



STUDIE AQE, ZDRAVOTNICTVÍ

Dostupnost zdravotní péče v českých regionech 2026

Praktici, dětští lékaři, zubaři a gynekologové ve 206 obvodech.
Vykázaná péče 2019 až 2024, registr poskytovatelů 2026

Jan Pavelka, Jan Havránek a kolektiv

AQE advisors, a.s., 8. října 2026, garant Jan Pavelka

Jak citovat

Pavelka, J., Havránek, J. a kol. (2026). *Dostupnost zdravotní péče v českých regionech 2026. Praktici, dětští lékaři, zubaři a gynekologové ve 206 obvodech. Vykázaná péče 2019 až 2024, registr poskytovatelů 2026.* AQE advisors, a.s.
<https://www.aqe.cz/poznatky/dostupnost-zdravotni-pece-2026/>

Text a grafy jsou zveřejněny pod licencí CC BY 4.0. Studie vznikla z iniciativy AQE, bez externího zadavatele. Index kvality života vydávají Obce v datech, s.r.o., člen skupiny AQE. Kontakt pavelka@aqe.cz.

Obsah

Shrnutí	3
Pět klíčových zjištění	3
1. Registr ukazuje nabídku, ne poskytnutou péči	5
2. Data a metoda	5
3. Vykazujících poskytovatelů ubývá a průměrná praxe je větší	7
4. Síť a kvalita života	8
5. Registr vystihuje vykázanou péči jen zčásti	9
6. Čtyři typy obvodů a souhrnný index	10
7. Generační obměna a souběh rizik v okresech	15
8. Zubaři zblízka	15
9. Dílčí ověření proti nezávislým datům	16
10. Co s tím může udělat stát, kraj, pojišťovna a město	17
11. Limity práce a dostupnosti dat	18
Zdroje	21
O studii	21
Příloha A. Pořadí všech 206 obvodů	22
Příloha B. Metodické detaily	26

Studie sleduje, co o dostupnosti primární péče říká registr poskytovatelů a co péče skutečně vykázaná zdravotním pojišťovnám. Oba pohledy čte společně pro 206 správních obvodů a skládá z nich typologii a souhrnný index. Typy i index popisují relativní postavení obvodů mezi sebou, ne absolutní dostatečnost péče, a hodnotí podmínky v území, nikoli práci konkrétních institucí ani lékařů.

K ČEMU JSME DOŠLI

1

Vykazujících poskytovatelů ubývá

Mezi lety 2019 a 2024 ubyla desetina zubních poskytovatelů vykazujících péči pojišťovnám (z 5 450 na 4 916) a 8 % dětských (z 1 887 na 1 728). Celková vykázaná péče přitom u praktiků vzrostla a u zubařů klesla jen o 3,2 %. Stejnou péči tedy nese méně, zato větších praxí.

Co to znamená. Město, kterému přestala vykazovat jedna z mála zubních či dětských praxí, je součástí celostátního trendu, ne výjimkou.

2

Péči drží menší počet velkých praxí

Horní desetina zubních praxí nesla v roce 2024 celkem 26,3 % vykázané preventivní péče (v roce 2019 to bylo 24,8 %). V polovině obvodů nese největší zubní praxe alespoň pětinu vykázané péče. Velké praxe dostupnost drží, zranitelnost plyne z malého počtu praxí v obvodu.

Co to znamená. Ukončení činnosti jediného velkého poskytovatele může výrazně omezit hraznou stomatologii celého obvodu. Nástupnictví velkých praxí si zaslouží pozornost obcí i krajů.

3

Registr k plánování sítě nestačí

Sít podle registru sdílí s krytím a rozložením vykázané péče jen 8,6 % rozptylu. Registr eviduje poskytovatele a místa, ne úvazky, počty pacientů ani to, zda praxe přijímá. V jednom ověřovaném městě měl registr čtyři zubní poskytovatele, místně doložených úvazků bylo sedm.

Co to znamená. Mapy hustoty ordinací, podle kterých se dnes běžně argumentuje, popisují jen nabídku na papíře. Rozhodování o síti potřebuje i data o vykázané péči.

