

UNIVERZITA PARDUBICE
Fakulta ekonomicko-správní

LÁZEŇSTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Bc. Martina Novotná

Diplomová práce

2008

Univerzita Pardubice
Fakulta ekonomicko-správní
Ústav ekonomiky a managementu
Akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Martina NOVOTNÁ**
Studijní program: **N6202 Hospodářská politika a správa**
Studijní obor: **Ekonomika veřejného sektoru**

Název tématu: **Lázeňství v České Republice**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Úvod

1. Historický vývoj lázeňství v České republice
2. Vzájemný vztah lázeňství a cestovního ruchu
3. Zdravotně léčebné služby
4. Analýza vybraných ukazatelů v lázeňství
5. Závěr

Použitá literatura

Přílohy

Rozsah grafických prací: -
Rozsah pracovní zprávy: cca 50 stran
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:


1. BURACHOVIČ, S., WIESER, S. Encyklopedie lázní a léčivých pramenů v Čechách, na Moravě a ve Slezsku. Praha: Libri, 2001. 456 s. ISBN 80-7277-048-9,
2. KNOP, K. Lázeňství: ekonomika a management. Praha: Grada, 1999. 232 s. ISBN 80-7169-717-6,
3. KRÍŽEK, V. Obrazy z dějin lázeňství. 2. vyd. Praha: Libri, 2002. 263 s. ISBN 80-7277-092-6,
4. MACKOVIČ, M. Lázeňství a balneotechnika. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita, 1995. 53 s. ISBN 80-7082-226-0.

Vedoucí diplomové práce: doc. Ing. et Ing. Renáta Myšková, Ph.D.
Ústav ekonomiky a managementu

Datum zadání diplomové práce: 29. října 2007
Termín odevzdání diplomové práce: 26. května 2008


prof. Ing. Jan Čapek, OSc.
děkan

L.S.


doc. Ing. et Ing. Renáta Myšková, Ph.D.
vedoucí ústavu

Poděkování:

Tímto děkuji doc. Ing. et Ing. Renátě Myškové, Ph.D., vedoucí mé diplomové práce za poskytnutí cenných informací a rad a za odborné vedení po dobu přípravy a dokončení mé diplomové práce.

SOUHRN

Tato diplomová práce se zabývá analýzou současného stavu lázeňství v České republice. Je zaměřena na popis struktury lázeňských míst, přírodních léčivých zdrojů a lázeňských procedur v České republice. Věnuje se vztahu lázeňství a cestovního ruchu. Vymezuje možnosti podpory a platné legislativní normy pro oblast lázeňství v České republice.

Klíčová slova

lázeňství; procedury; přírodní léčivé zdroje; lázeňská péče; cestovní ruch

TITLE

Spa in the Czech Republic

ABSTRACT

This diploma thesis deals with the analysis of the current spa situation in the Czech Republic. It focuses on a description of the structure of spa localities, natural healing resources and spa procedures in the Czech Republic. It devotes to relationship between spa and tourism. It defines the possibilities of subsidies and valid legislative norms for the spa sphere in the Czech Republic.

Keywords

spa; procedures; natural healing resources; spa care; tourism

OBSAH

Seznam tabulek	- 8 -
Seznam grafů	- 9 -
Seznam zkratk	- 10 -
ÚVOD.....	- 11 -
1 Historický vývoj lázeňství na území dnešní České republiky	- 13 -
1.1 Nejstarší období	- 13 -
1.2 Období rozvoje kapitalismu – 18. až 19. století	- 15 -
1.3 Období konce 19. století a první poloviny 20. století.....	- 18 -
1.4 Období druhé světové války až do roku 1948	- 20 -
1.5 Vývoj lázeňství do konce 60. let 20. století.....	- 21 -
1.6 Období 70. let 20. století.....	- 22 -
1.7 Období 80. let 20. století.....	- 23 -
1.8 Vývoj lázeňství po roce 1989	- 24 -
1.8.1 „Startovní“ podmínky v oboru lázeňství v procesech velkých změn a privatizace	- 25 -
1.8.2 Modelu privatizace a změn v poskytování lázeňské péče po roce 1990.....	- 26 -
1.9 Nové trendy v lázeňství	- 29 -
1.10 Stav lázeňství v Evropě.....	- 30 -
2 Legislativní rámec lázeňství.....	- 32 -
3 Lázeňská místa v České republice	- 34 -
3.1 Přírodní léčivé zdroje.....	- 35 -
3.1.1 Minerální prameny.....	- 35 -
3.1.2 Plyny.....	- 41 -
3.1.3 Peloidy.....	- 42 -
3.2 Léčebné lázně	- 44 -
3.2.1 Vývoj lázeňských zařízení	- 45 -
3.2.2 Vybavenost léčebných lázní lůžky	- 46 -
4 Lázeňská péče	- 52 -
4.1 Formy lázeňské péče.....	- 52 -
4.1.1 Lázeňská péče pro dospělé.....	- 57 -
4.1.2 Lázeňská péče pro dorost a děti	- 61 -
4.1.3 Srovnání údajů o lázeňské péči pro dospělé, dorost a děti	- 63 -
4.2 Indikace.....	- 65 -

4.2.1	Indikace u dospělých	- 66 -
4.2.2	Indikace u dorostu a dětí.....	- 70 -
4.3	Lázeňské procedury	- 73 -
5	Vzájemný vztah lázeňství a cestovního ruchu	- 78 -
5.1	Lázeňský cestovní ruch v Evropě	- 79 -
5.2	Ekonomické aspekty lázeňství v ČR	- 82 -
6	Organizace lázeňství v České republice.....	- 88 -
6.1	Podpora lázeňství v České republice	- 88 -
6.1.1	Státní program podpory cestovního ruchu v letech 2001-2006.....	- 88 -
6.1.2	Koncepce státní politiky cestovního ruchu v České republice na období 2007 – 2013	- 89 -
6.1.3	Podpora Evropské unie	- 90 -
6.2	Organizace zabývající se lázeňstvím v České republice	- 91 -
6.2.1	Sdružení lázeňských míst České republiky	- 91 -
6.2.2	Svaz léčebných lázní České republiky	- 92 -
6.2.3	Český inspektorát lázní a zříděl Ministerstva zdravotnictví České republiky a Referenční laboratoř přírodních léčivých zdrojů	- 92 -
6.2.4	Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky	- 93 -
6.2.5	Česká centrála cestovního ruchu – CzechTourism.....	- 93 -
6.2.6	Evropský svaz léčebných lázní	- 95 -
6.2.7	Evropská asociace lázní	- 95 -
	ZÁVĚR	- 96 -
	POUŽITÁ LITERATURA	- 103 -
	PŘÍLOHA	- 110 -

Seznam tabulek

Tabulka 1: Lázeňská místa využívající minerální vody	- 37 -
Tabulka 2: Vývoj počtu lázeňských zařízení v období 2000 - 2006	- 45 -
Tabulka 3: Síť lázeňských léčeben v ČR dle krajů.....	- 45 -
Tabulka 4: Počet lůžek v lázeňských léčebnách celkem a na 10 000 obyvatel	- 46 -
Tabulka 5: Podíl lůžek lázeňských léčeben na souhrnu ve zdravotnictví.....	- 46 -
Tabulka 6: Lůžková kapacita státních a nestátních lázeňských zařízení	- 47 -
Tabulka 7: Lůžková kapacita lázeňských zařízení v krajích	- 49 -
Tabulka 8: Lůžková kapacita lázeňských zařízení pro dorost a děti v krajích	- 51 -
Tabulka 9: Ambulantně odléčené osoby v krajích v roce 2002 až 2006	- 54 -
Tabulka 10: Lázeňská péče pro pacienty celkem	- 55 -
Tabulka 11: Lázeňská péče pro dospělé	- 58 -
Tabulka 12: Doprovod hrazený zdravotní pojišťovnou pro dospělé	- 59 -
Tabulka 13: Lázeňská péče pro dorost	- 61 -
Tabulka 14: Lázeňská péče pro děti	- 62 -
Tabulka 15: Doprovod hrazený zdravotní pojišťovnou pro dorost a děti.....	- 63 -
Tabulka 16: Podíl skupin na jednotlivých formách lázeňské péče.....	- 63 -
Tabulka 17: Počet pacientů dospělých, dorostu, dětí v krajích v roce 2006.....	- 65 -
Tabulka 18: Indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé.....	- 66 -
Tabulka 19: Lázeňská péče pro dospělé podle indikačních skupin na náklad ZP	- 67 -
Tabulka 20: Lázeňská péče pro dospělé samoplátce podle indikačních skupin	- 68 -
Tabulka 21: Lázeňská péče pro dospělé cizince podle indikačních skupin.....	- 69 -
Tabulka 22: Indikační seznam pro lázeňskou péči o děti a dorost	- 70 -
Tabulka 23: Lázeňská péče pro dorost podle indikačních skupin na náklad ZP	- 71 -
Tabulka 24: Lázeňská péče pro děti podle indikačních skupin na náklad ZP	- 72 -
Tabulka 25: Rozdělení lázeňských procedur do skupin	- 75 -
Tabulka 26: Počet zahraničních hostů v českých lázeňských ubytovacích zařízeních podle zemí	- 80 -
Tabulka 27: 10 nejpočetnějších zdrojových zemí v roce 2002 a 2007.....	- 82 -
Tabulka 28: Celkový počet pracovníků v lázeňských léčebnách podle krajů	- 85 -
Tabulka 29: Počty zaměstnanců podle skupin v lázeňských léčebnách	- 85 -
Tabulka 30: Vývoj průměrných měsíčních mezd lékařů v lázeňských zařízeních.....	- 86 -

Tabulka 31: Náklady zdravotních pojišťoven na lázeňskou péči 2000 – 2006	- 86 -
Tabulka 32: Změna počtu lůžek mezi roky 2000 a 2006.....	- 97 -
Tabulka 33: Změna počtu pacientů mezi roky 2002 a 2006.....	- 98 -
Tabulka 34: Změny nejčastějších indikací mezi roky 2002 a 2006.....	- 99 -

Seznam grafů

Graf 1: Vývoj lůžkové kapacity ve státních lázeňských zařízeních	- 48 -
Graf 2: Vývoj lůžkové kapacity v nestátních lázeňských zařízeních	- 48 -
Graf 3: Lůžková kapacita státních, nestátních lázeňských zařízení krajů v roce 2006 ..	- 50 -
Graf 4: Lůžková kapacita pro děti a dorost k 31. 12. v krajích	- 51 -
Graf 5: Podíl jednotlivých druhů pacientů na celkovém počtu 2002	- 56 -
Graf 6: Podíl jednotlivých druhů pacientů na celkovém počtu 2006	- 56 -
Graf 7: Vývoj počtu pacientů v lázeňských léčebnách v letech 2002 - 2006.....	- 57 -
Graf 8: Struktura pacientů dospělých v roce 2006	- 59 -
Graf 9: Dospělí pacienti podle forem lázeňské péče v krajích 2006	- 60 -
Graf 10: Počet pacientů KLP ve skupinách v roce 2002, 2006	- 64 -
Graf 11: Lázeňská péče pro dospělé podle indikačních skupin na náklad ZP 2006.....	- 68 -
Graf 12: Lázeňská péče pro dorost podle indikačních skupin na náklad ZP 2006.....	- 71 -
Graf 13: Lázeňská péče pro děti podle indikačních skupin na náklad ZP 2006.....	- 73 -

Seznam zkratk

např.	například,
apod.	a podobně,
atd.	a tak dále,
tzv.	takzvaný,
ČSR	Československá republika,
ČR	Česká republika,
resp.	respektive,
popř.	popřípadě,
tj.	to jest,
SSSR	Svaz sovětských socialistických republik,
SWOT	strengths, weaknesses, opportunities, threats,
EU	Evropská unie,
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky,
PO	právnícká osoba,
FO	fyzická osoba,
MZ	Ministerstvo zdravotnictví,
LL	lázeňská léčebna,
DLL	dětská lázeňská léčebna,
KLP	komplexní lázeňská péče,
PLP	příspěvková lázeňská péče,
LP	lázeňská péče,
N	náklad,
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky,
ZP	zdravotní pojištění,
USA	Spojené státy americké,
zdravot.	zdravotničtí,
prac.	pracovníci,
provoz.	provozní,
l	lázeňské.

ÚVOD

Problematika lázeňství patří mezi opomíjenou součást zdravotnictví, spadající tedy do národního hospodářství. Proto mě zajímal současný stav českého lázeňství, jak významnou funkci zaujímalo v minulosti a jakou pozici má nyní v české společnosti.

Hypotéza: Stav lázeňství je v současné době uspokojivý i přes výrazné probíhající změny. Snižující se objem peněžních prostředků od zdravotních pojišťoven vede lázeňská zařízení k zaměření se hlavně na pacienty samoplátce (tuzemce nebo cizince), kteří hradí svůj pobyt na vlastní účet. Tomu se pochopitelně přizpůsobují i prováděné léčebné výkony, které už využívají kromě lékařských metod a přírodních léčivých zdrojů také netradiční, nelékařské programy. Klade se tedy větší důraz na komerční využití lázeňských zařízení.

Hlavním cílem této diplomové práce je analyzovat současný stav lázeňství v České republice a s využitím syntézy popsat možnosti jeho rozvoje. Mezi dílčí cíle patří:

- zmapovat historii lázeňství v České republice,
- vymežit platné legislativní normy pro oblast lázeňství v České republice,
- provést analýzu struktury lázeňských míst a přírodních léčivých zdrojů v České republice,
- charakterizovat lázeňskou péči pomocí vybraných ukazatelů,
- popsat vzájemný vztah lázeňství a cestovního ruchu,
- vymežit možnosti podpory lázeňství v České republice, včetně podpory EU.

K naplnění cíle práce jsou využity vědecké metody. V první kapitole diplomové práce je zpracována analýza jednotlivých etap vývoje lázeňství v České republice. Je použita indukce při popisu nových trendů v lázeňství. Česká lázeňská místa jsou analyzována podle druhu přírodního léčivého zdroje. Dále jsou analyzovány jednotlivé lázeňské léčebny (podle zřízení, podle krajů, počtu lůžek) při využití komparace současného stavu s vývojem v předchozích letech.

V další kapitole je lázeňská péče analyzována podle její formy, délky ošetřovací doby, uplatnění v krajích, podle osob, které jí využívají. Kapitola indikace analyzuje léčené nemoci v lázních, člení je podle věkových kategorií osob, forem lázeňské péče a podle

jednotlivých druhů klientů. Opět je provedena komparace s předchozím vývojem. U lázeňských procedur je použita indukce při rozčlenění těchto postupů podle druhu.

V další části „Vzájemný vztah lázeňství a cestovního ruchu“ jsou analyzovány počty zahraničních hostů v českých lázních, počty zaměstnanců (podle krajů a jednotlivých skupin), náklady na lázeňskou péči zdravotních pojišťoven a je provedena jejich komparace. Poslední kapitola popisuje možnosti podpory a organizace působící v oblasti lázeňství v České republice.

1 Historický vývoj lázeňství na území dnešní České republiky

1.1 Nejstarší období

Předhistorické období ve vývoji českých lázní je popsáno legendami a skutečná historie není doložena. Jsou známé legendy např. o vzniku Karlových Varů – náhodně objevené horké prameny při honu přímo s přítomností vladaře Karla IV. Dle Václava Hájka z Libočan byl teplý pramen Teplíc v Čechách vyhrabán zaběhlými vepři, apod. [2].

Faktem mezi legendami je slovanský původ jmen z 10. až 11. století v hustě osídlených západních Čechách – „Teplá“, „Ohře“, „Vary“, „Teplice“. Na první mapě Čech Mikuláše Klaudiána z roku 1518 jsou vyznačeny Wary, Teplice a Bielyna (Bílina), a to bez zvláštních označení pramene nebo lázeňského místa. Chebské prameny, dnes známé především z Františkových Lázní jsou poprvé zmiňovány v roce 1542 Casparem Bruschiou. Prameny dnes využívané Mariánskými Lázněmi byly místnímu obyvatelstvu a mnichům z tepelského kláštera známe již ve 13. století. Příznivkyní lázní Teplice v Čechách prý byla sama manželka Jiřího z Poděbrad – Johana z Rožmitálu. Nejmladší historii mají za sebou prameny v Lázních Poděbrady, kde teprve při hledání pitné vody v roce 1905 byly vrty náhodně objeveny prameny minerální vody, extrémně bohaté na oxid uhličitý [2], [4].

Ve středověku a v delším horizontu celého feudálního období byl význam lázeňství minimální, protože toto období obecně nevynikalo kultem vody a hygieny. Jen pro nejvýznamnější a nejbohatší malou vrstvu obyvatel byl pobyt v lázeňských místech rozptýlením, spojeným většinou s hony a jinými kratochvílemi. Pouze Karlovy Vary a Teplice v Čechách si podržely svůj význam od svého založení jako lázeňská místa s významnými hosty a pacienty včetně Albrechta z Valdštejna a cara Petra Velikého v roce 1711 – ten po vzoru Karlových Varů začal dokonce zakládat první lázeňská místa v Rusku [2].

Od vynálezu knihtisku se uveřejnilo dnes již nepřehlédnutelné množství spisů o jednotlivých lázních, vodách, o pití vod a léčení koupelemi. Existuje také mnoho kreseb a maleb, miniatur, dřevořezů a jiných rytin, obrazů i pečeti. Obrazový materiál, který má vztah k lázeňství, se nachází i ve starých náboženských spisech, například ve výzdobě

a četných iluminací bible krále Václava IV. Pozdější doklady přinášejí veduty, pohlednice, plakáty a suvenýry, které dokreslují, někdy realisticky, někdy s humorem a satiricky, lázně a život v nich [1].

Lázně v Karlových Varech jsou v současnosti a byly i v minulosti nejvýznamnější a nejrozsáhlejší lázeňské místo v České republice. Z tohoto důvodu bude stručně v některých podkapitolách o historii lázeňství věnováno několik poznámek odděleně historii tohoto města a jeho přírodnímu bohatství.

Počátky Karlových Varů

Nejstarší fáze dějin karlovarského lázeňství je zhruba vymezena léty 1350 - 1522. Psaná historie vřídelního města začíná 14. srpnem 1370, kdy Karel IV. udělil již stávajícímu sídelnímu místu svobody a práva, jakých v té době požívalo blízké královské město Loket. Karlovarská lázeňská léčba se skládala od založení města až do poloviny 16. století téměř výhradně z jediné procedury, z přemíry koupelí, pro něž se vžilo přiléhavé označení „Hautfresser“ („požírač kůže“). Pitná kúra se v Karlových Varech začala prosazovat, i když váhavě a pomalu, až na popud lékaře Václava Payera, který roku 1522 vydal vůbec první odborné pojednání o karlovarské léčbě. Až po roce 1620 docházelo postupně k preferenci pitné kúry. Stupňující se převaha pitné léčby vyústila až do zdravotně problematických extrémů, když se kolem roku 1750 popíjelo denně i 50 až 70 koflíků vody.

Prosperita lázní Karlových Varů byla vážně narušena třicetiletou válkou. Neklidná doba se projevila zejména v citelném poklesu návštěvnosti. To vedlo k tomu, že si karlovarští museli hledat vedle lázeňství i jiné zdroje obživy. Tak došlo v 17. století postupně k rozvoji typických karlovarských řemesel - cínařství, puškařství, jehlářství a nožířství.

Výraznější oživení lázeňského života nastalo až v poslední třetině 17. století přílivem bohatých návštěvníků především z okolí saského a později i ruského a polského panovnického dvora. Odhady návštěvnosti Karlových Varů v 17. století (1600 - 1700) hovoří o 10 000 pacientech. Velkou propagací byly pro Karlovy Vary dva lázeňské pobyty ruského cara Petra Velikého v letech 1711 a 1712. Až do sklonku 17. století si Karlovy

Vary zachovaly sevřený gotický ráz s městskými branami a těsnou zástavbou kolem Vřídla [6], [7].

Na základě prací zdejších lékařů byl také vypracován jednoduchý způsob výroby vřídelní soli. Vývozu vřídelní vody a soli se Karlovarští dlouho úporně bránili, protože se obávali ztráty návštěvnosti. V roce 1718 si na císaři Karlu VI. dokonce vymohli přísný zákaz vývozu [7].

1.2 Období rozvoje kapitalismu – 18. až 19. století

Koncem 18. století dochází na českém území k rozvoji lázeňství. Toto období lze označit obdobím reálného vzniku lázeňství. Díky pokroku vědy, techniky a společenské komunikace dochází k významnému povznesení lázeňských míst [2].

Lázně jsou pozoruhodným kulturně společenským fenoménem, který se mimo jiné projevil i v jejich jedinečné architektuře, systematičnosti a parkových úpravách, jež se inspirovaly šlechtickými zámeckými zahradami a parky. Lázeňská místa měla a mají specifický stavební ráz, jehož typickým a klasickým prvkem je již od starověku objekt kolonády či altánku nad pramenem. Některé české a moravské lázně se vyznačují mimořádnou architekturou, poznamenanou tvůrčí činností výrazných stavitelských osobností (Dušan Jurkovič – Luhačovice, Ferdinand Fellner a Hermann Helmer – Karlovy Vary, Josef Schaffer – Mariánské Lázně, Josef Gočár – Bohdaneč, Gustav Wiedermann - Františkovy Lázně, J. Letzel – Mšené lázně a mnozí další) [1].

Je věnována pozornost přírodním zdrojům – jsou prováděny chemické analýzy minerálních vod, apod. Jsou hledány tváře jednotlivých lázeňských míst. Tvrdým konkurenčním bojem je charakterizována obchodní činnost a prosazování zájmů podnikatelů v lázeňství. Ke prospěchu lázeňských míst se předhánějí podnikatelé ve výstavbě ubytovacích kapacit – hotelů, penzionů a lázeňských domů. Konkurenční boj poznamenal lázně často i odklonem od léčebného poslání lázní. Mezi lékaře se vtírají často šarlatáni a pochybní léčitelé, kteří opět narušují důvěru v léčebné účinky lázní mezi lékařskými kapacitami.

Lázeňské hosty v celém období především tvoří klienti z řad aristokracie s povinným doprovodem, vysocí státní úředníci, později pak i průmyslníci, bohatší

obchodníci, bankéři, umělci a diplomati. Pobyt v lázních se stal nejen důležitým léčebným podpůrným prostředkem při onemocněních, ale už i důležitou společenskou a prestižní událostí [2].

Důležitou roli při zakládání lázní sehrály šlechtické rody a také katolická církev, jež podporovala jak z ideologických, tak i z komerčních důvodů popularizaci tzv. zázračných studánek, u nichž zřizovala kaple, poutní kostely a kláštery. Pro šlechtické rodiny byla existence lázní na jejich panství nejen obchodní záležitostí, ale do jisté míry také věcí módního trendu a společenské prestiže. Mnoho pramenů bylo církví prohlášeno za zázračné a léčivé v rámci barokního mariánského kultu, jehož ideový dosah je dodnes překvapivý [1].

Mnoho lázeňských míst patřilo často po celé generace šlechtickým rodinám. Tak Teplice v Čechách byly majetkem rodiny Claryů, Libverda patřila Clam-Gallasům, Bílina a některá severočeská zřídla hořkých vod patřila Lobkovicům. Luhačovice patřily od 17. století rodině Serényů a teprve v roce 1902 přešly na akciovou společnost, jejíž akcie pak vlastnila řada moravských lékařů. Někteří feudálové již v duchu podnikatelství sami zakládali lázně nové, i když často nedosáhli očekávaného finančního úspěchu. Lázně Darkov založil baron Jiří Bees z Chrostiny (1862), od kterého je později odkoupil hrabě J. Larisch -Mönnich. Působení podnikavého nájemce, lékaře dr. Wilhelma Degré, zde skončilo finančním krachem [4].

Komplexní lázeňská léčba v Karlových Varech

Zásadní význam pro modernizaci karlovarské balneologie mělo celoživotní působení dr. Davida Bechera (1725 - 1792). Provedl první skutečně vědecký chemický rozbor karlovarských vod. Jeho přičiněním se roku 1764 začala ve velkém vyrábět a posléze vyvážet vřídelní sůl. Prosadil realizaci pokrokových léčebných metod, které si zachovaly platnost až do dnešních dnů pod novodobým označením Komplexní lázeňská léčba. Dr. Becher na základě své chemické analýzy vody propagoval její pití přímo u pramenů a hojný pohyb ve formě vycházek v průběhu léčení. Tyto zásady vedly k budování altánů a kolonád nad prameny, promenádních cest a specializovaných lázeňských zařízení, ke změně celého dosavadního způsobu lázeňského života [6].

V souvislosti s rozvojem lázeňství byla postavena řada společenských a lázeňských účelových staveb, roku 1701 např. Saský sál, v roce 1728 Český sál. Roku 1711 byly vystavěny Mlýnské lázně, první veřejný lázeňský dům. Po roce 1700 začalo lázeňství již velice výrazně určovat podobu města. Vše se začalo podřizovat potřebám lázeňského hosta. V první polovině 18. století se Karlovy Vary těšily obzvláštní přízni Habsburků, zejména císařovny Marie Terezie. Loajální vztahy města k vídeňskému dvoru se kladně projeví ve finančních dotacích na stavební rozvoj města a ve zdokonalení jeho správy. Tento slibný rozmach Karlových Varů byl dne 23.května 1759 přerušen katastrofálním požárem, který zničil více než dvě třetiny města [6], [24].

Brzy byly zahájeny opravy a do obnoveného města začalo přijíždět stále více hostů. Některé stavby byly financovány ze zisků z prodeje vřídelní soli (stavba nového divadla roku 1788) nebo lázeňských tax (zavedeny v roce 1795), jiné ze štedrých příspěvků zahraničních mecenášů. Nejvyhledávanějším společenským střediskem šlechty se koncem 18. století stal Český sál, který roku 1775 zakoupil cukrář Johann Georg Pupp a položil tím základ k rozvoji největšího karlovarského restauračního a hotelového provozu Grandhotel Pupp [6], [24], [7].

Počátek 19. století přinesl Karlovým Varům další rozmach lázeňství. Již ke konci 1. poloviny 19. století, kdy u Vřídla ještě vládl způsob života udávaný šlechtou, docházelo v lázeňském publiku k postupnému oddělování stavů. Mizela stará lázeňská družnost a nákladné zábavy, eliminované prudce se zvyšující návštěvností. Karlovy Vary, původně označované za salon Evropy, se stále výrazněji stávaly sanatoriem Evropy [6].

Od druhé třetiny 19. století začala určovat povahu karlovarské lázeňské společnosti bohatá měšťanská klientela. Vlivem francouzské revoluce postupně z lázeňské scény mizí šlechta. V roce 1836 zahájily provoz lázně rašelinné. Od roku 1838 byly pacientům zpřístupněny ke koupelím, pití a inhalování tzv. plynové lázně na místě dnešních Lázní VI. Roku 1844 byl ve velkém zahájen vývoz zřídelní vody, což zapříčinilo další příliv pacientů. Počínaje rokem 1856 se začal užívat Železitý pramen, u něhož byly zřízeny tzv. železité lázně. Kolem roku 1860 se Karlovy Vary staly velice vyhledávané nemocnými cukrovkou [6], [7].

1.3 Období konce 19. století a první poloviny 20. století

Období konce 19. století a počátek 20. století lze označit s určitou nadsázkou „zlatou érou“ lázeňství na českém území (pochopitelně v souvislosti s obdobným vývojem v celé vyspělé Evropě). Dochází k dokončování staveb celých lázeňských komplexů, k modernizaci lázeňských léčebných procesů, následně pak i k modernizaci zařízení pro tuto péči. Do tohoto období spadá i řada významných léčebných výzkumných a realizačních počínů s využitím přírodních léčivých zdrojů. Léčebné lázeňské postupy jsou na základě vědeckých poznatků skutečně modernizovány a české lázeňství se začíná proslavovat i svou léčebnou účinností a kvalitou lázeňských lékařů.

Dochází také k dalšímu posílení prestiže lázeňských míst, která se stávají společenskými a kulturními centry, významnými i z hlediska cestovního ruchu. Po Praze se na českém území stávají nejnavštěvovanějšími místy právě lázeňská města. Z hlediska vyčíslených přínosů cestovního ruchu platí toto pořadí také. V lázeňských místech se rozvíjí nové aktivity – vznikají zde divadla, galerie umění, hraje se zde typická lázeňská promenádní hudba, do lázeňských míst jsou umísťovány různé umělecké a společenské události.

Pobýt v lázních, projít se po promenádě, účastnit se společenského života v lázních, to vše patřilo k novému životnímu stylu. Z velké většiny se zatím hovoří o klientech z vyšších, bohatších vrstev, kteří služby lázeňství užívají. Po první světové válce se však objevují první významné zdravotní pojišťovací společnosti, které umožňují lázeňskou péči stále širšímu okruhu uživatelů. Tímto rozšířením příležitostí lázeňské péče pro relativně i absolutně chudší klientelu se také rozvíjí řada alternativních možností ubytování, stravování a méně náročných služeb. Celkově tento vývoj přináší definitivní rozvrstvení nabídky lázeňské péče, služeb a pobytového komfortu v návaznosti na rozšíření uživatelů této péče. Rozvoj jednotlivých lázní vede také k diferenciaci na lázně dražší pro bohaté, střední vrstvy a léčení „na kasu“. Tato struktura vede dále ke změnám infrastruktury a služeb v lázeňských místech – vedle komfortních módních salónů a kasin vznikají na straně druhé běžné restaurace, knihovny, atd.

V tomto období rozvoje lázeňství je hlavním důvodem kvality péče a úrovně poskytovatelů osobní reference, proto se velmi pečlivě vedou a uveřejňují sezónní seznamy

lázeňských hostů, pobyt slavných osobností v lázních komentuje samozřejmě tisk a lázně tím opět získávají. Popisované období „zlaté éry“ lázeňství charakterizuje také umělecký rozvoj – významní umělci se předhánějí v získávání zakázek pro výstavbu, výzdobu lázeňských hotelů a domů. V lázeňských galeriích vystavují ti nejslavnější, ve společenských centrech koncertují ti nejvyhledávanější.

Z hlediska ekonomického lze toto období charakterizovat jako období prosperity a dynamického rozvoje podnikatelských aktivit v celé šíři nabídek lázeňských míst včetně např. plnění a prodeje minerálních vod, vřidelní soli, atd. Z toho vyplývá, že lázeňská místa byla pro podnikatele a obchodníky zlatým dolem se spoustou příležitostí [2].

Těžební a stavební činností a nastupující industrializací však byly ve 20. století značně ohroženy i některé významnější lázně. Tak např. roku 1879 způsobil průval podzemní vody v uhelném dolu Döllinger u Duchcova kromě několika obětí na životech horníků také zánik pramenů v nedalekých Teplicích, včetně známého „Pravřídla“. Termální vodu, která předtím samovolně vytékala na povrch, bylo poté nutno čerpat z velké hloubky. Tato událost byla významným podnětem k zahájení výzkumu hydrologického režimu zdrojů minerálních vod a vymezení ochranných pásem. Původní vydatnosti zdroje teplické léčivé vody bylo dosaženo až novými vrty provedenými v 2. polovině 20. století.

Také oblast západočeských lázní byla značně ohrožena. Výzkumným vrtem u Horní Vsi nedaleko Františkových Lázní došlo roku 1957 k mohutnému výronu minerální vody, který způsobil dočasný zánik některých františkolázeňských pramenů. Rovněž karlovarské Vřídlo je nutno opakovaně obnovovat novými vrty, jinak hrozí úplná ztráta tohoto světoznámého léčivého zdroje [3].

