvádí, že **první mechanismus** provádí přerozdělování pojistného podle nákladových indexů věkových skupin a farmaceuticko-nákladových skupin pojištěnců. Do určité míry zachovává solidaritu na straně výdajů na zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění v rámci zvolených 38 skupin pojištěnců a lépe zohledňuje chronicky nemocné pacienty.

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (2019) dále uvádí **druhý mechanismus**, který provádí přerozdělování podle pojištěnců, za něž byly zdravotními pojišťovnami uhrazeny zvláště nákladné hrazené služby³ z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se o částečnou kompenzaci u pojištěnců s nejvyšším zdravotním rizikem. Úhrady za nákladné pojištění jsou příspěvkem pojišťovněm na drahé pojištěnce s ohledem na jejich zdravotní stav zkrz věkové skupiny. Jde o solidaritu v rámci nadměrného výskytu zdravotního rizika a také o zajištění pojišťoven proti nadprůměrnému výskytu drahých pojištěnců, který by vedl k finančním problémům dané pojišťovny.

3.3.1 Úhrada lázeňské péče

Podle Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (2015) „lázeňská léčebně rehabilitační péče je hrazenou službou, je-li poskytována jako nezbytná součást léčebného procesu, kdy její poskytnutí doporučil ošetřující lékař a potvrdil revizní lékař pojišťovny.“ „Návrh podává na formuláři/dokladu VZP – 15/2013 „Návrh na lázeňskou léčebně rehabilitační péči“ *buďto registrující praktický lékař, nebo ošetřující lékař při hospitalizaci.*“

„Návrh na lázeňskou péči“ je dokument, který je nutné vyřídit k tomu, aby byl lázeňský pobyt uhrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, tj. zdravotní pojišťovnou (Cyril & Metoděj, s. r. o., 2019).

Puczko a Smith (2013, kapitola 21, s. 8) uvádějí, že tradičně v České republice je lázeňská léčba uznána jako hlavní součást léčebného procesu, který je za určitých podmínek pokryt zdravotními pojišťovnami. Existují dva hlavní typy lázeňských léčebných programů, a to komplexní nebo příspěvková lázeňská péče. Komplexní lázeňská péče znamená, že zdravotní pojišťovny pokrývají lázeňskou péči, ubytování a stravování. Při příspěvkové lázeňské péči hradí zdravotní pojišťovna pouze náklady na lázeňskou péči. Oba druhy lázeňských léčebných programů trvají nejméně tři týdny.

Dle Profesního sdružení léčebných lázní ČR (2019) od 1. ledna 2014 již klienti, kteří se v lázních léčí v rámci komplexní lázeňské péče, nemusí hradit regulační poplatek ve výši 100 Kč za osobu a noc. 6. ledna 2015 vstoupila v platnost novela zákona č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění, jehož součástí je také novelizovaný indikační

³ Hrazené služby poskytnuté pojištěncům, u nichž výše úhrady příslušnou zdravotní pojišťovnou za jednoho pojištěnce překročila v jednom období přerozdělování částku odpovídající součtu příjmu zdravotní pojišťovny na tohoto pojištěnce z přerozdělování podle indexů a zajišťovací konstanty (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2019).

seznam pro lázeňskou péči. Novelizovaný Indikační seznam je pro pacienty příznivější, jelikož u vybraných diagnóz vrací zpět délku pobytu na 28 dní. U řady dětských diagnóz umožňuje prodloužení léčby.

Typy úhrad lázeňské péče

Komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče (KLP)

Příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče (PLP)

Samoplátci

Komplexní lázeňská péče navazuje na ústavní péči nebo ambulantní péči a je zaměřena na doléčení, zabránění vzniku invalidity a nesoběstačnosti nebo na minimalizaci rozsahu invalidity (Knop, 1999, s. 28). Podle Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (2015) *„délka základního léčebného pobytu⁴ dospělých poskytnutého jako komplexní péče je stanovena na 21 dní, u vybraných indikací na 28 dní.“* *„Délka opakovaného léčebného pobytu⁵ poskytnutého formou komplexní péče u dospělých je stanovena na 21 dní, u vybraných indikací na 28 dní.“*

Dále podle Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (2019) náklady na léčení, ubytování a stravování jsou hrazené zdravotní pojišťovnou na základě indikačního seznamu. Dopravu do lázeňského zařízení a zpět hradí VZP ČR pouze v případě, že zdravotní stav pacienta podle vyjádření ošetřujícího lékaře neumožňuje dopravu běžným způsobem bez použití dopravní zdravotní služby. Pobyt průvodce při komplexní lázeňské léčebně-rehabilitační péči je hrazen pouze v nezbytném případě, který musí potvrdit revizní lékař (náklady za průvodce hradí zdravotní pojišťovna pacienta). Hodnota doprovodu hrazeného zdravotními pojišťovnami má od roku 2013 rostoucí tendenci vlivem jednoho lázeňského zařízení. (ÚZIS ČR, 2018). KLP pacient čerpá v rámci nemocenské (Profesní sdružení léčebných lázní ČR, 2019). Podle ÚZIS ČR (2018) dětem a dorostu se zásadně poskytuje komplexní lázeňská péče. Výjimkou je případ, kdy o léčbu formou příspěvkové péče požádají rodiče pacienta. *„Délka komplexní lázeňské péče u dětí a dorostu je stanovena na 28 dní“* (Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 2015).

⁴ Podle zákona č. 48/1997 Sb. Poskytnutý lázeňský pobyt, pokud byla pojištěnci pro danou indikaci poskytnuta lázeňská péče poprvé.

⁵ Podle zákona č. 48/1997 Sb. další léčebný pobyt odpovídající indikaci, na základě které byl uskutečněn pobyt základní.

Příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče je poskytována u nemocí, které jsou obsaženy v indikačním seznamu, a kde nejsou splněny podmínky uvedené u komplexní lázeňské péče (Knop, 1999, s. 28). Podle Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (2015) „*délka základního léčebného pobytu dospělých poskytnutého formou příspěvkové péče je stanovena na 21 dní.*“ „*Délka opakovaného léčebného pobytu poskytnutého formou příspěvkové péče u dospělých je stanovena na 21 dní, v indikovaných případech na 14 dní.*“

Zde zdravotní pojišťovna hradí pouze standardní léčbu a ostatní výdaje za lázeňský pobyt si pacient platí sám (Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 2019). Dle Profesionálního sdružení léčebných lázní ČR (2019) pacient na tento pobyt čerpá dovolenou. Pokud pacientovi nevychází dovolená na celé tři týdny nebo mu nestačí prostředky, může se s lékařem domluvit na zkráceném čtrnáctidenním pobytu, který bude dostupnější. Výše finančních výdajů se u příspěvkového pacienta liší podle délky jeho léčebného pobytu, dále podle kvality ubytování a také podle ročního období, ve kterém lázeňský pobyt probíhá (Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 2019).

Návrh na předešlé oba dva typy lázeňské péče musí schválit revizní lékař zdravotní pojišťovny (Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 2019).

Samoplátci jsou skupinou pacientů, která si pobyt v lázních hradí plně ze svých prostředků a lázeňská péče není schvalována revizním lékařem (Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 2019). Dle ÚZIS ČR (2018) jako samoplátce nemusí mít klient lékařské doporučení a doba pobytu není stanovena. O ústavní péči se jedná, pokud pacient v lázních zůstane alespoň jednu noc. Jestliže pacient v zařízení nezůstane přes noc, pak se tato péče považuje za ambulantní. Samoplátci domácí i cizinci nejsou přijímáni na základě primární indikace. Hosté si vybírají z různých léčebných balíčků⁶, jejichž obsah odpovídá indikačnímu seznamu.

3.3.2 Formy léčebné péče v lázních v ČR z hlediska pobytu v lázních

Ústavní (lůžková) péče

Ambulantní péče

⁶ Balík služeb – v pojetí cestovního ruchu jde o zhuštění marketingového přístupu – nabídka přizpůsobená cíli – uspokojení potřeb a přání zákazníka (Knop, 1999).

Dle Knopa (1999, s. 45) je **ústavní (lůžková) péče** spojená s léčebným pobytem pacienta v lázních a se službami s ním souvisejícími (ubytovací, stravovací a další). Jedná se o komplex léčebných, ubytovacích a stravovacích služeb, který je zajišťován z jednoho místa a provázaně, pokud možno i v jednom lázeňském objektu. Jedná se o celý pobyt, uskutečňují se vstupní, průběžné a výstupní lékařské prohlídky. Pacient přichází do lázni s tzv. hlavní diagnózou nebo i s vedlejšími diagnózami. Na základě vstupní lékařské prohlídky lázeňský lékař pacientovi předepíše dávky komplexní léčebné péče. Pacientovi je předepsán i stravovací režim. Také PLP je péčí ústavní neboli lůžkovou, a proto musí být poskytována pouze jako lůžkové péče v příslušném lázeňském zařízení (Svaz zdravotních pojišťoven ČR, 2014).

Podle Knopa (1999, s. 45) pacient pobývá v lázeňském režimu od přijetí lékařem až po ukončení léčby a opuštění lázeňského zařízení. Lázeňský režim je volnější než režim nemocniční nebo sanatorní, a během něho jsou parametry zdravotního stavu pacienta od příchodu až do ukončení léčby sledovány a vyhodnocovány. Na závěr je zpracována lékařská zpráva o výsledcích lázeňské léčby daného pacienta pro ošetřujícího lékaře.

Knop (1999, s. 45) uvádí, že v případě **ambulantní péče** se jedná o pouhé docházení na léčebnou péči (diagnostika, terapie) do lázeňských zařízení. Ubytování a stravování je realizováno mimo lázeňská zařízení. Podle (ÚZIS ČR, 2018) je ambulantní péče hrazena zdravotními pojišťovnami na základě poukazu na ošetření FT nebo K. V poukazu FT jsou vypsány procedury odesílajícím lékařem. Jedná-li se o poukaz K, provede vstupní vyšetření rehabilitační lékař. *„Ambulantní péče je v českém lázeňství chápána jako nerežimová a nesystémová péče lokálního charakteru“* (Knop, 1999, s. 60). *„Ambulantní rehabilitace (fyzioterapeutické, nikoliv lázeňské s použitím přírodního léčivého zdroje) mohou být smluvně sjednané s některými poskytovateli lázeňské péče v ČR, ale je na ně pohlíženo jako na ostatní ambulance stejného typu a budou nadále hrazeny standardními úhradovými mechanismy jako ostatní poskytovatelé ambulantní péče“* (Svaz zdravotních pojišťoven ČR, 2014).

Dále podle Knopa (1999, s. 60) z pohledu zahraničních lázní je ambulantní péče jedinou hromadně uplatňovanou formou. Komplexní péči v pojetí českých lázní provozovanou jako péči ústavní lze v Evropě jen těžko nalézt.

3.4 Ekonomika lázeňství v ČR

Podle Knopa (1999, s. 33) lázeňství v České republice financují ze dvou třetin zdravotní pojišťovny. Ekonomika lázeňských společností je z velké části součástí veřejné ekonomiky. Ta zahrnuje celou oblast služeb a statků, u kterých úplně nefunguje trh a jejichž produkce a spotřeba se financuje přerozdělováním důchodů, což znamená v rámci příjmů a výdajů státního rozpočtu nebo zákonného pojištění a jiných forem pojištění. Lázeňská léčebná péče je financována na základně smluvních vztahů mezi lázeňskými subjekty a zdravotními pojišťovnami, a to tvoří podstatnou část tržeb lázeňských subjektů, a je součástí komerčních aktivit. Lázeňské společnosti se snaží v rámci marketingu využívat vlastní zařízení (hotelové a jiné) a infrastrukturu. Tím vznikají nové komerční aktivity, jako například kongresová turistika, sportovní a kulturní akce, školení nebo výstavy. *„Lázeňství jako proces poskytování léčebné péče a lázeňských služeb jeví jako složitý a specifický obor činností, kde se prolínají hlavní prvky veřejné ekonomiky s prvky tržní ekonomiky“* (Knop, 1999, s. 33).

Knop (1999, s. 34) dále uvádí, že lázeňství provozuje také činnosti tržního charakteru, takže na základě nabídky a poptávky (provoz ubytovacích zařízení, restaurací, činnosti pro volný čas). Lázeňská a léčebná aktivita patří do oblasti veřejné ekonomiky. *„Veřejná ekonomie je vědní disciplínou, která zkoumá příčiny, existence, strukturu, principy fungování a efektivnost neziskového sektoru, tedy té části národního hospodářství, která má neziskový charakter a ve které nepůsobí zákonitosti trhu“* (Tetřevová, 2008, s. 12).

Tetřevová (2008, s. 12) definuje v obecném pojetí předmět studia veřejné ekonomie jako tu část národního hospodářství, ve které se uplatňuje veřejná moc, především donucovací moc při alokačních a redistribučních (přerozdělovacích) rozhodnutích.

3.4.1 Ekonomika veřejného sektoru (veřejná ekonomika)

Podle Tetřevové (2008, s. 13) se jedná o aplikovanou vědní disciplínu, která využívá poznatky z veřejné ekonomie během zkoumání struktury a zákonitostí fungování jednotlivých odvětví veřejného sektoru (např. zdravotnictví). Předmětem jejího zkoumání jsou vzájemné vztahy a procesy mezi organizacemi a institucemi veřejného sektoru, ale i vztahy k ostatním subjektům národního hospodářství (občanům, domácnostem, firmám, soukromým neziskovým organizacím).

Podle Knopa (1999, s. 64) státní léčebné lázně jsou státním podnikem, soukromé léčebné lázně akciovou společností nebo s. r. o. a produkují statky nebo služby v rámci lázeňských léčebných aktivit na trhu většinou neprodávané, a které se uskutečňují formou přerozdělování důchodů a bohatství mezi občany (prostřednictvím zdravotních pojišťoven a na základě dotace a daňových úlev). Činnosti státních léčebných lázní nejsou v zásadě ziskové, platí však pro ně stejné principy a nařízení jako pro ostatní organizace veřejného sektoru.

3.4.2 Veřejné finance

Tetřevová (2008, s. 14) definuje veřejné finance jako vědní disciplínu, která se zkoumá finanční toky, které zabezpečují fungování veřejného sektoru. Předmětem jejich zájmu jsou peněžní vztahy které vznikají v souvislosti s tvorbou, rozdělováním a užitím peněžních fondů, spojených s činností veřejných institucí.

Dle Knopa (1999, s. 64) podle obecných principů zmíněných ekonomických teorií se lázeňství a jeho produkce bere jako obor zdravotnictví, který převážně patří do veřejné ekonomiky. Jeho produkty v podobě statků nebo služeb patří svým charakterem mezi veřejné nebo jinými slovy kolektivní statky.

4 Vlastní práce

V první části této kapitoly je zkoumána lázeňská péče a výdaje na lázeňskou péči v lázních v ČR v letech **2000-2017** a druhá část je věnována popisu činnosti, zkoumání lázeňské péče a zhodnocení hospodaření vybraného lázeňského subjektu – **Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s.** v letech **2014-2017**. V celé kapitole jsou pacienti z hlediska způsobu úhrady rozděleni na pacienty na náklad zdravotních pojišťoven (tuzemci), na pacienty na vlastní náklady (tuzemci) a na pacienty cizince, kteří jsou vždy na vlastní náklady.