4

Největší prioritu ověření má typ D

Ve 55 obvodech typu D (1,7 milionu obyvatel) je pod mediánem síť podle registru i vykázané krytí, například ve Znojmě, Kolíně, České Lípě a Rakovníku. Typy jsou relativně tříděny, ne diagnóza, a hodnotí podmínky v území, ne práci konkrétních institucí.

Co to znamená. V obvodech typu D je namísto místní ověření kapacit podle postupu ve studii a společný postup obcí, kraje a pojišťoven.

SHRNUTÍ

Počet zubních poskytovatelů vykazujících péči zdravotním pojišťovnám klesl mezi lety 2019 a 2024 o 9,8 %, dětských o 8,4 %. Sít podle registru sdílí s krytím a rozložením vykázané péče jen 8,6 % rozptylu, jde tedy o dvě různé informace, které teprve společně dávají použitelný obraz. Studie z nich skládá čtyři typy obvodů. Zhruba čtvrtina obvodů (48 z 206, 2,2 milionu obyvatel) kombinuje silnou síť se slabším vykázáním krytím. Počet vyplývá z dělení podle mediánu a ukazuje relativně nejslabší kombinaci, ne obvody bez péče. Zhruba polovina těchto lidí žije v zázemí Prahy a Brna, kde se péče zřejmě vykazuje v metropoli. Největší prioritu ověření má typ D (55 obvodů, 1,7 milionu obyvatel), kde je pod mediánem síť i vykázané krytí.

Pět klíčových zjištění

- Vykazujících poskytovatelů ubývá.** Mezi lety 2019 a 2024 ubyla desetina zubních poskytovatelů vykazujících péči pojišťovnám (z 5 450 na 4 916) a 8 % dětských (z 1 887 na 1 728). Počítáme poskytovatele (IČO) s vykázanou prohlídkou, ne lékaře ani úvazky. Pokles zčásti může odrážet slučování praxí a převody na jinou právní formu. Celková vykázaná péče přitom u praktiků vzrostla a u zubařů klesla jen o 3,2 %.
- Registr vystihuje vykázanou péči jen zčásti.** Sít podle registru (hustota poskytovatelů a dojezd) sdílí s krytím a rozložením vykázané péče 8,6 % rozptylu (Pearsonova korelace +0,29, n = 206). Počet ordinací v registru proto sám o sobě nese o vykázané péči jen část informace.
- Zhruba čtvrtina obvodů kombinuje silnou síť se slabším vykázáním krytím.** Je jich 48 z 206 a žije v nich 2,2 milionu lidí. Počet vyplývá z dělení podle mediánu a označuje rela-

tivně nejslabší kombinaci, ne obvody bez péče. Zhruba polovina těchto lidí (1,05 milionu) žije v zázemí Prahy a Brna, kde se péče zřejmě vykazuje v metropoli. Vytíženou síť jako vysvětlení nabízí 12 obvodů s 0,54 milionu obyvatel.

- **Desetina zubních praxí nese přes čtvrtinu vykázané péče.** Horní desetina zubních praxí podle objemu nesla v roce 2024 celkem 26,3 % vykázané preventivní péče (v roce 2019 to bylo 24,8 %). Síť se zmenšuje a průměrná praxe je větší. Nerovnost rozdělení péče mezi praxemi přitom roste jen mírně.
- **Souběh slabšího krytí a staršího sboru lékařů je okresní signál.** Na úrovni okresů spolu podíl lékařů 60+ a vykázané krytí souvisejí záporně (korelace $-0,34$, interval $-0,53$ až $-0,11$, $n = 77$). Věk lékařů je k dispozici jen za okresy. Situaci konkrétních obvodů a praxí je proto třeba ověřit místně.

1. Registr ukazuje nabídku, ne poskytnutou péči

Stejný počet ordinací v registru může zakrývat velmi rozdílný objem skutečně poskytované péče.

Dostupnost zdravotní péče se nejčastěji měří tak, že se spočítají ordinace v registru a přepočtou na obyvatele. Je to jednoduché a srozumitelné. Má to ale háček, na který narážejí města, kraje i pojišťovny, když podle toho plánují síť. Registr eviduje **poskytovatele (IČO) a místa poskytování**, nikoli lékaře, úvazky, počty pacientů ani to, zda praxe přijímá nové pacienty. Dvě města se čtyřmi zubními poskytovateli na papíře se mohou lišit v objemu vykázané péče několikanásobně.