Změna lázeňského životního stylu v Karlových Varech

Již kolem roku 1870 se rozšiřoval čas hlavní lázeňské sezóny. Po roce 1860 se začíná vžívat období od 1. května do 30. září. Trvání lázeňské léčby se ustálilo na 4 týdnech. Zásadní význam pro další rozvoj lázní mělo napojení města na evropskou železniční síť roku 1870, kdy byl zahájen provoz na trati Karlovy Vary - Cheb. O rok později spojila Buštěhradská dráha lázně s Prahou. Velký rozvoj medicíny na přelomu

19. a 20. století formoval karlovarskou metodu léčby chronických chorob trávicího ústrojí a chorob výměny látkové.

Proměny životního stylu kolem roku 1900 přinesly do Karlových Varů zejména pod vlivem pacientů ze zámoří a z Anglie nový druh zábavy, které dle tělesných dispozic holdovali i lázeňští hosté - sport. A tak město postupně dostalo tenisové kurty, golfové hřiště a dostihovou dráhu. Těsně před vypuknutím I. světové války dosahovaly Karlovy Vary největšího počtu lázeňských hostů ve své historii. Např. v roce 1911 se zde léčilo 70 935 osob. Světová válka postihla Karlovy Vary na nejcitlivějším místě. Narušila příliv lázeňských hostů, a tím vážně ochromila celý život města. Ani Karlovým Varům, byť měly coby lázně určité výsadní postavení, se po válce nevyhnula vleklá hospodářská krize. Nesmírně vzrostly dluhy zdejších majitelů hotelů a penzionů. Pro malé podnikatele a obchodníky to mělo drastické následky [6].

1.4 Období druhé světové války až do roku 1948

V období okupace je většina našich významných lázeňských středisek zabrána Německem a v ostatních lázeňských místech je harmonický lázeňský život většinou přerušen a lázně jsou často využívány pro vojenské účely. Toto období je pro rozvoj lázní pouze dobou „temna“, kdy nedošlo k žádným pozitivním událostem. Naštěstí nebyla lázeňská místa v Čechách ani na Moravě nijak významně poničena.

Poválečné přesuny obyvatelstva, především z oblasti západních Čech, poznamenaly především západočeské lázně zmatky v majetkových vztazích a někde dochází i k devastaci lázeňských objektů. V každém případě s válečným obdobím a poválečnými opatřeními dochází k zastavení dynamického rozvoje lázeňství v Čechách a k přerušení vztahů a návaznosti na lázeňství západní Evropy [2].

Období 2. světové války v Karlových Varech

V důsledku 2. světové války doznal provoz lázní četných omezení. V říjnu 1938, po návštěvě říšského vůdce Adolfa Hitlera, byly Karlovy Vary obsazeny německým vojskem a jako součást tzv. Sudetské župy připojeny k tzv. "třetí říši". V březnu 1939 byla dokončena demolice jednoho ze symbolů lázní Karlových Varů, litinové Vřídelní

kolonády, jež byla nahrazena dřevěným provizoriem. V roce 1942 se přijelo léčit jen 36 646 osob, hlavně z Německa. Lázním byl omezen příděl mýdla a prádla, rovněž stravování bylo přísně racionalizováno. Poslední rok války znamenal pro lázeňství kolaps. Za celý rok 1945 zaznamenává statistika jen 3 794 lázeňských hostů [6], [7].

Po roce 1945 se karlovarská lázeňská léčba rozvíjela na jiných principech. Léčivé minerální zdroje a lázeňská zařízení byly znárodněny. Až do roku 1948 převažovali ve struktuře lázeňských hostů samoplátci - tak jako v době předválečné. V roce 1947 vznikly v Karlových Varech Státní lázně. Léčení pacientů zajišťovali soukromí lékaři. Pojišťovna paušálně hradila léčbu do 500 Kč. Do této částky byl zahrnut dvoutýdenní pobyt a devět koupelí. V roce 1948 byl utvořen národní podnik Československé lázně a zřídla. Ten převzal v Karlových Varech všechna lázeňská zařízení včetně sanatorií, hotelů a penzionů [6].

1.5 Vývoj lázeňství do konce 60. let 20. století

Po druhé světové válce převládá úkol zapojit lázeňství do systému zdravotní péče a utlumit komerční aktivity v oboru. Pozornost byla soustředěna především na obnovu válkou zničených nebo narušených lázní. V roce 1947 byl obnoven 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 aktem byla majetková podstata lázní (včetně všech přírodních léčivých zdrojů) převedena do výhradního vlastnictví státu. V tomto poválečném období je nadále propagována priorita zdravotnické funkce lázní, v praxi však je hlavní funkcí dosažení příznivých ekonomických výsledků.

V období 50. a 60. let je hledána v oboru lázeňství optimální forma jejich fungování. V roce 1951 byl vydán zákon č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči, který se týkal i péče lázeňské. Postupně je patrná snaha o přeměnu lázní na zdravotnická zařízení a jejich přechod na celoroční provoz. Stát poskytl sice skromné, ale z hlediska společenského nemalé prostředky na obnovu lázní, především pak na přeměnu lázeňských hotelů na odborné léčebné ústavy – komplexní lázeňské domy. Až do roku 1954 byla podřízena forma hospodářského řízení lázní a jejich organizace

systemu uplatňovanému v zařízeních státní zdravotní správy. Změnu způsobu hospodaření znamenal zákon č. 43/1955 Sb., o československých lázních a zřídlech.

V roce 1957 dochází opět ke změně ekonomického postavení a řízení lázeňských organizací. V tomto roce se v oboru začíná uplatňovat tehdy moderní metoda „chozrasčotního“ ekonomického modelu. Zde již není postavení lázeňských zařízení totožné s postavením nemocnic, i když je nadále propagována prioritou zdravotní péče, je však již účelově kombinována s ostatními složkami služeb poskytovaných pacientům – lázeňským hostům. Dříve potlačovaný směr nabízet služby našich lázní cizincům se na přelomu 50. a 60. let začíná uvolňovat a tato aktivita roste na intenzitě.

Dalším rokem změn je rok 1964, kdy vedení státu (v tomto období „strana a vláda“) vymezuje hlavní funkce lázeňství jak ve zdravotním systému, tak i ve společnosti vůbec. Vyvrcholením nových zásad je pak zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Dle 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 nadále věcnou (dobrovolnou) dávkou nemocenského pojištění. Je organizována masově, především přes odborové orgány a v návaznosti na indikační seznam chorob pro lázeňskou péči Krajskými správami sociálního zabezpečení. V lázeňských místech je opět vybírán tzv. lázeňský poplatek (taxa) [2].

1.6 Období 70. let 20. století

V tomto období nadále přetrvává uznávaná zdravotnická priorita lázeňské péče. Vlastní efektivnost poskytovaných služeb je pod „dohledem“ vrcholně uplatňovaného chozrasčotního hospodaření. Mikroekonomicky byla celkem úspěšná hra na hospodářská a nákladová střediska, bohužel tato forma kontrované efektivnosti nenabízela pohledy jiné než kvantitativní nákladovosti provozů a služeb, bez vazby na poskytované výkony a racionální využívání disponibilních kapacit.

Poptávka po lázeňských službách převyšovala nabídku kapacit a možnosti výkonů o 30 % a trvale chyběly investice na obnovu zařízení. Z hlediska celospolečenského

je snaha zvýšit podíl lázeňské péče na reprodukci pracovní síly. Tomu odpovídal i charakter nově vydaného indikačního seznamu chorob.

Rozpor mezi potřebou a možnostmi v oblasti lázeňské péče vedl postupně k opětným korekcím direktiv a ekonomických podmínek. Tak v roce 1978 vycházejí opět nové „Směrnice o poskytování lázeňské péče v zařízeních státní zdravotní správy“ včetně nového indikačního seznamu. Zde již je hledán efekt poskytnuté lázeňské péče v obnově a udržení pracovní schopnosti. Je preferován blok rehabilitačních procedur, chroničtí pacienti jsou programově přesunováni do mimosezónních období a bohužel jsou omezovány programy péče o dorost.

V řízení lázní z centra jsou nyní uplatňovány principy a restriktce vedoucí k omezení poptávky omezením možností opakování lázeňské péče, apod. Zelenou dostávají pobyty cizinců a devizové inkaso [2].

1.7 Období 80. let 20. století

Dlouhou dobu neřešené nebo příliš naivně a centralisticky řešené problémy v lázeňství vedly zákonitě ke krizovému stavu, kdy ani materiální základna lázní, ani kvalita služeb, postupně pak ani výkony a efektivnost provozu lázní nedosahovaly potřebné úrovně a dynamika rozvoje oboru (byť byla sporná i v uplynulých desetiletích od roku 1940) zmizela úplně.

Vývoj od roku 1945 byl jednoznačně extenzivní, i když s určitými korekturami a snahou o nápravu, docházelo až do 80. let trvale k růstu nákladů bez zajištění odpovídajícího zvýšení produktivity práce při poskytování výkonů. Naopak příliš intenzivně byly vytěžovány kapacity lázeňských zařízení bez odpovídajících investic do jejich údržby, modernizace a obnovy. Vývoj od roku 1986 logicky vedl přes kratší stagnaci k absolutnímu poklesu kapacit (nutné havarijní odstávky), a tím i počtu pacientů a výkonů.

Centrální, tvrdě plánované řízení lázní ČR (v těchto letech od roku 1969 již rozdělených českých a slovenských lázeňských podniků) vedlo k potlačení iniciativy jednotlivých lázní, nelogická a od stolu prováděná investiční politika pak postupně

připravila lázně o poslední zbytky důvěry v kvalitu lázeňské péče, i když problémy pociťovali více pracovníci lázní než lázeňští hosté.

Stát se v tomto ohledu spoléhal pouze na fakt, že většinu lázeňské péče hradí z veřejných prostředků, občana pobyt v lázních nestojí většinou nic, tedy si ani nemůže stěžovat na stále se snižující standard. Na druhé straně se však v rámci neracionálního a extenzivního rozvoje dále staví velké a drahé lázeňské objekty jako „obrazy socialismu“. Přitom se do rekonstrukcí velmi hodnotných staveb z počátku století neinvestuje, protože na tyto investice nejsou peněžní prostředky.

Lázně nestačí plnit poptávku po lázeňské péči. Cestu z krize hledala Centrální správa lázní zasahováním do provozu lázní, nákladovými škrty a kontrolami, což podle zákonů profesora Parkinsona vedlo opět ke zvýšení administrativy a k dalšímu růstu neproduktivních nákladů.

Zajímavým aspektem, v této souvislosti hodným za povšimnutí, je skutečnost, že jediným přípustným kvalifikačním požadavkem pro řízení lázeňské organizace, stejně jako dílčích jednotek – lázeňských léčeben, byl titul MUDr. Lékaři jistě nutně koncipují lázeňské programy a musí řídit léčebnou péči v lázních, nemají však zdaleka vzdělání ekonomického směru a jejich práce v administrativě řízení lázní je odvádí od jejich lékařských specializací [2].

1.8 Vývoj lázeňství po roce 1989

Po listopadových změnách v české společnosti nastává obrat v pohledu na funkci veřejně prospěšných služeb typu lázeňství, které jako komplex služeb zahrnuje řadu oblastí, které samy o sobě mají svůj vývoj a své výchozí podmínky. Jde především o lázně v rámci zdravotního systému státu, dále systém hotelových a stravovacích služeb v lázních, cestovní ruch a jeho dopad na lázně a region. Doplňkový charakter mají právě regionální aktivity, které mají úzkou návaznost na všechny výše vyjmenované oblasti – sportovní, kulturní a společenská zařízení (golfová hřiště, tenis, koně, kasina, kulturní domy, divadla, apod.). Tento rozsáhlý komplex zasahující v lázeňském místě prakticky všechny oblasti hospodářského a společenského života představuje také velmi složitý a dle zkušeností z vyspělé Evropy a z české společnosti před válkou, jedinečný potenciál a zdroj vysoké

životní úrovně společnosti v lázeňském městě, v regionu a v neposlední řadě také celého státu.

„Tyto veškeré aspekty a potenciální výhody restrukturalizace majetkových vztahů a činnosti provozovatelů byly základní myšlenkou pro záměry privatizace v oboru lázeňství a strukturálních změn v systému léčebných lázeňských poukazů a financování lázeňské péče.“

Původní model navržený ministerskou skupinou je popsán v následujícím textu. První návrhy pro privatizační postupy v lázeňství z roku 1990 se postupně vyvíjely a docházelo ke změnám podle obecně uplatňovaných postupů a metod v rámci zákonů o malé a velké privatizaci, o restitucích, apod. Zároveň 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 [2].

1.8.1 „Startovní“ podmínky v oboru lázeňství v procesech velkých změn a privatizace

Velkou devastací a zanedbaností vybavení lázeňských organizací znamenaly tedy extenzivní trendy v rozvoji oboru. Direktivní, trvale se zvyšující čísla výkonů, a ve vztahu k majetku nešetrná investiční politika, spjatá často s administrativními rozhodnutími, vedla k trvalému přetěžování lázeňských kapacit bez potřebných odstávek a rekonstrukcí (o modernizacích a generálních opravách ani nemluvě).

Výsledkem tohoto nehospodárného období byla zanedbaná zařízení, nacházející se často v havarijním stavu, pro poskytování lázeňských léčebných procedur (především v oboru balneoterapie a peloidoterapie – stav rehabilitačních bazénů, atd.). Podobně na tom byly ubytovací kapacity – lázeňské domy, ubytovny – často na úrovni nižší než studentské koleje. Pokoje bez příslušenství (resp. Malé procento pokojů s příslušenstvím), absence telefonů, televizí, o minibarech na pokojích nemluvě. Kromě těchto zařízení pochopitelně ani vybavení lázeňských kuchyní ani jídelen neodpovídalo standardu.

Nejhorším skrytým problémem byly většinou absolutně podceňované inženýrské sítě, v nich pak především rozvody minerálních vod od vrtů přes terén až k objektům jejich využití, ale i uvnitř objektů.

Ve vlastním systému poskytování lázeňské péče byla nejkvalitnější a bez větších problémů a ztrát v porovnání s lázeňsky vyspělými zeměmi západní Evropy vlastní léčebná péče. Zde pracovala řada velmi kvalifikovaných a zkušených lékařů, rehabilitačních a ostatních zdravotnických pracovníků. Totéž nebylo možné říci o službách spojených s pobytem lázeňských pacientů – hostů v lázních. Ubytovací a stravovací služby byly podceněny jak ve vybavenosti, tak v přístupu personálu k pacientům, kteří byly chápáni více jako pacienti nemocnic než jako klienti. Zde chyběl také prvek zdravé konkurence, a až na výjimky, monopolní postavení lázeňského podniku v lázeňském místě vedlo k neměnění se úrovni nabízených služeb [2].

1.8.2 Modelu privatizace a změn v poskytování lázeňské péče po roce 1990

„Pro nadcházející období privatizace a restrukturalizace majetkoprávních vztahů i činností byly v roce 1990 vytvořeny při Ministerstvu zdravotnictví ČR pracovní týmy, které tyto modely a projekty připravovaly. Především museli tvůrci privatizačních a transformačních modelů zjistit aktuální stav v lázeňství. Po stránce majetkoprávní byl vcelku jednoznačný pohled na výlučné vlastnictví státu, vyžadoval pouze ve smyslu zákonů řešit restituční nároky (to však bylo řešeno až v dalších obdobích). To platilo pochopitelně o výlučném vlastnictví státu všech přírodních léčivých zdrojů, včetně všech producentů minerálních vod – stáčíren v lázeňských místech.“

„Do roku 1990 tvořil komplex všech lázní a zříděl jeden státní podnik. Hned v první polovině roku došlo ke změnám statutárního postavení jednotlivých lázeňských podniků a zříděl – byl zrušen střední článek řízení – BALNEA a stát zřídil řadu státních podniků (v oblasti lázní a zříděl). Tyto státní podniky si zachovávaly i původní struktury podnikových ředitelství a přímo řízených lázeňských léčeben i odloučených přírodních léčebných lázní.“

Základem pro určení forem privatizace těchto lázeňských podniků byla především hodnota kmenového jmění subjektu (do 5 mil. Kč určeno do malé privatizace, nad 5 mil. Kč do velké). Dalším důležitým kritériem byla funkce a úloha subjektu v plnění úkolů zdravotní péče. Tak byl komplex lázeňských subjektů a jeho strukturálních částí rozdělen do následujících skupin:

- neprivatizovatelný majetek – dle záměrů Ministerstva zdravotnictví ČR (např. dětské léčebny),
- majetek do malé privatizace – objekty okrajového zájmu (byty, zahradnictví, pomocné provozy, penziony o 30 až 50 lůžkách, samostatné restaurační provozy, apod.),
- majetek pro velkou privatizaci – movitý i nemovitý majetek s právem hospodaření státních podniků – v rámci velké privatizace pak všechny předpokládané formy včetně privatizace kupónové.

„Zásadně mělo v rámci lázeňských podniků dojít k transformaci na akciové společnosti – v první fázi se 100 % podílem státu, ve druhé fázi pak diferenciací majetkových podílů mezi akcionáře: zdravotní pojišťovny (předpokládalo se až 40 % podílu), financující pobočky bankovních ústavů (předpokládalo se až 15 %), zbytek umístit jinou formou včetně již plánované, ale ještě ne úplně vyjasněné kupónové privatizace.“

Cílem celé majetkoprávní transformace mělo být účelné a smysluplné propojení různých forem vlastnictví jako základ pro další rozvoj lázní a pro regulované využívání přírodních léčivých zdrojů. Privatizací neměla být narušena v oboru lázeňství tvorba hlavního produktu lázeňského místa, ani úroveň a efekt lázeňské léčby pro indikované pacienty. Naopak diverzifikací vlastnických vztahů mělo být vytvořeno zdravé konkurenční prostředí a vytvořen prostor pro uplatnění všech logicky s tím souvisejících komerčních aktivit.

Privatizací měla zásadně vznikat nestátní (popř. ve výjimečných případech státní) zdravotnická zařízení s nabídkou specifického druhu služeb – poskytování lázeňské péče (usnesení vlády ČR č. 339/1990), kterou nový systém péče o zdraví lidu řadí do subsystému následné zdravotní péče. Jedinečnost lázeňství, která je dána veřejně prospěšným charakterem hlavní činnosti, a tím vazbou na sektor veřejné ekonomiky, je nutno zohlednit v řešení komplexního pojetí služeb v rámci návrhu privatizačního projektu.

„Tento postup privatizace lázeňství doprovázela transformace systému poskytování lázeňské péče ve vazbě na nový systém zdravotní péče v ČR. Zde se v prvotních úvahách vycházelo z již dříve uvedených skutečností, se kterými lázeňský obor do etapy

transformace vstupoval. Především nebyly vždy dostatečně využívány lázeňské kapacity pro léčbu skutečně indikovaných nemocných (v předchozím období nebylo přidělování poukazů vždy pouze věcí zdravotnických odborníků, a systém umožňoval využívání veřejných prostředků i k jiným než léčebným účelům). Poptávka po lázeňské péči, resp. společenská zakázka, nebyla takto vlastně reálně vymezena.“

Nový systém po transformaci měl být ve své organizaci a struktuře schopen dále rozvíjet stránku léčebnou, ale zároveň musel umožnit rozvoj ostatních složek působících v oboru. Připuštění plurality forem vlastnictví, eliminování státního monopolu nesmí být v rozporu se zásadou zachovat veřejný charakter služeb lázeňství (které mají podle svých indikačních zaměření asymetrickou strukturu a celorepublikovou působnost) [2].

Naštěstí v privatizaci nakonec nedošlo k prodeji jednotlivých nemovitostí, ale díky společnému úsilí odborné lázeňské veřejnosti, odborového svazu a podpoře tehdejšího ministra zdravotnictví Bojara se podařilo privatizovat lázeňské organizace jako celky převážně na akciové společnosti. To umožnilo dobře vedeným lázeňským organizacím využít svých aktiv a překonat závazky z minulosti a nejen přežít, ale dále se rozvíjet. Pochopitelně lépe na tom byly lázně s vyšším podílem zahraniční klientely. Příslibem do budoucnosti byly pokračující změny vlastnictví spočívající v přechodu od majority privatizačních fondů ke konkrétním vlastníkům. Vytváří se předpoklad pro příliv investic i do dalších lázeňských organizací.

Současně se však ukázalo, že není určující pro rozvoj jednotlivých lázní typ vlastnictví a zvolená hospodářsko-právní forma, ale zájem vlastníka či zřizovatele. Pozitivní vývoj je možné vysledovat u řady lázeňských organizací ve vlastnictví soukromém, obecním i státním, ať hospodaří jako obchodní společnosti, státní podniky nebo příspěvkové organizace. Lázeňství uspokojovalo před vstupem do privatizace požadavky nejen zdravotnictví, ale i rekreace. Druhá z majoritních zakázek zmizela. Lázně i dnes jsou ve větší či menší míře závislé na veřejné zakázce. Nejsou však pro veřejné zdravotnictví a jeho ekonomiku, tj. pro systém veřejného zdravotního pojištění přítěží. Jednak netvoří rozhodující položku výdajů zdravotního pojištění, jednak mají pojišťovenské klientele co nabídnout. Lázeňská péče může pomoci v prevenci, léčbě a rehabilitaci řady onemocnění [13].

Stav v Karlových Varech po roce 1990

Počínaje rokem 1990 byly státní léčebné lázně Karlovy Vary, nepřímý nástupce Československých lázní a zříděl, postupně privatizovány. Na místo jejich desetiletí trvajícího monopolu nastupují akciové společnosti a soukromí majitelé. Vznikla samostatná lázeňská zařízení, sanatoria, lázeňské hotely a společnosti ve formě akciových společností, společností s ručením omezeným atd.

Město Karlovy Vary převzalo do správy svůj historický majetek (tj. kolonády, balneoprovozy - např. Lázně I, Lázně III, Lázně V a přírodní léčivé zdroje). Byly vytvořeny dvě příspěvkové organizace města - Správa léčivých zdrojů a kolonád a Lázeňské zdravotnické zařízení. Lázeňské prostředí pomáhají zpříjemnit další příspěvkové organizace města: Správa lázeňských parků, Lázeňské lesy. Město také finančně podporuje Karlovarský symfonický orchestr spolu s Kulturním centrem Amethyst a divadlo [6].

1.9 Nové trendy v lázeňství

V posledních letech se prosazují tendence ke zkracování průměrné délky pobytu, a substituci léčebných pobytů jinými typy ozdravných pobytů, rostoucí poptávka po wellness pobytech a programech, ale také orientace na další formy cestovního ruchu rozvíjené v lázeňských místech.

Lidé dnes navštěvují lázně nejen ze zdravotních důvodů, ale také za účelem prevence, odpočinku, načerpání sil, poznání daného místa. V lázních se často konají kongresové a incentivní akce. To vše by se mělo objevovat v nabídce lázní, nejlépe ve formě tzv. balíčků služeb, které vedle léčebných služeb nabízejí celou řadu služeb doplňkových. Současná popularita tzv. zeleného cestovního ruchu a ozdravných (wellness) pobytů povede ke stále větší oblibě těchto rekondičních lázeňských pobytů. Tyto pobyty budou koncipovány ne jako léčebné, ale jako preventivní a relaxační. Orientace na nově vznikající strukturu zákazníků je již u některých lázeňských zařízení patrná. Pro tuto skupinu zákazníků je nutné vytvořit odpovídající zázemí, rozšiřovat paletu nabízených služeb, poskytovat kvalitní služby a tyto služby efektivně prezentovat a propagovat [37].

1.10 Stav lázeňství v Evropě

Léčebné lázeňství je z hlediska civilizačního a tradičního záležitostí výhradně evropskou. Rozvoj lázeňství je založen na pradávném zájmu lidí o přírodní minerální prameny, které se odlišovaly od běžných pramenů především svým vzhledem, chutí a teplotou. Tak již v antické době byly tyto neobvyklé přírodní jevy (tryskající, pulsující nebo perlivá zřídla) chápány jako jevy nadpřirozené a uctívání hodné. Ale zároveň také již na Blízkém východě, v Řecku a později v Itálii, stejně jako v dalších zemích oblasti Středozevního moře byla budována dokonalá lázeňská zařízení. Tato zařízení zakládána již v oblastech výskytu minerálních a termálních pramenů měla zpočátku význam především očistných (dnes bychom řekli hygienických) a společenských center. Velmi brzo však dochází v těchto lázeňských místech i k rozvoji léčebných procedur. Hovoří se tedy o přibližně dvoutisícileté historii léčebného lázeňství. Ještě dnes je možné se setkat se zbytky starých římských lázní ve velké oblasti sahající od jižní Francie až po území dnešního Chorvatska [2], [11].

V zemích západní Evropy, kde nebyla kromě válečných let přerušena kontinuita rozvoje léčebného lázeňství včetně všech i více nebo méně komerčních doprovodných složek (zábava – kasina, golf, atd.), je dnes již tento obor rozvinut v komplexu nabídek tak širokých, že nelze z procesů léčebných postupů a pobytů vyloučit prakticky nic – od skutečné medicíny, až po paramedicínské a často psychoterapeutické postupy [11].

Evropa se tedy dá z hlediska lázeňství rozdělit do oblastí, na země:

- a) lázeňské velmoci: Německo, Itálie, Francie,
- b) země s větším počtem významných lázní: Rakousko, Švýcarsko, Česká republika, Chorvatsko, Slovinsko, Maďarsko, Řecko, Slovenská republika, Španělsko, Portugalsko,
- c) země s lázeňstvím méně významným nebo s menší tradicí: Belgie, Polsko, Rusko, Ukrajina, ostatní země bývalé SSSR, ostatní země bývalé Jugoslávie,
- d) země bez lázeňské tradice resp. lázeňsky nevýznamné: severské země, Velká Británie, Irsko, Nizozemí [2].

Do zmiňovaných evropských významných center přistupují kromě evropsky tradičních a klasických léčebných postupů stále nové a moderní trendy s alternativním charakterem včetně indických, čínských a orientálních léčebných metod, svou obrodu

prožívá přírodní léčba (Kneippovy kúry). V lázeňských centrech jsou také stále častější nejmodernější aquaparky centra kosmetických a obdobných služeb. Tato centra nemusí být „vnitřní“ konkurencí léčebným lázním (jak jsou často i ze strany léčebných lázní chápána), naopak mohou být kvalitním doplňkem stávajících klasických léčebných služeb [10].

2 Legislativní rámec lázeňství

Poskytování lázeňské péče v České republice je upraveno především následujícími platnými legislativními normami:

- **zákon č. 164/2001 Sb.**, o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech a o změně některých souvisejících zákonů (lázeňský zákon), ve znění zákona č. 76/2002 Sb. a zákona č. 320/2002 Sb. Tento zákon stanoví podmínky pro vyhledávání, ochranu, využívání a další rozvoj přírodních léčivých zdrojů, zdrojů přírodních minerálních vod určených zejména k dietetickým účelům, přírodních léčebných lázní a lázeňských míst,
- **zákon č. 48/1997 Sb.**, o veřejném zdravotním pojištění, který stanoví postupy v oblasti doporučení a hrazení lázeňské péče pro dospělé, děti a dorost [29],
- **vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 423/2001 Sb.**, kterou se stanoví způsob a rozsah hodnocení přírodních léčivých zdrojů a zdrojů přírodních minerálních vod a další podrobnosti jejich využívání, požadavky na životní prostředí a vybavení přírodních léčebných lázní a náležitosti odborného posudku o využitelnosti přírodních léčivých zdrojů a klimatických podmínek k léčebným účelům, přírodní minerální vody k výrobě přírodních minerálních vod a o stavu životního prostředí přírodních léčebných lázní (vyhláška o zdrojích a lázních),
- **vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 58/1997 Sb.**, kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost,
- **vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 370/2001 Sb.**, o zkoušce o odborné způsobilosti k výkonu odborného dohledu nad využíváním a ochranou přírodních léčivých zdrojů a zdrojů přírodních minerálních vod,
- **vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 275/2004 Sb.**, o požadavcích na jakost a zdravotní nezávadnost balených vod a o způsobu jejich úpravy,
- **nařízení vlády č. 385/2001 Sb.**, kterým se stanoví jednotková výše poplatku za přírodní minerální vodu odebíranou ze zdroje přírodní minerální vody [49].

Vlastní pojem „lázeňská péče“ je vymezen **zákonem č. 20/1966 Sb.**, o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Platná legislativa se dále zabývá dílčími oblastmi vztahujícími se k právní úpravě lázeňství, a to především v následujících směrech:

- prohlašování dalších zdrojů (přírodně se vyskytujících minerálních vod, přírodně se vyskytující rašeliny) za přírodní léčivé zdroje,
- vydávání osvědčení o přírodních léčivých zdrojích a zdrojích přírodních minerálních vod,
- problematika stanovení ochranných pásem přírodních léčivých zdrojů, apod.

Z dalších relevantních předpisů do řešené oblasti zasahuje například zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařského povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, nebo zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta [29].

3 Lázeňská místa v České republice

Česká republika je jednou z významných evropských lázeňských center i přes svoje relativně malé území. Má pro další rozvoj lázeňství velmi příhodné podmínky, které jsou dány bohatstvím a rozmanitostí přírodních léčebných zdrojů at' minerálních, tak i klimatických i dlouhodobou lázeňskou tradicí [5].

V České republice se nachází celkem 37 lázeňských míst. U zrodu lázeňských míst však nebyly vždy nezbytně přírodní zdroje. Někdy silná osobnost reformátorského léčitele nebo laika, prosadila nové metody, využívající třeba jen obyčejné studené vody v rozmanitých aplikačních formách k léčení a přispěla ke vzniku renomovaných léčebných míst. Tak vznikala místa a sídla, která dnes nazýváme lázeňská [26].

Podle ustanovení § 2 odst. 4 zákona č. 164/2001 Sb., lázeňského zákona, ve znění pozdějších předpisů, se rozumí lázeňským místem území nebo část území obce nebo více obcí, v němž se nacházejí přírodní léčebné lázně, stanovené za lázeňské místo podle tohoto zákona.

Režim ochrany lázeňského místa stanoví statut lázeňského místa. Lázeňské místo a statut lázeňského místa stanoví vláda nařízením pro každé místo zvlášť.

Lázeňský statut zejména vymezí vnitřní a vnější území lázeňského místa a v zájmu ochrany léčebného režimu a zachování, popřípadě vytvoření lázeňského prostředí stanoví:

- omezení související s výstavbou a rozvojem lázeňského místa,
- činnosti, které se v lázeňském místě omezují nebo zakazují,
- zařízení, která se v něm nesmí zřizovat [18].

Přírodním léčebným prostředkem lázeňské péče jsou v 10 lázeňských místech peloidy (Bechyně, Františkovy Lázně, Lázně Bělohrad, Lázně Bohdaneč, Lázně Toušeň, Mšené, Lázně Kunderlice, Třeboň, Velichovky, Vráž). Pouze 3 lázeňská místa využívají příhodné klimatické poměry (Jeseník, Lázně Kynžvart, Lipová).

Zbývajících 24 lázeňských míst využívá minerální vodu (Bílina, Bludov, Dubí, Hodonín, Jáchymov, Jánské lázně, Karlova Studánka, Karlovy Vary, Karviná, Konstantinovy Lázně, Kostelec u Zlína, Lázně Libverda, Luhačovice, Mariánské Lázně, Náchod, Nový Dávkov – Klimkovice, Ostrožská Nová Ves, Poděbrady, Pozlovice, Skalka, Slatinice, Teplice nad Bečvou, Teplice v Čechách, Velké Losiny) [50], [45].