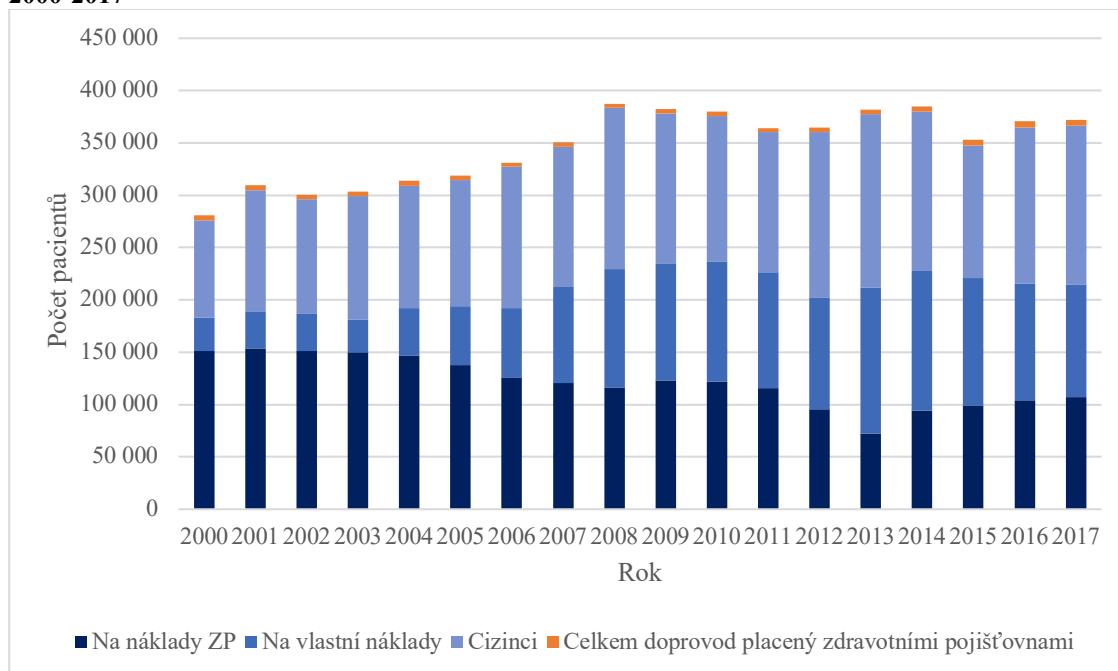
4.1 Vývoj poskytování lázeňské péče v lázních v ČR v letech 2000-2017

V této podkapitole je zkoumána lázeňská péče v lázních v ČR a její vývoj v letech **2000-2017** podle statistických údajů získaných z výkazů o lázeňské péči.

4.1.1 Vývoj počtu pacientů a doprovodu v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017

V této podkapitole je zkoumán vývoj počtu pacientů a doprovodu v lázních v ČR celkem podle způsobu úhrady a podle typu lázeňské péče hrazené zdravotní pojišťovnou a dále také s rozdělením na dospělé a děti a dorost podle způsobu úhrady v letech **2000-2017**.

Graf 1 Vývoj celkového počtu pacientů a doprovodu v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017



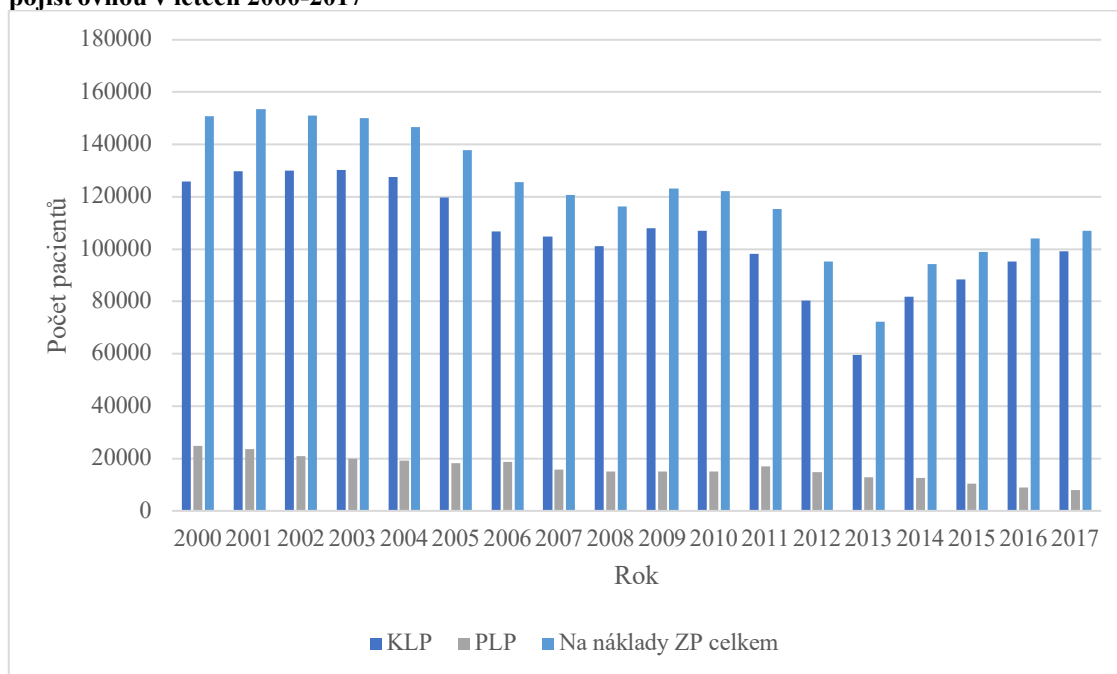
Zdroj: vlastní zpracování (ÚZIS, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018)

Jak je z grafu 1 patrné, stabilní růst celkového počtu pacientů lze zaznamenat až od roku 2002, a to do roku 2008, kdy je počet pacientů v lázních ČR za celou zkoumanou dobu na vrcholu. V tomto období je průměrné tempo růstu pacientů 4 %. Vývoj počtu pacientů, kterým lázeňskou péči hradí zdravotní pojišťovna, má od roku 2000 do roku 2017 tendenci se měnit. V roce 2017 byl počet pacientů na náklady zdravotní pojišťovny nižší o 29 % oproti roku 2000. U počtu pacientů samoplátců tuzemců došlo k ohromnému růstu, a to o 237 % v roce 2017 oproti roku 2000. Počet samoplátců cizinců v českých lázních se v roce 2017 také zvýšil, a to o 63 % oproti roku 2000. Počet doprovodu placený zdravotními pojišťovnami vzrostl o 23 % oproti roku 2000.

Podíly jednotlivých skupin pacientů podle způsobu úhrady se v roce 2017 oproti roku 2000 také změnil. V roce 2017 se podíl počtu pacientů na náklady zdravotní pojišťovny snížil o 25,5 p. b. oproti roku 2000, podíl počtu pacientů tuzemců na vlastní náklady se naopak zvýšil o 17,8 p. b. a podíl počtu pacientů cizinců se také zvýšil, a to o 7,7 p. b. oproti roku 2000. Podle odevzdaných výkazů navštívilo v roce 2017 lázně za účelem lázeňské léčebné rehabilitační péče celkem 366 264 pacientů. Nejvyššího podílu z celkového počtu pacientů v roce 2017 dosáhli pacienti na vlastní náklady tuzemci i

cizinci, a to až 70,8 %. Naopak nejvyšší podíl z celkového počtu pacientů v roce 2017 zaujímají pacienti na náklad zdravotní pojišťovny, a to 29,2 %.

Graf 2 Vývoj celkového počtu pacientů v lázních v ČR podle typu lázeňské péče hrazené zdravotní pojišťovnou v letech 2000-2017



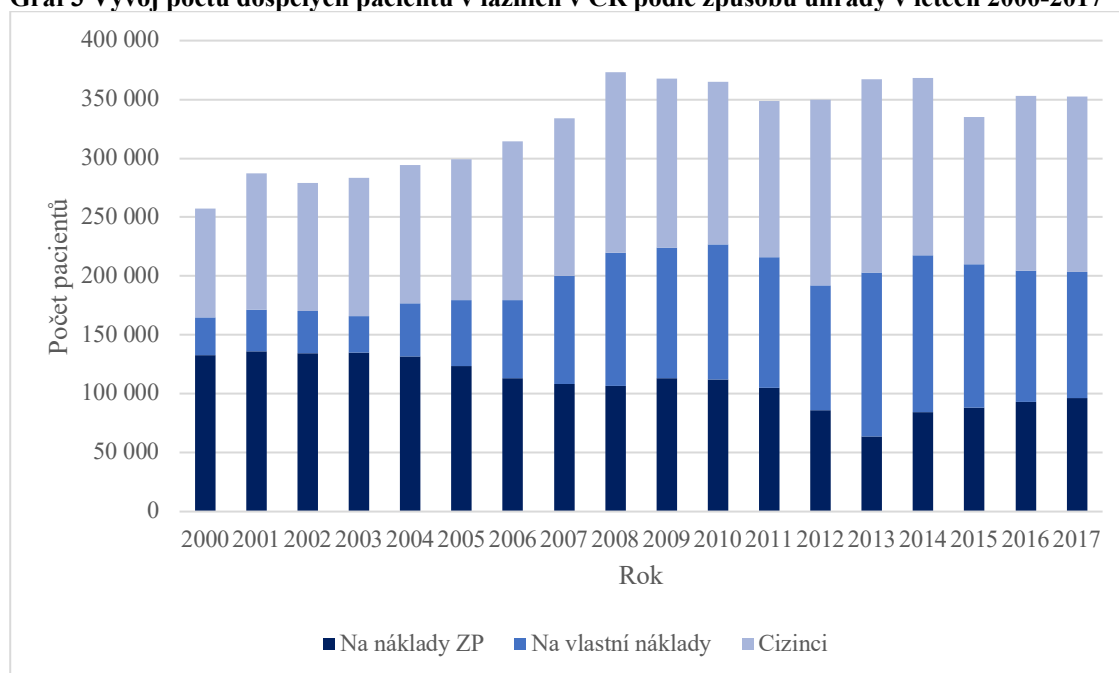
Zdroj: vlastní zpracování (ÚZIS, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018)

V grafu 2 je možné zaznamenat, že celkový počet pacientů na náklady zdravotní pojišťovny se až do roku 2013 převážně snižuje a od roku 2013 do roku 2017 dochází k postupnému růstu, a to v průměru o 10 %. Podíl počtu pacientů, kterým zdravotní pojišťovna hraří komplexní lázeňskou péčí, je za celou zkoumanou dobu vyšší než podíl počtu pacientů na příspěvkové lázeňské péči. V roce 2017 činil podíl počtu pacientů léčených na komplexně lázeňské péči 92,7 % z celkového počtu pacientů na náklady zdravotní pojišťovny. Oproti roku 2000 to není tak razantní rozdíl, podíl v roce 2017 se zvýšil o pouhých 9,2 p. b. Co se týče podílu pacientů na příspěvkové lázeňské péči, ten se v roce 2017 oproti roku 2000 naopak o 9,2 p. b. snížil. Celkový podíl počtu pacientů na náklady ZP se v roce 2017 snížil o 25,5 p. b. oproti roku 2000 a zaujímal nejvyšší podíl z celkového počtu pacientů v lázních v ČR pro rok 2017.

Nejnižší celkový počet pacientů na náklad zdravotní pojišťovny u obou typů lázeňské péče je možné zaznamenat v roce 2013, kdy podíl počtu pacientů na náklad ZP dosahoval pouhých 19,1 % z celkového počtu pacientů. Počet pacientů u obou typů

lázeňské péče hrazené zdravotní pojišťovnou byl v roce 2017 mnohem nižší oproti roku 2000. Počet pacientů, kterým ZP hradila komplexně lázeňskou péči, byl v roce 2017 o 21 % nižší oproti roku 2000 a počet pacientů, kterým ZP hradila příspěvkovou lázeňskou péči, byl v roce 2017 až o 69 % nižší oproti roku 2000.

Graf 3 Vývoj počtu dospělých pacientů v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017



Zdroj: vlastní zpracování (ÚZIS, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018)

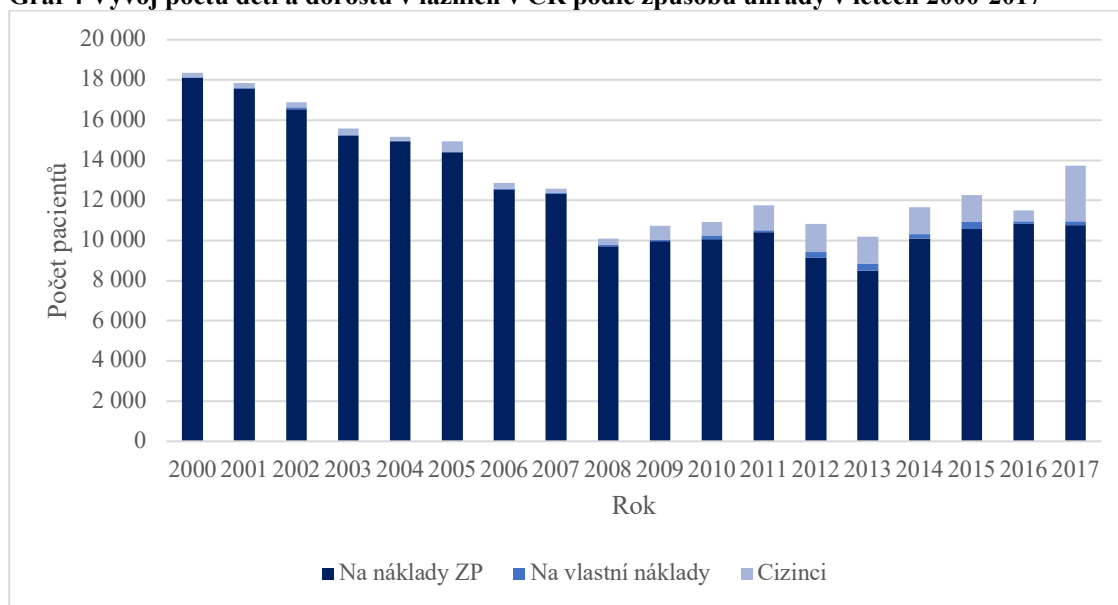
Z grafu 3 je zřejmé, že počet dospělých pacientů, které hradí zdravotní pojišťovna oproti roku 2000 převážně klesá a v roce 2017 nedosahuje ani 100 tisíc pacientů (počet je o 28 % nižší oproti roku 2000). Naopak počet dospělých tuzemských pacientů samoplátců a samoplátců cizinců se až do roku 2014 více méně zvyšuje, nicméně od roku 2014 až do 2017 došlo u celkového počtu dospělých pacientů samoplátců k mírného poklesu. V roce 2017 byl ale počet dospělých tuzemských pacientů samoplátců vyšší až o 237 % oproti roku 2000. Co se týče dospělých pacientů samoplátců cizinců, těch bylo v roce 2017 v lázních v ČR o 60 % více oproti roku 2000. Vysoký podíl dospělých samoplátců tuzemců i cizinců je možné zaznamenat v roce 2013, kdy tuzemci tvořili podíl 37,9 % a cizinci až 44,7 % z celkového počtu dospělých pacientů. Tato skutečnost může být způsobena tím, že za poslední roky před rokem 2013 docházelo spíše k redukci plateb od zdravotních pojišťoven a poskytovatelé lázeňské péče se orientují na vylepšování svých služeb, jak

v oblasti ubytovací, stravovací i léčebné, tak na akvizici stále širší klientely platících různými formami „hotovostních“ plateb (ÚZIS, 2014).