Jak velký ten rozdíl může být, jsme si ověřili v praxi. Když jsme letos zpracovávali zdravotní report pro jedno jihomoravské město, radnice nám poslala vlastní přehled úvazků. V registru měla čtyři zubní poskytovatele, místně doložených úvazků bylo sedm. U urologie to bylo naopak: jeden poskytovatel v registru, ale jen 0,2 úvazku ve skutečnosti. Registr podhodnocuje i nadhodnocuje a bez dalších dat se nepozná kdy.

Studie proto k registru přikládá druhý, nezávislý zdroj: **péči vykázanou zdravotním pojišťovnám** z Národního registru hrazených zdravotních služeb. Pracuje s daty za 206 správních obvodů obcí s rozšířenou působností za roky 2019 až 2024, s registrem poskytovatelů k 1. 5. 2026 a s Indexem kvality života od Obcí v datech.

2. Data a metoda

2.1 Za jaká území počítáme

Studie pracuje s 205 správními obvody obcí s rozšířenou působností a s hlavním městem Prahou jako samostatnou srovnávací jednotkou na stejné úrovni (dohromady 206 obvodů, dále jen obvody). Praha formálně ORP není, plní však v systému tutéž roli. V obvodech žije celá populace České republiky, 10,9 milionu lidí. Obvod je pro zdravotní péči přirozenější jednotka než samotné město: pacient za praktikem nebo zubařem běžně dojíždí do spádového centra. Všechna čísla se týkají celého obvodu, ne jen jeho sídla.

TŘI VĚCI, KTERÉ JE DOBRÉ VĚDĚT PŘEDEM

Měříme vykázanou péči, ne registrované pacienty. Z otevřených dat nelze spočítat unikátní pacienty praxe. Počty jsou unikátní jen uvnitř kombinace výkon × diagnóza a jejich součty mohou tutéž osobu započítat vícekrát. Rozsah tohoto vlivu nelze z dat přesně změřit, jeho horní mez uvádíme v příloze B. Ukazatel proto nazýváme **vykázaná aktivita**. Je to součet vykázaných počtů pacientů přes signální výkony a diagnózy a pracujeme s ním jako s pořadím. Pořadí praxí se při krajních způsobech sečtení téměř shoduje, Spearmanova korelace je 0,92.

Řetězce vidíme jen vcelku. Poskytovatel s pracovišti ve více obvodech má aktivitu vykázanou souhrnně za celé IČO. Takových je 735 a nesou 11 % vykázané aktivity. V základní variantě je do obvodů nerozdělujeme. Alternativa s rozpočítáním podle počtu pracovišť mění pořadí obvodů jen málo, jak ukazuje kapitola 11.

Zázemí velkých měst péči „nemá“, a přesto ji má. Péče se vykazuje tam, kde je poskytnuta. U obvodů v zázemí Prahy a Brna se proto část péče jejich obyvatel promítá do metropole. Síť podle registru tedy měříme nejen hustotou v obvodu, ale i dojezdem do 30 minut.

2.2 Odkud jsou data

Tabulka 1. Odkud jsou data a co přesně měříme

Ukazatel	Zdroj	Co přesně počítáme
Registrovaní poskytovatelé	NRPZS (ÚZIS), otevřená data, stav 1. 5. 2026	Poskytovatelé (IČO) čtyř klíčových profesí: praktik pro dospělé, dětský lékař, zubní lékař, gynekolog. Lůžkovou a lázeňskou péči nezahrnujeme. Poskytovatel může mít více pracovišť i lékařů. Úvazky registr neobsahuje
Dojezd	NRPZS + silniční dojezd 30 minut	Počet míst dané profese v území do 30 minut jízdy autem z centra sídelního města obvodu, sjednocený s místy v obvodu (výpočet izochron v příloze B)
Vykázaná péče	NRHZS NR-04-02 (ÚZIS), otevřená data, roky 2019 až 2024, staženo 20. 9. 2026	Pacienti s vykázaným signálním výkonem (preventivní prohlídka, u praktiků a dětských lékařů vykazované kódy komplexního vyšetření) podle IČO. Jen péče hrazená z veřejného pojištění. Seznam kódů a pravidla periodicity v příloze B
Věk lékařů	ÚZIS NR-02-02, datový souhrn, roky 2023 až 2024	Podíl lékařů 60+ podle profese a okresu. Obvod přebírá hodnotu svého okresu, průměr čtyř profesí je nevážený
Zátěž praktiků	ÚZIS/NZIP, rok 2024	Registrovaní pacienti na úvazek praktika v okrese, pro dílčí nezávislé ověření
Kvalita života	Obce v datech, s.r.o., IKŽ 2025	Index je publikován přímo na úrovni 206 obvodů. Používáme průměr pilířů Práce a Vztahy (bez pilíře Zdraví), lineárně přepočtený na škálu 0 až 10. Značíme IKŽ*
Obyvatelstvo	ČSÚ, stav k 1. 1. 2025	Obyvatelé obvodu. Podíly dětí a žen pro jmenovatele přebíráme z okresní struktury ČSÚ