3.1 Přírodní léčivé zdroje

Zákon č. 164/2001 Sb., lázeňský zákon, ve znění pozdějších předpisů, vymezuje základní pojmy jako je přírodní léčivý zdroj. Podle ustanovení § 2 odst. 1 je přírodním léčivým zdrojem přirozeně se vyskytující minerální voda, plyn nebo peloid, které mají vlastnost vhodnou pro léčebné využití, a o tomto zdroji je vydáno osvědčení podle tohoto zákona.

3.1.1 Minerální prameny

Podle ustanovení § 2 odst. 1 zákona č. 164/2001 Sb., lázeňského zákona, ve znění pozdějších předpisů, se minerální vodou pro léčebné využití rozumí přirozeně se vyskytující podzemní voda původní čistoty s obsahem rozpuštěných pevných látek nejméně 1g/l rozpuštěného oxidu uhličitého nebo s obsahem jiného pro zdraví významného chemického prvku anebo která má u vývěru přirozenou teplotu vyšší než 20 C nebo radioaktivitu radonu nad 1,5 kBq/l.

Ve středověku se léčivé vody dělily podle nápadných smyslově rozpoznatelných znaků – vody slané, prameny sirné, kyselky a alkalické vody, resp. prameny horké, teplé a chladné. Řečtí lékaři vodám nevěnovali pozornost, neboť Hippokratés, otec lékařství, se ve svých dílech zmiňuje jen o škodlivých účincích vod. Teprve středověcí alchymisté obohatili chemické znalosti. Teprve kolem roku 1800 se začínají krystalizovat metody kvantitativní analýzy [25].

Minerální vody na Zemi se příliš neliší a mnohé byt' vyvěrají na různých místech mají podobné chemické složení. Proto např. Karlovarské minerální vody odpovídají složením vod v lázních Vichy ve Francii či v lázních Boržomyj na Kavkaze [9].

Minerální vody se dělí do 10 základních skupin:

- prosté teplice – mají teplotu nad 20 °C, nízký obsah plynů i rozpuštěných látek (méně než 1g/l) příkladem jsou Jánské Lázně,
- prosté kyselky – studené s vyšším obsahem oxidu uhličitého (nad 1g/l), rozpuštěné látky do 1 g/l, příkladem jsou Mariánské Lázně,
- zemité kyselky – vysoká mineralizace (vápník, hořčík) i obsah oxidu uhličitého, jsou teplé i studené např. Glauberova kyselka „Praga“ ve Břvanech,
- alkalické vody a kyselky – pravé (Bílina) – slané kyselky (Luhačovice) – glauberové kyselky (Františkovy Lázně),
- slané (solné) vody – vysoký obsah chlóru a sodíku, například Prešovské minerální vody,
- jodové vody – obsah jódu přes 10mg/l,
- sulfatické (síranové) vody – hořké vody s vysokým množstvím síranových iontů dále dělíme na: sádrovcové (s ionty vápníku), ryzí hořké (Zaječická), glauberovy hořké (Šaratice),
- sírné vody – obsahují přes 0,001 gramů síry na litr (ve formě sirovodíku), např. Velké Losiny,
- železité a železnaté vody – obsahují přes 0,01 gramů železa (dvojmocného nebo trojmocného) na litr,
- radioaktivní vody – minerální radioaktivita 1 Bq v litru vody, např. pramen Curie v Jáchymově [25].

Následující tabulka obsahuje přehled jednotlivých lázeňských míst, které využívají jako léčivý přírodní zdroj určitý druh minerální vody.

Tabulka 1: Lázeňská místa využívající minerální vody

Lázeňské místo	Druh minerální vody
Bílina	Alkalické kyselky
Bludov	Radioaktivní léčivý pramen
Dubí	Nemá vlastní zdroj, upravená pitná voda
Hodonín	Železnatá jodová minerální voda
Jáchymov	Radonová voda
Jánské Lázně	Hydrouhličitanové prameny s obsahem vápníku a sodíku i radioaktivních složek
Karlova Studánka	Uhličitá voda
Karlovy Vary	Termální voda
Karviná	Jodobromová voda – solanka
Konstantinovy Lázně	Hydrogen-uhličitano-sodno-hořečnatá voda
Kostelec u Zlína	Termální voda s obsahem sirovodíku
Lázně Libverda	Hydrogen-uhličitano-hořečnatá voda
Luhačovice	Hydro-uhličitano-chlorido-sodná voda, sirná voda
Mariánské Lázně	Uhličitá voda
Náchod	Uhličitá voda
Nový Darkov – Klimkovice	Jodobromová voda
Ostrožská Nová Ves	Sirná voda
Poděbrady	Hydro-uhličitano-chloridová sodnovápenatá voda
Pozlovice	Rehabilitační pavilony
Skalka	Sirnato-alkalická voda
Slatinice	Sirná voda
Teplice nad Bečvou	Hydrogen-uhličitano-vápenatá voda
Teplice v Čechách	Hydrogen-uhličitano-sirnato-vápenato-sodná voda
Velké Losiny	Sirná voda

Pramen: http://www.kr-karlovarsky.cz/obce/ICM_Cheb/tematika/zdravi/prehled_laz_mist.htm.

Spotřeba minerálních vod vzrostla v ČR na více než 62 litrů ročně, ve srovnání s počátkem 90. let, kdy činila průměrná roční spotřeba jen 15 litrů/obyvatele je to více než čtyřikrát. Přesto při pohledu do zemí Evropské unie se zdá, že se spotřebou ČR pokulhává (v EU až 100 litrů/obyvatele), ale mnohé je ovlivněno i odlišnou definicí již samotné minerální vody. V České republice je minerální voda definována, má-li více než 1 gram rozpuštěných minerálních látek nebo více než 1 gram oxidu uhličitého. V EU je minerální vodou v podstatě jakákoliv podzemní voda určitých vlastností [25].

Složení, teplota a účinky minerální vody, jež vyvěrá v různých koutech České republiky, jsou tedy rozdílné. Nejteplejším minerálním pramenem v ČR je Vřídlo v Karlových Varech (73,4° C), tryskající do výše 14 m s vydatností 2 000 l/min. Karlovarská termální voda, jejíž nejstarší složky jsou starší než 25 000 let, patří mezi

teplejší a dosahuje teplot 40-73,4° C. V blízkých **Mariánských Lázních** naopak vyvěrají **studené kyselky** s teplotou mezi 7-10°C. **Minerální vody z Luhačovic** - 10-12°C, jsou považovány za **jedny z nejúčinnějších v Evropě** pro vysoký obsah minerálních látek a pro vynikající proplynění volným oxidem uhličitým. Nejvyšší obsah volného oxidu uhličitého v celé České republice pak obsahuje minerální voda v Konstantinových Lázních. Jodobromová voda používaná v Darkově a Klimkovicích svým složením připomíná silně mineralizované moře. Je čerpána z hloubky 500-1100 m [50].

Vznik, utváření a výstup minerální vody či zřidelního plynu k zemskému povrchu jsou velmi složité přírodní procesy v systému horninové prostředí – voda – plyn. Vlastní více či méně soustředěný výstup minerální vody na zemském povrchu nebo v přírodních i uměle vytvořených podzemních prostorách nazýváme vývěrem, obvyklejší je však pojem pramen. Podle způsobu jímání lze rozlišovat prameny přírodní a uměle jímané. Hydrogeologickou a technickou problematikou spojenou s jímáním (těžbou), vedením, akumulací a využíváním přírodních léčebných prostředků v komplexu lázeňské léčby se zabývá obor zvaný zřidelní technika (též balneotechnika nebo krenotechnika).

Přírodní vývěry minerální vody na zemském povrchu většinou nejsou přímo využitelné pro lázeňské provozy, je třeba je technicky upravovat. Tyto technické úpravy vývěrů se nazývají jímáním minerální vody. Zcela zásadně se liší jímání v povrchově odvodňovaných zřidelních strukturách, v nichž se jímají vývěry (prameny) na zemském povrchu a ve strukturách zakrytých, tj. strukturách, které se na povrchu v přirozeném stavu neprojevují (Poděbrady, Bohdaneč, Darkov aj.). Liší se i jímání jednotlivých typů pramenů, výstupných a sestupných, jímání vod proplyněných a neproplyněných, jímání v různých horninových prostředích atd.

Každé jímání se skládá z odkryvných prací, vlastního jímacího tělesa, které vodu zachytává a z potrubí, které ji vyvádí na určené místo, většinou do přepadové či výtokové vázy (např. Karlovy Vary), přelivné věže (Františkovy Lázně), bazénu (Janské Lázně), akumulačních nádrží (Klimkovice) apod. Specifickým a velmi důležitým prvkem jímání minerálních vod je jejich izolace od okolních vod prostých a zachování přirozených vlastností minerální vody. Nutno poznamenat, že je to obvykle těžký úkol pro hydrogeologa či zřidelní technika, protože minerální vody jsou zapojeny do režimu prostých podzemních vod.

Jímání prostých i minerálních vod bylo předmětem zájmu již ve starověkých státech (tzv. země úrodného půlměsíce, tj. Blízký Východ a Egypt, později Řím), je však zřejmé, že historie jímání v podobě **cyldrických primitivních jímek** sahá ještě dále do minulosti. Mezi nejstarší avšak mnohde dosud funkční cylindrická jímání minerálních vod náleží jímání ve **vydlabaných kmenech stromů** (Slavkovský les, Otročin aj.), jímání pramenů v **dřevěném** či dokonce **kamenném pažení** (Kyselecký Hamr u Chebu, dosud dochované pažení z granitu z r. 1648) a jímání **otvory v kamenných deskách**. Příklad posledně jmenovaného jímání lze spatřit na rytinách prostoru karlovarského Vřídla (1630, 1652 aj.), na nichž je patrné překrytí přírodního výronu termy kamennou deskou s otvorem, do něhož je nasazena dřevěná výstupní roura. Tento systém byl v Karlových Varech uplatňován i v dalších staletích, kdy přírodní výrony byly nahrazeny mělkými vrty. Ještě v r. 1864 zde byl princip krycí kamenné desky s dřevěným výstupním potrubím použit při jímání Mlýnského pramene. Kamenné desky byly zhotovovány z odolných hornin, tedy z granitu, syenitu, porfyru či křemence, později též z umělých kamenů.

Dnes již ojedinělým způsobem jímání jsou **zářezy**, podélné odkryvy v zeminách či horninách (pramen Otto v Kyselce u K. Varů). Velmi starým typem jímání obvyklým v nejstarších lázeňských místech jsou tzv. **pisciny**, otevřené vodní nádrže vybudované přímo nad přírodním vývěrem minerální vody, nejčastěji teplé (Janské Lázně) či sirné.

Velmi typickým jímáním kyselek, tedy minerálních vod s vyšším obsahem CO₂, je **jímání zvonové**, při němž jsou rozptýlené vývěry soustředěny do výstupního potrubí různě širokými a různě tvarovanými (čtyř, šesti, osmibokými, oválnými až kulatými, pyramidálními) **zvony, zvonky či trychtýři**. Nádherné příklady takového jímání nalezneme ještě dnes v Konstantinových Lázních či Františkových Lázních.

V roce 1812 je z Františkových Lázní doloženo jímání plynu prostřednictvím obrácené dřevěné pyramidy, trychtýři byly zachyceny i staré prameny Alois a Amanda v Luhačovicích. Je nutné poznamenat, že již daleko dříve bylo v Konstantinových Lázních použito kamenné jímání s polokulovitými prohlubeninami na spodní straně, tedy nic jiného než analogie zvonového jímání. První **kovové zvonové jímání** v tehdejší Rakousku bylo použito při zmáhání divokých výronů Vřídla v řečišti Teplé v Karlových Varech, zvony byly zhotoveny z litiny.

Jsou li přírodní vývěry příliš rozptýlené, užívá se **soustavy jímacích zvonků**, jejichž vývody jsou posléze spojeny do jednotného výstupního potrubí (pramen Natálie ve Františkových Lázních). Rovněž byly v případě většího počtu přítoků zhotovovány **velké zvony** až do 2 m v průměru.

V některých lázeňských místech bylo v minulosti využíváno **studňového jímání**, které, pokud není kombinováno s pramenními zvony nebo s jinou úpravou výstupu vody zabraňující odplynění, poruchám chemické rovnováhy a následně časté zřidelní sedimentaci, není nejvhodnějším typem jímání minerální vody. Studňové jímání přežívá při jímání vod mělkého původu (hořké vody aj.) a drobných vývěrů minerálek (skruže, nověji prefabrikované, nejčastěji betonové). V případě známého karlovarského pramene zvaného Žrouť byla skalní puklina s vývěrem termy rozšířena do podoby **skalní jímky**.

Jímání vody v mělkých či hlubokých **šachticích** později vyzdívaných z ostře pálených cihel („klinkrů“) opět v kombinaci se zvony, trychtýři, sběrnými dreny a jílovým či cementovým těsněním apod. se naopak u minerálních vod velmi osvědčilo (Kyselka u Karlových Varů aj.).

Běžné jsou též příklady tzv. **kuželovitého jímání**, tedy šachtic a studní, jejichž spodní část je rozšířena do kruhu, jehlanu či kužele a napojena na výstupní profil (Wernerův mlýn na Chebsku aj.). Přejídné tvary jímacích těles mezi šachticemi a zvony, tedy jakési lahvovité formy šachtic se zúženým hrdlem byly dříve použity např. v Kynžvartu.

Dalšími typy jímání minerálních vod, v minulosti značně rozšířenými, jsou jednoduché nebo složitější kovové **sběrné schránky**, umístované přímo na pukliny ve skalních masivech (Karlovy Vary, staré jímání Mlýnského pramene aj.).

Materiály používané při jímání minerálních vod by obecně měly odolávat agresivním účinkům minerální vody či vlhkého plynu. Nalezneme tedy buď v historických análech či při odkryvech v terénu jímací prvky dřevěné (lipová pažnice na Sadovém prameni v Karlových Varech použitá v r. 1853 je stále funkční!), kovové (měď, olovo, bronz, zároveň pocínovaná měď, litina), kameninové, betonové, železobetonové či vyzdívané ze speciálních cihel (klinkry), dokonce i skleněné. Časté jsou slitiny kovů,

tedy cín s přísadou antimonu či olova byl odolnější apod. Jen zřídka byly používány běžné ocelové prvky, neboť poměrně snadno podléhají korozi, hojně je užívána ocel a litina.

Hlubší jímání minerální vody je až na výjimky realizováno tzv. **jímacími vrty**. Jímání podzemní vody různě hlubokými vrty je doloženo již ve starověké Číně, v ČR je pak doloženo vrtání otvorů do vřídelní desky v Karlových Varech již před rokem 1638.

Vrty mohou představovat v případě kvalitního provedení téměř optimální jímací objekty, neboť v největší míře snižují průtočné odpory na výstupní cestě vody a omezují vydatnost postranních či divokých vývěřů a ředění minerální vody okolními prostými vodami. Při vhodném uspořádání vrty nenarušují režim okolních zdrojů minerální či prosté vody, velkou výhodou je též možnost poměrně snadné regulace odběru, stabilizace a měření fyzikálních či fyzikálně-chemických parametrů vody či plynu. Rovněž možnosti sanitace jsou v případě vrtů největší. Nevýhodou jímacích vrtů je proces tzv. stárnutí, tedy jejich relativně nižší životnost ve srovnání s jímkovým či šachticovým způsobem jímání minerální vody. Příklady stárnutí vrtů spojené s poklesem vydatnosti vody, plynu či se změnami jejich parametrů nalezneme v Karlových Varech, Poděbradech i ve Františkových Lázních a jinde. Časté jsou kombinace jímacích technik, tedy vrtání v šachtách, hlubinných dolech, štolách apod.

Vrty neslouží výhradně k jímání minerální vody, je jich využíváno k monitorování případných změn tlaku kapalných či plyných fází v horninovém prostředí, k indikaci případného znečištění vod a sledování vývoje kontaminace, k regulaci tlakových poměrů ve zřídelní struktuře (např. v Karlových Varech) atd. Způsobů jejich využití je skutečně obrovská škála [22].

3.1.2 Plyny

Proplyněné minerální vody a výrony suchých plynů jsou projevy odplynování horninového prostředí. Tyto plyny jsou částečně původem z atmosféry, odkud jsou strhávány při infiltraci vody a jinými pochody, částečně jsou původem z litosféry, tedy ze svrchního zemského pláště či zemské kůry (tzv. juvenilní plyny).

V ČR doprovází minerální vody nejčastěji oxid uhličitý (CO₂), který je převážně postvulkanického původu a jen vzácně vystupuje jako produkt metamorfózy hornin.

V daleko menší míře se objevují sirovodíkové exhalace (H_2S), na Moravě též methan (CH_4). Pouze jako příměsi se většinou nalézají kyslík, dusík, vzácné plyny (He, Ar).

Plyny vystupují na povrch zemský buď jako rozpuštěné ve vodní složce nebo, v případě překročení kritické rozpustnosti, jako tzv. spontánní plyn. Jejich jímání je poměrně obtížné, první zmínky pocházejí z počátku 19. století.

Dnešní praxe spočívá především v jímání vrty, a to buď v méně časté exploataci spontánních plynů (Mariánské Lázně), daleko častěji pak v jímání mechanické směsi plynu s kapalnou fází (Karlovy Vary). Po odběru směsi z vrtu dochází k mechanické separaci plynné a kapalně fáze a k oddělenému hospodaření s oběma fázemi [22].

3.1.3 Peloidy

Peloidem se rozumí rašelina, slatina nebo bahno. Jsou to sedimenty, mezi které patří anorganická bahna a humolity, mladé organické uloženiny jako jsou slatiny a rašeliny [49], [22].

Základní členění peloidů je tedy na humolity a bahna. Humolity obsahují více než 30 % organických látek a dělí se dále na rašeliny, slatiny a slatinné zeminy. Rašelina je takový humolit, který obsahuje více než 50 % spalitelných látek. Rašeliny dále dělíme na rašeliny ombrotrofní (vzniklé za přítomnosti převážně srážkové vody) a rašeliny minerotrofní, tzv. slatinné rašeliny, vzniklé za přítomnosti a působení mineralizované vody spodní. Vznikají zejména z mechů rašeliníků. Slatiny jsou takové minerotrofní humolity, které vznikají za přítomnosti podzemní nebo povrchové vody, převážně z rostlinných zbytků. V ČR se používá pojem slatina převážně v jeho užším smyslu a slatinou se rozumí minerotrofní rašelina, velmi bohatá na minerály. Slatiné zeminy je možno označit za slatiny s převažující minerální složkou, v nich obsažená organická složka nedosahuje 50 % a pohybuje se většinou mezi 20 až 50 % hmotnosti vzorku. Bahna jsou takové peloidy, které obsahují méně než 20 % organických látek.

Peloidy jsou léčebně využívány pro své účinky mechanické, termofyzikální a chemické. Aplikační formou jsou koupele – částečné, poloviční či celkové, dále zábaly a tampony k místní aplikaci. Méně obvyklým způsobem aplikace jsou chladné rašelinové zábaly, které kombinují účinek rašeliny s účinky chladu [8].

Ložiska rašelin, příp. slatin jsou v ČR velmi hojná, většina významných ložisek peloidů však leží mimo lázeňská místa v nichž se peloidní léčby využívá. Výjimkou jsou lázeňská místa Mariánské Lázně, Františkovy Lázně, Třeboň a Bechyně. Hlavní léčebnou indikací peloidů jsou revmatické choroby. U léčby peloidy byly prokázány účinky mechanické, fyzikální, fyzikálně-chemické, chemické i biochemické.

Těžba peloidů je náročnou aktivitou, probíhající často pod hladinou podzemní vody, neboť předchozí odvodnění ložiska není přípustné a za přísných ochranných podmínek s ohledem na režim okolních prostých i minerálních vod. Dřívější metody těžby spočívaly v ručním píchání borků či běžné ruční těžbě na vozíky aj., dnešní praxe je založena na hornických metodách skrývky a bagrování.

Po těžbě, stále mimo užitelské léčebné zařízení, následuje první úprava výtěžku, tedy drcení a následné mísení až do podoby homogenní směsi a doprava této směsi na místo spotřeby. Ve vlastním balneoterapeutickém zařízení je směs skladována ve speciálních místnostech pokud možno bez přístupu přímého světla, ale především tak, aby nedošlo k jejímu vysychání. Vysychání se zabraňuje buď skrápěním nebo, jednodušeji ale méně vhodně, překrýváním nepropustnými fóliemi. Dnes však těžební organizace dodávají peloid v 50 a 100 l obalech, takže až do momentu dalších úprav nebezpečí vysychání směsi nehrozí.

Ze skladů je homogenizovaná směs vedena do přípravný, kde dochází k promísení v optimálním případě s minerální vodou nebo s vodou prostou, po cca 2 hodinovém bobtnání a ohřevu směsi na požadovanou teplotu se směs vede nebo převáží k vlastnímu terapeutickému využití v podobě celkových vanových koupelí, zábalů nebo obkladů. Peloidní koupelny jsou mj. náročné na odvětrávání s ohledem na organoleptické parametry používaných směsí. V současnosti jsou též do lázeňských ústavů dodávány též tzv. přísadové peloidové směsi, s velmi jednoduchými možnostmi manipulace a přípravy. Transport by měl respektovat zachování fyzikálních a fyzikálně-chemických vlastností peloidu. Nejdůležitějšími vlastnostmi jsou teplota, pH a konzistence směsi. Použitý peloid se shromažďuje v nádržích se sedimentační funkcí a pokud je to možné, odváží se zpět na ložisko k regeneraci. Krásným příkladem nakládání s peloidy byl provoz Císařských lázní v Karlových Varech, v němž byly využívány speciální výtahy na vany s rašelinou, nebo současný provoz těžby a úpravy sirno-železité slatiny ve Františkových Lázních.

Moderní doba však stále více vyžaduje rychlejší a snadnější přípravu peloidů, jsou proto vyráběny zvláštní ploché sáčky s peloidovou náplní (nebo v kombinaci s fangem, vulkanickým popelem jako pelofango), jejichž jedna strana je propustná [22].

3.2 Léčebné lázně

Podle ustanovení § 25 odst. 1 zákona č. 164/2001 Sb., lázeňského zákona, ve znění pozdějších předpisů, se přírodními léčebnými lázněmi rozumí soubor zdravotnických a jiných souvisejících zařízení sloužících k poskytování lázeňské péče na území se stavem životního prostředí odpovídajícím požadavkům lázeňské péče, pokud se na tomto území nebo v jeho blízkosti nachází přírodní léčivý zdroj nebo toto území má klimatické podmínky příznivé k léčení.

Podle ustanovení § 25 odst. 3 téhož zákona přírodní léčebné lázně stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou z vlastního podnětu, na návrh obce, na jejímž území mají být přírodní léčebné lázně stanoveny, nebo na návrh fyzické nebo právnické osoby, která hodlá využívat místní přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení k poskytování lázeňské péče.

Podle ustanovení § 27 téhož zákona jsou zdravotnická zařízení, která poskytují lázeňskou péči, povinna na základě průběžně prováděných klimatických měření každých 5 let předložit ministerstvu zprávu o stavu klimatických podmínek v místě přírodních léčebných lázní. V případě přírodních léčebných lázní využívajících klimatické podmínky příznivé k léčení musí zpráva obsahovat i zhodnocení další využitelnosti těchto podmínek pro klimatickou lázeňskou léčbu. Pokud je v přírodních léčebných lázních více zdravotnických zařízení poskytujících lázeňskou péči, mohou se dohodnout o předložení společné zprávy.

3.2.1 Vývoj lázeňských zařízení

Následující tabulka ukazuje vývoj počtu léčebných lázní za stanovené období v ČR.

Tabulka 2: Vývoj počtu lázeňských zařízení v období 2000 - 2006

Počet lázeňských zařízení	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nestátních	46	49	51	64	68	70	78
Státních	17	19	17	17	15	15	7
Celkem	63	68	68	81	83	85	85

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>.

Z tabulky je vidět, že roste celkový počet lázeňských zařízení. Oproti roku 2000 vzrostl jejich počet v roce 2006 o 35 %, dále rostl počet nestátních zařízení ve stejném období o 70 %. Naopak počet státních lázeňských zařízení klesá, souvisí to se stále pokračující privatizací. Jejich počet klesl od roku 2000 do roku 2006 o 59 %. K 31.12.2007 je celkem 85 lázeňských zařízení, u 6 z nich je zřizovatelem Ministerstvo zdravotnictví, u jednoho je zřizovatelem město. Další tabulka obsahuje počty lázeňských zařízení ve sledovaném období za jednotlivé kraje.

Tabulka 3: Síť lázeňských léčeben v ČR dle krajů

Kraj	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Středočeský - l. léčebna	3	3	3	3	3	3	3
- dětská l. léčebna	1	1	1	1	1	1	1
Jihočeský	4	5	5	5	5	5	5
Plzeňský	1	1	1	1	1	1	1
Karlovarský - l. léčebna	24	27	26	40	42	44	46
- dětská l. léčebna	4	4	4	4	4	4	2
Ústecký	3	3	3	3	3	3	3
Liberecký	2	2	2	2	2	2	2
Královéhradecký	3	3	3	3	3	3	3
Pardubický	1	1	1	1	1	1	1
Vysočina	0	0	0	0	0	0	0
Jihomoravský	1	1	1	1	1	1	1
Olomoucký	7	7	7	7	7	7	7
Zlínský	7	7	8	7	7	7	7
Moravskoslezský	2	3	3	3	3	3	3
ČR celkem l. léčeben	58	63	63	76	78	80	82
ČR celkem dětských l. léčeben	5	5	5	5	5	5	3

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>.

Největší počet lázeňských léčeben, i dětských, je ve sledovaném období v Karlovarském kraji a dochází zde i k největším změnám. V ostatních krajích zůstává počet lázeňských léčeben ve sledovaném období přibližně stejný. V Karlovarském kraji se počet zařízení zvýšil v roce 2006 oproti roku 2000 o zhruba 71 %. Příloha obsahuje seznam konkrétních léčebných lázní rozdělených podle jednotlivých krajů a uvádí obecně jejich zřizovatele.

3.2.2 Vybavenost léčebných lázní lůžky

S rozvojem lázeňství v ČR, růstem počtu lázeňských zařízení, roste soustavně i počet využívaných lůžek touto částí zdravotnictví. K dispozici je přehled vývoje počtu lůžek v lázeňství v daných obdobích.

Tabulka 4: Počet lůžek v lázeňských léčebnách celkem a na 10 000 obyvatel

K 31.12.	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Celkem	20 276,0	22 678,0	23 981,0	23 523,0	22 001,0	19 000,0	22 179,0	25 235,0
Na 10 000 obyvatel	20,7	22,5	23,3	22,7	21,2	18,4	21,6	24,6

Pramen: <http://www.uzis.cz>.

Celkový počet lůžek vzrostl během 35 let o téměř 5 000, což je přibližně o 25 %. Na 10 000 obyvatel přibyly za stejný časový úsek téměř 4 lůžka. V roce 2006 byl počet lůžek na 10 000 obyvatel opět vyšší – 25,1 lůžek.

Podíl lůžek v lázeňských léčebnách na celkovém množství lůžek ve zdravotnictví roste pomalejším tempem než absolutní počet lůžek. Toto tvrzení dokazuje následující tabulka.

Tabulka 5: Podíl lůžek lázeňských léčeben na souhrnu ve zdravotnictví

Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Podíl v %	19,7	20,0	20,3	21,9	22,1	22,3	22,9

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>.

Při porovnání roku 2000 a 2006 vzrostl podíl lůžek v lázeňství na celkovém počtu lůžek ve zdravotnictví o 3,2 %.

Další tabulka obsahuje přehled počtu lůžek ve státních a nestátních zařízeních zvlášť pro dospělé, děti a dorost a ostatní. Ostatní znamená lůžka, která jsou vhodná pro

léčebné účely, ale nejsou vhodná k přijetí nemocných na komplexní lázeňskou péči nebo příspěvkovou lázeňskou péči.

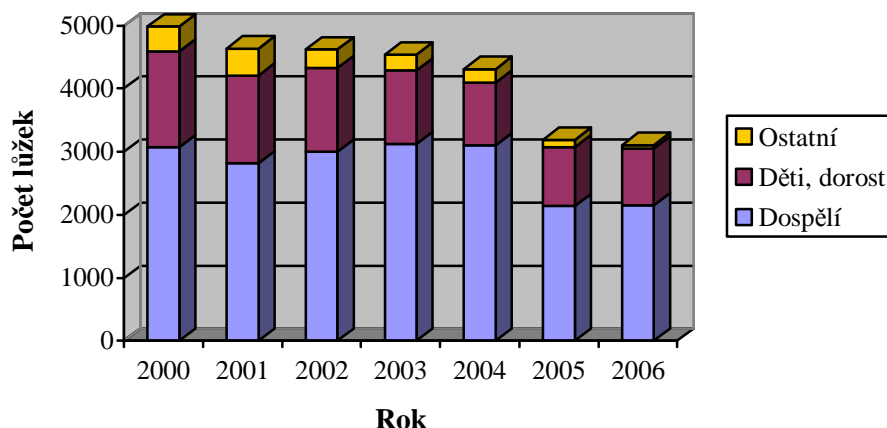
Tabulka 6: Lůžková kapacita státních a nestátních lázeňských zařízení

K 31.12.	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	Státní zařízení						
Pro dospělé	3 069	2 820	3 004	3 120	3 103	2 143	2 149
Pro dorost, děti	1 524	1 392	1 323	1 164	989	930	900
Ostatní	390	425	298	257	221	115	58
Celkem	4 983	4 637	4 625	4 541	4 313	3 188	3 107
	Nestátní zařízení						
Pro dospělé	15 586	15 932	16 362	18 375	18 592	19 993	20 751
Pro dorost, děti	1 128	1 400	1 319	1 327	1 534	1 570	1 371
Ostatní	482	563	666	738	821	484	541
Celkem	17 196	17 895	18 347	20 440	20 947	22 047	22 663
	Státní a nestátní zařízení						
Celkem	22 179	22 532	22 972	24 981	25 260	25 235	25 770

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>.

Během sledovaného období neustále klesá počet lůžek ve státních lázeňských zařízeních. Počet lůžek pro dospělé klesl v roce 2006 ve srovnání s rokem 2000 o 30 %, pro děti a dorost o 41 %. Celkový počet lůžek se snížil ve státních lázeňských léčebnách o 38 %. V nestátních lázeňských zařízeních je situace opačná. Počet lůžek pro dospělé vzrostl o 33 %, pro děti a dorost o 22 %. Celkový počet lůžek v nestátních zařízeních v roce 2006 oproti roku 2000 vzrostl o 32 %. Každoroční změny jsou lépe vidět na následujících dvou grafech.