Dále k propadu počtu pacientů na náklady zdravotní pojišťovny přispěla „*Vyhláška ministerstva zdravotnictví číslo 267/2012 Sbírky o stanovení indikačního seznamu pro lázeňskou a léčebně rehabilitační péči*“, kterou ministerstvo zdravotnictví snížilo počty nemocí léčených v lázních na účet pojištění, zkrátilo dobu léčby ze čtyř týdnů na tři a omezilo i možnost prodloužení či opakování léčby (Válková, 2014).

V roce 2017 navštívilo lázně v České republice za účelem lázeňské léčebné rehabilitační péče celkem 352 547 (96,25 % z celkového počtu pacientů) dospělých pacientů. V roce 2017 byl celkový počet přijatých dospělých pacientů vyšší o 36,94 % oproti roku 2000. Podíly jednotlivých skupin dospělých pacientů podle způsobu úhrady se v roce 2017 oproti roku 2000 také změnily. V roce 2017 se podíl počtu dospělých pacientů na náklady zdravotní pojišťovny snížil o 24,3 p. b. oproti roku 2000, podíl počtu pacientů samoplátců tuzemců se naopak zvýšil o 18,1 p. b. a podíl počtu pacientů samoplátců cizinců se také zvýšil, a to o 7 p. b. oproti roku 2000. Nejvyššího podílu dospělých pacientů v roce 2017 dosáhli pacienti na vlastní náklady celkem (tuzemci i cizinci), a to až 73 % z celkového počtu, z nichž vyšší podíl tvořili cizinci, a to 58 %.

Graf 4 Vývoj počtu dětí a dorostu v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017



Zdroj: vlastní zpracování (ÚZIS, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018)

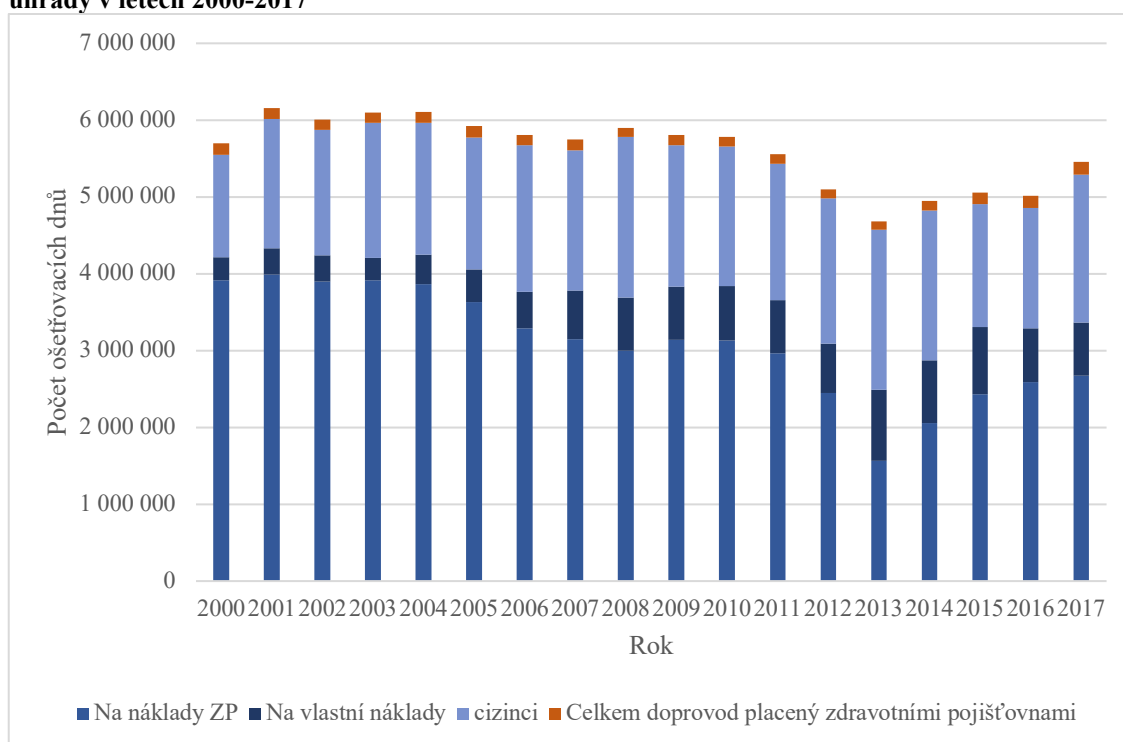
Ve srovnání s grafem 3, je v grafu 4 možné zaznamenat značné rozdíly. Zatímco v grafu 3 počet dospělých pacientů samoplátců tuzemců i cizinců v roce 2017 vysoce převyšoval počet dospělých pacientů, kterým lázeňskou péči hradí zdravotní pojišťovna, v grafu 4 byl počet dětí a dorostu na náklad zdravotní pojišťovny v roce 2017 mnohem vyšší oproti dětem a dorostu samoplátcům tuzemcům i cizincům, a to i po celou zkoumanou dobu. V roce 2017 zaujímá počet dětí a dorostu na náklad zdravotní pojišťovny podíl 78,5 % z celkového počtu dětí a dorostu a je o 20,1 p. b. nižší než v roce 2000.

Nejvíce dětí a dorostu celkem se v lázních v ČR léčilo v roce 2000 a nejméně v roce 2008, kdy jejich počet dosahoval 10 086, což je o víc než polovinu méně oproti roku 2000 (rozdíl 55 %). Dále je v grafu 4 možné vidět, že podíl dětí a dorostu cizinců byl v roce 2017 oproti předchozím rokům vysoký, a to 20,2 % z celkového počtu dětí a dorostu. Oproti roku 2000 se podíl dětí a dorostu cizinců v roce 2017 zvýšil až o 19 p. b. Celkový počet dětí a dorostenců pobývajících v lázních v roce 2017 činil 13 717 osob. Z celkového počtu pacientů v roce 2017 se jedná o 3,74 %. V roce 2017 byl celkový počet přijatých dětí a dorostu nižší o 25,28 % oproti roku 2000.

4.1.2 Vývoj počtu ošetrovacích dnů v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017

V této podkapitole je zkoumán vývoj počtu ošetrovacích dnů u pacientů a doprovodu v lázních v ČR celkem a s rozdělením na dospělé a děti a dorost podle způsobu úhrady v letech 2000-2017.

Graf 5 Vývoj počtu ošetrovacích dnů u pacientů a doprovodu celkem v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017



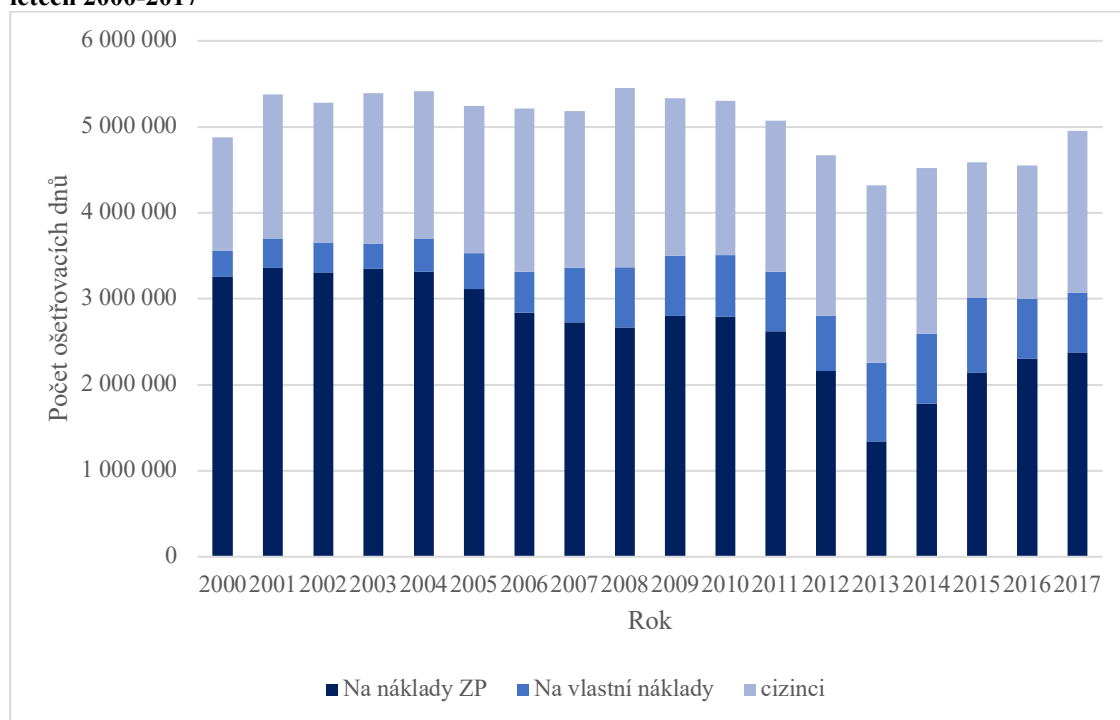
Zdroj: vlastní zpracování (ÚZIS, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018)

Z grafu 5 lze vyvozovat, že počet ošetrovacích dnů u pacientů hrazených zdravotní pojišťovnou má od roku 2000 do roku 2013 tendenci se převážně snižovat a od roku 2013 až do roku 2017 lze zaznamenat stabilní růst v průměru o 14 %. V roce 2017 byl počet ošetrovacích dnů u pacientů hrazených zdravotní pojišťovnou nižší o 32 % oproti roku 2000.

Počet ošetrovacích dnů u pacientů samoplátců tuzemců měl od roku 2000 tendenci se měnit, ale v roce 2017 byl vyšší o 128 % oproti roku 2000. Počet ošetrovacích dnů u cizinců v lázních v ČR byl v roce 2017 také vyšší, a to o 45 % oproti roku 2000.

Počet ošetrovacích dnů u doprovodu v roce 2017 byl nepatrně vyšší, a to o 6 % oproti roku 2000. Z grafu 5 je dále patrné, že po celou zkoumanou dobu s výjimkou roku 2013 největší podíl ošetrovacích dnů je u pacientů, kterým hradí pobyt zdravotní pojišťovna. Pravděpodobně je tato skutečnost dána tím, že pacientům na náklady ZP je délka základního léčebného pobytu předepisována ze zákona u komplexně lázeňské péče i u příspěvkové lázeňské péče minimálně na 21 dní. Pacienti samoplátcí si délku léčebného pobytu v lázních určují sami. Celkový počet ošetrovacích dnů byl nejnižší v roce 2013, a to z důvodu již výše zmíněné Vyhlášky ministerstva zdravotnictví č. 267/2012 a nejvyšší celkový počet byl v roce 2001. V roce 2017 byl celkový počet ošetrovacích dnů u pacientů celkem nižší o 5 % oproti roku 2000. V roce 2017 pacienti strávili v lázních celkem 5 292 369 ošetrovacích dní. Podíl počtu ošetrovacích dnů u pacientů na náklad zdravotní pojišťovny byl v roce 2017 nižší o 20,1 p. b. oproti roku 2000, podíl počtu ošetrovacích dnů u pacientů samoplátců tuzemců byl naopak vyšší o 7,6 p. b. a podíl počtu ošetrovacích dnů u pacientů cizinců byl v roce 2017 také vyšší, a to o 12,6 p. b. oproti roku 2000.

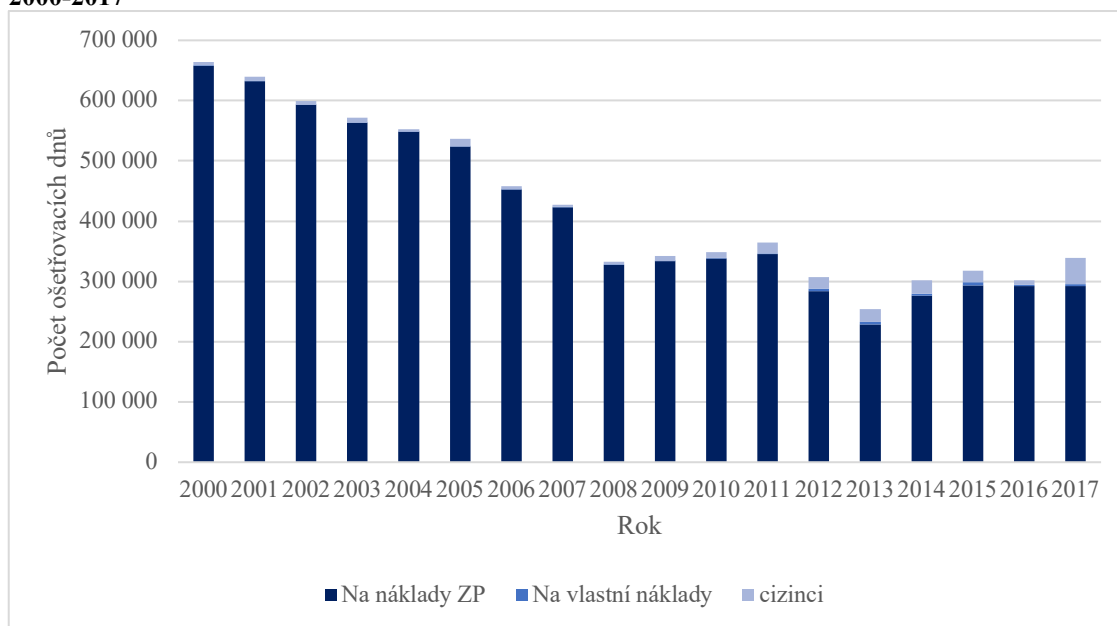
Graf 6 Vývoj počtu ošetrovacích dnů u dospělých pacientů v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017



Zdroj: vlastní zpracování (ÚZIS, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018)

Z grafu 6 je patrné, že taktéž jako v grafu 5 se vývoj počtu ošetrovacích dnů u dospělých pacientů hrazených zdravotní pojišťovnou v letech 2000-2013 převážně snižuje. V roce 2013 počet ošetrovacích dnů u dospělých pacientů hrazených ZP dosahuje minima a v letech 2013-2017 se postupně zvyšuje v průměru o 15,8 %. Vývoj v grafu 6 je velice obdobný vývoji v grafu 5. V roce 2017 dospělí pacienti strávili v láních celkem 4 952 933 (93,59 % z celkového počtu) ošetrovacích dní. V roce 2017 se zvýšil celkový počet ošetrovacích dnů u dospělých pacientů o 1,47 % oproti roku 2000. Podíl počtu ošetrovacích dnů u dospělých pacientů na náklad zdravotní pojišťovny byl v roce 2017 nižší o 18,7 p. b. oproti roku 2000, podíl počtu ošetrovacích dnů u dospělých pacientů samoplátců tuzemců byl naopak vyšší o 7,7 p. b. a podíl počtu ošetrovacích dnů u dospělých pacientů cizinců byl v roce 2017 také vyšší, a to o 11 p. b. oproti roku 2000.