Všechny údaje jsou za celý správní obvod. Úplný seznam zdrojů je v závěru studie, metodické detaily v příloze B.

2.3 Co jsme museli ošetřit

Signální výkony mají oborová pravidla. U praktiků se preventivní prohlídka hradí jednou za dva roky, proto roční počet násobíme dvěma (předpokládáme rovnoměrné rozložení kohort mezi sudé a liché roky). Jde o násobení konstantou uvnitř oboru, které nemění pořadí praxí ani obvodů. U dětí a dorostu probíhají prohlídky od tří let věku zpravidla ve dvouletém rytmu, v gynekologii a ve stomatologii jsou roční. Zubaři část vyšetření vykazují druhým kódem, proto sčítáme oba. Praxe, která v daném oboru pojišťovně nic nevykázala, se do aktivity nepočítá. Úplný seznam kódů je v příloze B.

Oborové prahy vysoké aktivity jsme nastavili v jednotkách vykázané aktivity na 2 000 u praktiků a zubařů, 1 100 u dětských lékařů a 1 800 u gynekologů. Jsou odvozené z rozdělení aktivity praxí a slouží jako relativní hranice, ne jako norma. Posun prahů o $\pm 15\%$ je součástí citlivostní analýzy v kapitole 11.

2.4 Jak počítáme obě osy, typy a index

Postavení obvodu měříme dvěma osami. **Osa 1, síť podle registru**, je průměr percentilů hustoty poskytovatelů na 10 tisíc obyvatel a počtu míst v dojezdu 30 minut, přes čtyři klíčové profese. Říká, co nabízí registr. **Osa 2, krytí a rozložení vykázané péče**, je průměr percentilů krytí (součet vykázané aktivity praxí proti obyvatelům segmentu: děti u dětských lékařů, ženy u gynekologů, podle okresní struktury ČSÚ) a podílu praxí pod oborovým prahem aktivity. Říká, kolik hrazené péče síť vykazuje a jak je aktivita rozložena mezi praxe.

Obvody dělíme podle obou os vůči mediánu na čtyři typy A až D. Jde o **relativní kombinace os**, ne o diagnózy dostupnosti. **Index registrované sítě a vykázané péče** shrnuje obě osy takto: obvodům přiřadíme pořadí v každé ose, obě pořadí zprůměrujeme se stejnou vahou a výsledné průměrné pořadí převedeme na percentilovou škálu 0 až 10, kde 10 je nejvyšší kombinace os. Shodné průměry pořadí dostávají shodný index. Citlivost pořadí a typů na volbu vah a prahů jsme prověřili 1 000 variantami výpočtu. U každého obvodu uvádíme rozpětí pořadí a stabilitu typu, obojí v příloze A. Vzorce jsou v příloze B.

JAK ČÍST ČÍSLA

Korelace (Pearsonova, nevážená, $n = 206$ obvodů, u okresů $n = 77$) měří těsnost lineárního vztahu na škále od -1 do $+1$. Hodnota kolem $0,3$ znamená slabou souvislost, kolem $0,5$ zřetelnou a nad $0,7$ silnou. Korelace popisuje souběh, ne příčinu ani predikci. **Intervaly** u korelací jsou bootstrapové (2 000 převzorkování, percentilová metoda).