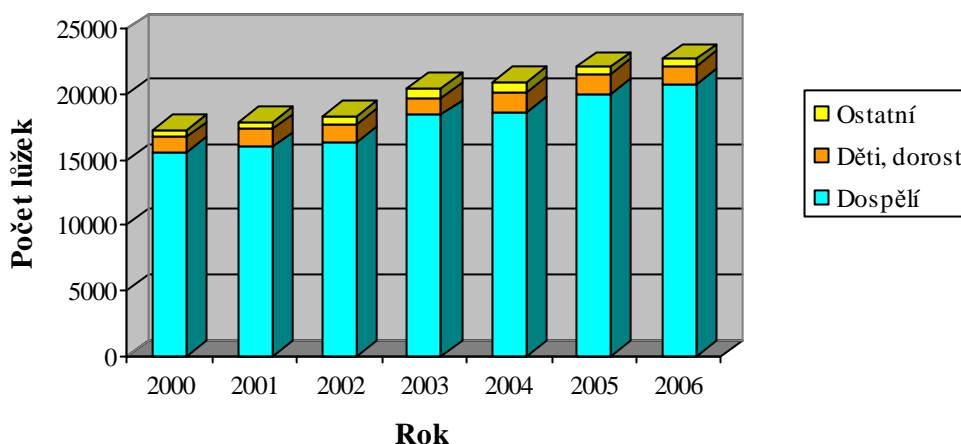
Lůžková kapacita státních lázní



Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>, data z tabulky č. 6.

Graf 1: Vývoj lůžkové kapacity ve státních lázeňských zařízeních

Lůžková kapacita nestátních lázní



Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>, data z tabulky č. 6.

Graf 2: Vývoj lůžkové kapacity v nestátních lázeňských zařízeních

Celkový počet lůžek vzrostl v roce 2006 ve srovnání s rokem 2000 o 16,2 %. Největší nárůst celkového počtu lůžek byl mezi lety 2002 a 2003 o 8,7 %. Z výše uvedené tabulky vyplývá, že se zvyšuje rozdíl v poměru počtu státních a nestátních lázeňských lůžek. V roce 2000 byl počet nestátních lůžek 3,5krát větší než státních. V roce 2006 byl počet nestátních lázeňských lůžek větší už 7,3krát v důsledku dokončení privatizace a rozvoje podnikání v oblasti lázeňství.

Podrobnější přehled rozložení lázeňských lůžek v jednotlivých krajích obsahuje další tabulka. Tabulka zahrnuje státní, nestátní i ostatní lůžka v lázeňských zařízeních.

Tabulka 7: Lůžková kapacita lázeňských zařízení v krajích

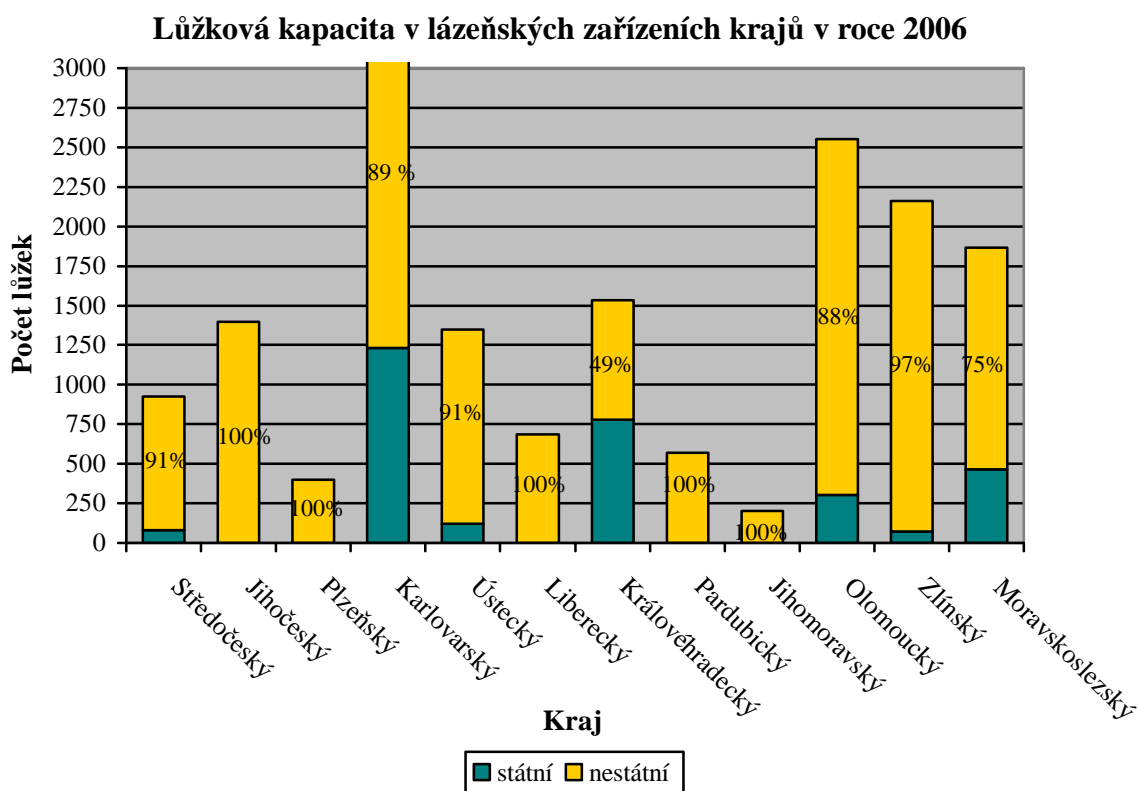
Kraj	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Středočeský	837	880	880	886	936	936	936
Jihočeský	1 014	1 043	1 093	1 422	1 422	1 411	1 451
Plzeňský	420	431	430	430	430	436	399
Karlovarský	9 444	9 520	9 674	11 387	11 375	11 454	11 930
Ústecký	1 302	1 292	1 320	1 281	1 342	1 396	1 379
Liberecký	622	626	602	616	690	660	685
Královéhradecký	1 597	1 595	1 510	1 512	1 526	1 443	1 534
Pardubický	575	576	576	576	576	574	574
Jihomoravský	166	180	200	200	200	200	200
Olomoucký	2 437	2 594	2 676	2 477	2 599	2 551	2 576
Zlínský	1 952	1 975	2 180	2 288	2 288	2 264	2 242
Moravskoslezský	1 813	1 820	1 831	1 906	1 876	1 910	1 864

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>.

K největšímu nárůstu počtu lůžek v lázeňství došlo v Jihočeském kraji, v roce 2006 je zde o 43 % více lůžek než v roce 2000. Na druhém místě je Karlovarský kraj, kde počet lůžek stoupl o 26 %. Na třetím místě došlo k největší změně v Jihomoravském kraji s nárůstem 20 % ve stejném období. V kraji Vysočina není žádné lázeňské zařízení.

Největší kapacitou lůžek pro lázeňskou péči disponuje Karlovarský kraj. To se odvíjí i od největšího počtu lázeňských léčeben v tomto kraji. V roce 2006 se podílí 46,3 % na celkovém počtu lůžek v lázeňství. Krajem s druhým a třetím největším počtem lůžek v roce 2006 je Olomoucký kraj (podíl 10 %) a Zlínský kraj (podíl 8,7 %).

Počty lůžek z minulé tabulky je možné rozlišit opět na lůžka ve státním vlastnictví a ve vlastnictví ostatních osob (právnických osob, fyzických osob, měst, obcí). Následující graf přehledně rozlišuje státní a nestátní lůžka pro lázeňskou péči v jednotlivých krajích.



Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>, vybraná data z tabulky č. 7.

Graf 3: Lůžková kapacita státních, nestátních lázeňských zařízení krajů v roce 2006

Tento graf neobsahuje počty ostatních lůžek v jednotlivých krajích. Pro větší přehlednost byla zvolena v grafu menší základní jednotka osy y 250 lůžek a horní hranice 3 000 lůžek, tudíž počet lůžek Karlovarského kraje není v grafu znázorněn celý (11 536 lůžek), protože se tato hodnota od ostatních výrazně odlišuje.

Největší množství státních lůžek lázeňské péče je v Karlovarském kraji (1 231 lůžek), dále je to Královéhradecký kraj (778 lůžek), Moravskoslezský kraj (466 lůžek).

Zajímavé je sledovat vývoj počtu lůžek pro dorost a děti v jednotlivých krajích. Tabulka číslo 6 informovala o růstu počtu lůžek pro děti a dorost v nestátních organizacích a naopak poklesu ve státních organizacích. V další tabulce je vidět, že celkový počet lůžek pro děti a dorost každým rokem klesal. Pouze ve Zlínském kraji počet těchto lůžek mírně vzrostl.

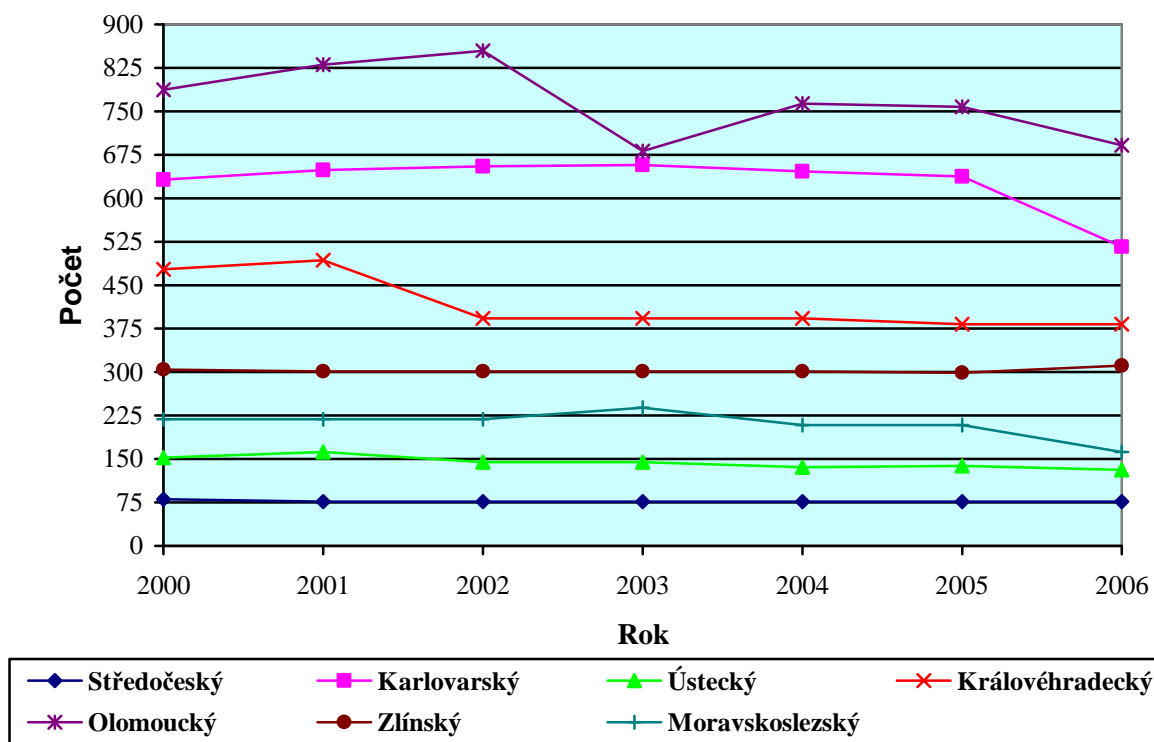
Tabulka 8: Lůžková kapacita lázeňských zařízení pro dorost a děti v krajích

Kraj k 31.12.	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Středočeský	80	76	76	76	76	76	76
Karlovarský	632	648	655	657	646	638	516
Ústecký	152	162	144	144	136	138	131
Královéhradecký	478	493	393	393	393	383	383
Olomoucký	788	831	855	682	763	758	692
Zlínský	304	301	301	301	301	299	311
Moravskoslezský	218	218	218	238	208	208	162
Celkem ČR	2 652	2 729	2 642	2 491	2 523	2 500	2 271

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>.

V 5 krajích s lázeňským zařízením nejsou žádná lůžka pro děti a dorost (Jihočeský, Plzeňský, Liberecký, Pardubický, Jihomoravský). Celkový počet lůžek pro děti a dorost je o 14 % nižší v roce 2006 oproti roku 2000.

Lůžková kapacita pro děti a dorost k 31.12. daného roku v krajích



Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>, data z tabulky č. 8.

Graf 4: Lůžková kapacita pro děti a dorost k 31. 12. v krajích

Největší pokles mezi rokem 2000 a 2006 zaznamenal Moravskoslezský kraj (26 %), dále Královéhradecký kraj (20 %) a Karlovarský kraj (18 %).

4 Lázeňská péče

Pojem lázeňská péče definuje zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů. Podle ustanovení § 19 odst. 1 tohoto zákona se lázeňská péče poskytuje výběrově osobám, jejichž zdravotní stav ji vyžaduje. Seznam nemocí, při nichž může být poskytnuta lázeňská péče, a délku léčebné doby stanoví ministerstvo zdravotnictví po projednání s Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky. Další podmínky a způsob poskytování lázeňské péče pracovníkům a jejich rodinným příslušníkům určí ministerstvo zdravotnictví v dohodě s ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky.

Podle ustanovení § 19 odst. 2 téhož zákona lázeňskou péči povolují příslušné správy sociálního zabezpečení, popřípadě jiné orgány a organizace k tomu oprávněné, a to na základě lékařských návrhů a za součinnosti zdravotnických zařízení a orgánů. Lázeňskou péči o děti do 15 let a o osoby stížené nemocemi, jejichž seznam vydává ministerstvo zdravotnictví, povolují zdravotnické orgány a zařízení [16].

Základní legislativní normou, která stanoví podmínky pro poskytování a hrazení lázeňské a ozdravné péče, je zákon č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Současně s ním byla vydána vyhláška č. 58/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost, kde jsou kromě indikačních skupin nemocí a jim odpovídajících diagnóz též uvedeny typy lázeňské péče, délka léčebného pobytu, kdo a za jakých podmínek může lázeňskou péči doporučit a v jakých lázeňských místech se může pacient léčit. Určeny jsou zde i časové limity, do kdy pacient po operacích, či úrazech i jiných onemocněních musí lázeňskou péči nastoupit. Uvedeny jsou i kontraindikace, což jsou skutečnosti, při kterých se lázeňská péče nemůže poskytovat. Indikační seznam též určuje, jaká povinná vyšetření se musí u pacientů provést [32].

4.1 Formy lázeňské péče

Se zavedením systému zdravotního pojištění v roce 1993 se změnil plátcem hrazené lázeňské péče z České správy sociálního pojištění na zdravotní pojišťovny. Lázeňskou péči, včetně určení stupně nálehavosti, poskytovanou jako nezbytnou součást léčebného procesu, doporučuje ošetřující lékař, potvrzuje revizní lékař a hradí příslušná zdravotní

pojišťovna. Návrh na lázeňskou péči podává na předtištěném formuláři zdravotní pojišťovny registrující praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci. Lázeňská péče se poskytuje a hradí jako komplexní lázeňská péče nebo příspěvková lázeňská péče [17].

Komplexní lázeňská péče navazuje na ústavní péči nebo specializovanou ambulantní zdravotní péči a je zaměřena na doléčení, zabránění vzniku invalidity a nesoběstačnosti nebo na minimalizaci rozsahu invalidity. Poskytuje se například po úrazech, po provedených operacích, po srdečních infarktech, při onemocnění diabetem, ale i při některých chronických chorobách. U účastníků nemocenského pojištění se poskytuje v době jejich dočasné neschopnosti k práci. Pojištěnce předvolá k lázeňské péči zařízení lázeňské péče. Pacient v prvním pořadí naléhavosti je k nástupu na lázeňskou péči předvolán nejpozději do jednoho měsíce od data vystavení návrhu, případně po dohodě ošetřujícího, revizního a lázeňského lékaře je přeložen do zařízení lázeňské péče přímo ze zařízení ústavní péče. V druhém pořadí naléhavosti je pacient předvolán nejpozději do tří měsíců, děti a dorost do šesti měsíců ode dne vystavení návrhu. Tato komplexní lázeňská péče je plně hrazena zdravotní pojišťovnou. Délka pobytu je 14, 21, 28 dní dle zdravotní indikace [32], [17], [33], [34].

Příspěvková lázeňská péče je poskytována především pojištěncům s chronickým onemocněním v případech, kdy nejsou splněny podmínky pro komplexní lázeňskou péči. Zdravotní pojišťovna hradí pouze vyšetření a léčení pojištěnce. Tato péče může být poskytnuta jednou za dva roky, nerozhodne-li revizní lékař jinak. Délka pobytu je 21 nebo 28 dní dle zdravotní indikace. Při příspěvkové lázeňské péči se může pacient stravovat a být ubytován jak v lázeňském zařízení, tak i mimo ně. Klient čerpá lázeňskou péči v rámci své dovolené. Příspěvková lázeňská péče se většinou poskytuje u chronických onemocnění, kde se předpokládá opakování lázeňské léčby [32], [17], [34].

Dětem a dorostu do 18 let se poskytuje komplexní lázeňská péče, pokud není na žádost rodičů poskytována příspěvková lázeňská péče. Přeložení pojištěnce ve věku do 18 let ze zařízení ústavní péče do zařízení lázeňské péče revizní lékař neposuzuje. U nemocí z povolání a jiných poškození na zdraví z práce se poskytuje komplexní lázeňská péče, jestliže ji doporučil nebo indikaci potvrdil příslušný odborník pro nemoci z povolání [17].

Další variantou příspěvkové lázeňské léčby je možnost objednat si pouze **léčení ambulantní**. Je charakterizována pouhým docházením na léčebnou péči. Pacient má stanoven harmonogram léčebné péče, na kterou pravidelně dochází. Ambulantní léčba je jednou z možností jak snížit náklady pro pacienty při léčbě, pokud má možnost takovou formu léčby využít a vyhovuje mu. Vývoj počtu pacientů využívajících této formy léčby je znázorněn v další tabulce [34].

Tabulka 9: Ambulantně odléčené osoby v krajích v roce 2002 až 2006

Kraj	2002	2003	2004	2005	2006
Středočeský	821	960	1 082	1 092	1 242
Jihočeský	1 133	1 744	1 589	1 498	1 557
Karlovarský	4 469	18 149	19 359	21 783	5 858
Ústecký	1 322	1 202	952	864	1 043
Liberecký	734	82	413	242	107
Královéhradecký	1 397	1 582	1 421	1 382	1 348
Pardubický	729	0	662	500	598
Jihomoravský	800	399	332	412	393
Olomoucký	2 992	10 146	11 144	3 889	2 602
Zlínský	13 587	11 088	15 989	18 391	22 634
Moravskoslezský	1 405	769	0	475	767
ČR celkem	29 389	46 121	52 943	50 528	38 149

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>.

Největší podíl na celkovém počtu ambulantně odléčených osob má Zlínský kraj s podílem 59 % v roce 2006. V minulých letech to byl Karlovarský kraj. V roce 2004 bylo nejvíce osob odléčeno ambulantně. V roce 2006 došlo k velkému poklesu (25 % oproti roku 2005), hlavně v důsledku snížení v Karlovarském kraji.

Dalším typem je lázeňská péče, která se ze zdravotního pojištění nehradí. Jde o **samoplátce**, kteří si pobyt v lázních hradí sami. Tento typ lázeňské péče není schvalován revizním lékařem. Doba pobytu není pro samoplátce omezena. Zvyšování počtu samoplátce klientely je důsledkem zejména rozšiřování a zkvalitňování nabídky ozdravných pobytů (zvláště relaxačních a rehabilitačních) a atraktivních wellness programů, stejně jako aktivního marketingu na úrovni celé ČR, jednotlivých regionů a konkrétních lázeňských zařízení [32].

Počet všech pacientů využívajících lázeňskou péči ve sledovaných obdobích obsahuje následující tabulka. Dále je vyjádřen počet ošetrovacích dnů a průměrná ošetrovací doba.

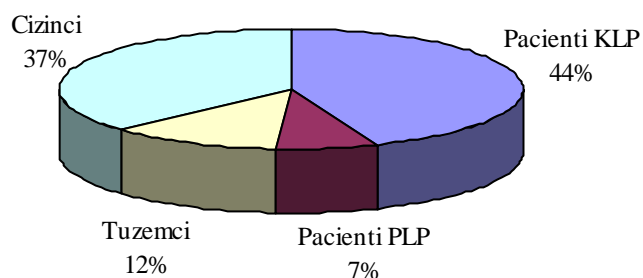
Tabulka 10: Lázeňská péče pro pacienty celkem

Lázeňská péče	2002	2003	2004	2005	2006
	Pacienti využívající lázeňskou péči				
Počet pacientů KLP	130 038	130 202	127 598	119 695	106 869
Počet pacientů PLP	21 017	19 915	19 163	18 267	18 650
Tuzemci na vlastní náklady	35 701	30 955	45 301	55 862	66 756
Cizinci na vlastní náklady	109 212	117 922	117 196	120 474	134 803
Celkový počet pacientů	295 968	298 994	309 258	314 298	327 078
	Ošetrovací doba (dny)				
Počet ošetrovacích dnů	5 877 748,0	5 966 478,0	5 965 232,0	5 777 335,0	5 669 938,0
Průměrná doba u pacientů na N zdravotní pojišťovny	25,0	25,0	26,3	26,3	26,2
Průměrná doba u tuzemců	10,0	9,0	8,5	7,5	7,1
Průměrná doba u cizinců	15,0	15,0	14,7	14,3	14,1

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>.

Protože nedochází k nárůstu plateb od zdravotních pojišťoven, počet pacientů využívajících komplexní a příspěvkovou lázeňskou péči klesá. U KLP činí pokles v roce 2006 oproti roku 2002 18 %, u PLP je to 11 %. Cizinců, platících si celý svůj pobyt, ve sledovaném období přibýlo o 26 %. Tuzemců samoplátců bylo ve stejných obdobích o 87 % více, což je způsobeno i rozšiřováním poskytovaných služeb lázněmi. Celkový počet pacientů neustále roste, je větší o 10,5 % v roce 2002 oproti roku 2006. Naopak celkový počet ošetrovacích dnů mírně klesá, v roce 2006 je o 3,5 % menší než roku 2002. Průměrná ošetrovací doba u tuzemců i cizinců mírně klesla (o 29 % a 6 % v roce 2006 oproti 2002), naopak mírně vzrostla u pacientů léčených na náklady zdravotního pojištění (o 5 % ve stejném období). V dalších grafech jsou názorně vidět početní změny v jednotlivých skupinách z celkového počtu pacientů na začátku a na konci sledovaného období.

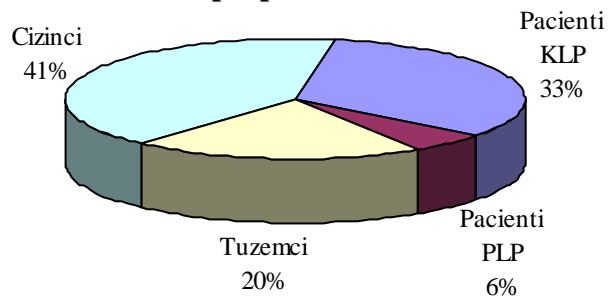
Podíl skupin pacientů v roce 2002



Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>, vybraná data z tabulky č. 10.

Graf 5: Podíl jednotlivých druhů pacientů na celkovém počtu 2002

Podíl skupin pacientů v roce 2006



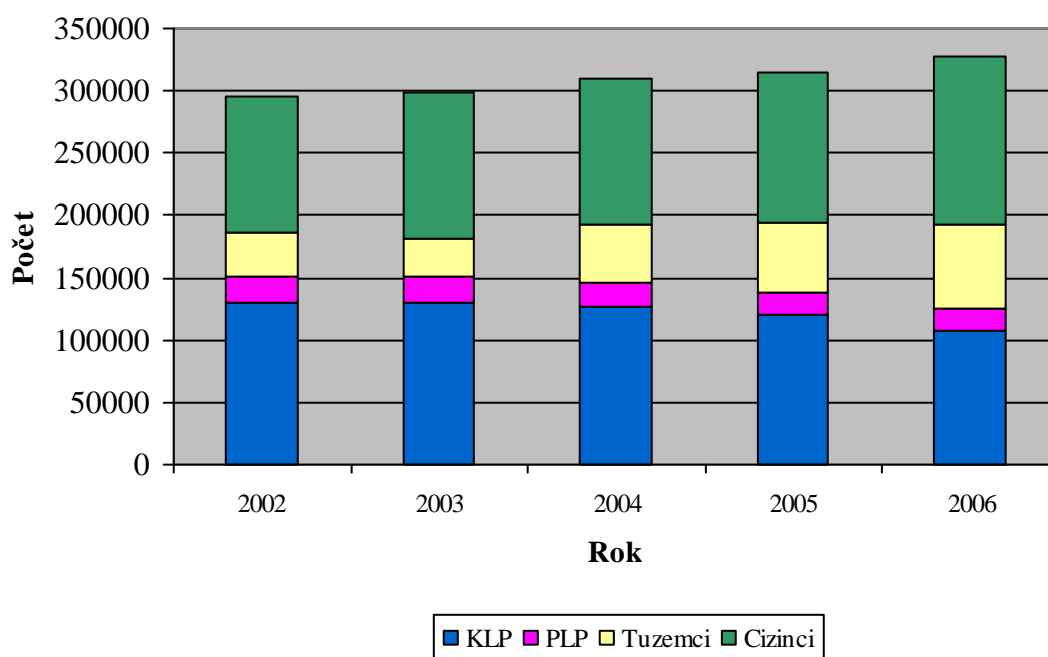
Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>, vybraná data z tabulky č. 10.

Graf 6: Podíl jednotlivých druhů pacientů na celkovém počtu 2006

Nejvýraznější změnou v celkovém složení pacientů je snížení podílu pacientů využívajících komplexní lázeňskou péči o 11 % a zvýšení účasti samoplátců o 8 %.

Další graf zobrazuje vývoj počtu pacientů podle jednotlivých forem lázeňské péče jak je uvedeno v tabulce číslo 10.

Vývoj počtu pacientů v lázeňských léčebnách



Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>, data z tabulky č. 10.

Graf 7: Vývoj počtu pacientů v lázeňských léčebnách v letech 2002 - 2006

Tento graf názorně zobrazuje již popsané hodnoty. Další část textu se bude zabývat odděleně údaji za skupinu dospělí, dorost a děti.

4.1.1 Lázeňská péče pro dospělé

Při lázeňské péči se pacienti dále člení pochopitelně na pacienty dospělé, dorost a děti. Péče o každou tuto skupinu se odlišuje náročností poskytnuté lázeňské péče a například průměrnou ošetrovací dobou. Další tabulka uvádí údaje, které jsou vedeny jen za skupinu dospělých pacientů.

Tabulka 11: Lázeňská péče pro dospělé

Lázeňská péče	2002	2003	2004	2005	2006
	Počet pacientů				
Počet pacientů KLP	113 513	114 979	112 670	105 324	94 429
Počet pacientů PLP	21 000	19 897	19 147	18 253	18 572
Tuzemci na vlastní náklady	35 618	30 924	45 282	55 853	66 688
Cizinci na vlastní náklady	108 958	117 626	117 003	119 929	134 518
Celkový počet pacientů	279 089	283 426	294 102	299 359	314 207
	Ošetrovací doba (dny)				
Počet dnů KLP	2 876 090	2 936 872	2 920 197	2 732 807	2 460 918
Počet dnů PLP	428 009	411 756	393 254	377 894	380 489
Počet dnů tuzemci	343 260	292 119	384 863	421 126	472 390
Počet dnů cizinci	1 631 397	1 754 311	1 714 846	1 709 314	1 898 101
Celkem počet dnů	5 278 756	5 395 058	5 413 160	5 241 141	4 721 898
	Průměrná ošetrovací doba (dny)				
Průměrná doba KLP	25,3	25,5	25,9	25,9	26,1
Průměrná doba PLP	20,4	20,7	20,5	20,7	20,5
Průměrná doba tuzemci	9,6	9,4	8,5	7,5	7,1
Průměrná doba cizinci	15,0	14,9	14,7	14,3	14,1
Celková průměrná doba	18,9	19,0	18,4	17,5	16,6

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>.

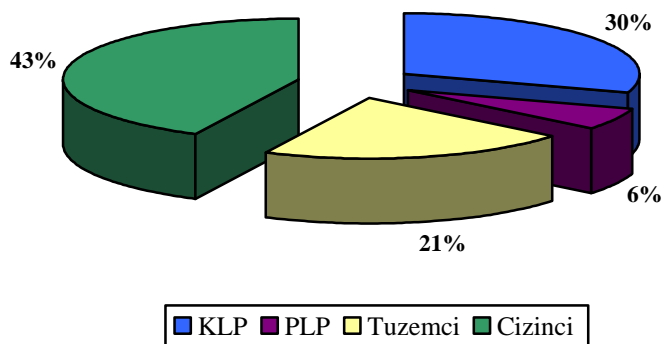
Počet dospělých pacientů využívajících komplexní lázeňskou péči postupně klesá (o 17 % v roce 2006 oproti roku 2002), klesl i celkový počet dnů strávených na KLP a to o 14,5 %. Protože počet pacientů klesl rychleji, průměrná ošetrovací doba stále mírně roste (o 3,2 % ve stejném období). Počet dospělých pacientů příspěvkové lázeňské péče i celková ošetrovací doba klesly přibližně o stejnou část, o 11 % v roce 2006 oproti roku 2002. Průměrná ošetrovací doba zůstává přibližně na stejné úrovni (20,5 dnů).

Počet tuzemců se v lázních zvyšuje, (o 87 % v roce 2002 oproti 2006), celkový počet ošetrovacích dnů se také zvyšuje, ale ne takovou rychlostí (o 38 % ve stejném období). V důsledku tohoto vývoje se průměrná doba tuzemce dospělého strávená v lázních snížila o 2,5 dne ve stejném období. Do lázní přijíždí stále větší počet cizinců (o 23,5 % v roce 2006 víc než v roce 2002), celková ošetrovací doba roste pomaleji (16 % ve stejném období), proto se průměrná ošetrovací doba cizinců mírně snížila o necelý den.

Celkový počet pacientů dospělých vzrostl o 12,6 % v roce 2006 oproti roku 2002. Celkové strávené dny v ošetření mírně klesly a to o 1,3 %. Z toho vyplývá, že musela poklesnout průměrná ošetrovací doba strávená v lázních (o 2,3 dny).

Složení celkového počtu pacientů dospělých v roce 2006 je vidět v dalším grafu.

Struktura pacientů dospělých v roce 2006



Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>, vybraná data z tabulky č. 11.

Graf 8: Struktura pacientů dospělých v roce 2006

Údaje z tohoto grafu jsou obsaženy v tabulce číslo 11. V roce 2006 tvoří největší podíl na celkovém počtu pacientů dospělých cizinci (43 %), dále pacienti komplexní lázeňské péče s 30 %, tuzemci s 21 % a pacienti příspěvkové lázeňské péče s 6 %.

Zajímavým údajem je i počet osob, které plnily funkci doprovodu pacientovi - dospělému. Následující tabulka obsahuje informace o osobách, které byly doprovodem na náklady zdravotní pojišťovny v letech 2002 – 2006.