Graf 7 Vývoj počtu ošetrovacích dnů u dětí a dorostu v láních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017



Zdroj: vlastní zpracování (ÚZIS, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018)

V grafu 7 lze zaznamenat vysoký podíl počtu ošetrovacích dnů u dětí a dorostu, kterým hradí pobyt zdravotní pojišťovna po celou zkoumanou dobu. Největší počet ošetrovacích dnů u dětí a dorostu připadal na rok 2000, a to 663 898 dnů a z toho podíl ošetrovacích dnů u dětí a dorostu na náklad ZP činil až 99 %. Podíl počtu ošetrovacích dnů u dětí a dorostu z celkového počtu ošetrovacích dnů u pacientů celkem je po celou zkoumanou dobu velmi nízký. V roce 2017 zaujímal celkový počet ošetrovacích dnů u dětí

a dorostu 339 436 dnů (podíl 6,41 % z celkového počtu), a tak byl počet ošetřovacích dnů nižší oproti roku 2000 až o 48,87 %, přičemž podíl ošetřovacích dnů u dětí a dorostu z celkového počtu ošetřovacích dnů byl nižší o 5,6 p. b. Počet ošetřovacích dnů u dětí a dorostu samoplátců tuzemců byl v roce 2017 vyšší o 146 % oproti roku 2000 a podíl se zvýšil o 0,6 p. b. V roce 2017 došlo ke zvýšení podílu ošetřovacích dnů u dětí a dorostu cizinců oproti roku 2000, a to o 12,3 p. b., a tak v roce 2017 podíl ošetřovacích dnů u dětí a dorostu cizinců zaujímal nejvyšší procento z celého zkoumaného období (13 % z celkového počtu ošetřovacích dnů u dětí a dorostu). Nejmenší počet ošetřovacích dnů u dětí a dorostu cizinců připadal na rok 2007 (pouhých 0,8 % z celkového počtu ošetřovacích dnů u dětí a dorostu).

4.1.3 Průměrná ošetřovací doba v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017

V této podkapitole je zkoumán vývoj průměrné ošetřovací doby v lázních v ČR u pacientů podle způsobu úhrady v letech 2000-2017

Tabulka 3 Průměrná ošetřovací doba u pacientů celkem v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Průměrná ošetřovací doba (dny)																		
Na náklad ZP	25,9	26,0	25,8	26,1	26,3	26,3	26,2	26,1	25,8	25,5	25,7	25,7	25,7	21,7	21,8	24,6	24,9	25,0
Na vlastní náklady	9,5	9,6	9,6	9,4	8,5	7,5	7,1	6,8	6,2	6,3	6,2	6,2	6,0	6,6	6,1	7,2	6,3	6,4
Cizinci	14,3	14,6	15,0	14,9	14,7	14,3	14,1	13,7	13,6	12,8	13,0	13,3	11,9	12,6	12,8	12,7	10,5	12,7
Celkem pacienti	20,1	19,7	19,9	20,0	19,3	18,4	17,3	16,2	15,1	15,0	15,0	15,1	13,8	12,1	12,7	14,1	13,3	14,4

Zdroj: vlastní zpracování (ÚZIS, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018)

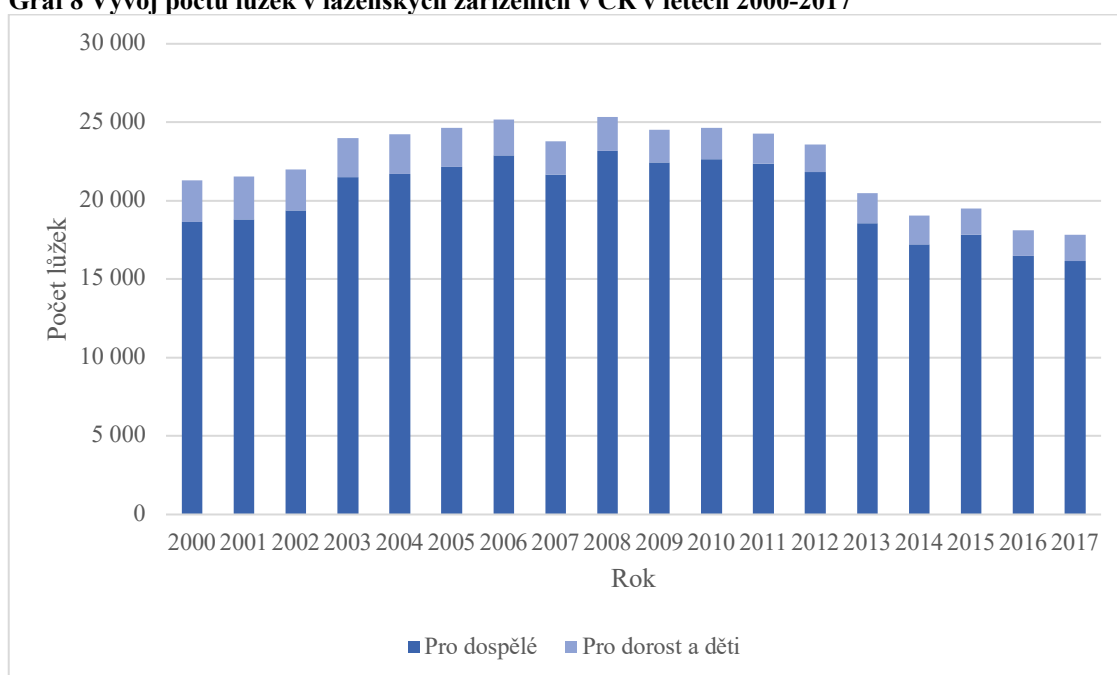
V tabulce 3 je možné vidět, že průměrná ošetřovací doba u pacientů, kterým pobyt hradí zdravotní pojišťovna je od roku 2000 až do roku 2012 více méně stejná. V letech 2013-2014 průměrná ošetřovací doba u pacientů na náklady ZP klesla o cca 4 dny a od roku 2015 se zase mírně zvyšuje. V roce 2013 náhlé snížení průměrné ošetřovací doby až o 4 dny u pacientů na náklad ZP zapříčinila již výše zmíněná vyhláška, kterou ministerstvo mimo jiné zkrátilo dobu léčby ze čtyř týdnů na tři. V roce 2017 byla průměrná ošetřovací doba u pacientů na náklad ZP nižší o pouhé 3 % oproti roku 2000. Z tabulky 3 je dále zřejmé, že nejkratší průměrná doba léčebného pobytu v lázních připadá na samoplátce tuzemce. Průměrná ošetřovací doba se u nich od roku 2000 i nadále postupně převážně snižuje a v roce 2017 je až o 33 % nižší oproti roku 2000. U cizinců byla průměrná

ošetřovací doba v roce 2017 o 11 % nižší oproti roku 2000. Celková průměrná ošetřovací doba byla v roce 2017 o 28,4 % nižší než v roce 2000.

4.1.4 Vývoj počtu lůžek a lázeňských zařízení v ČR v letech 2000-2017

V této podkapitole je zkoumán vývoj počtu lůžek pro komplexní lázeňskou péči a lázeňských zařízení v lázních v ČR v letech 2000-2017

Graf 8 Vývoj počtu lůžek v lázeňských zařízeních v ČR v letech 2000-2017

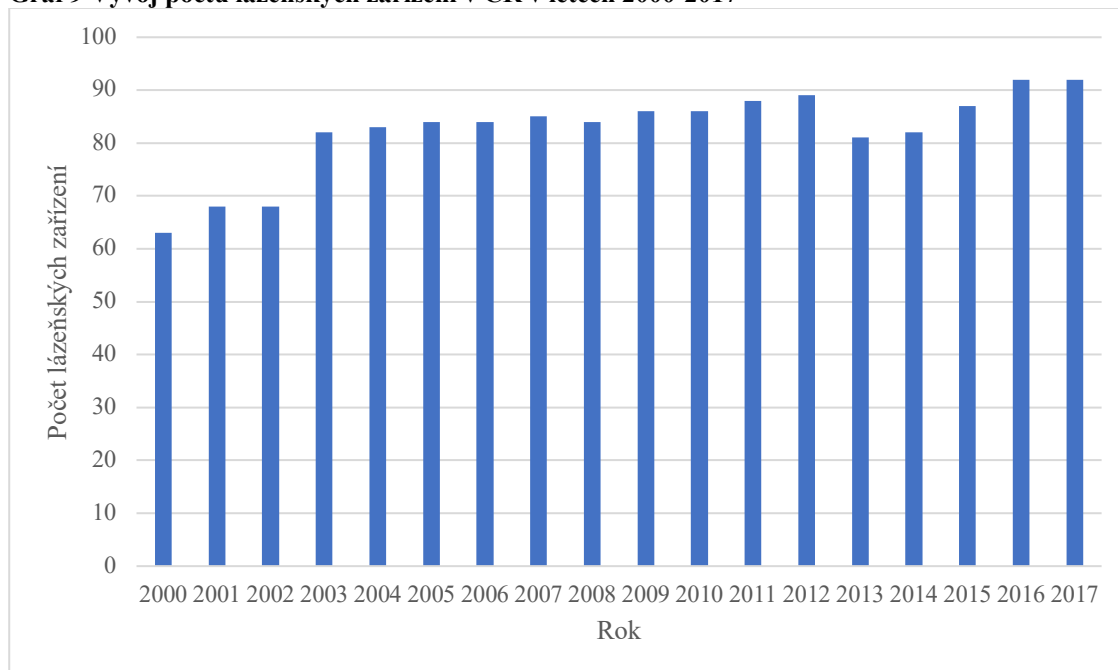


Zdroj: vlastní zpracování (Český statistický úřad, 2001-2018)

Lůžka jsou v grafu 8 uváděna pro komplexní lázeňskou péči. Největší celkový počet lůžek v lázních v ČR za celou zkoumanou dobu byl v roce 2008, a to 25 346 lůžek. Jak je z grafu 8 dále patrné, počet lůžek pro dospělé v lázeňských zařízeních v ČR je mnohonásobně vyšší než počet lůžek pro děti a dorost. V roce 2017 lůžka pro dospělé zaujímaly podíl 90,6 % celkového počtu lůžek pro komplexní lázeňskou péči. Oproti roku 2000 počet lůžek pro dospělé byl v roce 2017 o 13,4 % nižší. Co se týče dětí a dorostu, počet lůžek byl v roce 2017 o 36,5 % nižší než v roce 2000. V roce 2017 lázně v ČR disponovaly celkem 17 842 lůžky pro komplexní lázeňskou péči, což je o 16,26 % méně než v roce 2000 a zároveň se jedná o nejmenší počet lůžek pro komplexní lázeňskou péči za celou zkoumanou dobu. V roce 2000 průměrný počet dospělých pacientů na KLP byl 5,8 na jedno lůžko, přičemž v roce 2017 se jednalo v průměru přibližně o 5,5 pacientů na

jedno lůžko. Co se týče dětí a dorostu na KLP, v roce 2000 bylo v průměru 6,8 dětí a dorostu na jedno lůžko a v roce 2017 byl průměrný počet 6,4 na jedno lůžko.

Graf 9 Vývoj počtu lázeňských zařízení v ČR v letech 2000-2017



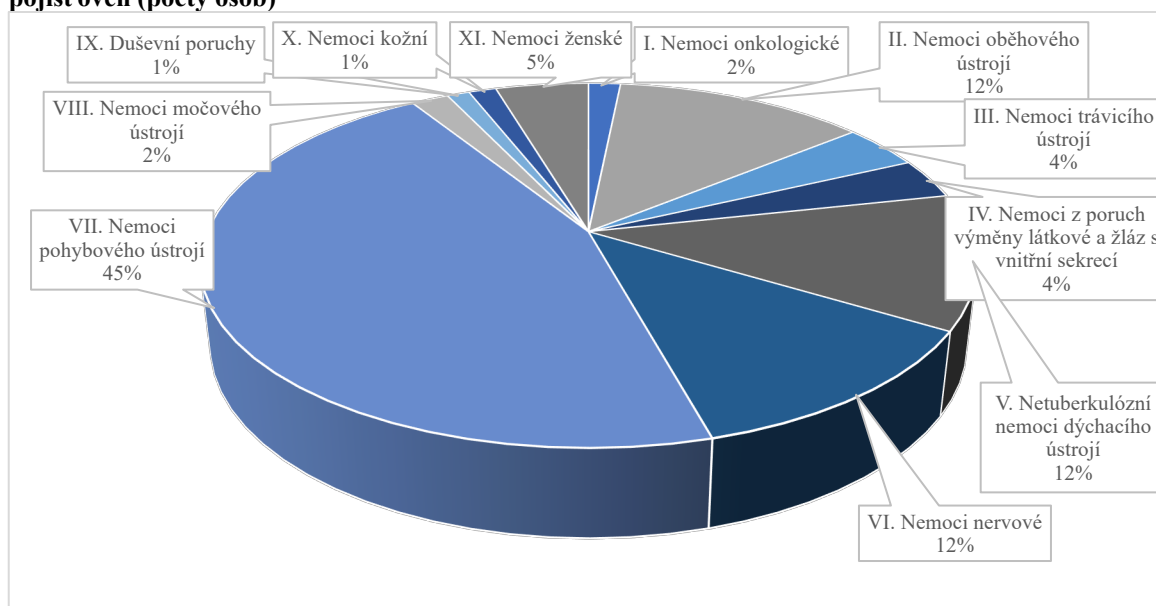
Zdroj: vlastní zpracování (Český statistický úřad, 2001-2018)

V grafu 9 lze vidět převážně postupný nárůst počtu lázeňských zařízení v ČR od roku 2000 s výjimkou roku 2013, kdy došlo k náhlému poklesu počtu lázeňských zařízení v ČR. Od roku 2013 až do roku 2017 počet lázeňských zařízení v ČR rostl průměrným meziročním tempem 3 %. V roce 2017 bylo v ČR celkem 92 lázeňských zařízení a spolu s rokem 2016 se jednalo o největší počet lázeňských zařízení za celou zkoumanou dobu. Oproti roku 2000, kdy byl počet lázeňských zařízení za celou zkoumanou dobu nejnižší, byl nárůst v roce 2017 vysoký, a to až o 46,03 %. Z grafu 8 a grafu 9 je sice zřejmé, že lůžková kapacita v lázních v ČR byla v roce 2017 z celého zkoumaného období nejnižší, ale naopak lázeňských zařízení bylo z celého zkoumaného období v roce 2017 nejvíce. Průměrný počet lůžek pro KLP na jedno lázeňské zařízení činil v roce 2017 193,9, přičemž v roce 2000 se jednalo o 338,2 lůžek pro KLP na jedno lázeňské zařízení.

4.1.5 Porovnání struktury lázeňské péče v ČR podle indikačních skupin na náklad zdravotních pojišťoven mezi roky 2000 a 2017.

V této podkapitole je zkoumán rozdíl ve struktuře lázeňské péče v ČR podle indikačních skupin na náklad zdravotních pojišťoven u pacientů celkem v letech 2000 a 2017.

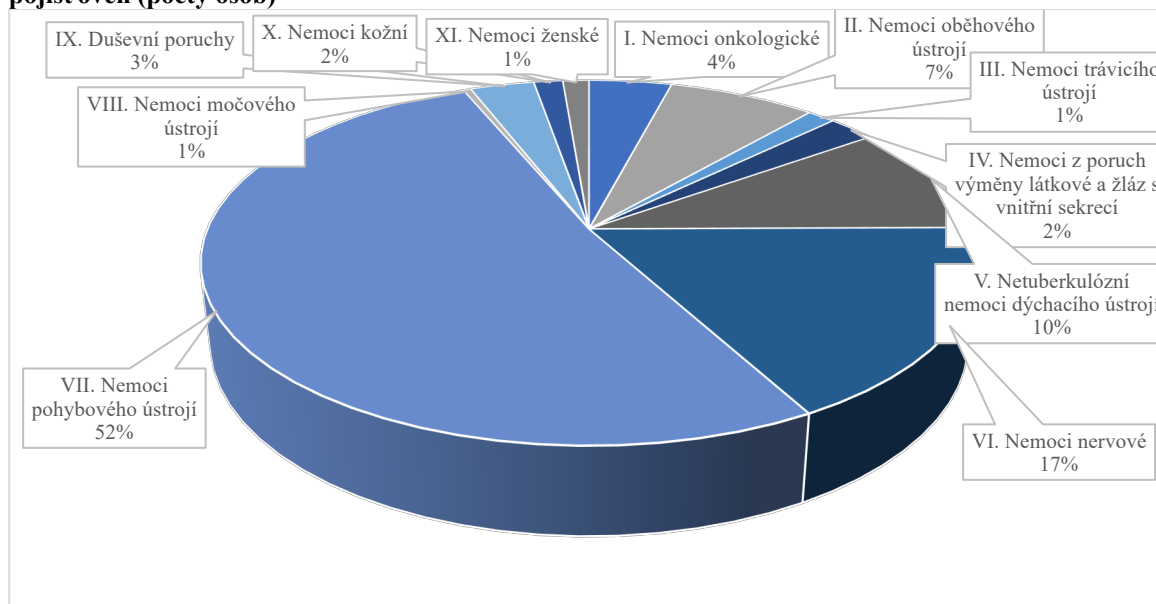
Graf 10 Struktura lázeňské péče v ČR roce 2000 podle indikačních skupin na náklad zdravotních pojišťoven (počty osob)



Zdroj: vlastní zpracování (ÚZIS ČR, 2001)

V grafu 10 lze vidět, že největší procento lázeňské péče podle indikačních skupin na náklad ZP v roce 2000 zaujímaly nemoci pohybového ústrojí, a to až 45 % z celkového počtu pacientů léčených v lázních v ČR na náklady ZP. Na druhém místě byly nemoci nervové, netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí a nemoci oběhového ústrojí (12 %). Nejméně byly v roce 2000 v lázních v ČR léčené duševní poruchy (1 %) a nemoci kožní (1 %).

Graf 11 Struktura lázeňské péče v ČR roce 2017 podle indikačních skupin na náklad zdravotních pojišťoven (počty osob)



Zdroj: vlastní zpracování (ÚZIS ČR, 2018)

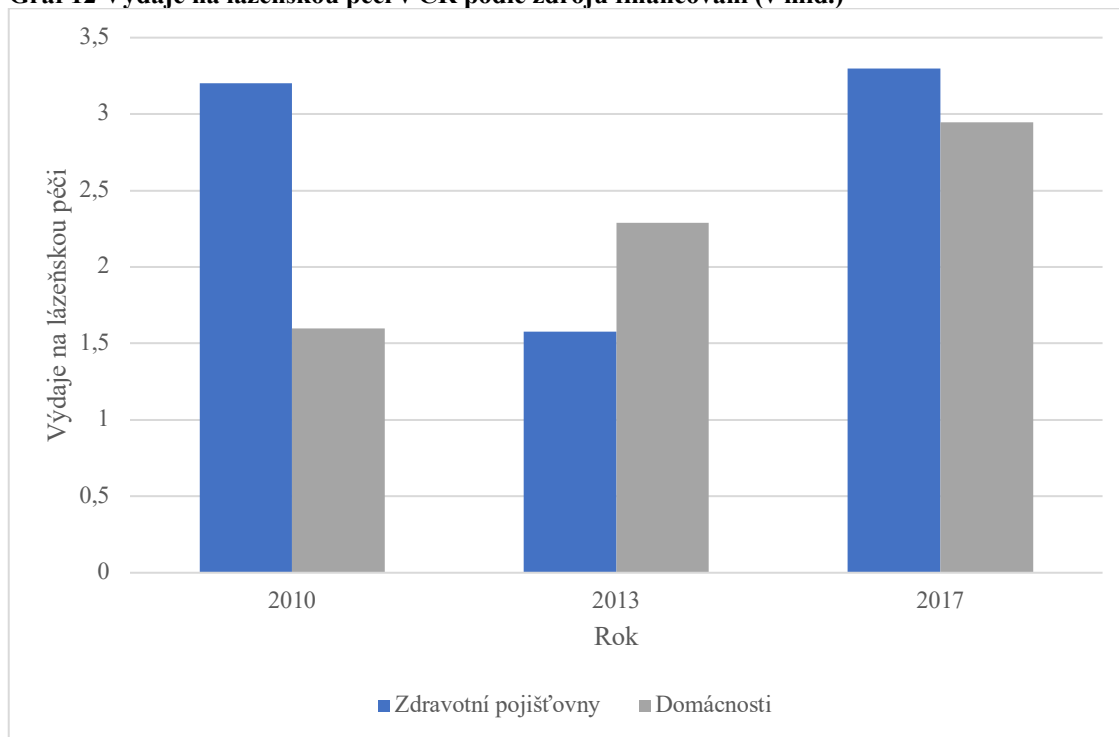
V grafu 11 je možné vidět, že největší procento lázeňské péče podle indikačních skupin na náklad ZP v roce 2017 stále zaujímají nemoci pohybového ústrojí, došlo dokonce k navýšení na 52 % z celkového počtu pacientů léčených v lázních v ČR na náklady ZP, a tak se podíl oproti roku 2000 zvýšil o 7 p. b. Dále k významnějšímu navýšení podílu došlo u pacientů léčených na nemoci nervové, a to o 5 p. b. oproti roku 2000. K největšímu snížení podílu z celkového počtu pacientů na náklad ZP došlo v roce 2017 u nemocí oběhového ústrojí, a to o 5 p. b. oproti roku 2000.

Nejméně jsou v lázních v ČR v roce 2017 na rozdíl od roku 2000 léčené nemoci ženské (1 %) a nemoci trávicího ústrojí (1 %). Podíl léčených ženských nemocí na celkovém počtu pacientů na náklad ZP se snížil o 4 p. b. a nemocí trávicího ústrojí o 3 p. b. oproti roku 2000. V roce 2017 se dále například zvýšil podíl pacientů léčených na duševní poruchy (o 2 p. b.) a na nemoci onkologické (o 2 p. b.) a snížil se podíl pacientů léčených na nemoci z poruch výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí (o 2 p. b.) a na netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí (o 2 p. b.). Nejmenší změna v roce 2017 nastala u podílu léčených nemocí kožních a nemocí močového ústrojí, kde se oproti roku 2000 snížil o pouhý 1 p. b.

4.2 Struktura výdajů na lázeňskou péči v ČR v letech 2010, 2013 a 2017

V této kapitole je zkoumána struktura výdajů na lázeňskou péči v ČR v letech 2010, 2013 a 2017 podle statistických údajů získaných z výsledků zdravotnických účtů ČR.

Graf 12 Výdaje na lázeňskou péči v ČR podle zdrojů financování (v mld.)



Zdroj: vlastní zpracování (ČSÚ, 2010-2017)

V grafu 12 je možné vidět, že v roce 2010 výdaje zdravotních pojišťoven (veřejné zdroje) převyšovaly výdaje domácností (soukromé zdroje), a to o 50 %. V roce 2013 došlo oproti roku 2010 ke změně, a naopak výdaje domácností převyšovaly výdaje zdravotních pojišťoven, a to o 31 %. Důvodem poklesu výdajů zdravotních pojišťoven na lázeňskou péči o víc než polovinu oproti roku 2010 byla již několikrát zmíněná vyhláška, kterou ministerstvo zdravotnictví snížilo počty nemocí léčených v lázních na účet pojištění, zkrátila dobu léčby ze čtyř týdnů na tři a omezila i možnost prodloužení či opakování léčby (ČTK, 2014).

V roce 2017 došlo k opětovnému navýšení výdajů zdravotních pojišťoven na lázeňskou péči, a to o 3 % oproti roku 2010 a až o 109 % oproti roku 2013. Také výdaje domácností na lázeňskou péči v roce 2017 vzrostly, a to až o 84,6 % oproti roku 2010 a o 28,7 % oproti roku 2013. Nárůst výdajů domácností může být do určité míry způsoben vyššími příplatky na danou kategorii ubytování v lázeňských zařízeních (ČSÚ, 2010-

2017). V roce 2017 výdaje ZP převyšovaly výdaje domácností o 10,7 %. Průměrné výdaje ZP na jednoho dospělého pacienta byly v roce 2017 28 080 Kč, což je o 16 % více než v roce 2010 a až o 45 % více oproti roku 2013. Průměrné výdaje ZP na jedno dítě a dorost činily v roce 2017 27 582 Kč, což je oproti roku 2010 více o 8,5 % a oproti roku 2013 více až o 35 %.

Podle ČSÚ (2010-2017) mezi veřejné zdroje financování zdravotnictví patří kromě zdravotních pojišťoven, kterým patří největší podíl (65 % v roce 2017), dále také statní rozpočet a krajské a obecní rozpočty. Mezi soukromé zdroje financování zdravotnictví patří mimo domácností, které se ze soukromých zdrojů na financování podílejí opět nejvíce (14 % v roce 2017), také soukromé zdravotní pojišťovny, neziskové instituce a podniky – závodní preventivní péče.

Tabulka 4 Podíl lázeňské péče na celkových nákladech ZP (v %)

	2010	2013	2017
Celkem výdaje ZP na zdravotnictví (v mld.)	231,9	238,4	252,2
Podíl lázeňské péče na celkových výdajích ZP na zdrav. (v %)	1,4	0,7	1,3

Zdroj: vlastní zpracování (ČSÚ, 2010-2017)

V tabulce 4 je možné vidět, že celkový podíl lázeňské péče na celkových výdajích ZP na zdravotnictví je velmi nízký. Podíl byl ze zkoumaných let nejnižší v roce 2013, a to kvůli již výše zmíněné vyhlášce Ministerstva zdravotnictví. Podíl lázeňské péče na celkových výdajích ZP na zdravotnictví se v roce 2017 oproti roku 2010 moc nezměnil (byl nižší o pouhý 1 p. b.).

Tabulka 5 Podíl lázeňské péče na celkových nákladech domácností (v %)

	2010	2013	2017
Celkem výdaje domácností na zdravotnictví (v mld.)	42,7	43,5	54,1
Podíl lázeňské péče na celkových výdajích domácností na zdrav. (v %)	3,6	5	5,2

Zdroj, vlastní zpracování (ČSÚ, 2010-2017)

Z tabulky 5 je zřejmé, celkové výdaje domácností na zdravotnictví jsou logicky mnohem nižší než celkové výdaje ZP. Nejvyšší podíl lázeňské péče na celkových výdajích domácností byl v roce 2017. V roce 2013 došlo k navýšení podílu o 1,4 p. b. oproti roku 2010. Obecně lze říct, že podíl lázeňské péče na celkových výdajích domácností na zdravotnictví není vysoký.

4.3 Činnost a hospodaření společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s.

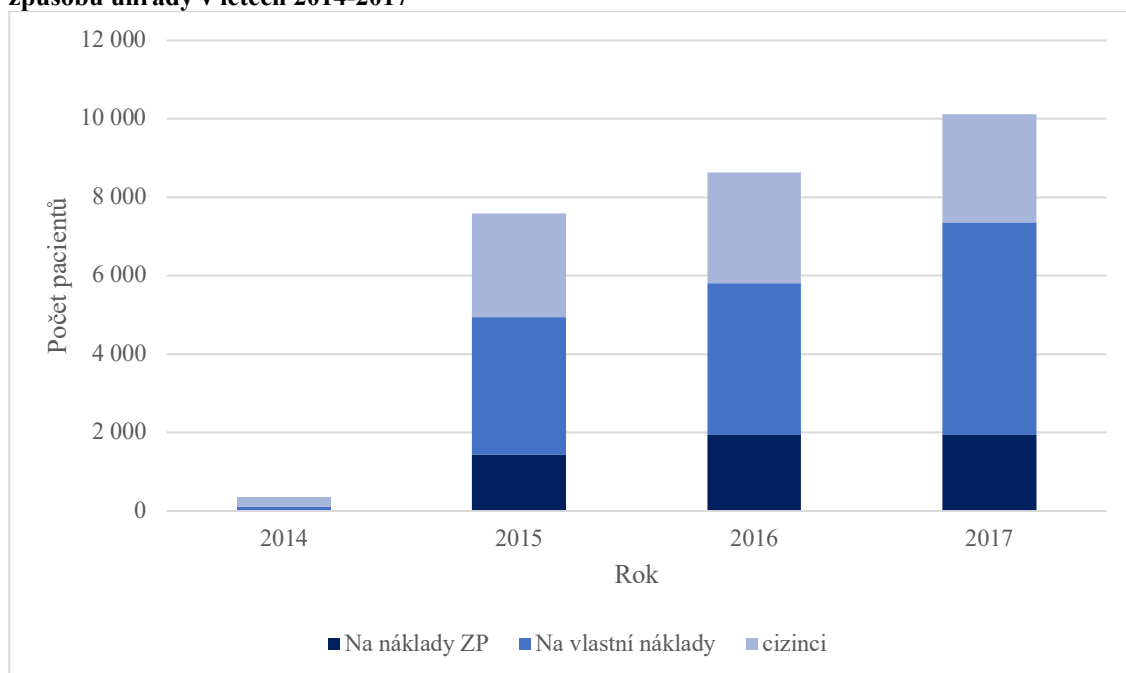
Podle Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. (2014-2017) společnost **Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s.** se řadí mezi nejvýznamnější lázeňské společnosti v České republice. Společnost vznikla dne **31. 8. 2014** jako nástupnická společnost rozdělením společnosti **Lázně Františkovy Lázně a. s.**, a to formou rozdělení odstěpením se vznikem jedné nové obchodní společnosti. Posláním akciové společnosti je poskytovat lázeňskou léčebně rehabilitační péči s využitím výlučně františkolázeňských přírodních léčivých zdrojů v té nejvyšší kvalitě a pod vedením odborných lékařů a vyškoleného zdravotnického personálu, zajišťovat plnohodnotné ubytovací, stravovací a lázeňské služby doplněné bohatou nabídkou volnočasových aktivit.

Dále podle Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. (2014-2017) lázeňská společnost vlastní tři zařízení, a to čtyřhvězdičkový lázeňský hotelový komplex Pawlik, balneoprovoz Císařské lázně a aquapark AQUAFORUM a disponuje celkem 600 lůžky. Společnost se zaměřuje na poskytování komplexní lázeňské rehabilitační péče a doplňkových služeb, které se k ní vážou, a to zejména v oblastech nemoci srdce a krevního oběhu, onemocnění pohybového ústrojí, gynekologická onemocnění včetně neplodnosti, následná péče po onkologických onemocněních, léčba nemocí trávicího ústrojí, léčba nervových onemocnění, léčba kožních nemocí a edukačně preventivní programy.