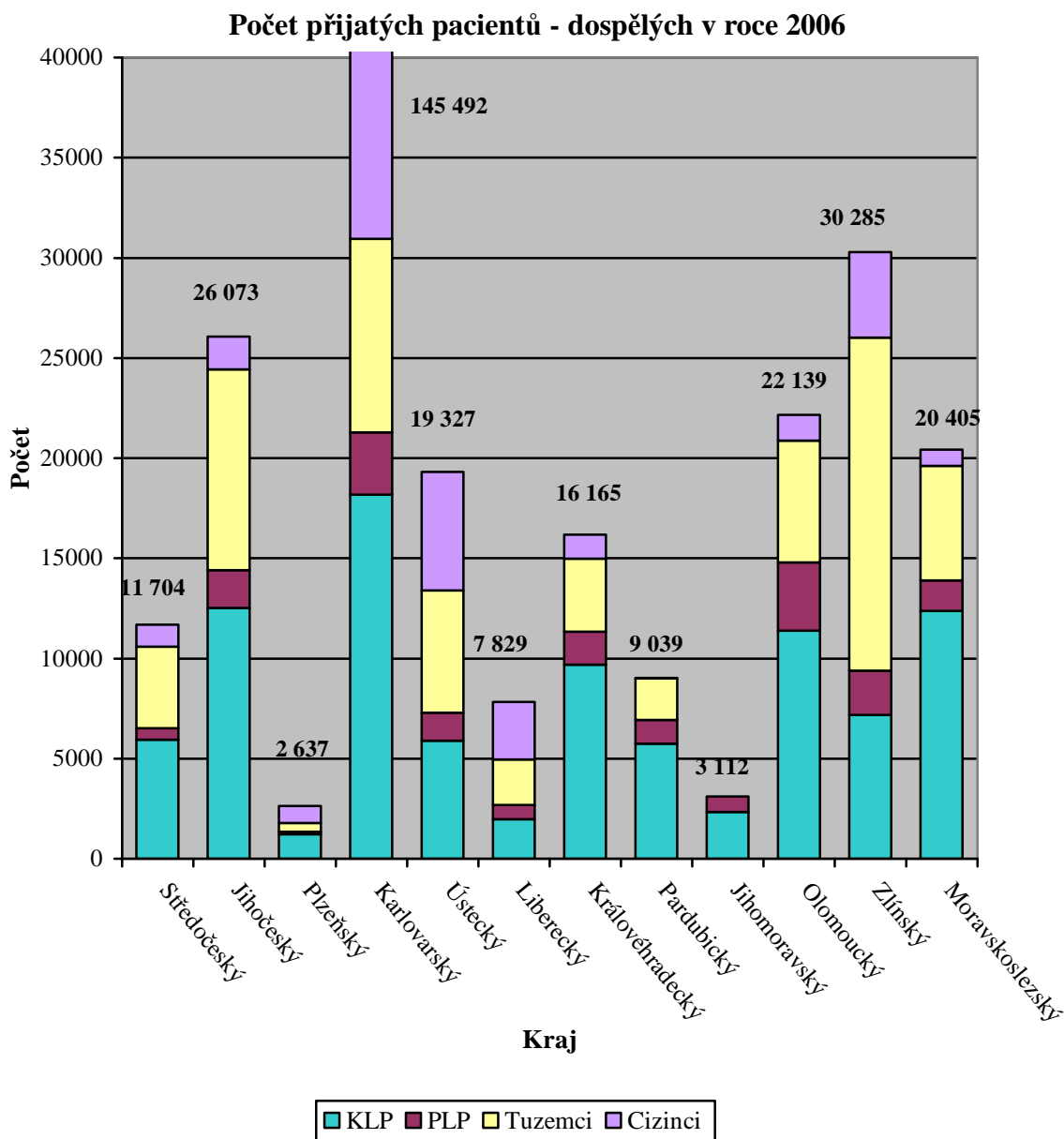
Tabulka 12: Doprovod hrazený zdravotní pojišťovnou pro dospělé

K 31.12.	2002	2003	2004	2005	2006
Počet přijatých	542,0	579,0	576,0	521,0	401,0
Počet ošetrovacích dnů	15 297,0	16 559,0	16 337,0	15 191,0	11 864,0
Průměrná ošetrovací doba	28,2	28,6	28,4	29,2	29,6

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>.

Počet osob jako doprovod se stále snižuje, pro zdravotní pojišťovny je drahý. U Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky se tato funkce nazývá průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče. Průvodcem se rozumí osoba zletilá, způsobilá k právním úkonům. VZP ČR ji hradí dopravu - pobyt průvodci i v případě, že průvodce je pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny, pokud je doprovod indikován a je součástí léčebného procesu pacienta – pojištěnce VZP ČR.

Následující graf ukazuje, kolik bylo přijato do lázní dospělých pacientů, rozdělených podle forem lázeňské péče a podle jednotlivých krajů.



Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>.

Graf 9: Dospělí pacienti podle forem lázeňské péče v krajích 2006

Celkový počet pacientů Karlovarského kraje není zobrazen, protože tato hodnota převyšuje několikanásobně všechny ostatní hodnoty a graf by byl při jejím úplném vyjádření nepřehledný. Čísla nad každým sloupcem znamenají celkový počet dospělých léčených v daných krajích. Největší počet dospělých při komplexní lázeňské péči se léčil

v Karlovarském kraji (18 162 pacientů), dále Jihočeském (12 535 pacientů) a Moravskoslezském kraji (12 366 pacientů). Pacientů příspěvkové lázeňské péče bylo nejvíce v Olomouckém kraji (3 426 pacientů), Karlovarském (2 112 pacientů) a Zlínském (2 209 pacientů). Tuzemci samoplátci se nejvíce léčili ve Zlínském kraji (16 619 pacientů), Jihočeském (9 999 pacientů) a Karlovarském (9 665 pacientů). U cizinců zvítězil Karlovarský kraj (114 553 pacientů), Ústecký (5 931 pacientů) a Zlínský (4 287 pacientů).

4.1.2 Lázeňská péče pro dorost a děti

Lázeňská péče pro dorost znamená péče o mladistvé ve věku 15 až 19 let. Následující 3 tabulky budou obsahovat stejný charakter informací jako 2 předešlé.

Tabulka 13: Lázeňská péče pro dorost

Lázeňská péče	2002	2003	2004	2005	2006
	Počet pacientů				
Počet pacientů KLP	2 633	2 470	2 587	2 730	2 262
Počet pacientů PLP	3	2	0	1	19
Tuzemci na vlastní náklady	2	1	2	2	5
Cizinci na vlastní náklady	16	52	43	98	56
Celkový počet pacientů	2 654	2 525	2 632	2 831	2 342
	Ošetrovací doba (dny)				
Počet dnů KLP	89 821	87 302	92 192	99 272	80 887
Počet dnů PLP	53	56	0	21	692
Počet dnů tuzemci	52	3	31	9	93
Počet dnů cizinci	759	1 593	743	1 321	1 030
Celkem počet dnů	90 675	88 954	92 966	100 623	82 702
	Průměrná ošetrovací doba (dny)				
Průměrná doba KLP	34,1	35,3	35,6	36,4	35,8
Průměrná doba PLP	17,7	28,0	0,0	21,0	21,0
Průměrná doba tuzemci	21,0	3,0	15,5	4,5	18,6
Průměrná doba cizinci	47,4	30,6	17,3	13,5	18,4
Celková průměrná doba	34,2	35,2	35,3	35,5	35,3

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>.

Protože se dětem a dorostu poskytuje komplexní lázeňská péče a jen na přání rodičů příspěvková, mnohonásobně převažuje počet pacientů s KLP (119 krát v roce 2006, v minulosti byl násobek ještě větší). Počet pacientů využívajících KLP klesl o 14 % v roce 2006 oproti roku 2002. Celkový počet pacientů dorostu tedy klesl o 12 % v roce 2006 oproti 2002. Počet ošetrovacích dnů klesl ve stejném období pomaleji (o 10 %), proto se

průměrná ošetrovací doba mírně zvýšila (o 1,7 dne). Počet pacientů PLP je zanedbatelný, i když v posledním sledovaném roce stoupl a s ním i ošetrovací doba. Stejně tak je zanedbatelný a nestálý počet tuzemců využívajících PLP. Nestálý je i vývoj počtu cizinců, jejich počet je vyšší přibližně 11krát než pacientů PLP v roce 2006.

Následuje přehled lázeňské péče pro děti. Dítětem je osoba ve věku 0 až 14 let.

Tabulka 14: Lázeňská péče pro děti

Lázeňská péče	2002	2003	2004	2005	2006
	Počet pacientů				
Počet pacientů KLP	13 892	12 753	12 341	11 641	10 178
Počet pacientů PLP	14	16	16	13	59
Tuzemci na vlastní náklady	81	30	17	7	63
Cizinci na vlastní náklady	238	244	150	447	229
Celkový počet pacientů	14 225	13 043	12 524	12 108	10 529
	Ošetrovací doba (dny)				
Počet dnů KLP	502 219	475 466	455 528	423 766	368 098
Počet dnů PLP	296	394	357	337	2 597
Počet dnů tuzemci	671	231	123	126	713
Počet dnů cizinci	5 131	6 375	3 098	11 342	3 930
Celkem počet dnů	508 317	482 466	459 106	435 571	375 338
	Průměrná ošetrovací doba (dny)				
Průměrná doba KLP	36,2	37,3	36,9	36,4	36,2
Průměrná doba PLP	21,1	24,6	22,3	25,9	44,0
Průměrná doba tuzemci	8,3	7,7	7,2	18,0	11,3
Průměrná doba cizinci	21,6	26,1	20,7	25,4	17,2
Celková průměrná doba	35,7	37,0	36,7	36,0	35,6

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>.

V rámci snižování výdajů zdravotních pojišťoven klesá poskytovaná komplexní lázeňská péče i pro děti. Počet dětí i počet ošetrovacích dnů se snížil shodně o 27 % v roce 2006 oproti roku 2002. Téměř zanedbatelný a kolísavý je vývoj počtu pacientů PLP a tuzemců. Cizinců bylo v roce 2006 přibližně čtyřikrát více než pacientů PLP a tuzemců, ale vývoj jejich počtu je také nestálý.

Dále je opět uveden přehled osob fungujících jako doprovod dorostu, který je hrazen zdravotní pojišťovnou.

Tabulka 15: Doprovod hrazený zdravotní pojišťovnou pro dorost a děti

K 31.12.	2002	2003	2004	2005	2006
Počet přijatých	3 882,0	3 773,0	3 953,0	4 075,0	3 832,0
Počet ošetřovacích dnů	114 709,0	117 286,0	127 492,0	128 857,0	126 101,0
Průměrná ošetřovací doba	29,5	31,1	32,3	31,6	32,9

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>.

Počet osob jako doprovodu dětí a dorostu nemá pravidelný vývoj. V roce 2006 je o 1,3 % nižší než v roce 2002. Počet ošetřovacích dnů stoupl o 10 % ve stejných letech, díky těmto změnám se i zvýšila průměrná ošetřovací doba doprovodu o 3,4 dny v roce 2006 oproti roku 2002.

Následovat bude srovnání jednotlivých skupin údajů o lázeňské péči pro dospělé, děti a dorost.

4.1.3 Srovnání údajů o lázeňské péči pro dospělé, dorost a děti

Lepší představa o počtu pacientů, ošetřovací době bude vyvozena z další tabulky, která při porovnávání používá data z tabulky číslo 11 až 15.

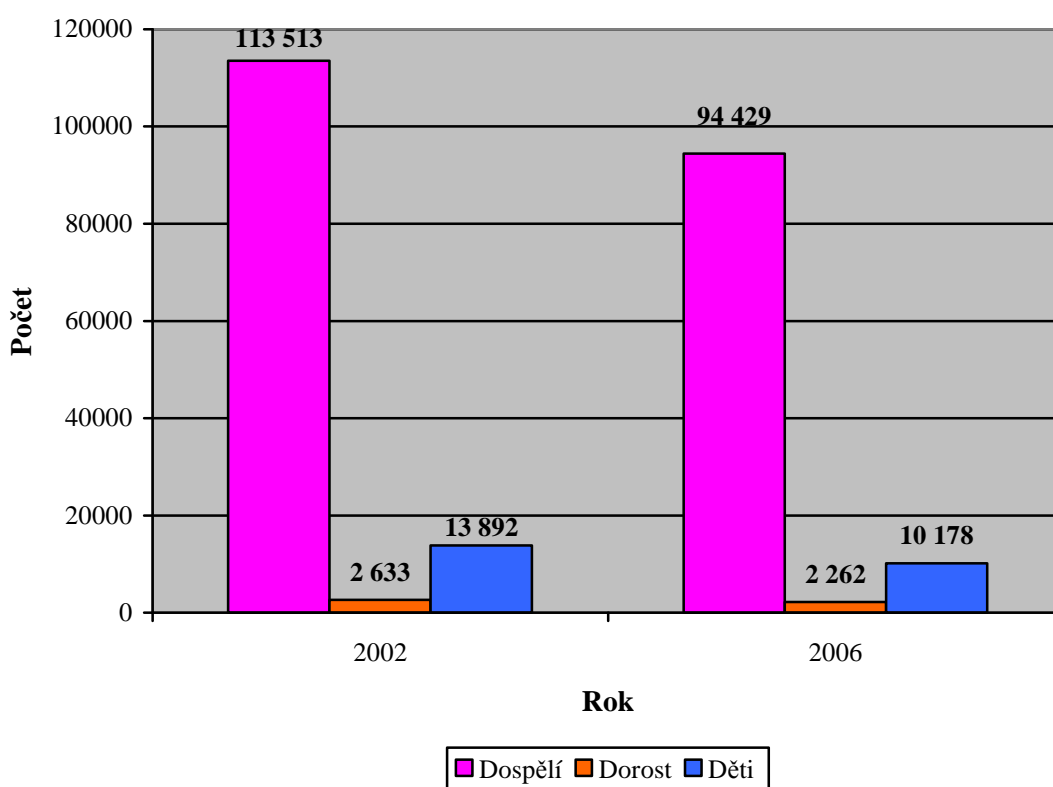
Tabulka 16: Podíl skupin na jednotlivých formách lázeňské péče

K 31.12.	2002			2006		
	Dospělí	Dorost	Děti	Dospělí	Dorost	Děti
	Počet pacientů komplexní lázeňské péče					
Počet	113 513	2 633	13 892	94 429	2 262	10 178
Podíl v %	87,3	2,0	10,7	88,4	2,1	9,5
	Počet pacientů příspěvkové lázeňské péče					
Počet	21 000	3	14	18 572	19	59
Podíl v %	99,9	0,0	0,1	99,6	0,1	0,3
	Počet pacientů tuzemců					
Počet	35 618	2	81	66 688	5	63
Podíl v %	99,8	0,0	0,2	99,9	0,0	0,1
	Počet pacientů cizinců					
Počet	108 958	16	238	134 518	56	229
Podíl v %	99,8	0,0	0,2	99,8	0,0	0,2
	Celkový počet ošetřovacích dnů					
Počet	5 278 756	90 675	508 317	5 211 898	82 702	375 338
Podíl v %	89,9	1,5	8,6	91,9	1,5	6,6
	Celková průměrná ošetřovací doba (dny)					
Počet	18,9	34,2	35,7	16,6	35,3	35,6

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>.

Struktura příspěvkové lázeňské péče, platících tuzemců a platících cizinců nebude zobrazena graficky, protože počty dorostu a dětí nepředstavují ani 1 % z celkového počtu pacientů této kategorie. Tudíž znázornění nemá smysl. Ve struktuře nedošlo k podstatným změnám v roce 2006 oproti roku 2002. Dále je v tabulce uveden celkový počet ošetrovacích dnů a celková průměrná ošetrovací doba za jednotlivé skupiny v daných letech. V těchto údajích také nedošlo k podstatným změnám. Pro větší představu bude zobrazen alespoň graf s počtem pacientů KLP, který je možné reálně vytvořit.

Počet pacientů KLP ve skupinách



Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>, vybraná data z tabulky č. 16.

Graf 10: Počet pacientů KLP ve skupinách v roce 2002, 2006

Poskytování komplexní lázeňské péče kleslo u všech skupin pacientů. K výrazným změnám v podílu jednotlivých skupin ve sledovaných letech nedošlo.

Mezi důležité údaje patří také stav pacientů v jednotlivých krajích. Následující tabulka udává počty dospělých pacientů, dorostu a dětí léčených v jednotlivých krajích.

Tabulka 17: Počet pacientů dospělých, dorostu, dětí v krajích v roce 2006

	Dospělí	Dorost	Děti	Celkem
Středočeský	11 704	133	456	12 293
Jihočeský	26 073	0	0	26 073
Plzeňský	2 637	0	0	2 637
Karlovarský	145 492	526	3 137	149 155
Ústecký	19 327	164	535	20 026
Liberecký	7 829	0	0	7 829
Královéhradecký	16 165	556	1 564	18 285
Pardubický	9 039	0	0	9 039
Jihomoravský	3 112	0	0	3 112
Olomoucký	22 139	516	2 666	25 321
Zlínský	30 285	123	1 397	31 805
Moravskoslezský	20 405	324	774	21 503

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>.

Největší počet pacientů se léčil v Karlovarském kraji (46 %), Zlínském (10 %) a Jihočeském kraji (8 %). Největší počet dorostu se léčil v Královéhradeckém kraji (24 %), dále v Karlovarském (22,4 %) a v Olomouckém kraji (22 %). Děti je nejvíce v Karlovarském kraji (30 %), Olomouckém (25 %) a Královéhradeckém kraji (15 %).

Při rozhodnutí o formě lázeňské péče je nutné zvolit si také vhodné lázeňské místo, které bude odpovídat daným zdravotním problémům. K tomu byly vytvořeny indikační seznamy včetně vhodných lázeňských středisek.

4.2 Indikace

Ministerstvo zdravotnictví vydalo vyhlášku číslo 58/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost. Na začátku této vyhlášky jsou vyjmenovány nejdříve obecné kontraindikace lázeňské péče, což jsou skutečnosti, při kterých se neposkytuje lázeňská péče. Následně jsou u každé indikační skupiny nemocí určeny podrobnější kontraindikace.

Skupiny pacientů dospělí, dorost a děti se liší v potřebách léčby. Další grafy ukazují, které druhy léčby byly u těchto skupin nejčastější a jaké byly jejich podíly na celkovém počtu léčených pacientů.

4.2.1 Indikace u dospělých

Následující tabulka obsahuje druhy nemocí léčené v lázeňských místech.

Tabulka 18: Indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé

Indikace	Členitost	Lázeňské místo
Nemoci onkologické	1	Františkovy Lázně, Karlova Studánka, Karlovy Vary, Luhačovice, Mariánské Lázně
Nemoci oběhového ústrojí	12	Františkovy Lázně, Jeseník, Konstantinovy Lázně, Libverda, Poděbrady, Teplice nad Bečvou, Běloves, Hodonín, Karlova Studánka, Teplice, Darkov, Luhačovice
Nemoci ústrojí trávicího	10	Bílina, Karlovy Vary, Luhačovice
Nemoci z poruch výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí	8	Karlovy Vary, Luhačovice, Poděbrady, Lipová-Lázně, Mariánské Lázně, Bílina, Jeseník
Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	10	Jeseník, Karlova Studánka, Luhačovice, Mariánské Lázně
Nemoci nervové	11	Dubí, Janské Lázně, Velké Losiny, Vráž, Klímkovice, Bílina, Jáchymov, Mšené, Teplice, Bělohrad, Hodonín, Karviná, Kundratice, Libverda, Mariánské Lázně, Třeboň, Velichovky
Nemoci pohybového ústrojí	16	Bechyně, Bělohrad, Bohdaneč, Darkov, Jáchymov, Kundratice, Ostrožská Nová Ves, Slatinice, Teplice, Toušeň, Třeboň, Velichovky, Hodonín, Mšené, Kostelec, Lipová-Lázně, Klímkovice, Karlovy Vary, Mariánské Lázně, Bludov, Dubí, Libverda, Vráž, Kostelec, Běloves, Františkovy Lázně, Konstantinovy Lázně, Karviná, Luhačovice, Teplice nad Bečvou, Janské Lázně
Nemoci ústrojí močového	5	Mariánské Lázně
Duševní poruchy	2	Dubí, Jeseník, Libverda
Nemoci kožní	7	Jeseník, Lipová-Lázně, Kostelec, Ostrožská Nová Ves, Bechyně, Bělohrad, Janské Lázně, Karviná
Nemoci ženské	5	Františkovy Lázně, Klímkovice, Mariánské Lázně, Jeseník

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z http://www.mzcr.cz/data/c74/lib/58_97.txt.

Dané indikační skupiny se člení na různá množství diagnóz, což ukazuje 2. sloupec v tabulce. Mezi nemoci oběhového ústrojí patří např. srdeční vady, stav po infarktu myokardu, onemocnění tepen, stav po operacích srdečních vad. Nemoci ústrojí trávicího jsou např. onemocnění jícnu, žaludku, střevní poruchy, onemocnění žlučníku. Mezi nemoci z poruch výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí patří např. diabetes, obesita, stavy po operaci štítné žlázy. Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí mohou být např. poškození

hlasivek, alergické rýmy, stavy po zánětu plic, astma, toxické účinky plynů, dýmů. Nemoci nervové mohou být např. obrny, nemoci centrálního nervstva, roztroušená skleróza, dětská mozková obrna. Nemocemi pohybového ústrojí jsou např. nemoci kloubů, artróza. Nemoci ústrojí močového jsou např. záněty cest močových, stavy po operacích ledvin, transplantaci. Duševní poruchy mohou být např. psychózy. Mezi nemoci kožní patří např. atopický ekzém, stavy po popáleninách. Nemoci ženské jsou např. sterilita, komplikace po umělém přerušení těhotenství, stavy po gynekologických operacích.

Další tabulka obsahuje konkrétní údaje o počtech pacientů dospělých členěných podle indikačních skupin. Jde o lázeňskou péči na náklad zdravotního pojištění. Obsahuje tedy počty pacientů, kteří prošli komplexní nebo příspěvkovou lázeňskou péčí.

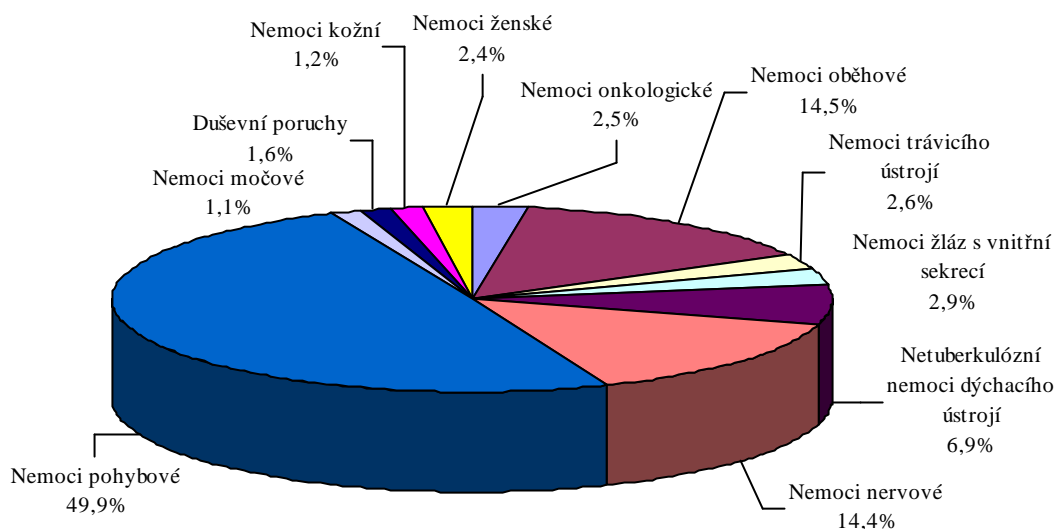
Tabulka 19: Lázeňská péče pro dospělé podle indikačních skupin na náklad ZP

Poteč osob	2002	2003	2004	2005	2006
Nemoci onkologické	2 611	2 837	2 895	2 859	2 874
Nemoci oběhového ústrojí	20 442	20 718	21 121	19 087	16 395
Nemoci trávicího ústrojí	4 642	4 233	3 879	3 539	2 901
Poruchy výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí	4 123	4 129	4 114	3 822	3 306
Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	10 163	9 994	9 271	8 537	7 764
Nemoci nervové	17 476	18 144	17 543	17 380	16 273
Nemoci pohybové	64 507	65 057	63 773	59 963	56 420
Nemoci močového ústrojí	1 930	1 787	1 647	1 524	1 291
Duševní poruchy	2 007	1 974	1 986	1 903	1 761
Nemoci kožní	1 535	1 542	1 440	1 578	1 352
Nemoci ženské	5 077	4 461	4 148	3 385	2 664
ČR celkem	134 513	134 876	131 817	123 577	113 001

Pramen: <http://www.uzis.cz>.

Obecně se snižuje objem úhrad pojištěoven při lázeňské péči, vyplývá to ze snižujícího se celkového počtu léčených osob uvedených v této tabulce. V roce 2002 bylo nejčetnější indikací nemoc pohybového ústrojí (48 %), dále nemoci oběhové (15 %) a nemoci nervové (13 %). V roce 2006 se pořadí téměř nezměnilo, nemoci pohybového ústrojí tvoří 49,9 % podíl, nemoci nervové mají 14,4 % podíl a nemoci oběhové tvoří 14,5 % podíl. Podíly ostatních nemocí jsou vidět v dalším grafu.

Lázeňská péče pro dospělé podle indikačních skupin na náklad ZP 2006



Pramen: <http://www.uzis.cz>, vybraná data z tabulky č. 19.

Graf 11: Lázeňská péče pro dospělé podle indikačních skupin na náklad ZP 2006

Další tabulka ukazuje počty tuzemských samoplátců dospělých, dělených podle indikačních skupin v letech 2002 – 2006.

Tabulka 20: Lázeňská péče pro dospělé tuzemce samoplátce podle indikačních skupin

Počet osob	2002	2003	2004	2005	2006
Nemoci onkologické	76	23	25	28	43
Nemoci oběhového ústrojí	5 533	4 768	11 226	8 709	9 001
Nemoci trávicího ústrojí	843	863	732	846	927
Poruchy výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí	658	541	590	464	370
Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	4 585	3 187	4 311	12 785	10 003
Nemoci nervové	322	287	329	624	205
Nemoci pohybové	23 403	21 162	28 004	32 309	46 074
Nemoci močového ústrojí	43	15	20	37	24
Duševní poruchy	125	0	0	1	0
Nemoci kožní	0	0	0	0	0
Nemoci ženské	30	78	45	50	41
ČR celkem	35 618	30 924	45 282	55 853	66 688

Pramen: <http://www.uzis.cz>.

Pacienti samoplátci se nejčastěji léčili v roce 2006 s nemocemi pohybového ústrojí (69 %), dále s nemocemi dýchacího ústrojí (15 %) a s nemocemi oběhového ústrojí (13 %). V roce 2002 si vyměnily 2. a 3. místo nemoci oběhového ústrojí (s 16 %) a nemoci dýchacího ústrojí (s 13 %), první místo zůstává stejné s podílem 67 % na celkovém počtu pacientů. Celkový počet samoplátců dospělých vzrostl o 87 % v roce 2006 oproti roku 2002.

Následující tabulka zobrazuje poslední skupinu dospělých pacientů – cizinci. Jsou členěni opět podle indikačních skupin.

Tabulka 21: Lázeňská péče pro dospělé cizince podle indikačních skupin

Poteč osob	2002	2003	2004	2005	2006
Nemoci onkologické	736	178	1 503	1 193	826
Nemoci oběhového ústrojí	12 655	11 377	10 514	9 952	9 566
Nemoci trávicího ústrojí	13 271	23 639	25 247	24 750	31 080
Poruchy výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí	4 977	6 165	6 868	5 811	7 829
Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	4 134	4 795	2 798	3 698	2 836
Nemoci nervové	707	533	526	1 775	760
Nemoci pohybové	69 201	68 792	68 139	71 338	78 973
Nemoci močového ústrojí	1 509	2 097	1 332	1 255	2 358
Duševní poruchy	0	1	13	24	31
Nemoci kožní	3	4	5	11	85
Nemoci ženské	36	45	58	122	174
ČR celkem	108 958	117 626	117 003	119 929	134 518

Pramen: <http://www.uzis.cz>.

Nejčastější indikací v roce 2006 byly nemoci pohybové (59 %), dále nemoci trávicího ústrojí (23 %) a nemoci oběhového ústrojí (7 %). V roce 2002 byl podíl nemocí pohybových 63 %, nemoci na 2. a 3. místě byly procentuálně vyrovnanější, nemoci trávicího ústrojí se podílely 12 % a nemoci oběhového ústrojí se podílely 11,6 % na celkovém počtu cizinců dospělých v českých lázních. Celkový počet cizinců dospělých se v roce 2006 zvýšil o 23 % oproti roku 2002.

4.2.2 Indikace u dorostu a dětí

Dále je vytvořen zvlášť indikační seznam pro děti a dorost podle výše jmenované vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 58/1997 Sb.[40].

Tabulka 22: Indikační seznam pro lázeňskou péči o děti a dorost

Indikace	Členitost	Lázeňské místo
Onkologická onemocnění	1	Janské Lázně
Nemoci oběhového ústrojí	10	Poděbrady, Teplice nad Bečvou, Klimkovice
Nemoci ústrojí trávicího	5	Karlovy Vary
Nemoci a poruchy výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí	5	Karlovy Vary, Luhačovice, Bludov, Poděbrady, Jeseník
Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	11	Bludov, Janské Lázně, Jeseník, Kynžvart, Mariánské Lázně, Luhačovice, Velké Losiny
Nemoci nervové	5	Janské Lázně, Velké Losiny, Klimkovice, Teplice, Železnice, Bělohrad
Nemoci pohybového ústrojí	8	Bělohrad, Poděbrady, Teplice, Teplice nad Bečvou, Darkov, Janské Lázně, Mariánské Lázně, Klimkovice, Velké Losiny, Bludov
Nemoci ledvin a cest močových	4	Bludov, Mariánské Lázně
Duševní poruchy	2	Jeseník
Nemoci kožní	7	Darkov, Kynžvart, Teplice nad Bečvou, Lipová-Lázně, Jeseník, Bělohrad, Janské Lázně, Železnice
Nemoci gynekologické	6	Františkovy Lázně, Klimkovice, Mariánské Lázně,

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z http://www.mzcr.cz/data/c74/lib/58_97.txt.

Indikační skupiny pro péči o děti a dorost jsou členěny obecně do nižšího počtu diagnóz než indikační skupiny pro dospělé, což vyplývá z tabulky číslo 18 a 22. Konkrétní počty pacientů dorostu v jednotlivých indikačních skupinách jsou určeny v další tabulce. Jedná se jen o pacienty léčící se na náklad zdravotního pojištění.

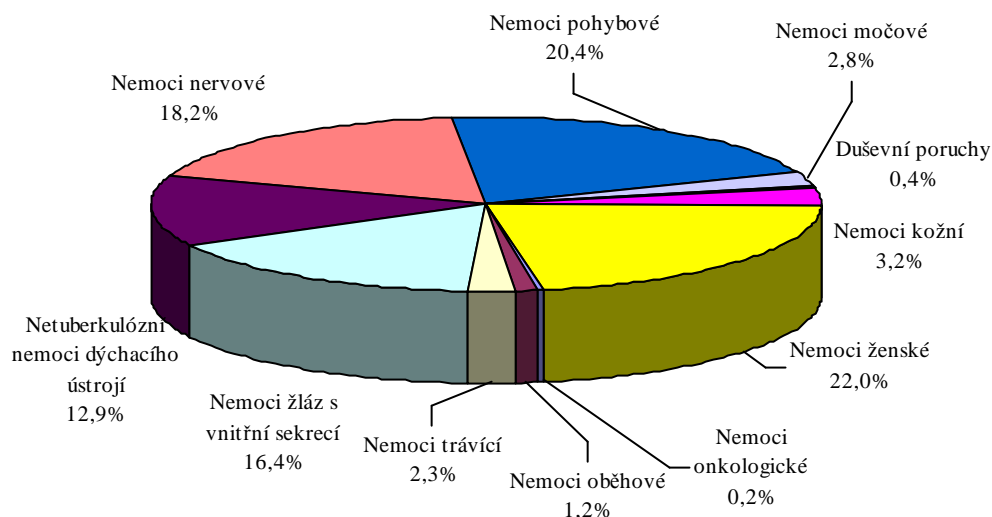
Tabulka 23: Lázeňská péče pro dorost podle indikačních skupin na náklad ZP

Počet osob	2002	2003	2004	2005	2006
Nemoci onkologické	1	0	9	4	5
Nemoci oběhového ústrojí	46	65	53	36	27
Nemoci trávicího ústrojí	95	80	84	79	52
Poruchy výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí	282	342	432	508	374
Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	451	392	298	383	295
Nemoci nervové	466	425	467	523	415
Nemoci pohybové	515	494	533	465	465
Nemoci močového ústrojí	94	104	87	55	65
Duševní poruchy	3	0	4	4	8
Nemoci kožní	77	81	34	141	73
Nemoci ženské	606	489	586	533	502
ČR celkem	2 636	2 472	2 587	2 731	2 281

Pramen: <http://www.uzis.cz>.