4.3.1 Vývoj lázeňské péče ve společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. v letech 2014-2017

V této podkapitole je zkoumán vývoj počtu pacientů celkem podle způsobu úhrady, vývoj celkového počtu ošetrovacích dnů podle způsobu úhrady, průměrná ošetrovací doba podle způsobu úhrady a struktura lázeňské péče podle indikačních skupin ve společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. v letech 2014-2017

Graf 13 Vývoj celkového počtu pacientů ve společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. podle způsobu úhrady v letech 2014-2017

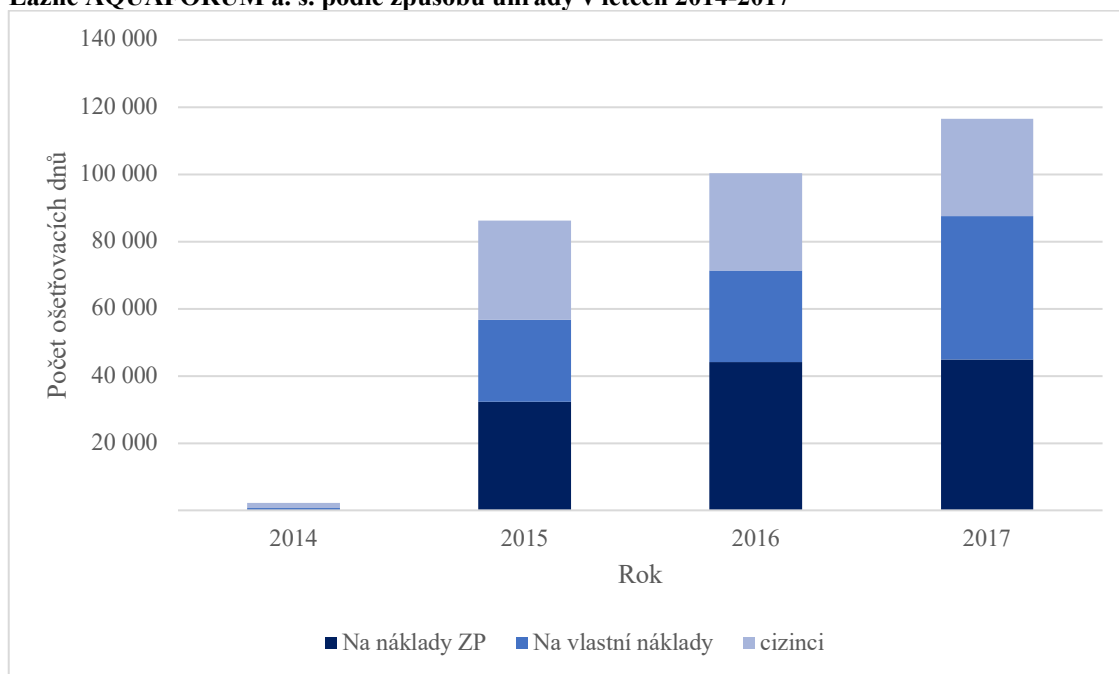


Zdroj: vlastní zpracování, interní materiály společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s.

Jak je z grafu 13 patrné, v roce 2014, kdy byla společnost vytvořena, bylo přijato jen malé množství pacientů, a to pouze samoplátci tuzemci a cizinci. Podíl pacientů samoplátců tuzemců se v roce 2017 zvýšil o 21,6 p. b. oproti roku 2014 a podíl pacientů cizinců se naopak snížil o 40,8 p. b. V roce 2015 došlo k obrovskému skoku v počtu pacientů oproti roku 2014, a to k nárůstu až o 2037 %. Od roku 2015 do roku 2017 již dochází ke stabilnímu růstu počtu přijatých pacientů, a to v průměru o 14 %. V roce 2017 největší podíl pacientů zaujímali tuzemci samoplátci, a to 53,6 % z celkového počtu pacientů. Naopak nejnižší podíl pacientů v roce 2017 zaujímali pacienti na náklady ZP, a to 19,2 % z celkového počtu. V roce 2017 se v lázních společnosti léčilo celkem 10 119 pacientů, což je až o 2750,4 % více pacientů než v roce 2014. Oproti předchozímu roku

2016 došlo v roce 2017 u celkového počtu pacientů k nárůstu o 17 %, přičemž největší nárůst byl zaznamenán u pacientů samoplátců tuzemců, a to až o 40,4 %.

Graf 14 Vývoj celkového počtu ošetrovacích dnů u pacientů celkem v lázních společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. podle způsobu úhrady v letech 2014-2017



Zdroj: vlastní zpracování, interní materiály společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s.

V grafu 14 je možné vidět, že v roce 2014 byl počet ošetrovacích dnů v lázních společnosti velmi nízký z důvodu nízkého počtu přijatých pacientů. V roce 2015 se počet ošetrovacích dnů náhle zvýšil oproti roku 2014 (o 3747 %), a to z důvodu vyššího počtu přijatých pacientů. V letech 2015-2017 dochází již k postupnému zvýšení počtu ošetrovacích dnů kvůli nárůstu počtu přijatých pacientů, a to v průměru o 16 %. Po celou zkoumanou dobu je podíl ošetrovacích dnů vyšší u pacientů samoplátců tuzemců + cizinců než podíl ošetrovacích dnů u pacientů na náklad ZP. V roce 2017 největšího podílu ošetrovacích dnů činili pacienti na náklady ZP, a to 38,6 % z celkového počtu ošetrovacích dnů. Nejméně dnů se v lázních společnosti v roce 2017 léčili cizinci, jejichž podíl je 24,8 % z celkového počtu ošetrovacích dnů.

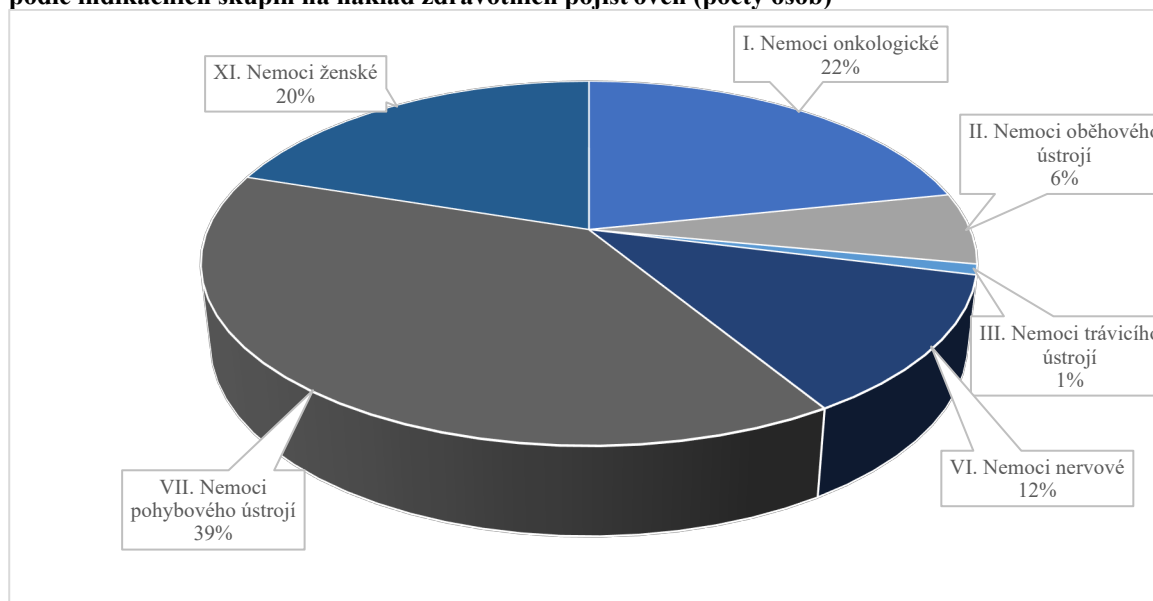
Tabulka 6 Průměrná ošetrovací doba u pacientů podle způsobu úhrady v lázních společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. podle způsobu úhrady v letech 2014-2017

	2014	2015	2016	2017
Průměrná ošetrovací doba (dny)				
Na náklad ZP	0	22,5	22,7	23,1
Na vlastní náklady	5,5	7,0	7,0	7,9
Cizinci	6,7	11,2	10,3	10,5
Celkem pacienti	6,3	11,4	11,6	11,5

Zdroj: vlastní zpracování, interní materiály společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s.

Z tabulky 6 je jasně patrné, že průměrná ošetrovací doba je od roku 2015 nejvyšší u pacientů na náklad zdravotních pojišťoven. V 2014 nebyli v lázních společnosti přijati žádní pacienti na náklad ZP a od roku 2015 je vývoj průměrné ošetrovací doby u pacientů na náklad ZP vzestupný (průměrné tempo růstu je 17,5 %) Nejnižší ošetrovací doba je po celou zkoumanou dobu u pacientů na vlastní náklady, nicméně od roku 2015 do roku 2016 byl nárůst o 1,5 dne oproti roku 2014 a v roce 2017 dokonce až o cca 2,5 dne. U pacientů cizinců byl nejvyšší nárůst v počtu ošetrovacích dnů v roce 2015, kdy byl vyšší až o 4,5 dnů oproti roku 2014. V roce 2016 se zase počet přibližně o 1 den snížil a v roce 2017 nepatrně vzrostl. Z pohledu celkové průměrné ošetrovací doby došlo v roce 2017 k nárůstu až o 82,5 % oproti roku 2014.

Graf 15 Struktura lázeňské péče ve společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. v roce 2017 podle indikačních skupin na náklad zdravotních pojišťoven (počty osob)



Zdroj: vlastní zpracování, interní materiály společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s.

V grafu 15 jsou vidět jednotlivé indikační skupiny, které se v lázních ve společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. v roce 2017 léčily. Z grafu 15 je zřejmé, že v roce 2017 se v lázních společnosti nejvíce léčili pacienti na nemoci pohybového ústrojí (39 %). Na druhém místě byly nemoci onkologické (22 %) a na třetím nemoci ženské (20 %). Nejmenší procento v roce 2017 v lázních společnosti zaujímaly nemoci trávicího ústrojí (1 %). Z komplexní lázeňské péče, kterou společnost nabízí, se v roce 2017 v lázních společnosti neléčily nemoci kožní.

4.3.2 Vývoj hospodářského výsledku ve společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s.

V této podkapitole je zkoumán vývoj hospodářského výsledku ve společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. v letech **2014-2017**

Tabulka 7 Vývoj hospodářského výsledku před zdaněním ve společnosti v letech 2014-2017 (v tis. Kč)

Rok	HV v tis. Kč
2014	-39 696
2015	19870
2016	12 006
2017	26 357

Zdroj: vlastní zpracování (Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s., 2014-2017)

Z tabulky 7 je zřejmé, že HV výsledek společnosti v období 2014-2017 má tendenci se měnit. V roce vzniku společnosti, kterým byl rok 2014, lze zaznamenat záporný HV. Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. (2014) uvádějí jako důvod, proč byl HV v roce 2014 záporný, že náklady (účetní odpisy) odštěpeného majetku vykazuje společnost za celý rok 2014 a výnosy má naopak jen za část roku (31.8.2014 – 30.11.2014 nájemné a 1.12.2014 – 31.12.2014 – léčebné pobyty). Náklady jsou tím pádem vyšší než výnosy, a proto je HV v roce 2014 negativní. V následujícím roce 2015 došlo k velkému navýšení HV, a to o 150 % oproti roku 2014. V roce 2016 byl naopak HV oproti roku 2015 nižší, a to o 39,6 %. V roce 2017 byl HV vyšší, a to až o 119,5 % oproti roku 2016.

5 Výsledky a diskuse

Lázeňství je v České republice financované z veřejných a soukromých zdrojů v rámci financování zdravotnictví. Z veřejných zdrojů mají na financování zdravotnictví největší podíl zdravotní pojišťovny (65 % z celkového počtu výdajů v roce 2017) a dále sem patří statní rozpočet a krajské a obecní rozpočty. Ze soukromých zdrojů mají největší podíl na financování zdravotnictví domácnosti (14 % z celkového počtu výdajů a 83 % z celkového počtu výdajů soukromých zdrojů v roce 2017) a dále sem patří také soukromé zdravotní pojišťovny, neziskové instituce a podniky – závodní preventivní péče.

V roce 1993 byl v České republice zaveden systém zdravotního pojištění, a proto je od tohoto roku hrazená lázeňská péče v České republice financována zdravotními pojišťovnami (ZP). Do této doby byla v ČR plátcem hrazené lázeňské péče Česká správa sociálního pojištění. V České republice existují dva typy lázeňské péče financované ZP, a to komplexní lázeňská péče (KLP) a příspěvková lázeňská péče (PLP). Vývoj počtu pacientů celkem v lázních v ČR podle typu péče hrazené ZP v období 2000-2017 ukazuje, že podíl počtu pacientů na KLP je vyšší než podíl pacientů na PLP za celou zkoumanou dobu. V České republice se v roce 2017 léčilo na náklad ZP celkem 106 943 pacientů, z čehož podíl pacientů na KLP činí až 92,7 % a není o moc vyšší oproti roku 2000 (rozdíl 9,2 p. b.). Důvodem, proč se v lázních léčí více pacientů na komplexní lázeňské péči, může být skutečnost, že KLP navazuje na péči ústavní nebo ambulantní a je zaměřena na doléčení, zabránění vzniku invalidity apod. a je plně hrazená zdravotní pojišťovnou na základě indikačního seznamu, přičemž PLP nenavazuje na žádnou péči, pacient na tuto péči musí čerpat dovolenou a zdravotní pojišťovna hradí pouze standartní léčbu na základě indikačního seznamu, zbytek výdajů si pacient hradí sám.

Lázeňská péče v ČR je dále financována ze soukromých zdrojů, kterými jsou domácnosti, a to buď z tuzemska nebo z ciziny. Těmto pacientům, kteří si lázeňskou péči hradí sami, se říká samoplátci. Samoplátci nemusí mít lékařské doporučení a doba jejich pobytu není omezena. Dle vývoje celkového počtu pacientů v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017 se situace týkající se závislosti lázeňské péče na zdrojích soukromých i veřejných v roce 2017 změnila. Zatímco v roce 2000 byla v lázních převaha pacientů na náklad ZP (55 % z celkového počtu), tedy převažovalo financování ze zdrojů veřejných, v roce 2017 největšího podílu v počtu pacientů v lázních zaujímal samoplátci (až 71 % z celkového počtu), kteří se řadí mezi zdroje soukromé. Vývoj dané situace pravděpodobně způsobil propad z roku 2013 v počtu pacientů, které hradí ZP. Důvodem propadu byla již zmiňovaná „*Vyhláška ministerstva zdravotnictví číslo 267/2012 Sbírky o*

stanovení indikačního seznamu pro lázeňskou a léčebně rehabilitační péči“, kterou ministerstvo zdravotnictví snížilo počty nemocí léčených v lázních na účet pojištění, zkrátilo dobu léčby ze čtyř týdnů na tři a omezilo i možnost prodloužení či opakování léčby. Již před rokem 2013 začalo docházet k redukci plateb od zdravotních pojišťoven a poskytovatelé lázeňské péče se začali orientovat na vylepšování svých služeb a na získávání širší klientely samoplátců. Situace související s financováním lázeňské péče zdravotními pojišťovnami se v roce 2017 oproti roku 2013 výrazně zlepšila. Zmiňovaná vyhláška byla v roce 2014 zrušena, a tak docházelo opět k postupnému nárůstu klientely na náklad zdravotních pojišťoven (o 48 % více pacientů na náklad ZP v roce 2017 oproti roku 2013). V roce 2017 byli pro lázně v ČR významným přínosem cizinci, kteří zaujímali podíl z celkového počtu pacientů až 41 % (nárůst o 7,3 p. b. oproti roku 2000) a z celkového počtu pacientů na vlastní náklady převyšovali tuzemce o 58,5 %.