Celkový počet léčených kolísá, v roce 2006 je nejmenší za sledovaná období. V roce 2002 tvoří největší část pacientky s ženskými nemocemi (23 %), dále nemoci pohybové (19,6 %) a nemoci nervové (17,7 %). V roce 2006 nedochází k zásadním změnám. Nejčastější nemoci zůstávají stejné ale s malou změnou v poměrech. Procentní podíly všech skupin v roce 2006 ukazuje graf.

Lázeňská péče pro dorost podle indikačních skupin na náklad ZP 2006



Pramen: <http://www.uzis.cz>, data z tabulky č. 23.

Graf 12: Lázeňská péče pro dorost podle indikačních skupin na náklad ZP 2006

Nejčastější indikací zůstávají ženské nemoci (22 %), dále nemoci pohybové (20,4 %) a nemoci nervové (18,2 %) jako v roce 2002 s malými změnami podílů. Údaje týkající se počtu léčených dětí jsou uvedeny v další tabulce. Tabulka obsahuje opět údaje za pacienty komplexní a příspěvkové lázeňské péče.

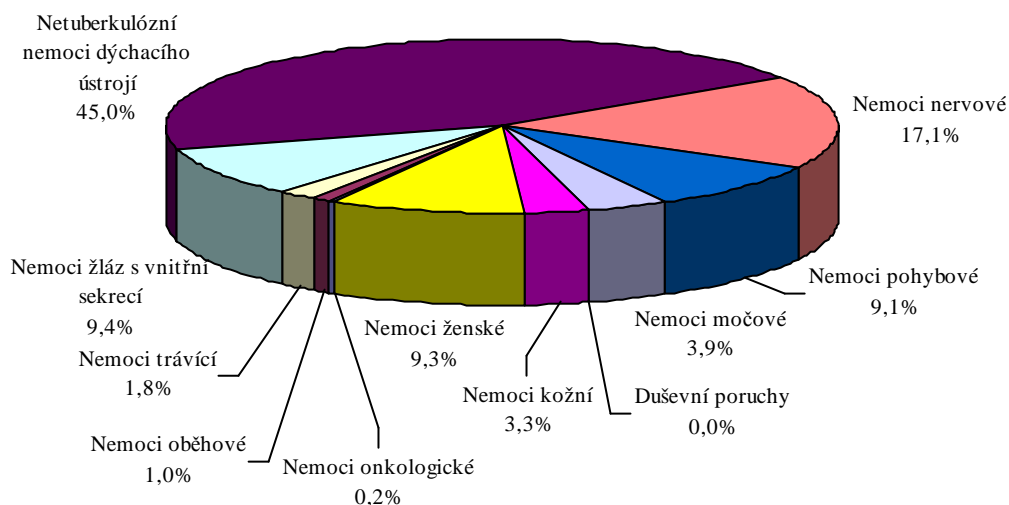
Tabulka 24: Lázeňská péče pro děti podle indikačních skupin na náklad ZP

Počet osob	2002	2003	2004	2005	2006
Nemoci onkologické	25	22	10	18	24
Nemoci oběhového ústrojí	141	143	128	111	102
Nemoci trávicího ústrojí	275	251	253	193	181
Poruchy výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí	1 109	1 120	1 320	1 275	958
Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	6 232	5 707	5 299	5 210	4 605
Nemoci nervové	2 321	2 035	1 893	1 701	1 755
Nemoci pohybové	1 392	1 289	1 133	1 052	928
Nemoci močového ústrojí	646	539	498	441	395
Duševní poruchy	0	1	0	0	0
Nemoci kožní	486	466	455	442	334
Nemoci ženské	1 279	1 196	1 368	1 211	955
ČR celkem	13 906	12 769	12 357	11 654	10 237

Pramen: <http://www.uzis.cz>.

Celkový počet léčených dětí vytrvale klesá. V roce 2006 je jejich počet o 26 % menší, než v roce 2002. Nejčastější jsou v roce 2002 netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí (44,8 %), nemoci nervové (16,7 %) a nemoci pohybové (10 %). Procentní podíly nemocí v roce 2006 ukazuje opět graf.

Lázeňská péče pro děti podle indikačních skupin na náklad ZP 2006



Pramen: <http://www.uzis.cz>, vybraná data z tabulky č. 24.

Graf 13: Lázeňská péče pro děti podle indikačních skupin na náklad ZP 2006

V pořadí nevíce léčených onemocnění došlo v roce 2006 k malým změnám. Na prvním místě zůstávají netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí (45 %), dále nemoci nervové (17,1 %), ale na třetím místě jsou nemoci žláz s vnitřní sekrecí (9,4 %).

Dalším okruhem zájmu budou konkrétní postupy léčby. Budou pouze obecně popsány.

4.3 Lázeňské procedury

Na počátku lázeňství do 16. století byly postupy při léčbě opravdu drastické. Pacienti například trávili v koupelích 10 a více hodin, jelikož se věřilo, že rozpraskání pokožky vede k vyplavení choroboplodných zárodků z těla. V následujícím období došlo k upřednostňování pramenů, kterých se využívalo k pitné kúře, avšak i zde to opět došlo do extrému - pacienti museli denně vypít až 9 litrů minerální vody. V 18. století pak byly položeny základy dnešního moderního lázeňství, kdy došlo ke kompromisu mezi využíváním pitné kúry a léčivých koupelí.

V současnosti je možné v lázních podstoupit řadu procedur, jenž jsou založeny na využití přírodních zdrojů, různé typy masáží, wellness procedury, ale i takové, které svým

původem spadají do jiných kontinentů – například východoasijské masáže, ayurvedské procedury, skupinové cvičení. A co je nejdůležitější – dnešní postupy jsou velmi vzdálené původním představám, a tak nikdo nebude v lázních trýzněn a bude si moci pobyt v lázních náležitě vychutnat [35].

Základem diagnostiky v lázeňské léčebné péči je komplex běžných lékařských vyšetření v ordinaci, který je doplněn některými diagnostickými výkony potřebnými pro lázeňskou péči. Pro náročnější diagnostiku, případně léčebnou péči jsou k dispozici ambulantní nebo lůžková zařízení v regionu.

Terapie v lázeňství má specifika léčebných výkonů podle jednotlivých indikací s respektováním hlavních a vedlejších diagnóz a zjištěných kontraindikací. Při léčení v lázeňství jsou typické postupy v souhrnu nazývané balneoterapie. Balneoterapie je souhrnem různorodých léčebných postupů používaných v lázeňském místě pod lékařským vedením obvykle po dobu několika týdnů.

Lázeňské léčení je vhodné především při chronických onemocněních, při rehabilitaci pooperačních a poúrazových stavů. Dále hraje velkou roli v prevenci. Bezprostřední efekt lázeňské terapie není tak výrazný jako při hospitalizaci akutních onemocnění, je však obvykle dlouhodobý a kladný účinek lázeňské léčebné péče přetrvává často několik měsíců, někdy i celý rok [2].

V souladu s léčebnými metodami, které praktikují jednotlivá lázeňská zařízení, se zdravotní procedury dělí do čtyř skupin:

1. **tradiční (klasické, standardní)** – metody lázeňské léčby založené především na využití přírodních zdrojů (minerální voda, peloidy – bahno, slatina, rašelina, plyn, klima),
2. **tradiční (klasické, standardní, ale více zdokonalené)** metody založené na bázi lékařských technologií a dlouhodobě používané ve většině lázní (např. elektroléčba, magnetická léčba atd.),
3. **netradiční lázeňské** metody zařazené do lékařské praxe teprve v posledních desetiletích pod vlivem východní filozofie a wellness-kultury,
4. **služby nelékařské povahy** rámcově doplňující lázeňské léčebné programy (např. kosmetika, aktivní odpočinek atd.) [28].

Tabulka 25: Rozdělení lázeňských procedur do skupin

Skupina	Název procedury
1.	aeroterapie, bahenní zábal, bylinná koupel, dechová cvičení, endogenní dýchání, ergoterapie, fytoabneoterapie, helioterapie, inhalace, irigace (výplach), Kneippova léčebná metoda, kosmetika lékařská, koupel minerální, koupel přírodní jodobromová, koupel přírodní radonová, koupel přírodní sirtá, koupel přírodní termální, koupel přírodní uhličitá, koupelové ostřiky, lékařská konzultace, masáž klasická, masáž obličeje, masáž podvodní, masáž reflexní, otužování, pitná kúra minerálními vodami, plynové injekce, rašelinový zábal, samoohřívací bahno, slatinná procedura, spirometrické vyšetření, suchá plynová koupel, terénní pohybová léčba, vyšetření ORL*
2.	cvičení v bazénu, diatermie, dietoterapie, EKG**, elektroforéza, fototerapie, galvanoterapie, chiropraxe, impulzoterapie, iontoforéza, kryoterapie, kyslíková léčba, laser, laserová maska, léčebný tělocvik, logopedie, lymfatická drenáž, magnetoterapie, mechanoterapie, muzikoterapie, parafinoterapie, parafinový zábal rukou, parní lázeň, pasivní cvičení, perličková koupel, psychoterapie, rehabilitační cvičení, rehabilitační plavání, terapie barev, trakce, ultrazvuk, zábal obličeje, zpevňující zábaly
3.	akupresura, akupunktura, jóga, schia tsu
4.	aerobic, antistresové kúry, aqua gymnastika, ayurveda, fitness centrum/posilovna, floating – Mrtvé moře, gymnastika, hipoterapie, homeopatie, hydratační ošetření těla, kosmetika, koupel přísadová, kúry pro odvykání kouření, lymfoven, manikúra, masáž aromatická, masáž medová speciální, masáž thajská, ošetření celulitidy, ošetření očí, ošetření pleti a obličeje, pedikúra, peeling, sauna, sauna se světelnou terapií, solárium, vířivá koupel/whirlpool, záření infračervenými paprsky

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z http://www.czechtourism.cz/files/lazenstvi/lazne_2008_cj.pdf.

* ORL = otorinolaryngologické (otorinolaryngologie – léčení ušních, nosních a krčních chorob),

** EKG = elektrokardiografie (lékařská vyšetřovací metoda zachycující a zaznamenávající akční elektrické srdeční potenciály z různých míst povrchu těla).

V dalším textu jsou uvedeny souhrnné názvy pro určité druhy procedur:

- **klimatoterapie** - přímé působení klimatu v lázeňském místě na organismus pacienta,
- **reflexní terapie** - metoda využívá reflexní plošky částí těla a orgánů. Během několika minut lze zjistit, kde v těle jsou slabá místa,
- **elektroterapie** - využívají se různé druhy elektrických proudů, které zlepšují prokrvení tkání, uvolňují napětí svaloviny nebo ji naopak posilují, působí protibolestivě a protizánětlivě,
- **fototerapie** - aplikace světelného záření na lidský organismus dává při specifických podmínkách a v daných vlnových délkách specifické účinky,
- **dietoterapie** - léčba výživou nebo-li úprava jídelníčku podle typu nemoci,
- **léčebné inhalace** - pro zlepšení funkce sliznic dýchacích cest se využívají inhalace aerosolů většinou minerálních vod, mohou být doplněné i o medikamenty,

- **vodoléčba** - využívá především přírodní zdroje vody k otěrům, omývání, zábalům, obkladům, sprchám, stříkům, koupelím,
- **peloidoterapie** - je to forma termoterapie, kde zdrojem tepla je peloid, jsou aplikovány na postižené části těla (koupele, zábaly, tampony),
- **rehabilitace** - využívá pohybovou energii k léčebnému ovlivnění nemocného, aktivní forma léčby,
- **termoterapie** - k léčbě využívá měnící se teplotní prostředí, obsahuje různé typy koupelí a zábalů, které působením tepelných změn léčí a prospívají,
- **pitná kúra** - pití minerálních vod s různým obsahem minerálů většinou přímo z vývěrů a odběrových míst,
- **ergoterapie** - terapie motoricko-intelektuálních funkcí a sociálních schopností s cílem dosažení samostatnosti v osobním, sociálním a pracovním životě,
- **mechanoterapie** - využívá mechanické tlaky, tahy, nárazy různé síly, času a plochy (velikosti) působícího pevného tělesa, tekutiny nebo plynu [2], [46], [38].

Do oblasti lázeňství stále více pronikají nové trendy a tendence, z nichž nejrozšířenější je tzv. **wellness**. Jde o kontrolu váhy a dosažení optimální hmotnosti, jde o dodržování racionální výživy. Záleží na pohybu, kterému se dnes módně říká fitness. Důležitá je hlavně kontrola stresu a psychická pohoda. Dochází k harmonickému vyvážení těla a duše. Při tomto druhu pobytu nejsou potřeba přímo medicínsky zdůvodnitelné efekty nejrůznějších procedur. Jde o příjemné a hýčkájící procedury vedoucí k relaxaci a odreagování, které navodí psychickou pohodu [12].

Mezi **wellness** a relaxační programy patří například:

- **manažerské programy** – pro klienty, kteří mají manažerské povolání, zaměřují se především na antistresové kúry a masáže, aby tak došlo k co největšímu uvolnění lidského těla, které je zmáháno nezdravým životním stylem a každodenním stresem,
- **programy pro ženy** – pobyty, které jsou svým složením a přizpůsobením procedur zaměřeny na ženy, věnují se regeneraci, odpočinku a klidu,
- **relaxační a odpočinkové** – pro ty, kteří netrpí přímo nějakou nemocí, ale přesto chtějí strávit příjemné chvíle v lázních, obsahují jak tradiční tak úplně nové procedury, speciální či orientální, které přinášejí úlevu,

- **seniorské programy** – individuálně nastavené pobyty pro starší osoby, které se specializují na problémy, které jsou s přibývajícím věkem často spojeny,
- **speciální a víkendové** – programy se speciálním a ojedinělým zaměřením, nabízí služby úzce přizpůsobené určitým zdravotním problémům jako například obezita nebo neplodnost, patří sem i akční balíčky ve formě víkendových a jiných krátkodobých pobytů,
- **sportovní programy** – pobyty spojené s určitým sportovním odvětvím, kterému je věnován velký podíl času v rámci pobytu a je spojen často i s jeho výukou a zdokonalováním [57].

5 Vzájemný vztah lázeňství a cestovního ruchu

Lázeňský cestovní ruch je zvláštní formou zotavení s důrazem na zdravotně-preventivní, rehabilitační a kulturní stránku, kde jde zejména o lázeňskou léčbu pod lékařským dohledem. V lázeňských místech se intenzivně rozvíjí i kulturně-společenský život, který vyvolává kulturní a rekreační cestovní ruch a tvoří podstatu lázeňského cestovního ruchu. Sezónní cestovní ruch se soustřeďuje jen na určité roční období, lázeňský cestovní ruch je celoroční [58].

Velmi kladný přístup k lázeňství v ČR jako oblasti cestovního ruchu byl v předválečném Československu, stejně jako v jiných, později socialistickým vývojem poznamenaných, lázeňsky významných zemích. V poválečném období byly aktivity cestovního ruchu v lázeňství vedením státu a reprezentací působící v oboru chápány spíše jako narušování medicínského poslání lázní a nebyly tudíž nijak podporovány. Pokud již o cestovním ruchu s vazbou na zahraniční hosty, popř. komerční nabídky lázní pro domácí klientelu vůbec chceme v tomto období hovořit, pak vlastně monopolním zástupcem v cestovním ruchu byla BALNEA. Ta byla jako střední článek řízení zároveň jediným českým lázeňským podnikem, také jako cestovní kancelář a jediný reprezentant českého lázeňství. Toto postavení jí bylo dáno legislativně, a nebylo rozhodně výrazem dobrovolného rozhodnutí jednotlivých lázní ani delegací prodejnů a prezentační úlohy jednotlivých subjektů v tuzemsku i v cizině [2].

Od roku 1989, kdy v naší zemi i v zemích bývalého sovětského bloku dochází k transformaci společnosti ve prospěch komerce a směrem k vyspělé Evropě, dochází k výraznému posílení komerčního významu lázeňských center, kvalitativnímu zlepšení jejich vzhledu a vybavenosti a v neposlední řadě i lepší propagaci s kladným důsledkem - vyšší návštěvnosti zahraničními hosty. I když v poměru cenové nabídky jsou české lázně pro zahraniční návštěvníky (např. pro pacienty z Německa) na skoro trojnásobku ceny, hrazené pro české pacienty našimi zdravotními pojišťovnami, přesto jsou služby v našich lázních pro cizince stále velmi levné a v porovnání se srovnatelným rozsahem (např. v německých lázních) velmi zajímavé. Opačně jsou naši občané v zahraničních lázních prozatím pouhou teorií - výjimkou, a to ze stejných důvodů.

Změna vlastnických poměrů s sebou přinesla i zájem zahraničního kapitálu o podnikání v lázeňství u nás. Zájem ze strany zahraničního kapitálu je především o Karlovy Vary a Mariánské Lázně. V současné době nejsou k dispozici přesné údaje o majetkových účastech zahraničních firem v českém lázeňství [10].

Lázně přestaly být jen zotavovacím zařízením a více než dříve přitahují mladší klientelu, která hledá wellnessové programy a zábavu ve volném čase. Ve prospěch lázeňského cestovního ruchu jasně hovoří i demografický vývoj Evropy. Rostoucí podíl lidí důchodového věku, kteří se budou chtít udržet v dobré kondici, využijí lázeňské pobyty k pravidelné regeneraci a relaxaci [21].

5.1 Lázeňský cestovní ruch v Evropě

Ve vyspělých zemích Evropy s významnými lázněmi je postavení lázeňských míst v oblasti cestovního ruchu velmi dobře a efektivně ošetřeno centrální i regionální legislativou, systémem vládní propagace cestovního ruchu, apod. V těchto zemích má lázeňství v cestovním ruchu celkem významné postavení, srovnatelné s hlavními městy, horskými, přímořskými a podobnými centry a destinacemi. Lázeňská centra jsou přirozenými centry nejen lázeňské léčebné péče, ale také zdravotní turistiky (dnes se stále více preferovanými komerčními programy zaměřenými na krásu, oddych a relaxaci), v neposlední řadě obecně i centry společenského, kulturního a politického života země [2].

Lázeňský cestovní ruch v Evropě prožívá v posledních deseti letech renesanci a lze předpokládat jeho další dynamický rozvoj v souvislosti se sjednocováním Evropy - s rozšiřováním členských států Unie. Nejde jen o celkový růst životní úrovně a zdravotní uvědomění obyvatel zemí střední a východní Evropy, jde také o připravované asociační dohody, předpokládající vzájemnou součinnost v rámci Evropy i v oblastech zdravotnictví a sociální péče - tedy potenciální rozšíření pojišťovny hrazené zdravotní péče v zahraničí. Toto platí oboustranně - jak z hlediska výjezdů českých občanů za zdravím do zahraničí, tak především z hlediska příjezdů pacientů ze zahraničí do českých lázeňských míst. Tento trend může mít pro lázně v ČR (chápeme zde obdobnou situaci i v ostatních postsocialistických zemích Evropy) velký význam z hospodářského hlediska obecně se zvláštním významem pro rozvoj regionů a všech příbuzných a navazujících oborů.

Pro podporu těchto trendů je dnes patrné pochopení i ze strany příslušných ministerstev, v ČR Ministerstva pro místní rozvoj, které svými na lázeňství specializovanými programy s finančními dotacemi vytváří zajímavý prostor pro zlepšení situace v regionech i v celém oboru lázeňství včetně jeho propagace. Pro další rozvoj a stabilizaci místa na trhu lázeňského cestovního ruchu bude velmi potřebná účinná a systematická propagace oboru i jednotlivých lázní a regionů. Přesto by bylo velmi vhodné sledovat v ČR podstatně dynamičtější a systematictější vývoj patrný v zemích jako je např. Rakousko, ale i Chorvatsko, Slovinsko a Maďarsko. Situace ve sjednocované Evropě bude totiž do budoucna poskytovat řadu příležitostí, ale také hrozeb, a to především v oblasti velké konkurence a ochrany vlastních zájmů, jako je tomu již dnes např. v Německu s jeho více než 250 lázněmi [10].

Každým rokem navštěvuje lázně v České republice víc a víc cizinců. Následující tabulka obsahuje členění celkového počtu cizinců do skupin podle země původu. Tabulka číslo 10 obsahuje celkové počty cizinců, léčených v českých lázních. Další tabulka bude obsahovat nejen počty léčených cizinců v lázeňských zařízeních, ale k těmto údajům budou přičteny počty zahraničních hostů, kteří se v lázeňských městech jen ubytovali. Čísla budou tedy daleko vyšší, než v tabulce číslo 10.

Tabulka 26: Počet zahraničních hostů v českých lázeňských ubytovacích zařízeních podle zemí

Země	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Belgie	874	728	715	743	944	1 373
Bulharsko	78	90	71	83	142	154
Dánsko	619	607	653	666	602	475
Estonsko	34	46	60	95	222	321
Finsko	677	503	365	278	358	412
Francie	1 228	1 565	1 950	1 764	1 949	2 436
Chorvatsko	119	420	108	84	180	239
Írsko	22	30	103	48	143	174
Island	33	49	31	49	41	43
Itálie	1 204	1 185	1 290	1 959	1 615	1 373
Srbsko a Černá Hora	0	0	0	22	80	41
Kypr	99	115	185	55	76	131
Litva	133	137	186	301	417	570
Lotyšsko	14	72	47	88	221	231
Lucembursko	96	93	45	78	68	145
Lichtenštejnsko	0	0	0	37	50	5

Maďarsko	1 363	1 265	1 089	1 661	1 092	2 847
Malta	0	0	0	288	84	5
Německo	136 481	133 260	138 406	149 101	186 412	186 662
Nizozemsko	1 752	2 420	1 419	1 276	2 354	1 877
Norsko	129	288	372	354	411	352
Polsko	3 419	2 368	1 995	2 410	1 866	2 389
Portugalsko	74	53	58	57	108	133
Rakousko	4 353	4 720	4 917	5 445	6 386	5 938
Rumunsko	90	182	129	129	298	362
Rusko	19 435	23 147	30 747	34 588	45 949	57 019
Řecko	175	143	260	210	337	304
Slovensko	2 104	2 103	2 408	2 286	3 165	3 494
Slovinsko	105	179	111	131	119	822
Spojené království	2 080	1 243	1 638	1 611	1 698	1 700
Španělsko	487	294	1 027	492	740	477
Švédsko	857	1 201	995	1 157	1 167	1 119
Švýcarsko	991	938	959	1 187	1 360	1 935
Turecko	156	106	152	219	363	237
Ukrajina	0	0	0	2 472	4 572	6 168
Ostatní evropské země	2 190	3 038	4 032	2 122	2 969	3 717
Kanada	497	514	707	839	987	872
USA	4 686	4 716	4 388	4 085	4 716	4 654
Brazílie	0	0	0	12	118	15
Mexiko	15	42	17	19	23	37
Ostatní americké země	193	123	162	128	234	146
Čína	0	0	0	341	606	807
Izrael	3 962	3 913	3 202	2 222	2 700	3 064
Japonsko	539	422	542	731	721	482
Jižní Korea	0	0	0	51	52	106
Ostatní asijské země	8 496	8 851	10 784	11 093	16 008	19 578
Jihoafrická republika	0	0	0	24	37	25
Ostatní africké země	1 024	826	653	681	895	1 181
Austrálie	142	124	144	264	211	244
Nový Zéland	3	7	12	4	17	23
Oceánie	0	0	0	101	28	79
Celkem	451 505	450 346	481 120	497 248	571 101	650 675

Pramen: <http://www.csu.cz>.

Počet cizinců v lázeňských zařízeních roste. Jen mezi lety 2002 a 2003 došlo k poklesu o 0,3 %. Největšího růstu bylo dosaženo mezi rokem 2005 a 2006 15%. K výrazným změnám došlo u návštěvníků z Ukrajiny, v roce 2007 se dostali na 3. místo v návštěvnosti. Do České republiky nově přijíždí za lázeňstvím také hosté z Číny a Jižní Korey. V roce 2007 přijelo do českých lázní o 85 % více návštěvníků z asijských zemí než

v roce 2002. Ve stejném období vzrostl i počet amerických návštěvníků (o 6 %), evropských návštěvníků (o 57 %), afrických návštěvníků (o 18 %) a cizinců z Oceánie (o 138 %). Další tabulka bude obsahovat výběr zemí, ze kterých obyvatelé nejčastěji navštívili české lázně.

Tabulka 27: 10 nejpočetnějších zdrojových zemí v roce 2002 a 2007

Země 2002	2002	Země 2007	2007
Německo	136 481	Německo	186 662
Rusko	19 435	Rusko	57 019
USA	4 686	Ukrajina	6 168
Rakousko	4 353	Rakousko	5 938
Izrael	3 962	USA	4 654
Polsko	3 419	Slovensko	3 494
Slovensko	2 104	Izrael	3 064
Spojené království	2 080	Maďarsko	2 847
Nizozemsko	1 752	Francie	2 436
Maďarsko	1 363	Polsko	2 389

Pramen: <http://www.csu.cz>.

Německo se podílí na zahraničních hostech v lázeňství v obou sledovaných letech přibližně stejně (30 %). Podíl ruských návštěvníků stoupl z 4 % na 9 %. Nově se na 3. místě objevila Ukrajina, ze které byla návštěvnost v roce 2002 nulová. Sestava dalších míst nevykázala znatelných změn, pouze došlo u některých zemí k promíchání pořadí.

5.2 Ekonomické aspekty lázeňství v ČR

Cestovní ruch, tedy i lázeňský cestovní ruch, je důležitou součástí národního hospodářství, která se významně podílí na tvorbě hrubého domácího produktu, devizových a daňových přínosů, vytváří pracovní příležitosti a pozitivně ovlivňuje dynamiku investic. Ovlivňuje tedy i platební bilanci státu. Jeho význam je dán rovněž tím, že multiplikuje rozvoj dalších odvětví a sektorů jako jsou doprava, stavebnictví, obchod, bankovníctví, telekomunikace, kultura, sport apod. Jde o odvětví, které je plně zahrnuto do sektoru služeb, bez výrazných nároků na materiální zdroje [14].

V neposlední řadě hraje lázeňský cestovní ruch důležitou roli v revitalizaci hospodářsky slabých a strukturálně postižených území – zde působí jednak jako stabilizační faktor, jednak jako nástroj ekonomického rozvoje regionu (umožňuje prostřednictvím nárůstu spotřebitelské poptávky po službách cestovního ruchu příliv

nového kapitálu do daného regionu). V lázeňských místech a v přilehlém regionu je celý podnikatelský a obecně hospodářský život úzce a logicky spojen s existencí lázní (většinou postavených na výskytu přírodních léčivých zdrojů nebo na příznivém klimatu). Lázeňské poplatky se odvádí do místních rozpočtů [2], [29], [14].

Lázeňství jako součást zdravotnictví patří do oblasti veřejné ekonomiky. Státní léčebné lázně jako státní podnik a soukromé léčebné lázně jako akciová společnost nebo s.r.o. produkují statky nebo služby v rámci lázeňských léčebných aktivit na trhu převážně neprodávané, a které se realizují formou přerozdělování důchodů a bohatství mezi občany (prostřednictvím zdravotních pojišťoven a na základě dotace a daňových úlev). Pravidly tržního mechanismu se řídí aktivity ubytovací, restaurační, dále zdravotní turistika, kongresy, výstavy, školení atd.

Mezi soukromé statky v lázeňství patří například soubor poskytovaných služeb samoplátcům, cizincům a jiné lázeňské služby poskytované na obchodní bázi. Čistým veřejným statkem, jehož spotřebu nelze rozdělit na jednotky, je např. lázeňské prostředí, klimatické podmínky, minerální vody, přirozená radioaktivita, parky, sady, koncerty na kolonádě, atd. Lázně jsou samy o sobě příkladem kladné externality, přispívá k udržení čistého životního prostředí, zlepšení stavu pacientů.

Mezi zvláštnosti z hlediska všeobecných daňových povinností patří ta skutečnost, že lázeňské podniky (státní i soukromé) nejsou zatíženy daní z přidané hodnoty. Cena léčení, ubytování a stravování pacientů není zatěžována daní z přidané hodnoty při její úhradě zdravotní pojišťovnou, samoplátcí a cizinci. Lázeňská léčebná zařízení jsou osvobozena dále od placení daní z nemovitostí. Mimo rámec lázeňských léčebných aktivit mají lázeňské podniky stejné daňové povinnosti jako ostatní podnikatelské subjekty [2].

Ekonomická efektivnost jednotlivých lázeňských zařízení je dána poměrem výnosů a nákladů. Tento poměr je ovlivněn specifickými vlivy působícími v lázeňství, objem a struktura výnosů jsou ovlivněny zejména lokalizací, velikostí a tradicí místa, strukturou klientely apod.

Lázeňství má i určité společenské přínosy, snižuje potřeby léků, důchodové dávky pro invaliditu, tvoří úspory dávek nemocenského pojištění pro pacienty [19].

V průběhu rozvoje lázeňství dochází k „nabalování“ konkrétních aktivit a dochází k tzv. multiplikačnímu efektu:

- lázeňská místa přitahují další formy cestovního ruchu. Jedná se především o kongresový cestovní ruch, dále o incentivní cestovní ruch (tj. motivační), poznávací cestovní ruch, nákupní cestovní ruch atd.,
- v lázních se koná celá řada kulturních a společenských akcí nadregionálního významu. Jedná se například o hudební a filmové festivaly, výstavy, apod.,
- s lázněmi je spjato také pořádání významných sportovních akcí a událostí, jako jsou například golfové a tenisové turnaje, jezdecké závody atd.,
- lázeňství je ve svém výsledku významnou součástí atraktivit cestovního ruchu České republiky [37].

Existují rozdíly v profilu návštěvníků lázní v jednotlivých zemích střední a východní Evropy. Domácí klientela tvoří většinu lázeňských hostů především v České republice a na Slovensku, přitom o lázeňská střediska v nich se zajímá stále větší množství zahraničních hostů. Naopak Maďarsko a Slovinsko jsou do velké míry závislé na zahraniční klientele.

České lázeňství musí náležitě využít své výhodné geografické polohy, s vhodnými klimatickými podmínkami. Leží uprostřed Evropy, je snadno dostupná z vyspělých a bohatých západních států. Musí se také stavět stále silnější konkurenci z okolních, východně položených států. Lázeňská místa by měla podniknout nezbytné kroky v renovaci a celkovému zhodnocení nabízených zařízení, aby byla schopná přijmout západní standardy. Od toho se odvíjí i další nárůst zájmu ze strany zahraničních hostů [36].

Mezi již zmiňované pozitivní vlivy lázeňství patří vytváření pracovních příležitostí v širokém okolí lázeňských zařízení. Další tabulka uvádí přehled zaměstnanců v jednotlivých krajích v oblasti lázeňství.

Tabulka 28: Celkový počet pracovníků v lázeňských léčebnách podle kraje

Kraj	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Středočeský	495,0	485,0	475,9	476,1	473,8	480,4	433,7
Jihočeský	502,0	542,0	559,6	592,6	600,3	602,6	622,4
Plzeňský	150,0	152,0	157,1	152,6	142,9	92,8	116,1
Karlovarský	4 811,0	5 182,0	4 994,8	5 029,6	4670,0	4 779,3	4 870,6
Ústecký	688,0	708,0	672,3	675,2	772,1	742,4	724,6
Liberecký	164,0	173,0	187,4	185,0	175,0	174,3	174,1
Královéhradecký	812,0	811,0	794,6	773,3	794,7	784,3	788,0
Pardubický	240,0	244,2	253,8	239,0	243,0	250,9	256,7
Vysočina	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Jihomoravský	64,0	86,2	90,8	88,7	94,5	99,2	110,7
Olomoucký	1 142,0	1 223,2	1 230,0	1 203,6	1 137,2	1 049,4	953,4
Zlínský	782,0	777,4	774,9	803,7	798,0	778,5	758,5
Moravskoslezský	1 070,0	1 062,0	1 072,4	1 033,5	984,2	950,5	891,1
Celkem ČR	10 920,0	11 446,0	11 263,6	11 252,9	10 885,7	10 784,6	10 699,9

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>.

Počet zaměstnanců rostl v posledních letech v Pardubickém, Jihomoravském, Karlovarském, Jihočeském a Plzeňském kraji. Největší počet zaměstnanců byl pochopitelně v Karlovarském kraji, dále v Olomouckém a Moravskoslezském kraji. Největšího počtu zaměstnanců za celou ČR bylo dosaženo v roce 2001.

V lázeňských léčebnách bylo zaměstnaných v roce 2006 4,5 % zaměstnanců z celkového počtu zaměstnanců ve zdravotnictví. Tento podíl se nepatrně snížil, v roce 2000 činila jeho hodnota 4,8 %. Dále pouze 0,8 % z celkového počtu lékařů pracovalo v lázeňských léčebnách, tento stav je stabilní ve sledovaných letech (2000 – 2006). Následující tabulka ukazuje rozložení jednotlivých druhů zaměstnanců v lázeňství.

Tabulka 29: Počty zaměstnanců podle skupin v lázeňských léčebnách

Zaměstnanci	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Lékaři	353,0	360,0	360,2	364,7	346,8	336,2	323,5
Ostatní odborní zdravot. prac.	3 142,0	3 312,0	3 247,8	3 259,6	3 170,9	3 074,3	3 102,5
Vychovatelé	9,0	2,0	6,0	4,0	15,0	13,0	13,0
Technicko-hospodářští pracovníci	1 167,0	1 253,0	1 216,6	1 253,4	1 275,2	1 290,4	1 272,2
Dělníci a provoz. prac.	6 249,0	6 519,0	6 433,0	6 371,2	6 077,8	6 070,7	5 988,7
Celkem	10 920,0	11 446,0	11 263,6	11 252,9	10 885,7	10 784,6	10 699,9

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>.

Počet lékařů mírně klesá, v roce 2006 byl počet o 11 % menší než v roce 2003, kdy byl stav nejvyšší ze sledovaných let. Počet technicko-hospodářských pracovníků naopak mírně vzrostl, o 9 % v roce 2006 oproti roku 2000, kdy byl stav nejnižší za sledovaná období. Počet dělníků mírně poklesl, o 4 % v roce 2006 oproti roku 2000.

Odměňování v lázeňských organizacích se řídí podle zákona č. 1/1992 Sb., o mzdě, odměně za pracovní pohotovost a o průměrném výdělku, ve znění pozdějších předpisů. Tímto zákonem se řídí všechna lázeňská zařízení bez ohledu na zřizovatele. Průměrné měsíční mzdy lékařů v jednotlivých letech jsou vidět v další tabulce [41].

Tabulka 30: Vývoj průměrných měsíčních mezd lékařů v lázeňských zařízeních

Mzda v Kč	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Lékaři	25 288,-	27 593,-	30 361,-	32 546,-	35 136,-	37 659,-	39 962,-
Rok 2000 = 100	100	109	120	129	139	149	158

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>.

Z tabulky je patrné, že v roce 2006 byly průměrné mzdy o 58 % větší než v roce 2000. Největší nárůst průměrných mezd byl v roce 2001 oproti roku 2000 o 9 %. Meziroční nárůst mezd činil průměrně 7,8 %.

Důležitým ekonomickým aspektem vývoje lázeňství jsou náklady zdravotních pojišťoven na lázeňskou péči. Platby za lázeňskou péči postupně klesají jak dokazuje další tabulka.

Tabulka 31: Náklady zdravotních pojišťoven na lázeňskou péči 2000 – 2006

Náklady	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
% z celkových N pojišťoven	2,38	2,29	2,24	2,29	2,13	1,92	1,66
Absolutně v mil. Kč	2 642	2 813	3 073	3 336	3 335	3 142	2 783
Náklady VZP ČR z celkových nákladů zdravotních pojišťoven							
Celkem v mil. Kč	1 743,18	1 813,69	1 927,61	2 041,86	2 029,73	1 918,46	1 653,00

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/> a <http://www.uzis.cz>.

Tabulka dokazuje, že se náklady zdravotních pojišťoven na lázeňskou péči snižují, nejen absolutně ale i v procentním podílu z celkových nákladů zdravotních pojišťoven. Absolutně se náklady až do roku 2003 zvyšují, ale pak začínají klesat. Nejvíce klesly v posledních dvou sledovaných letech o 11,4 %. Procentní podíl nákladů na lázeňskou péči z celkových nákladů se snížil o 0,72 % v roce 2006 oproti roku 2000. Absolutně náklady

klesly v roce 2006 oproti nejvyšší hodnotě v roce 2003 o 553 mil. Kč. Ve srovnání s rokem 2000 byly ale stále v roce 2006 vyšší o 141 mil. Kč.

V roce 2000 tvoří náklady Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky 66 % celkových nákladů zdravotních pojišťoven na lázeňskou péči. Během sledovaných let se tento podíl snižuje až na 59 % v roce 2006, což lze vysvětlit vznikem jiných zdravotních pojišťoven na českém trhu a tak postupným snižováním výsadního postavení. Celkové náklady VZP ČR na lázeňskou péči ve sledovaných letech tvoří stabilně z 94 % náklady na komplexní lázeňskou péči a zbytek je využit na příspěvkovou lázeňskou péči.

Za důvod obecného poklesu nákladů na lázeňskou péči v roce 2006 ve VZP ČR tato pojišťovna považuje snížení počtu odléčených klientů, které bylo způsobeno mnoha vlivy shrnutými do následujících sfér vlivu:

- v lékařství jsou uplatňovány stále nové, moderní léčebné metody, které nevyžadují navrhnout lázeňskou péči ze strany indikujících lékařů specialistů nebo praktických lékařů,
- úvahy o regulačních omezeních úhrad daných vyhláškou Ministerstva zemědělství č. 550/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení pro 1. pololetí 2006 a vyhláškou č. 101/2006 Sb., kterou se mění vyhláška č. 550/2005 Sb.,
- důsledné dodržování zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, a prováděcí vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 58/1997 Sb. – Indikační seznam pro lázeňskou péči revizním lékařem. Dochází tak k snižování počtu odléčených pacientů,
- současný přístup klientů k lázeňské péči – střední a mladší generace spíše odmítá lázeňskou péči, např. z důvodů obavy ze ztráty zaměstnání, ekonomických a rodinných důvodů [59].

6 Organizace lázeňství v České republice

6.1 Podpora lázeňství v České republice

6.1.1 Státní program podpory cestovního ruchu v letech 2001-2006

Ministerstvo pro místní rozvoj ČR má za úkol se podílet na vytváření cílů státní politiky v oblasti cestovního ruchu a přispívat k jejich úspěšnému uskutečnění. Rozvojovým projektem byl Státní program podpory cestovního ruchu, jeho realizace začala v roce 2001, následně bylo schváleno jeho pokračování v období 2004-2006. Tyto programy byly zaměřeny na rozvoj lázeňství, dále oblast doprovodné infrastruktury cestovního ruchu pro sportovně rekreační aktivity a na podporu prezentace ČR jako destinace cestovního ruchu.

Podprogramy, zaměřené na lázeňství, byly následující:

rok 2001:

- podpora rozvoje měst a obcí se statutem lázeňského místa,
- podpora vlastníků lázeňské infrastruktury,
- rozšiřování ubytovací kapacity v kategorii ubytování v soukromí ve městech a obcích se statutem lázeňského místa,
- programy rozvoje lázeňské turistiky.

rok 2002:

- podpora rozvoje měst a obcí se statutem lázeňského místa,
- podpora vlastníků lázeňské infrastruktury,
- programy rozvoje lázeňské turistiky.

rok 2003:

- podpora rozvoje měst a obcí se statutem lázeňského místa.

rok 2004:

- podpora rozvoje lázeňství.

rok 2005:

- podpora rozvoje lázeňství.

rok 2006:

- podpora rozvoje lázeňství [56].

Projekty a programy pro současné období jsou ve fázi přípravy, nejsou zveřejněny kromě Koncepce státní politiky cestovního ruchu v ČR na období 2007-2013.

6.1.2 Koncepce státní politiky cestovního ruchu v České republice na období 2007 – 2013

Téma lázeňský cestovní ruch je i součástí Koncepce státní politiky cestovního ruchu v České republice na období 2007 – 2013, kterou vypracovalo Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky a která je východiskem pro jeho činnost. Tato koncepce představuje střednědobý strategický dokument, který vychází především z možností cestovního ruchu v České republice a účinnými nástroji podněcuje jeho další rozvoj. Klíčovým úkolem Koncepce je koordinace a návaznost strategických doporučení sektorových politik za účelem vytvoření potřebných vztahů a vazeb mezi klíčovými aktéry působícími v odvětví cestovního ruchu [31].

Cílem zpracování Koncepce je harmonizace koncepční činnosti v oblasti cestovního ruchu s programovacím obdobím Evropské unie a vytvoření strategického materiálu, který bude účinným nástrojem podpory udržitelného rozvoje cestovního ruchu v ČR v příštím období a bude dostatečně reflektovat význam cestovního ruchu pro národní hospodářství České republiky [30].

SWOT¹ analýza, uvedená v této Koncepti, považuje za jednu ze silných stránek nabídky cestovního ruchu v České republice dlouholetou tradici a vysokou kvalitu lázeňství. Jednou z příležitostí je rozvoj tradičního lázeňství a využití dalších minerálních léčivých zdrojů.

V rámci priority číslo 1, tzn. „Konkurenceschopnost národních a regionálních produktů cestovního ruchu“, bylo vytvořeno opatření „Tvorba nosných národních a nadnárodních produktů cestovního ruchu“. Toto opatření má za úkol vytvořit nové produkty lázeňského cestovního ruchu a wellness pobytů, protože české lázeňství stále zaostává zejména v nabídce kvalitních doprovodných programů a služeb v lázeňských

¹ SWOT analýza je komplexní metodou kvalitativního hodnocení, umožňuje formulovat strategické vize.

střediscích, především v těch menších. Lázně musí být výrazněji využívány i pro domácí cestovní ruch.

Priorita číslo 2 „Rozšiřování a zkvalitňování infrastruktury a služeb cestovního ruchu“ a s ní související opatření „Rekonstrukce a výstavba kvalitní základní a doprovodné infrastruktury cestovního ruchu“ počítá s modernizací lázeňské infrastruktury a doprovodných služeb v nich [31].

6.1.3 Podpora Evropské unie

Regionální politika Evropské unie, nazývaná též politika hospodářské a sociální soudržnosti, je odrazem principu solidarity uvnitř Evropské unie, kdy bohatší státy přispívají na rozvoj chudších států a regionů, aby se zvýšila kvalita života obyvatel celé Evropské unie [53].

Regionální politika byla v plánovacím období 2004-2006 naplňována prostřednictvím strukturálních fondů, Fondu soudržnosti a Iniciativ Společenství. V rámci cíle „Podpora rozvoje zaostávajících regionů“ byl financován ze strukturálních fondů „Společný regionální operační program“. V rámci 4. priority „Cestovní ruch“, opatření 4.2 „Rozvoj infrastruktury pro cestovní ruch“ byly podporovány projekty zaměřené na výstavbu a obnovu lázeňské infrastruktury vybavenosti většího rozsahu, dále projekty nadregionálního významu z oblasti lázeňské turistiky[48],[47].

V současném programovém období 2007-2013 došlo v organizaci Operačních programů financovaných s podporou Strukturálních fondů k výraznému posunu směrem k přemístění velkého podílu finančních prostředků z EU do jednotlivých regionů soudržnosti. Proti minulému období, kde existoval jeden Společný regionální operační program, jsou potřeby regionů soudržnosti zajišťovány celkem 7 Regionálními operačními programy. Tyto programy směřují podpory k řešení problémů vázaných na konkrétní region České republiky. Podporují tak využití potenciálu daného území a přispívají k jeho vyváženému rozvoji [51].

Přestože je každý Regionální operační program samostatným dokumentem, obecně se zaměřují na obdobná témata. Jedním z nich je rozvoj cestovního ruchu, který zahrnuje

i rozvoj a rekonstrukce lázeňské infrastruktury a navazujících zařízení. Všechny tyto aktivity jsou spolufinancovány z Evropského fondu pro regionální rozvoj [52].

Dalším aktuálním programem je „Integrovaný operační program“ financovaný také z Evropského fondu pro regionální rozvoj. Tento program je zaměřen na řešení společných regionálních problémů v oblastech infrastruktury pro veřejnou správu, veřejné služby a územní rozvoj. Program zahrnuje „Prioritní osu 4a – Národní podpora cestovního ruchu – Cíl Konvergence“ a „Prioritní osu 4b – Národní podpora cestovního ruchu – Cíl Regionální konkurenceschopnost a zaměstnanost“. Mezi zamýšlené aktivity těchto prioritních os patří podpora prezentace ČR jako destinace cestovního ruchu, kdy jsou podporovány a propagovány národní produkty cestovního ruchu, např. české lázeňství. Realizace podpor těchto prioritních os bude zajištěna individuálními projekty formou nevratné finanční pomoci [27].

6.2 Organizace zabývající se lázeňstvím v České republice

V jednotlivých evropských zemích i na celoevropské úrovni působí řada odborných a zájmových sdružení, svazů a organizací, které se zabývají podporou rozvoje lázeňství a wellness. Dále budou uvedeny nejvýznamnější organizace v České republice [29].

6.2.1 Sdružení lázeňských míst České republiky

Sdružení lázeňských míst ČR (dále jen Sdružení) je dobrovolnou zájmovou a nevládní organizací lázeňských měst a obcí v ČR (dále jen lázeňská místa), na jejichž území se nacházejí lázeňská zařízení a mají schválený statut lázní.

Prvořadým cílem Sdružení je aktivně přispívat k vytváření podmínek a nástrojů pro regeneraci a rozvoj lázeňství a lázeňských míst, zejména ke zlepšování stavu a rozvoji lázeňské a městské infrastruktury, obnovy lázeňských památek a k rozvoji českého lázeňství a českých lázeňských měst a obcí. Pro dosažení vytyčených cílů usiluje Sdružení o spolupráci mezi státem, obcemi a občany, lázeňskými organizacemi a sdruženími, ale i o spolupráci na mezinárodní úrovni.

Dalším cílem Sdružení je prezentovat a spolupracovat při prezentaci českých lázeňských míst jako unikátních cílů pro návštěvníky hledající nejen lázeňskou péči, ale i velice zajímavé turistické cíle.

Nejvyšším orgánem Sdružení je sněm, který je tvořen členskou základnou Sdružení. Předseda je statutárním orgánem, zastupuje Sdružení navenek a jedná jeho jménem. Rada Sdružení řídí jeho činnost v období mezi sněmy. Posledním orgánem je Kontrolní komise, která je kontrolním orgánem Sdružení [42].

6.2.2 Svaz léčebných lázní České republiky

Svaz léčebných lázní České republiky byl zřízen jako zájmové sdružení léčebných lázní a jiných právnických osob bez rozdílu typu vlastnictví. Posláním Svazu je rozvíjení léčebného lázeňství, hájení společných i individuálních zájmů členů, pokud nejsou v rozporu se zájmy společnými (zejména ve styku se zastupitelskými sbory, vládou, ministerstvy, jinými státními orgány a institucemi a zdravotními pojišťovnami) a racionální využití přírodních léčivých zdrojů s léčením.

Dále Svaz podporuje informovanost veřejnosti o funkci a úloze léčebného lázeňství v péči o zdraví člověka, podporuje výzkum v lázeňství, vystupuje ve vztahu k odborům a státním institucím jako zájmová organizace zaměstnavatelů, působí jako odborný poradce, zastupuje zájmy lázeňství ČR v mezinárodních organizacích, zejména v Evropském svazu lázní.

Nejvyšším orgánem Svazu je valná hromada, dalšími orgány jsou představenstvo, dozorní rada, Sekretariát Svazu. Pro řešení odborných otázek činnosti Svazu zřizuje představenstvo odborné a pracovní komise a jmenuje předsedy [55].

6.2.3 Český inspektorát lázní a zřidel Ministerstva zdravotnictví České republiky a Referenční laboratoř přírodních léčivých zdrojů

Odbor Český inspektorát lázní a zřidel je jako součást Ministerstva zdravotnictví ústředním orgánem státní správy pro vyhledávání, ochranu a využívání přírodních léčivých zdrojů, přírodních léčebných lázní a zdrojů přírodních minerálních vod. Pro zjišťování

kvalitativních ukazatelů přírodních léčivých zdrojů a přírodních minerálních vod byla Ministerstvem zdravotnictví zřízena Referenční laboratoř přírodních léčivých zdrojů [44].

6.2.4 Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky

Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR sdružuje kolem 45 tisíc členů, je největším odborovým subjektem působícím ve zdravotnictví a sociálních službách a třetím nejpočetnějším odborovým svazem v Českomoravské konfederaci odborových svazů. Členy jsou zaměstnanci zdravotnictví a sociální péče a dalších souvisejících organizací, například středních zdravotnických škol, lékařských fakult. Jde o lékaře a další vysokoškoláky, o střední zdravotnické pracovníky a další středoškoláky, o nižší a pomocný zdravotnický personál, sociální pracovníky, pečovatelky, vychovatele, pedagogy, technicko-hospodářské pracovníky a pracovníky v dělnických profesích, například řidiče. Členové OSZSP ČR pracují ve veřejném i soukromém sektoru [43].

6.2.5 Česká centrála cestovního ruchu – CzechTourism

Česká centrála cestovního ruchu – CzechTourism (dále jen CzechTourism) je státní příspěvkovou organizací, zřízenou rozhodnutím ministra hospodářství č. 29 z 18.3.1993 podle zákona č. 576/1990 Sb., o pravidlech hospodaření s rozpočtovými prostředky České republiky a obcí v České republice a zákona č. 218/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů k plnění úkolů v oboru cestovního ruchu.

Zřizovatelem CzechTourism je v souladu s ustanovením zákona 219/2000 Sb., o majetku České republiky, ve znění pozdějších předpisů, Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, jakožto ústřední orgán státní správy ČR ve věcech cestovního ruchu.

CzechTourism v rámci svého poslání koordinuje státní propagaci cestovního ruchu s aktivitami prováděnými podnikatelskými subjekty a rozvíjí střednědobou a aktuální strategii pro marketing produktů cestovního ruchu na domácím i zahraničním trhu.

CzechTourism je členem Evropské komise cestovního ruchu a podílí se tak společně s ostatními evropskými zeměmi na marketingových aktivitách na zámořských trzích. Zvláštní důraz klade CzechTourism na společnou prezentaci středoevropských zemí na vzdálených trzích.

Hlavní úkoly CzechTourism:

- zajišťování, podpora a koordinace marketingových aktivit na domácím a zahraničním trhu,
- podpora všestranného rozvoje cestovního ruchu, spolupráce v oblasti cestovního ruchu s orgány státní správy a samosprávy, profesními organizacemi, peněžními ústavy, školami, výzkumnými a poradenskými institucemi a analogickými zahraničními institucemi,
- vytváření příznivého image turistické destinace „Česká republika“ a její prosazování na domácím a zejména zahraničním trhu,
- stanovení a rozpracování prioritních produktů, charakteristických pro destinaci Česká republika,
- podpora tvorby produktů cestovního ruchu se šetrným přístupem k životnímu prostředí,
- zabezpečování spolupráce s domácími i zahraničními novináři a médii,
- informační servis pro odvětví průmyslu cestovního ruchu v České republice, zejména vydávání odborných zpráv, jejichž náplní a obsahem budou především marketingové a regionální informace,
- spolupráce při vytváření celostátního turistického informačního systému,
- vydávání propagačních materiálů o České republice v příslušných jazykových verzích,
- spolupráce s regiony v ČR, angažovanost při vzniku přirozených oblastí cestovního ruchu, působení při jejich turistickém rozvoji a zatraktivnění,
- působení na českou veřejnost s cílem povzbudit vstřícné chování vůči zahraničním hostům a zdůraznění významu cestovního ruchu pro Českou republiku,
- zakládání zastoupení v zahraničí s cílem informovat zahraniční novináře, odbornou i nejširší veřejnost o nabídce cestovního ruchu v České republice a všestranně podporovat prodej národních produktů cestovního ruchu.

Oddělení lázeňství CzechTourism funguje od ledna 2005. Agentura CzechTourism svými aktivitami oslovuje nejen tradiční zprostředkující skupiny – cestovní kanceláře a novináře, ale obrací se také na další významnou skupinu – na lékaře, jelikož velká část lázeňských hostů přijíždí právě na doporučení lékaře. Zatímco v roce 2005 směřovala agentura své lázeňské aktivity na dlouhodobě nejdůležitější trhy pro české lázeňství

(Německo, Rakousko, Rusko, Arabské země, USA a Slovensko), v roce 2006 a 2007 již pomohla proniknout českým lázním na další trhy v západní a severní Evropě [60].

6.2.6 *Evropský svaz léčebných lázní*

V Evropském svazu léčebných lázní (dále jen Svazu) jsou organizováni členové z 21 evropských zemí. Patří sem národní a regionální Svazy léčebných lázní, léčebné lázně, lázně a také lázeňská zařízení. Společná politika na poli léčebných lázní, lázní a lázeňských zařízení je vzhledem ke sjednocující se Evropě nezbytná. O politice Svazu to platí dvojnásob, neboť v oboru lázeňství dojde k souladu v důsledku vzniku EU jen v dílčích oblastech našeho trhu [39].

Cílem Svazu je zajistit transparentní a srovnatelné struktury a rovněž usnadnit společnou mezinárodní spolupráci v oblasti lázeňství. Činnost a poslání Svazu jsou deklarovány prostřednictvím společného kréda, schváleného v roce 2004. Svazy léčebných lázní v jednotlivých zemích popisují svou národní situaci na základě „národního kréda“. Toto krédo slouží v rámci dané země také k tomu, aby svazy kromě argumentace na evropské úrovni zdůvodnily své požadavky i vůči národní politice. Členem Svazu je i Svaz léčebných lázní České republiky [29].

6.2.7 *Evropská asociace lázní*

V Evropské asociaci lázní (ESPA – European Spas Association) jsou sdružení zástupci většinou evropských zemí. Za Českou republiku je členem Sdružení lázeňských míst ČR. Základním cílem asociace je podpora a prezentace evropského lázeňství a balneologie. V ČR funguje organizace se stejným názvem – Evropská asociace lázní – se sídlem v Mariánských Lázních. Asociace sdružuje poskytovatele služeb v oborech lázeňství, hotelnictví, gastronomie, ale i z příbuzných oblastí, které se rozvíjejí především v lázeňských centrech (golfové kluby, festivaly, atd.) [29], [23].

ZÁVĚR

Česká republika patří v Evropě mezi země s významnými lázeňskými centry, ať už jde o vzdálenou minulost nebo současnost. Reálný vznik lázeňství na území České republiky je určen koncem 18. století. Pobyt v lázních byl společenskou a prestižní událostí pro bohaté. Na konci 19. století směřuje lázeňství ke svému vrcholu. Byly dostavěny největší lázeňské komplexy. Období 2. světové války způsobilo přerušení harmonického vývoje. V poválečném období byly lázně převedeny do výhradního vlastnictví státu a začleněny do systému zdravotní péče. 80. léta 20. století znamenají zatěžování kapacit lázeňských zařízení bez odpovídajících investic, pokles kvality služeb. Po roce 1990 dochází k transformaci lázeňských podniků na akciové společnosti a jejich privatizaci. V současné době vzniká nová struktura zákazníků, kteří žádají kromě léčebných i preventivní, relaxační a alternativní programy. Klienti navštěvují lázně za účelem odpočinku, načerpání sil, poznání daného místa.

Hlavní legislativní normou upravující fungování lázeňských léčeben je zákon č. 164/2001 Sb., o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 76/2002 Sb. a zákona č. 320/2002 Sb. Následuje řada vyhlášek Ministerstva zdravotnictví, nařízení vlády a další zákony, které se týkají např. zdravotního pojištění, indikací, ochrany a hodnocení přírodních léčivých zdrojů, poplatků, stanovování ochranných pásem, vydávání osvědčení a prohlašování dalších přírodních léčivých zdrojů.

V České republice se nyní nachází 37 lázeňských míst s 85 lázeňskými léčebnami. V 24 lázeňských místech se využívají minerální vody, v dalších 10 jsou přírodním léčebným prostředkem peloidy a pouze ve 3 se využívají příhodné klimatické poměry. Celkový počet lázeňských léčeben roste, v roce 2000 je jich o 35 % méně než v roce 2006. V roce 2000 byl tento počet tvořen z 27 % státními zařízeními, v roce 2006 je to už jen 8 %, to souvisí s dokončováním privatizace a rozvojem podnikání v oblasti lázeňství. Největší počty lázeňských léčeben se nacházejí v Karlovarském kraji (46 v roce 2006, dochází zde i k největším změnám), Zlínském a Olomouckém kraji (v obou 7 v roce 2006).

Počet lůžek v lázeňských zařízeních obecně neustále roste (z 22 179 lůžek v roce 2000 o 16,2 % na 25 770 v roce 2006), stručný přehled obsahuje následující tabulka.

Tabulka 32: Změna počtu lůžek mezi roky 2000 a 2006

Rok	2000 (ks)	2006 (ks)	% změna
Počet lůžek celkem	22 179	25 770	+ 16,2
Počet lůžek pro dospělé	18 655	22 900	+ 22,8
v tom ve státních zařízeních	3 069	2 149	- 30,0
v tom v nestátních zařízeních	15 586	20 751	+ 33,1
Počet lůžek pro dorost, děti	2 652	2 271	- 14,4
v tom ve státních zařízeních	1 524	900	- 40,9
v tom v nestátních zařízeních	1 128	1 371	+ 21,5
Ostatní	872	599	- 31,3

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>, údaje použity v tabulce č. 6.

V období mezi roky 2000 a 2006 došlo k nárůstu celkového počtu lůžek pro dospělé o 22,8 % a k poklesu celkového počtu lůžek pro děti a dorost o 14 %. K růstu počtu lůžek dochází pouze v nestátních zařízeních, kde došlo ke zvýšení u počtu lůžek pro dospělé i pro děti a dorost. S poklesem počtu státních zařízení klesá i počet lůžek v nich, jak je vidět v tabulce. Podíl státních lůžek pro dospělé na jejich celkovém počtu byl v roce 2006 9,4 % (16,5 % v roce 2000). Podíl státních lůžek pro děti a dorost na jejich celkovém počtu byl podstatně vyšší, v roce 2006 činil 39,6 % (57,5 % v roce 2000). Mezi kraje s největším počtem lůžek patří opět Karlovarský kraj (11 930 lůžek v roce 2006 – 46,3 % z celkového počtu lůžek), Olomoucký a Zlínský kraj (2 576 a 2 242 lůžek v roce 2006 - 10 % a 8,7 %).

Základními druhy lázeňské péče jsou komplexní lázeňská péče a příspěvková lázeňská péče (zahrnuje ambulantní léčení). Dalším typem lázeňské péče, který není hrazen zdravotními pojišťovnami, je léčení samoplátců – tuzemců a cizinců. Celkový počet pacientů využívajících lázeňskou péči vzrostl z 295 968 v roce 2002 o 10,5 % na 327 078 v roce 2006, jak je vidět v následující tabulce. Tato tabulka poskytuje přehled vývoje počtu pacientů podle jednotlivých druhů lázeňské péče.

Tabulka 33: Změna počtu pacientů mezi roky 2002 a 2006

Rok	2002	2006	% změna
Celkový počet pacientů	295 968	327 078	+ 10,5
v tom pacienti KLP	130 038	106 869	- 17,8
v tom dospělí pacienti	113 513	94 429	- 16,8
v tom pacienti dorost a děti	16 525	12 440	- 24,7
v tom pacienti PLP	21 017	18 650	- 11,3
v tom dospělí pacienti	21 000	18 572	- 11,6
v tom pacienti dorost a děti	17	78	+ 358,8
v tom tuzemci	35 701	66 756	+ 86,9
v tom dospělí pacienti	35 618	66 688	+ 87,2
v tom pacienti dorost a děti	83	68	- 18,1
v tom cizinci	109 212	134 803	+ 23,4
v tom dospělí pacienti	108 958	134 518	+ 23,5
v tom pacienti dorost a děti	254	285	+ 12,2

Pramen: vlastní zpracování na základě údajů z <http://www.uzis.cz>, údaje použity v tabulkách č.10, 11, 13, 14.

Podle údajů v tabulce roste obecně počet pacientů tuzemců a cizinců, kteří si hradí pobyt v lázních z vlastních prostředků. K největšímu nárůstu došlo ve sledovaném období u pacientů tuzemců – dospělých (o 86,9 %).

Tyto změny ovlivňují velikost podílů jednotlivých druhů lázeňské péče, poskytované celkovému počtu pacientů. V roce 2006 vzrostl podíl léčených cizinců na celkovém počtu pacientů na 41 % oproti 37% v roce 2002. U tuzemců došlo od roku 2002 do 2006 ke zvýšení z 12 % na 20 %. Naopak poklesl podíl pacientů léčených na náklady zdravotních pojišťoven, podíl pacientů komplexní lázeňské péče se snížil z 44 % na 33 % ve stejném období a podíl pacientů příspěvkové lázeňské péče klesl z 7 % v roce 2002 na 6 % v roce 2006.

Podíl pacientů dospělých, dorostu a dětí na celkovém počtu pacientů se v průběhu sledovaných let příliš nezměnil. V roce 2006 tvoří dospělí pacienti 96 % z celkového počtu léčených osob (314 207 pacientů), v roce 2002 to bylo 94 %. Pacientů dorostu bylo léčeno v roce 2006 0,7 % (2 342 pacientů), v roce 2002 to bylo 0,9 %. Podíl dětí byl v roce 2006 3,3 % (10 529 pacientů), v roce 2002 to bylo 5,1 %. U dětí a dorostu tvoří 97 % podíl pacienti komplexní lázeňské péče, protože se příspěvková lázeňská péče poskytuje jen na přání rodičů.