Do lázní v ČR jezdí výrazně více dospělých pacientů, než dětských a dorosteneckých. V roce 2017 podíl dospělých pacientů zaujímal 96 % z celkového počtu pacientů. Struktura dětských a dorosteneckých pacientů se od dospělých liší tím, že u nich po celou zkoumanou dobu převládá podíl počtu pacientů na náklady ZP, a to zásadně na KLP (vyjímčně PLP na žádost rodičů). Co se týče vývoje počtu dospělých pacientů a pacientů dětí a dorostu, u počtu dospělých pacientů lze v roce 2017 zaznamenat nárůst oproti roku 2000, a to 36,9 %, zatímco u počtu dětí a dorostu došlo v roce 2017 k poklesu o 25,3 % oproti roku 2000.

Počet ošetřovacích dnů u pacientů se v průběhu zkoumaných let také velice mění. Po celou zkoumanou dobu s výjimkou let 2013, 2014 a 2015 je nejvyšší podíl ošetřovacích dnů u pacientů na náklad ZP (50,5 % v roce 2017). Průměrná ošetřovací doba u pacientů na náklad ZP v tomto roce činila 25 dnů. Tato skutečnost může být dána tím, že pacientům na náklady ZP je délka základního léčebného pobytu předepisována ze zákona minimálně na 21 dní. Pacienti samoplátci si délku léčebného pobytu v lázních určují sami, a proto je u nich pravděpodobně ošetřovací doba kratší. Výjimkou jsou roky 2013-2015, rok 2013 a 2014 právě z důvodu již několikrát zmíněné vyhlášky ministerstva zdravotnictví, kterou ministerstvo mimo jiné zkrátilo počet ošetřovacích dnů ze čtyř týdnů na tři a omezilo i možnost prodloužení či opakování léčby. Průměrná ošetřovací doba u pacientů na náklad ZP byla v roce 2013 21,7 dnů, v roce 2014 21,8 dnů a v roce 2015 došlo již k nárůstu průměrné ošetřovací doby na 24,6 dnů. Průměrná ošetřovací doba u pacientů tuzemců na vlastní náklady byla v roce 2017 6,4 dnů a u pacientů cizinců 12,7 dnů.

V roce 2017 bylo v lázních v ČR 17 842 lůžek pro komplexní lázeňskou péči (o 16,3 % méně oproti roku 2000), z čehož bylo 16 156 lůžek pro dospělé a 1 686 lůžek pro děti a dorost. Lázeňských zařízení bylo v ČR v roce 2017 92, což je naopak nárůst oproti roku 2000 o 46 %. Došlo tedy k redukci počtu lůžek na jedno lázeňské zařízení. V roce 2017 průměrný počet lůžek pro KLP na jedno lázeňské zařízení činil 193,9, přičemž v roce 2000 se jednalo o 338,2 lůžek pro KLP na jedno lázeňské zařízení. Tato redukce může být způsobená tím, že si lidé v poslední době stále více zakládají na komfort, a tak lázně chtějí svým hostům vyhovět právě redukcí lůžek v pokojích, aby bylo hostům dopřáno více soukromí a příjemnějších podmínek pro pobyt v lázních.

Jak už bylo uvedeno, na výdajích na lázeňskou péči se podílejí veřejné a soukromé zdroje. Veřejnými zdroji financování lázeňské péče jsou zdravotní pojišťovny, jejichž výdaje v roce 2017 činily 3,3 miliardy korun a převyšovaly výdaje domácností o 10,7 %. Výdaje ZP na lázeňskou péči v roce 2017 oproti roku 2010 vzrostly o 3 % a oproti roku 2013 až o 109 %. Průměrné výdaje ZP na jednoho dospělého pacienta byly v roce 2017 28 080 Kč, a průměrné výdaje ZP na jedno dítě a dorost činily v roce 2017 27 582 Kč, což se jedná o minimální rozdíl. Podíl lázeňské péče na celkových výdajích ZP na zdravotnictví je velmi nízký (1,3 % v roce 2017), a to proto, že segment lázeňství v ČR není závislý pouze na veřejných zdrojích, a tak není pro veřejné zdravotnictví velkou příteží. Soukromými zdroji financování lázeňské péče jsou domácnosti, jejichž výdaje v roce 2017 činily 2,946 miliard korun. Výdaje domácností převyšovaly výdaje ZP v roce 2013, a to až o 31 %, čehož důvodem byla především výše několikrát zmíněná vyhláška ministerstva zdravotnictví.

Porovnávat vybraný lázeňský subjekt – Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. s celkovým vývojem lázeňství v ČR od roku 2000 nelze, protože společnost vznikla jako samostatná společnost až v roce 2014. Nicméně je jasně patrné, že v roce 2017 činili ve společnosti nejvyššího podílu pacienti samoplátcí (až 80,8 %) taktéž, jako v celé České republice. To znamená, že lázeňská společnost Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. je silně závislá na klientele z řad samoplátců. Struktura počtu ošetřovacích dnů se ve společnosti v roce 2017 lišila v porovnání s celou ČR. V roce 2017 značně převyšoval celkový počet ošetřovacích dnů u pacientů samoplátců tuzemců i cizinců celkový počet ošetřovacích dnů u pacientů na náklad ZP (o 61,4 %). Je to nejspíš dáno tím, že ve společnosti v roce 2017 byla obrovská převaha pacientů samoplátců. Průměrná ošetřovací doba byla v roce 2017 u pacientů na náklad ZP nižší v porovnání s ČR, a to 23,1 dnů. Průměrná ošetřovací doba u pacientů tuzemců na vlastní náklady byla v roce 2017 vyšší, a

7,9 dnů v porovnání s ČR a u pacientů cizinců nižší, a to 10,5 dnů v porovnání s ČR. Ve struktuře léčených pacientů podle indikačních skupin ve společnosti dosahovaly v roce 2017 největšího podílu nemoci pohybového ústrojí (39 %) stejně jako v celé ČR (52 %). V letech 2015-2017 dochází ve společnosti k pozitivnímu HV. Výjimku tvoří rok 2014, kdy byla společnost založena, a to proto, že náklady (účetní odpisy) odštěpeného majetku vykazovala společnost za celý rok 2014 a výnosy měla naopak jen za část roku (31.8.2014 – 30.11.2014 nájemné a 1.12.2014 – 31.12.2014 – léčebné pobyty). Tím pádem náklady byly v roce 2014 vyšší než výnosy.

6 Závěr

Lázeňství je v České republice sice malou, ale důležitou částí zdravotnictví. V lázeňství v průběhu let nastalo spoustu změn, jak pozitivních, tak negativních, ale dnes patří české lázeňství svou kvalitou mezi jedno z nejvýznamnějších v Evropě, a to především kvůli dostupnosti a vysoké kvalitě poskytovaných služeb. Lázeňská péče je financovaná jak z veřejných zdrojů, kterými jsou zdravotní pojišťovny, tak ze zdrojů soukromých, kterými jsou domácnosti. Struktura lázeňské péče podle způsobu úhrady se v průběhu zkoumaných let měnila. Na začátku zkoumaného období byla v lázních v ČR převaha pacientů léčených na náklad zdravotních pojišťoven, což se v posledních letech změnilo a financování lázeňské péče je vysoce závislé na domácnostech. Velkou část domácností zaujímají pacienti z ciziny, kteří jsou pro lázeňství v ČR už dlouhou dobu důležitým přínosem.

Výdaje na lázeňství ze strany zdravotních pojišťoven v posledních letech vzrostly, a to především oproti roku 2013, jenž byl pro lázeňství v ČR rokem krizovým, což způsobila Vyhláška ministerstva zdravotnictví číslo 267/2012 Sb., kterou ministerstvo zdravotnictví snížilo počty nemocí léčených v lázních na účet pojištění, zkrátilo dobu léčby ze čtyř týdnů na tři a omezilo i možnost prodloužení či opakování léčby. Výdaje domácností v tomto roce naopak vzrostly a částečně kompenzovaly nižší výdaje zdravotních pojišťoven. Koncem následujícího roku byla vyhláška zrušena, a proto došlo k opětovnému růstu výdajů zdravotních pojišťoven na lázeňství. V roce 2010 výdaje zdravotních pojišťoven na lázeňskou péči převyšovaly výdaje domácností až o polovinu, přičemž v roce 2017 byl rozdíl mezi výdaji zdravotních pojišťoven a domácností na lázeňskou péči jen mírný. Podle dostupných informací nárůst výdajů domácností v posledních letech může být do určité míry způsoben vyššími příplatky na danou kategorii ubytování v lázeňských zařízeních. Podíl lázeňské péče na celkových výdajích zdravotních pojišťoven na zdravotnictví obecně není vysoký, tím pádem lázně nejsou pro veřejné zdravotnictví přítěží, a to jednak kvůli nízkému podílu výdajů, a jednak mají lázně pro pojišťovny obrovskou nabídku poskytovaných služeb týkajících se lázeňské péče.

Z pohledu vybraného lázeňského subjektu Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. lze k situaci v lázeňství v ČR v posledních letech dodat, že i ve vybraném lázeňském subjektu je velká převaha klientů z řad samoplátců.

7 Seznam použitých zdrojů

Citovaná literatura

KNOP, Karel a kolektiv. *Lázeňství: Ekonomika a management*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, spol. s. r. o., 1999, 232 s. ISBN 80-7169-717-6

JAKUBÍKOVÁ, Dagmar. *Marketing v cestovním ruchu*. 1. vydání. Praha : Grada, 2009, 288 s. ISBN 8024732475

JANDOVÁ, Dobroslava. *Balneologie*. Praha : Grada Publishing a. s., 2008, 440 s. ISBN 8024767732

PUCZKO, Laszlo a SMITH, Melanie K. *Health, Tourism and Hospitality: Spas, Wellness and Medical Travel*. 2. vydání. Routledge, 2013, 544 s. ISBN BUS081000

TETŘEVOVÁ, Liběna. *Veřejná ekonomie*. 1. vydání. Praha : Professional Publishing, 2008, 185 s. ISBN 978-80-86946-79-5

VÍTOVEC, Jiří. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. Praha : Grada Publishing a. s., 2007, 256 s. ISBN 8024718227

ZEMAN, Miroslav, KRŠKA, Zdeněk a kolektiv. *Chirurgická propedeutika: Třetí, doplněné a přepracované vydání*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2011, 512 s. ISBN 8024774429

Seznam použitých zákonů a vyhlášek

Vyhláška MZ ČR č. 267/2012 Sb., o stanovení indikačního seznamu pro lázeňskou a léčebně rehabilitační péči

Vyhláška MZ ČR č. 2/2015 Sb.

Zákon č. 125/1948 Sb., o znárodnění přírodních léčivých zdrojů a lázní a o začlenění a správě konfiskovaného majetku

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu

Zákon č. 164/2001 Sb., ve znění zákona č. 76/2002 Sb. a zákona č. 320/2002 Sb.

Zákon č. 1/2015 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění

Internetové zdroje

CYRIL & METODĚJ s. r. o., *Portál pro alergiky*. [Online]. 2019. [cit. 2019-02-11]

Dostupné z: <https://www.proalergiky.cz/alergie/clanek/lazenska-lecba-pro-dospela>

ČSÚ. Statistická ročenka ČR 2009. *Český statistický úřad*. [Online]. 2018. [cit. 2019-02-20]

Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-ceske-republiky-2009-x5xduy85af>

ČSÚ. Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010-2017. *Český statistický úřad*. [Online] 2019. [cit. 2019-02-20]

Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-7luhzp32ax>

ČTK., *Zdravotnický deník*. [Online]. 2014. [cit. 2019-02-10]

Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2014/10/vydaje-zdravotnich-pojistoven-na-peci-loni-klesly-nejvic-laznim/>

EUROPESPA. *EuropeSpa*. [Online]. 2019. [cit. 2019-02-25]

Dostupné z: <http://europespa.eu/certified-spas/>

FRANTIŠKOVY LÁZNĚ AQUAFORUM a. s. *Výroční zpráva 2014-2017*. [Online]. 2015-2018. [cit. 2019-03-02]

Dostupné z: <https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-sl-firma?subjektId=872383>

GRUNDOVÁ, B. & PRČKOVÁ, I. *České lázeňství*. [Online]. 2011. [cit. 2018-12-28]

Dostupné z: projekty.nazory.cz/pscr/15_lazen.doc

JAKEŠOVÁ, D. *Ahoj! Česká republika*. [Online]. 2010. [cit. 2019-01-02]

Dostupné z: <http://www.czech.cz/cz/91871-lazenstvi-ma-v-cr-bohatou-historii>

MICROSITE CZ s. r. o. *Zdravotní registr*. [Online]. 2019. [cit. 2019-03-10]

Dostupné z: <https://www.zdravotniregistr.cz/zajimavosti/strucny-vyvoj-lazenstvi>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *zdravotnickeodborny.cz*. [Online]. 2012. [cit. 2019-02-21]

Dostupné z: <http://www.zdravotnickeodborny.cz/files/Article/465/TextDocument/material-ministerstva-zdravotnictvi-pro-vladu---situace-v-ceskem-lazestvi---cerven-2013.pdf?fbclid=IwAR0xOrYWdO7rF3debUmvHexid33lpKwkSofcHb9cB6pIrc6c-MKLjpEC340>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. [Online]. 2015. [cit. 2019-02-19]

Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/platny-indikacni-seznam-pro-lazenskou-peci_3241_3.html

PROFESNÍ SDRUŽENÍ LÉČEBNÝCH LÁZNÍ ČR. *Svaz léčebných lázní České republiky*. [Online]. 2019. [cit. 2019-01-15]

Dostupné z: <http://www.lecebnelazne.cz/vse-o-laznich/caste-dotazy>

PROFESNÍ SDRUŽENÍ LÉČEBNÝCH LÁZNÍ ČR. *Svaz léčebných lázní ČR*. [Online]. 2019. [cit. 2019-01-03]

Dostupné z: <http://www.lecebnelazne.cz/vse-o-laznich/ceske-lazenstvi/z-historie-lazenstvi>

SDRUŽENÍ LÁZEŇSKÝCH MÍST ČR. *Jedeme do lázní*. [Online]. 2019. [cit. 2019-01-03]

Dostupné z: <https://www.jedemedolazni.cz/cs/dovolena-v-laznich/pohled-do-historie.html>

SVAZ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN ČR. *Svaz léčebných lázní ČR*. [Online]. 2014. [cit. 2019-01-20]

Dostupné z: <http://www.lecebnelazne.cz/pro-lekare/uzitecne-informace/regulace-lazenske-pece>

ÚZIS ČR. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. [Online]. 2001. [cit. 2019-02-14]

Dostupné z: <https://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/lazenska-pece-lazne>

ÚZIS ČR. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. [Online]. 2018. [cit. 2019-02-14]

Dostupné z: <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/lazenska-pece>

ÚZIS, ČR. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. [Online]. 2009. [cit. 2019-02-15]

Dostupné z: <https://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/lazenska-pece-lazne>

ÚZIS, ČR. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. [Online]. 2001-2018. [cit. 2019-02-15]

Dostupné z: <https://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/lazenska-pece-lazne>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky*. [Online]. 2019. [cit. 2019-02-18]

Dostupné z: <https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/prerozdeleni-pojistneho>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky*. [Online]. 2015. [cit. 2019-02-16]

Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/lazne-a-lecebny/navrhova-cinnost-pro-lazenskou-lecebne-rehabilitacni-peci-o-dospete-deti-a-dorost>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České Republiky*. [Online]. 2019. [cit. 2019-02-21]
Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/informace-a-zivotni-situace/lazenska-pece/jake-jsou-typy-uhrad-lazenske-pece>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. *Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR*. [Online]. 2019. [cit. 2019-02-11]
Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/kdo-jsme/revizni-cinnost>

VÁLKOVÁ, H., 2014. *iDNES.cz*. [Online]. 2014. [cit. 2019-02-25]
Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/vyhlaska-soud-lazne-heger-nemecek.A140402_150651_domaci_hv

ŽĎÁREK, V. a VYMĚTAL, P. *Základy makroekonomické analýzy*. [Online]. 2009. [cit. 2019-02-15]
Dostupné z: https://www.vsem.cz/data/data/sis-texty/studijni-opory-bc/so_km_zma.pdf

8 Přílohy

Příloha 1 Vývoj celkového počtu pacientů a doprovodu v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017 (v počtu osob).....	LXIV
Příloha 2 - Vývoj počtu dospělých pacientů v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017 (v počtu osob)	LXIV
Příloha 3 Vývoj počtu pacientů dětí a dorostu v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017 (v počtu osob).....	LXIV
Příloha 4 Vývoj počtu ošetrovacích dnů u pacientů a doprovodu celkem v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017 (v počtu dní).....	LXIV
Příloha 5 Vývoj počtu ošetrovacích dnů u dospělých pacientů celkem v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017 (v počtu dní).....	LXV
Příloha 6 Vývoj počtu ošetrovacích dnů u pacientů dětí a dorostu celkem v lázních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017 (v počtu dní).....	LXV
Příloha 7 Vývoj počtu lůžek pro KLP a lázeňských zařízení v ČR v letech 2000-2017	LXV
Příloha 8 Struktura lázeňské péče v ČR roce 2000 podle indikačních skupin na náklad zdravotních pojišťoven (počty osob)	LXV
Příloha 9 Struktura lázeňské péče v ČR roce 2017 podle indikačních skupin na náklad zdravotních pojišťoven (počty osob)	LXVI
Příloha 10 Výdaje na lázeňskou péči v ČR podle zdrojů financování (v mld.)	LXVI
Příloha 11 Vývoj celkového počtu pacientů ve společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. podle způsobu úhrady v letech 2014-2017	LXVI
Příloha 12 Vývoj celkového počtu ošetrovacích dnů u pacientů celkem ve společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. podle způsobu úhrady v letech 2014-2017...	LXVII
Příloha 13 Struktura lázeňské péče ve společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. v roce 2017 podle indikačních skupin na náklad zdravotních pojišťoven (počty osob)	LXVII

Příloha 1 Vývoj celkového počtu pacientů a doprovodu v láních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017 (v počtu osob)

Počet pacientů	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Celkem pacienti																		
Na náklady ZP:																		
KLP	125 975	129 885	130 038	130 202	127 598	119 695	106 869	104 927	101 196	108 025	107 022	98 323	80 424	59 590	81 792	88 503	95 368	99 099
PLP	24 914	23 639	21 017	19 915	19 163	18 267	18 650	15 714	15 162	15 111	15 077	17 084	14 848	12 734	12 613	10 395	8 810	7 844
Na vlastní náklady:																		
tuzemci	31 901	35 744	35 701	30 955	45 301	55 862	66 756	91 953	113 041	111 123	114 957	111 141	106 381	139 605	133 374	122 021	111 124	107 658
cizinci	93 021	115 567	109 212	117 922	117 196	120 474	134 803	133 962	154 015	143 922	138 810	133 630	158 884	165 623	152 391	126 458	149 346	151 663
Celkem počet pacientů	275 811	304 835	295 968	298 994	309 258	314 298	327 078	346 556	383 414	378 181	375 866	360 178	360 537	377 552	380 170	347 377	364 648	366 264
Celkem doprovod placený zdravotními	4 864	4 762	4 424	4 302	4 529	4 596	4 233	4 293	4 002	4 232	4 167	4 054	3 869	4 040	4 670	5 573	5 989	5 990

Zdroj: vlastní zpracování (UZIS, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017,2018)

Příloha 2 - Vývoj počtu dospělých pacientů v láních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017 (v počtu osob)

Počet pacientů	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dospělí																		
Na náklady ZP:																		
KLP	107 946	112 367	113 513	114 979	112 670	105 324	94 429	92 605	91 488	98 113	97 032	88 035	71 406	51 183	71 823	77 957	84 537	88 331
PLP	24 850	23 612	21 000	19 897	19 147	18 253	18 572	15 708	15 149	15 040	14 989	16 968	14 734	12 633	12 499	10 380	8 810	7 844
Na vlastní náklady:																		
tuzemci	31 853	35 674	35 618	30 924	45 282	55 853	66 688	91 896	112 987	111 089	114 788	111 035	106 075	139 270	133 151	121 642	110 993	107 483
cizinci	92 804	115 328	108 958	117 626	117 003	119 929	134 518	133 761	153 704	143 221	138 136	132 391	157 493	164 285	151 031	125 132	148 805	148 889
Celkem dospělí	257 453	286 981	279 089	283 426	294 102	299 359	314 207	333 970	373 328	367 463	364 945	348 429	349 708	367 371	368 504	335 111	353 145	352 547

Zdroj: vlastní zpracování (UZIS, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017,2018)

Příloha 3 Vývoj počtu pacientů dětí a dorostu v láních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017 (v počtu osob)

Počet pacientů	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Děti a dorost																		
Na náklady ZP:																		
KLP	18 029	17 518	16 525	15 223	14 928	14 371	12 440	12 322	9 708	9 912	9 990	10 288	9 018	8 407	9 969	10 546	10 831	10 768
PLP	64	27	17	18	16	14	78	6	13	71	88	116	114	101	114	15	0	0
Na vlastní náklady:																		
tuzemci	48	70	83	31	19	9	68	57	54	34	169	106	306	335	223	379	131	175
cizinci	217	239	254	296	193	545	285	201	311	701	674	1 239	1 391	1 338	1 360	1 326	541	2 774
Celkem děti a dorost	18 358	17 854	16 879	15 568	15 156	14 939	12 871	12 586	10 086	10 718	10 921	11 749	10 829	10 181	11 666	12 266	11 503	13 717

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha 4 Vývoj počtu ošetřovacích dnů u pacientů a doprovodu celkem v láních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017 (v počtu dní)

Počet ošetřovacích dnů	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Celkem pacienti																		
Na náklady ZP:																		
KLP	3 408 607	3 489 228	3 468 130	3 499 640	3 467 917	3 255 845	2 909 903	2 818 764	2 675 457	2 816 164	2 810 646	2 606 050	2 129 701	1 321 977	1 811 826	2 225 873	2 418 103	2 513 637
PLP	506 493	499 617	428 358	412 206	393 611	378 252	383 778	333 397	321 167	320 776	323 213	362 995	317 689	246 222	245 016	208 021	173 174	156 746
Na vlastní náklady:																		
tuzemci	302 715	343 407	343 973	292 353	385 017	421 261	473 196	628 061	696 643	698 773	710 235	690 528	641 219	919 820	812 827	874 814	701 485	691 323
cizinci	1 327 500	1 683 148	1 637 287	1 762 279	1 718 687	1 721 977	1 903 061	1 830 419	2 089 948	1 839 598	1 808 910	1 774 810	1 890 766	2 086 421	1 952 581	1 599 721	1 561 756	1 930 663
Celkem počet ošetřovacích dnů	5 545 315	6 015 400	5 877 748	5 966 478	5 965 232	5 777 335	5 669 938	5 610 641	5 783 215	5 675 311	5 653 004	5 434 383	4 979 375	4 574 440	4 822 250	4 908 429	4 854 518	5 292 369
Celkem doprovod placený zdravotními	152 435	142 673	130 006	133 845	143 829	144 048	137 965	139 581	116 810	131 107	125 096	126 275	117 539	111 645	126 453	149 031	160 492	161 134

Zdroj: vlastní zpracování (UZIS, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017,2018)

Příloha 5 Vývoj počtu ošetrovacích dnů u dospělých pacientů celkem v láních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017 (v počtu dní)

Počet ošetrovacích dnů	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dospělí																		
Na náklady ZP:																		
KLP	2 753 222	2 858 076	2 876 090	2 936 872	2 920 197	2 732 807	2 460 918	2 395 461	2 348 105	2 485 936	2 477 109	2 265 408	1 850 945	1 096 109	1 538 832	1 932 767	2 125 854	2 220 908
PLP	503 772	498 512	428 009	411 756	393 254	377 894	380 489	333 251	320 840	317 779	319 219	357 930	312 896	243 566	241 947	207 585	173 174	156 746
Na vlastní náklady																		
tuzemci	301 659	342 416	343 260	292 119	384 863	421 126	472 390	627 724	695 994	698 349	708 708	689 547	636 563	915 975	809 782	869 984	699 635	688 723
cizinci	1 322 764	1 676 464	1 631 397	1 754 311	1 714 846	1 709 314	1 898 101	1 827 004	2 085 410	1 831 412	1 798 905	1 757 086	1 671 352	2 064 233	1 929 632	1 580 474	1 554 225	1 886 556
Celkem dospělí	4 881 417	5 375 468	5 278 756	5 395 058	5 413 160	5 241 141	5 211 898	5 183 440	5 450 349	5 333 476	5 303 941	5 069 971	4 671 756	4 319 883	4 520 193	4 590 810	4 552 888	4 952 933

Zdroj: vlastní zpracování (ÚZIS, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018)

Příloha 6 Vývoj počtu ošetrovacích dnů u pacientů dětí a dorostu celkem v láních v ČR podle způsobu úhrady v letech 2000-2017 (v počtu dní)

Počet ošetrovacích dnů	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Děti a dorost																		
Na náklady ZP:																		
KLP	655 385	631 152	592 040	562 768	547 720	523 038	448 985	423 303	327 352	330 228	333 537	340 642	278 756	225 868	272 994	293 106	292 249	292 729
PLP	2 721	1 105	349	450	357	358	3 289	146	327	2 997	3 994	5 065	4 793	2 656	3 069	436	0	0
Na vlastní náklady																		
tuzemci	1 056	991	713	234	154	135	806	337	649	424	1 527	981	4 656	3 845	3 045	4 830	1 850	2 600
cizinci	4 736	6 684	5 890	7 968	3 841	12 663	4 960	3 415	4 538	8 186	10 005	17 724	19 414	22 188	22 949	19 247	7 531	44 107
Celkem děti a dorost	663 898	639 932	598 992	571 420	552 072	536 194	458 040	427 201	332 866	341 835	349 063	364 412	307 619	254 557	302 057	317 619	301 630	339 436

Zdroj: vlastní zpracování (ÚZIS, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018)

Příloha 7 Vývoj počtu lůžek pro KLP a lázeňských zařízení v ČR v letech 2000-2017

Počet lůžek a lázeňských zařízení	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Pro dospělé	18 655	18 615	19 366	21 495	21 695	22 136	22 900	21 652	23 170	22 433	22 647	22 365	21 810	18 568	17 203	17 818	16 482	16 156
Pro dorost a děti	2 652	2 729	2 642	2 491	2 523	2 500	2 271	2 136	2 176	2 069	2 001	1 899	1 779	1 924	1 850	1 691	1 619	1 686
lůžka celkem	21 307	21 544	22 008	23 986	24 218	24 636	25 171	23 788	25 346	24 502	24 648	24 264	23 589	20 492	19 053	19 509	18 101	17 842
lázeňská zařízení celkem	63	68	68	82	83	84	84	85	84	86	86	88	89	81	82	87	92	92

Zdroj: vlastní zpracování (Český statistický úřad, 2001-2018)

Příloha 8 Struktura lázeňské péče v ČR roce 2000 podle indikačních skupin na náklad zdravotních pojišťoven (počty osob)

Indikační skupiny	Počet přijatých pacientů v roce 2000 na náklady ZP
I. Nemoci onkologické	2402
II. Nemoci oběhového ústrojí	18904
III. Nemoci trávicího ústrojí	5925
IV. Nemoci z poruch výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí	5368
V. Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	18087
VI. Nemoci nervové	18274
VII. Nemoci pohybového ústrojí	68396
VIII. Nemoci močového ústrojí	2809
IX. Duševní poruchy	1681
X. Nemoci kožní	2061
XI. Nemoci ženské	6982
ČR úhrnem	150889

Zdroj: vlastní zpracování (ÚZIS, 2001)

Příloha 9 Struktura lázeňské péče v ČR roce 2017 podle indikačních skupin na náklad zdravotních pojišťoven (počty osob)

Indikační skupiny	Počet přijatých pacientů v roce 2017 na náklady ZP
I. Nemoci onkologické	4397
II. Nemoci oběhového ústrojí	7847
III. Nemoci trávicího ústrojí	1473
IV. Nemoci z poruch výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí	2526
V. Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	10355
VI. Nemoci nervové	18301
VII. Nemoci pohybového ústrojí	55300
VIII. Nemoci močového ústrojí	413
IX. Duševní poruchy	3397
X. Nemoci kožní	1543
XI. Nemoci ženské	1391
ČR úhrnem	106943

Zdroj: vlastní zpracování (ÚZIS, 2018)

Příloha 10 Výdaje na lázeňskou péči v ČR podle zdrojů financování (v mld.)

Výdaje na lázeňskou péči	2010	2013	2017
Zdravotní pojišťovny	3,202	1,579	3,3
Domácnosti	1,596	2,289	2,946

Zdroj: vlastní zpracování (ČSÚ, 2010-2017)

Příloha 11 Vývoj celkového počtu pacientů ve společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. podle způsobu úhrady v letech 2014-2017

Počet pacientů	2014	2015	2016	2017
Na náklady ZP		1 431	1 948	1946
Na vlastní náklady	113	3 517	3 861	5419
cizinci	242	2 640	2 831	2754
celkem pacienti	355	7 588	8 640	10119

Zdroj: vlastní zpracování, interní materiály společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM

a. s.

Příloha 12 Vývoj celkového počtu ošetrovacích dnů u pacientů celkem ve společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. podle způsobu úhrady v letech 2014-2017

Počet ošetrovacích dnů	2014	2015	2016	2017
Na náklady ZP		32 228	44 204	44939
Na vlastní náklady	627	24 528	27 116	42695
cizinci	1 616	29 536	29 073	28863
celkem pacienti	2 243	86 292	100 393	116 497

Zdroj: vlastní zpracování, interní materiály společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM

a. s.

Příloha 13 Struktura lázeňské péče ve společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM a. s. v roce 2017 podle indikačních skupin na náklad zdravotních pojišťoven (počty osob)

Indikační skupiny	Počet přijatých pacientů v roce 2017
I. Nemoci onkologické	422
II. Nemoci oběhového ústrojí	123
III. Nemoci trávicího ústrojí	18
VI. Nemoci nervové	240
VII. Nemoci pohybového ústrojí	754
XI. Nemoci ženské	387
Celkem	1944

Zdroj: vlastní zpracování, interní materiály společnosti Františkovy Lázně AQUAFORUM

a. s.