Indikační seznamy jsou odlišné u dospělých pacientů a u dorostu a dětí. V další tabulce je zobrazen vývoj nejobvyklejších nemocí, na které jsou různé druhy pacientů léčeny.

Tabulka 34: Změny nejčastějších indikací mezi roky 2002 a 2006

Nemoci	2002	% podíl	2006	% podíl
Dospělí				
Na náklad ZP	pohybové	48,0	pohybové	50,0
	oběhového ústrojí	15,2	oběhového ústrojí	14,5
	nervové	12,9	nervové	14,4
Tuzemci	pohybové	65,7	pohybové	69,1
	oběhového ústrojí	15,5	dýchacího ústrojí	15,0
	dýchacího ústrojí	13,0	oběhového ústrojí	13,5
Cizinci	pohybové	63,5	pohybové	58,7
	trávicího ústrojí	12,2	trávicího ústrojí	23,1
	oběhového ústrojí	11,6	oběhového ústrojí	7,1
Dorost				
Na náklad ZP	ženské	23,0	ženské	22,0
	pohybové	19,5	pohybové	20,4
	nervové	17,7	nervové	18,2
Děti				
Na náklad ZP	dýchacího ústrojí	44,8	dýchacího ústrojí	45,0
	nervové	16,7	nervové	17,1
	pohybové	10,0	výměny látkové a žláz	9,4

Pramen: <http://www.uzis.cz>, údaje použity v tabulkách č. 19, 20, 21, 23, 24.

Nejčtenější indikací u dospělých pacientů na náklady zdravotního pojištění obecně od roku 2002 do roku 2006 byly nemoci pohybového ústrojí (přibližně 50 %), dále nemoci oběhové ústrojí a nemoci nervové, ke změnám v podílech téměř nedošlo. U samoplátců tuzemců je na 1. místě nemoc pohybového ústrojí stejně jako u pacientů léčících se na náklad ZP, ale tvoří výrazně větší podíl. Nemoci nervové u pacientů léčících se na náklad ZP jsou u tuzemců samoplátců vystřídány nemocemi dýchacího ústrojí. Struktura nemocí u cizinců se liší hlavně 2. nejobvykleji léčenou nemocí trávicího ústrojí, jejíž podíl roste hlavně v současné době. U dorostu a dětí zůstává struktura nejčastěji léčených nemocí v lázních během sledovaného období přibližně stejná, ale zásadně se liší od nejčastějších nemocí dospělých pacientů. Podíly jednotlivých nemocí u dorostu jsou přibližně vyrovnané, nelze označit jeden druh nemoci za zásadní. U dětí výrazně převládají netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí. Během sledovaných let 2002 – 2006 si vyměnily

pozice nemoci pohybové, které se přemístily z 3. místa na 5. místo, s poruchami výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí (z 5. místa na 3. místo).

V minulosti užívané lázeňské procedury byly založeny na několika hodinových léčivých koupelích a později na popíjení několika litrů minerální vody denně, což bylo náročné pro lidský organismus. Lázeňské léčení je vhodné především při chronických onemocněních, při prevenci, rehabilitaci poúrazových a pooperačních stavů. Spektrum užívaných léčebných procedur v lázeňství se v současnosti stále rozšiřuje. Vedle používání přírodních léčivých zdrojů, se rozvíjí možnost využít různé typy masáží, wellness procedury, víkendové, sportovní programy. Zájem tedy roste především o služby netradiční, nelékařské povahy, jejich charakter je spíše doplňkový.

Lázeňská zařízení ve svém okolí podněcují rozvoj cestovního ruchu. Dochází k rozvoji kulturního, společenského života v lázeňském místě. Od roku 1989 směřuje vývoj k posílení komerčního významu lázeňských center, postupnému zlepšování vzhledu a vybavenosti. Lázeňský cestovní ruch souvisí také s celkovým růstem životní úrovně a zdravotním uvědoměním obyvatel. To také způsobuje rostoucí návštěvnost zahraničních hostů. V roce 2007 navštívilo lázeňská místa 650 675 cizinců, to je o 44 % více než v roce 2002. Nejčetnější zdrojovou zemí zůstává mezi roky 2002 a 2007 Německo, podíl na celkovém počtu zahraničních hostů je ve sledovaném období přibližně 30 %. Na 2. místě je Rusko, podíl ruských návštěvníků stoupl z 4 % v roce 2002 na 9 % v roce 2007. Nově se v roce 2007 objevila na 3. místě Ukrajina, ze které byla návštěvnost v roce 2002 nulová. Obecně začínají české lázně navštěvovat cizinci ze stále vzdálenějších zemí. Největší přírůstky jsou zaznamenávány u asijských zemí a Oceánie.

Cestovní ruch, tedy i lázeňský cestovní ruch, se podílí na tvorbě hrubého domácího produktu, vytváří pracovní příležitosti, ovlivňuje platební bilanci státu, podněcuje rozvoj dalších odvětví (doprava, stavebnictví, telekomunikace, sport). Dále hraje velkou roli při revitalizaci hospodářsky slabých a strukturálně postižených území. Lázeňská místa přitahují další formy cestovního ruchu, jako je kongresový, poznávací, nákupní cestovní ruch. Koná se zde řada kulturních, sportovních akcí.

Od roku 2001 soustavně klesá počet zaměstnanců v lázeňských léčebnách, v roce 2006 je jich o 6,5 % méně než v roce 2001. Tento trend je možné přisoudit snaze snižovat

náklady jednotlivých zařízení. V roce 2006 bylo zaměstnaných v lázeňských léčebnách 4,5 % zaměstnanců z celkového počtu zaměstnanců ve zdravotnictví. Náklady zdravotních pojišťoven na lázeňskou péči v posledních letech stále klesají. Mezi lety 2000 a 2006 byly nejvyšší v roce 2003 (3 336 mil Kč). V roce 2006 jsou nižší oproti roku 2003 už o 16,5 %. Tento pohyb nákladů potvrzuje snížení poskytované komplexní a příspěvkové lázeňské péče. Mezi důvody poklesu nákladů na lázeňskou péči patří uplatňování stále modernějších léčebných metod, které nevyžadují navrhnutí lázeňské péči. Lépe je pokles nákladů vidět na snižujícím se procentním podílu na celkových nákladech zdravotních pojišťoven z 2,38 % v roce 2000 na 1,66 % v roce 2006.

Na rozvoji lázeňského cestovního ruchu se podílí Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky. V letech 2001 – 2006 byl úspěšně realizován Státní program podpory cestovního ruchu, který obsahoval i podprogramy zaměřené na lázeňství. Projekty a programy pro současné období jsou ve fázi přípravy kromě Koncepce státní politiky cestovního ruchu v České republice na období 2007 – 2013. Tento dokument považuje české lázeňství za jednu ze silných stránek nabídky cestovního ruchu v České republice s dlouholetou tradicí a vysokou kvalitou. Za hlavní úkol považuje vytváření nových kvalitních doprovodných programů a služeb v lázeňských střediscích, modernizaci lázeňské infrastruktury.

V období 2004 – 2006 bylo české lázeňství podporováno dále z prostředků Evropské unie, v rámci „Společného regionálního operačního programu“. Příspěvek získaly projekty zaměřené na výstavbu a obnovu lázeňské infrastruktury většího rozsahu, dále projekty nadregionálního významu z oblasti lázeňské turistiky. V současném programovém období 2007 – 2013 existuje 7 Regionálních operačních programů, které podporují rozvoj a využití potenciálu konkrétního regionu České republiky, tedy i lázeňského cestovního ruchu. Dalším aktuálním programem je „Integrovaný operační program“, který je zaměřen na řešení společných regionálních problémů, mimo jiné na prezentaci České republiky jako destinace cestovního ruchu.

Vedle Ministerstva pro místní rozvoj České republiky podporuje rozvoj českého lázeňství řada zájmových sdružení, svazů a organizací. Jde například o Sdružení lázeňských míst České republiky, Svaz léčebných lázní České republiky, Český inspektorát lázní a zříděl Ministerstva zdravotnictví České republiky a Referenční laboratoř přírodních

léčivých zdrojů a Česká centrála cestovního ruchu – CzechTourism. Tyto organizace jsou dále členy nadnárodních institucí jako je Evropský svaz léčebných lázní a Evropská asociace lázní.

Vyslovená hypotéza v úvodu této diplomové práce je tedy pravdivá. Lázeňská zařízení uspokojivě nahrazují snižující se platby od zdravotních pojišťoven příjmy od klientů, kteří si hradí svůj pobyt ze svých prostředků. O tom svědčí rostoucí podíl cizinců a tuzemců samoplátců na současné lázeňské klientele, který v průběhu sledovaných let neustále roste. Pro přilákání nových klientů lázně stále rozšiřují nabídku svých služeb o programy pro relaxaci a péči o tělo, které mohou využít všichni občané i bez vážnějších zdravotních problémů. K těmto opatřením dochází v důsledku změn životního stylu obyvatel. V posledních letech se mění přístup občanů ke svému zdraví, více dbají na preventivní péči a pobyt v lázních berou jako určitý druh dovolené. Lázeňská zařízení jsou nucena ke změnám v nabízených službách také z důvodu stále sílící konkurence, jak ze strany českých lázeňských míst, tak ze strany zahraničních lázeňských středisek.

POUŽITÁ LITERATURA

- [1] BURACHOVIČ, S. a kol. *Encyklopedie lázní a léčivých pramenů v Čechách na Moravě a ve Slezsku*. 1. vyd. Praha: Libri, 2001. 434 s. ISBN 80-7277-048-9,
- [2] KNOP, K. a kol. *Lázeňství - ekonomika a management*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, spol. s r.o., 1999. 232 s. ISBN 80-7169-717-6,
- [3] KOČÁREK, E. *Vědy o zemi a medicína, vybrané kapitoly z lékařské geologie, geografické medicíny a balneografie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 96 s. ISBN 80-246-0791-3,
- [4] KRÍŽEK, V. *Obrazy z dějin lázeňství*. 2. vyd. Praha: Libri, 2002. 264 s. ISBN 80-7277-092-6,
- [5] BERÁNEK, J. *Lázeňství v České republice*. [on-line]. Praha: mag. Consulting, s.r.o., [cit. 2008-01-20]. Dostupný na WWW: <http://www.cot.cz/data/cesky/99_06/6_statistika1.htm>,
- [6] BURACHOVIČ, S. *Stručné dějiny karlovarského lázeňství* [online]. Krajská knihovna Karlovy Vary, [2007] [cit. 2008-03-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.knihovna.kvary.cz/cs/pro-navstevniky/knihovna/balneologicka-knihovna/strucne-dejiny-karlovarskeho-lazenstvi.html#obdob%C3%AD%20karlovarsk%C3%A9ho%20laze%C5%88stv%C3%AD>>,
- [7] BURACHOVIČ, S. *Více historie : Dějiny Karlových Varů* [online]. Magistrát města Karlovy Vary, 2007 [cit. 2008-03-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.karlovy-vary.cz/cz/vice-historie>>,
- [8] ČÍŽEK, V. *Peloidy a peloidní extrakty. Léčebné využití a vliv na kvalitu života* [online]. České Budějovice : Vysoká škola evropských regionálních studií, 2007-01-26 [cit. 2008-01-28]. Dostupný z WWW: <http://www.vsers.cz/zpravodajstvi_obsah.php?id=23>,
- [9] DOLEŽAL, V. *Voda a nealko nápoje* [online]. Praha : Česká zemědělská univerzita v Praze, [2006] [cit. 2008-01-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.gastro-server.com/jpz/pagepiti/voda.asp>>,

- [10] KNOP, K. *Lázeňský cestovní ruch v Evropě* [on-line]. Mariánské Lázně: Hotel coop Kriváň, 2005 – 2007, 30.5.2006 [cit. 2008-01-18]. Dostupný na WWW: <<http://www.cestovni-ruch.cz/zdroje/lazne-evropa.php>>,
- [11] KNOP, K. Lázeňství v Evropě. *Europe Spa Journal* [on-line]. 2001, roč. 0, č. 0/2001 [cit. 2008-01-18]. Dostupný na WWW: <<http://www.gtp.cz/imagesg/journal0.pdf>>,
- [12] POHAN, J. *Wellness, wellness. Ale co to vlastně je?* [online]. Femina.cz, 2008 [cit. 2008-03-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.femina.cz/zdravi-a-fitness/wellness-wellness-ale-co-to-vlastne-je-/articles.html?id=4620>>,
- [13] SCHLANGER, J. *Lázeňství patří do veřejného zdravotnictví* [on-line]. 5.1.2000, [cit. 2008-01-18]. Dostupný na WWW: <<http://www.konzervativnistrana.cz/sksmain/clanky/texty/lazen.htm>>,
- [14] STRÍBRNÁ, M. Podpora cestovního ruchu a lázeňských míst. *Veřejná správa* [online]. 2001, roč. 2001, č. 3 [cit. 2008-03-26]. Dostupný z WWW: <<http://www.mvcr.cz/casopisy/s/2001/0003/3konz.html>>,
- [15] Česko. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška číslo 58 ze dne 13. března 1997 kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 1997, částka 20. Dostupný také z WWW: <http://abonent.lexdata.cz/lexdata/sb_free.nsf/0/C12571D20046A0B2C12566D400748E6E>,
- [16] Česko. Zákon číslo 20 ze dne 30. března 1966 o péči o zdraví lidu. In *Sbírka zákonů České republiky*. 1966, částka 7. Dostupný také z WWW: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/6966/place>,
- [17] Česko. Zákon číslo 48 ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 16. Dostupný také z WWW: <http://abonent.lexdata.cz/lexdata/sb_free.nsf/0/C12571D20046A0B2C12566D400748D9E>,
- [18] Česko. Zákon číslo 164 ze dne 13. dubna 2001 o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech a o změně některých souvisejících zákonů (lázeňský zákon). In *Sbírka zákonů České republiky*. 2001, částka 64 s. 3594 - 3611. Dostupný také z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/59-souvisejici-legislativa.html>>,

- [19] *České lázeňství* [online]. [2007] [cit. 2008-03-26]. Dostupný z WWW: <http://projekty.nazory.cz/pscr/15_lazen.doc>,
- [20] *České lázeňství* [online]. [cit. 2008-01-23]. Dostupný z WWW: <<http://www.spas.cz/files/3MgrHanacikovaCeskeLazenstvi.pdf>>,
- [21] Český lázeňský cestovní ruch žije z domácí klientely. *Czech Tourism* [online]. Praha : 2003 , 10. října 2003 [cit. 2008-01-23]. Dostupný z WWW: <<http://www.czechtourism.cz/?show=023079>>,
- [22] *Encyklopedie lázní a léčivých pramenů Čech a Moravy* [online]. Karlovy Vary : Správa přírodních léčivých zdrojů a kolonád, [2007] [cit. 2008-01-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.splzak.cz/karlovy-vary-kolonady-prameny/lazne-cr/>>,
- [23] European Spas Association. [online]. January 31, 2008, [cit. 2008-03-25]. Dostupný z WWW: <<http://www.visiteuropeanspas.com/european-spas-association/>>,
- [24] *Historie a současnost : Karlovy Vary* [online]. Magistrát města Karlovy Vary, 2007 [cit. 2008-03-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.karlovy-vary.cz/cz/historie-a-soucasnost>>,
- [25] *Historie lázeňství* [online]. Prachatice : St Margarita spa, [2002] , 2.11.2002 [cit. 2008-01-26]. Dostupný z WWW: <<http://www.margarita.cz/history.htm>>,
- [26] *Historie lázní* [online]. Karlovy Vary : Správa přírodních léčivých zdrojů a kolonád, [2005] [cit. 2008-01-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.splzak.cz/karlovy-vary-kolonady-prameny/historie-lazni/>>,
- [27] *Integrovaný operační program pro období 2007 - 2013* [online]. Praha : Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky, prosinec 2007 [cit. 2008-01-26]. Dostupný z WWW: <http://www.strukturalni-fondy.cz/uploads/documents/Programy_2007_2013/Integrovanavy_operacni_program/IOP_programovy_dokument.pdf>,
- [28] *Katalog lázní & wellness* [online]. Czech Tourism, [2008] [cit. 2008-03-18]. Dostupný z WWW: <http://www.czechtourism.cz/files/lazenstvi/lazne_2008_cj.pdf>,
- [29] *Koncepce rozvoje lázeňství a wellness v Jihočeském kraji : Analytická část a swot analýza* [online]. České Budějovice : KP projekt s.r.o., březen 2006 [cit. 2008-01-21]. Dostupný z WWW: <www.kraj-jihocesky.cz/file.php?par%5Bid_r%5D=19573&par%5Bview%5D=0>,

- [30] *Koncepce státní politiky cestovního ruchu v České republice na období 2007 - 2013* [online]. Praha : Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky, říjen 2007 [cit. 2008-01-23]. Dostupný z WWW: <http://old.mmr.cz/upload/files/cestovni_ruch/III._Koncepce_7.11.07.pdf>,
- [31] *Koncepce státní politiky cestovního ruchu v ČR na období 2007–2013* [online]. Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky, 2007 [cit. 2008-01-24]. Dostupný z WWW: <<http://www.mmr.cz/koncepce-statni-politiky-cestovniho-ruchu-v-cr-na-obdobi-2007-2013>>,
- [32] *Lázeňská a ozdravenská péče* [online]. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, [2007] [cit. 2008-01-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/Lazne/>>,
- [33] *Lázeňská péče 2004* [online]. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2005 [cit. 2008-02-02]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=L%E1ze%F2sk%E1%20p%E9%E8e®ion=100&kind=1&mnu_id=5300>,
- [34] *Lázeňská péče 2006* [online]. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2007 [cit. 2008-02-02]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=L%E1ze%F2sk%E1%20p%E9%E8e®ion=100&kind=1&mnu_id=5300>,
- [35] *Lázeňské procedury* [online]. Czech Tourism, 2005-2008 [cit. 2008-03-18]. Dostupný z WWW: <<http://www.visitczech.cz/cze/cz/docs/holiday-tips/spa-holiday/reasons-why/04-spa-procedures/index.html>>,
- [36] *Lázeňský cestovní ruch – komparace zemí střední a východní Evropy* [online]. CzechTourism, [2006] [cit. 2008-03-26]. Dostupný z WWW: <<http://www.czechtourism.cz/files/statistiky/lazne.pdf>>,
- [37] *Lázeňství – významná součást cestovního ruchu* [online]. *mag Consulting*, říjen 2004 [cit. 2008-01-23]. Dostupný z WWW: <<http://www.magconsulting.cz/articleattachment.aspx?AttachmentID=451>>,
- [38] *Léčba* [online]. Brno : Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií, [2008] [cit. 2008-03-19]. Dostupný z WWW: <fsps.muni.cz/~novotny/DOC/FYZTHER.DOC>,

- [39] *Léčebné lázně a lázně v Evropě* [online]. Svaz léčebných lázní České republiky, 2004 [cit. 2008-03-25]. Dostupný z WWW: <<http://www.lazne-kur-spa.cz/index.php?ID=1317>>,
- [40] MAG CONSULTING. *Lázeňství v roce 2006 – dosud nejvyšší počet pacientů v lázeňských zařízeních České republiky* [online]. Praha : C.O.T. Media s.r.o., 1999 - 2008 , 7.6.2006 [cit. 2008-02-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.cot.cz/index.php?page=200&jazyk=1&id=7604>>,
- [41] *Mzdy ve zdravotnictví v roce 2006* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2006 [cit. 2008-04-07]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=mzdy®ion=100&kind=21&mnu_id=6200>,
- [42] *O sdružení* [online]. Sdružení lázeňských míst ČR, [2008] [cit. 2008-03-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.spas.cz/osdruzeni.htm>>,
- [43] *Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky* [online]. [2008] [cit. 2008-03-25]. Dostupný z WWW: <<http://osz.cmkos.cz/>>,
- [44] *Organizace* [online]. [2008] [cit. 2008-03-19]. Dostupný z WWW: <http://pcj331p.vsb.cz/midas/scripts/Vypis.php?KB_Code=win1250&PF=OR&ID_System=guest&ID=100003005>,
- [45] *Orientační přehled lázeňských míst ČR* [online]. Cheb : Informační centrum mládeže Cheb, [2005] [cit. 2008-01-28]. Dostupný z WWW: <http://www.kr-karlovarsky.cz/obce/ICM_Cheb/tematika/zdravi/prehled_laz_mist.htm>,
- [46] *Podtypy léčby fyzikální terapie* [online]. 2001-2008 [cit. 2008-03-18]. Dostupný z WWW: <<http://www.moje-lazne.cz/typy-lecby/fyzikalni-terapie/>>,
- [47] *Programový dokument SROP 2004-2006* [online]. Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky, 2003-2007 , 20. září 2007 [cit. 2008-01-26]. Dostupný z WWW: <<http://www.strukturalni-fondy.cz/srop/programovy-dokument-srop-2004-2006>>,
- [48] *Programy 2004 - 2006* [online]. Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky, 2003-2007 [cit. 2008-01-26]. Dostupný z WWW: <<http://www.strukturalni-fondy.cz/fondy-eu-2004-2006>>,

- [49] *Přírodní léčebné lázně, přírodní léčivé zdroje a zdroje přírodních minerálních vod* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2008 , 27.9.2001 [cit. 2008-01-26]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/291-v-prirodni-lecebne-lazne-prirodni-lecive-zdroje-a-zdroje-prirodnich-mineralnich-vod.html>>,
- [50] *Přírodní léčivé zdroje* [online]. Czech Tourism, 2005-2008 [cit. 2008-01-26]. Dostupný z WWW: <<http://www.czechtourism.com/cze/cz/docs/holiday-tips/spa-holiday/reasons-why/01-spas-natural-resources/index.html>>,
- [51] *Regionální operační programy* [online]. [cit. 2008-01-26]. Dostupný z WWW: <http://www.strukturalnifondy.info/data/1_ROP.doc>,
- [52] *Regionální operační programy* [online]. Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky, 2003 – 2007 [cit. 2008-01-26]. Dostupný z WWW: <<http://www.strukturalni-fondy.cz/regionalni-op>>,
- [53] *Regionální politika EU* [online]. Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky, 2003-2007 [cit. 2008-01-24]. Dostupný z WWW: <<http://www.strukturalni-fondy.cz/regionalni-politika>>,
- [54] *ROP NUTS II Střední Morava* [online]. Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky, 2003-2007 [cit. 2008-01-24]. Dostupný z WWW: <<http://www.strukturalni-fondy.cz/rop-sm>>,
- [55] *Stanovy Svazu léčebných lázní České republiky* [online]. 2004 [cit. 2008-03-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.lazne-kur-spa.cz/index.php?ID=1305>>,
- [56] *Státní program podpory cestovního ruchu* [online]. Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky, 1.11.2005 [cit. 2008-01-26]. Dostupný z WWW: <<http://www.mmr.cz/statni-program-podpory-cestovniho-ruchu>>,
- [57] *Typy wellness a relaxačních programů* [online]. 2001-2008 [cit. 2008-03-18]. Dostupný z WWW: <<http://www.moje-lazne.cz/wellness-a-relaxacni-programy/>>,
- [58] *Úvod do geografie a cestovního ruchu* [online]. 25.8.2006 [cit. 2008-01-23]. Dostupný z WWW: <http://www3.ekf.tuke.sk/re/Cestovny_ruch/Geografia_a_cestovny_ruch/Geografie_cestovniho_ruchu.doc>,
- [59] *Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2006* [online]. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 2007 [cit. 2008-04-08]. Dostupný z WWW: <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/O-nas/Vyrocnizpravy-VZP-CR/vyrocnizprava-2006.pdf>>,

[60] *Výroční zpráva 2006* [online]. Česká centrála cestovního ruchu - CzechTourism, 2006 [cit. 2008-03-25]. Dostupný z WWW:
<http://www.czechtourism.cz/files/CzT/vzpravy/08_06_07_vyr_zprava_2006.pdf>.

PŘÍLOHA

Seznam jednotlivých léčebných lázní k 31. 12. 2007 dle krajů

Kraj + léčebné lázně	Identifikační číslo	Zřizovatel
Středočeský - LL*		
Slatinné lázně Toušeň	00064211	Ministerstvo zdravotnictví
Lázně Poděbrady a.s.	45147833	jiná právnická osoba
Soukromá ordinace FBLR	45147833	jiná právnická osoba
Lázně FELICITAS s.r.o., Hotel Orfeus	45309566	jiná právnická osoba
Středočeský - DLL**		
Léčebna Dr. L. Filipa Poděbrady	47052805	jiná právnická osoba
Jihočeský - LL		
Rehabilitační lázeňské sanatorium	46659544	fyzická osoba
Lázně Bechyně s.r.o.	46678654	jiná právnická osoba
Lázeňské a léčebné domy JUPITER	45309566	jiná právnická osoba
Lázně AURORA s.r.o.	25179896	jiná právnická osoba
BERTINY lázně Třeboň s.r.o.	60067837	jiná právnická osoba
Plzeňský - LL		
Léčebné lázně Konstantinovy Lázně a.s.	45359121	jiná právnická osoba
Karlovarský - LL		
Lázeňský dům Palace	11225114	fyzická osoba
Sanatorium Mariot	43673902	fyzická osoba
Lázně Františkovy Lázně a.s.	46887121	jiná právnická osoba
Lázeňský dům DIANA	62612921	fyzická osoba
Lázeň. sanatorium MONTI Thermae a.s.	49790722	jiná právnická osoba
Lázeňské sanatorium Dr. Peták s.r.o.	26362228	jiná právnická osoba
Lázeňský pension KLÍMA s.r.o.	26340917	jiná právnická osoba
CPI Hotels, a.s., LD Praha	47116757	jiná právnická osoba
OLYMP INTERNATIONAL s.r.o. (lázeňství)	25102427	jiná právnická osoba
FADN s.r.o., Olympia hotel	25248677	jiná právnická osoba
THERMAL - F a.s., lázeňská léčebna	25401726	jiná právnická osoba
Otava - Patria a.s., Hotel Kolonáda	46882758	jiná právnická osoba
Otava - Patria a.s., Hotel Pavlov	46882758	jiná právnická osoba
Imperial K. Vary a.s., LS Sanssouci	45359318	jiná právnická osoba
LH Smetana - Vyšehrad	26968851	jiná právnická osoba
Lázeňská léčebna Mánes	00023884	Ministerstvo zdravotnictví
ARISTOKRATY HOTELY s.r.o.	25237365	jiná právnická osoba
EDEN GROUP a.s., Hotel Carlsbad Plaza	26340062	jiná právnická osoba
Lázně III. - VESO s.r.o.	61171620	jiná právnická osoba
Balnex1 a.s., Lázeňský hotel Dvořák	00139866	jiná právnická osoba
Savoy Westend Hotel s.r.o.	27110532	jiná právnická osoba
TEPLATOURL s.r.o. - LS Villa Charlotte	62619161	jiná právnická osoba
Lázeňský dům MORAVA	18226671	fyzická osoba
Hotel Ulrika s.r.o.	46884645	jiná právnická osoba
Bristol a.s.	49790749	jiná právnická osoba
Kurort s.r.o., LH Moskevský dvůr	64358569	jiná právnická osoba

VESK s.r.o., SPA Hotel Čajkovskij	25713248	jiná právnická osoba
Bohemia-Lázně a.s., LS Kriváň-Slovan	45357218	jiná právnická osoba
Mignon-II s.r.o., lázeňská léčebna	26142775	jiná právnická osoba
Lázeňský dům PRAGA s.r.o.	25243993	jiná právnická osoba
EUROSPA a.s., Lázeňský hotel Venus	25234561	jiná právnická osoba
Richmond a.s.	63998548	jiná právnická osoba
Alžbětiny lázně a.s.	26342421	jiná právnická osoba
Hotel Jessenius	27361861	jiná právnická osoba
STIV s.r.o., LH Ostende	25622617	jiná právnická osoba
KARLOVAR 2000 s.r.o., LD Purkyně	25245147	jiná právnická osoba
Sanatorium Trocnov a.s.	49241044	jiná právnická osoba
Imperial K. Vary a.s.LS Švýcarský dvůr	45359318	jiná právnická osoba
Imperial Karlovy Vary a.s.	45359318	jiná právnická osoba
Sanatorium Astoria a.s.	45357242	jiná právnická osoba
ELWA SPA s.r.o., lázeňská léčebna	25644602	jiná právnická osoba
OLYMP INTERNATIONAL s.r.o., LH Sirius	25102427	jiná právnická osoba
EDEN GROUP a.s., Zámecké lázně	26340062	jiná právnická osoba
Bristol a.s. - LD Palace	49790749	jiná právnická osoba
LS Royal Mariánské Lázně a.s.	49790731	jiná právnická osoba
Léčebné lázně Mariánské Lázně a.s.	45359113	jiná právnická osoba
Léčebné lázně Jáchymov a.s.	45359229	jiná právnická osoba
Karlovarský - DLL		
Dětská lázeňská léčebna	00883573	Ministerstvo zdravotnictví
Ústecký - LL		
Lázně Mšené, a.s.	44569530	jiná právnická osoba
Lázně Teplice v Čechách, a.s.	44569491	jiná právnická osoba
Liberecký - LL		
Lázně Libverda, a.s.	44569505	jiná právnická osoba
Lázně Kunderatice, a.s.	46708880	jiná právnická osoba
Královéhradecký - LL		
Lázně Velichovky a.s.	46504842	jiná právnická osoba
Anenské slatinné lázně, a.s.	46504834	jiná právnická osoba
Státní léčebné lázně, Jánské Lázně s.p.	00024007	Ministerstvo zdravotnictví
Pardubický - LL		
Léčebné lázně Bohdaneč, a.s.	47452421	jiná právnická osoba
Vysočina		
Jihomoravský - LL		
Lázně Hodonín	47894733	obec, město
Olomoucký - LL		
Lázně Teplice nad Bečvou, a.s.	45192570	jiná právnická osoba
SCHROTH, spol.s r.o., Lázně Dolní Lipov	45476284	jiná právnická osoba
Priessnitzovy léčebné lázně, a.s.	45193452	jiná právnická osoba
Lázně Slatinice, a.s.	25367767	jiná právnická osoba
Univerzál. spr. majetku, a.s., Lázně VL	60192330	jiná právnická osoba
Státní léčebné lázně Bludov, s.p.	14450241	Ministerstvo zdravotnictví
Zlínský - LL		
INTER ZNOJEMIA Group a.s.-Láz.dom.Niva	26910420	jiná právnická osoba
Léč. lázně Luhačovice - Vila Antoaneta	60727942	jiná právnická osoba
Léč. lázně-Sanatorium MIRAMARE s.r.o.	60727942	jiná právnická osoba

Lázně Luhačovice a.s.	46347828	jiná právnická osoba
Lázeňský léčebný dům PRAHA	16655699	fyzická osoba
Sírnaté lázně Ostrož. Nová Ves, s.r.o.	47915005	jiná právnická osoba
Lázně Kostelec u Zlína, spol. s r.o.	25512731	jiná právnická osoba
Moravskoslezský - LL		
Státní léčebné lázně K.Studánka s.p.	14450216	Ministerstvo zdravotnictví
Lázně Darkov a.s.	61974935	jiná právnická osoba
Lázně Darkov a.s.	61974935	jiná právnická osoba
Sanatoria Klimkovice, USM a.s.	60192330	jiná právnická osoba

Pramen: <http://www.uzis.cz>.

* LL: lázeňská léčebna

** DLL: dětská lázeňská léčebna