Sdílený rozptyl je druhá mocnina korelace: korelace $0,3$ znamená, že lineární vztah pokrývá 9 % rozptylu mezi obvody. **Percentil 80** znamená, že 80 % obvodů má nižší hodnotu. **Medián** je prostřední hodnota.

Rozpětí pořadí a stabilita typu nejsou intervaly spolehlivosti. Popisují, jak se výsledek mění při jiných obhajitelných volbách výpočtu (váhy složek, výše prahů, vzorek obvodů), tedy citlivost na specifikaci, ne pravděpodobnost správné diagnózy dostupnosti.

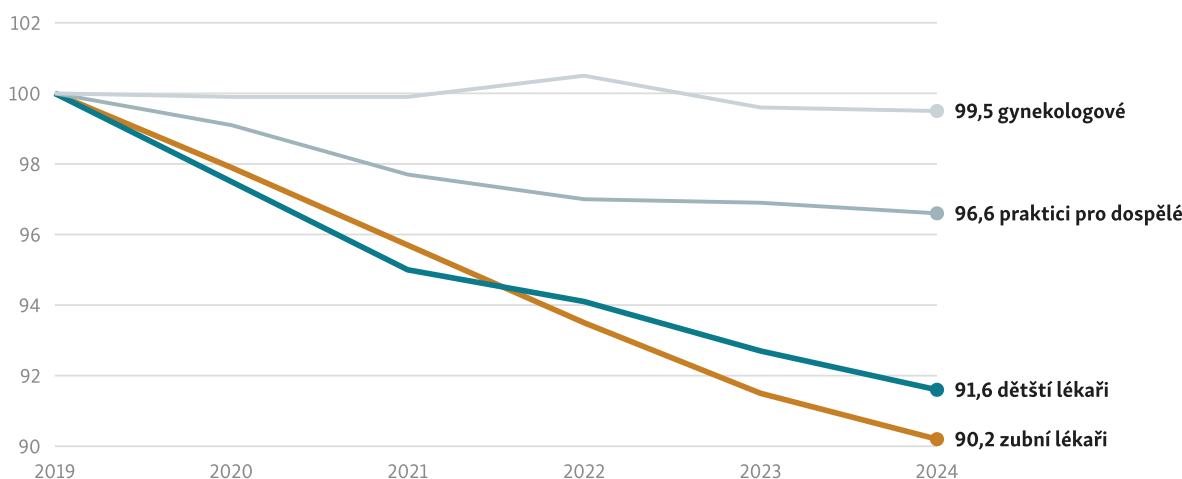
Vykázaná aktivita je počet pacientů s vykázaným signálním výkonem, sečtený přes diagnózy. Liší se od počtu unikátních pacientů i od počtu registrovaných. Se skutečným počtem registrovaných pacientů praxe souvisí, ale vztah nelze z otevřených dat přesně kvantifikovat (kapitola 9 a příloha B).

3. Vykazujících poskytovatelů ubývá a průměrná praxe je větší

Mezi lety 2019 a 2024 ubyla desetina zubních a 8 % dětských poskytovatelů vykazujících péči. Průměrná praxe je větší, nerovnost rozdělení péče roste jen mírně.

Počet praxí, které vykazují pojišťovně signální výkony, klesá u tří ze čtyř klíčových profesí. Zubních poskytovatelů (IČO) bylo v roce 2019 celkem 5 450, v roce 2024 už jen 4 916, tedy o 9,8 % méně. Soubor vykazujících IČO se proměnil jen zčásti: vykazovat přestalo 966 poskytovatelů, 432 nových začalo a IČO existující už v roce 2019 nesou 94,1 % péče roku 2024. Část zániků a vzniků tvoří slučování praxí a převody na jinou právní formu, při nichž se kapacita nemění. Dětských poskytovatelů ubylo 8,4 %, praktických 3,4 %, gynekologie je stabilní. Celková vykázaná péče se vyvíjí jinak než počty poskytovatelů: u praktiků mezi dvouletými okny 2019 až 2020 a 2023 až 2024 vzrostla o 21,9 % (roky 2020 a 2021 ovlivnil covid), u zubařů mezi lety 2019 a 2024 klesla jen o 3,2 %.

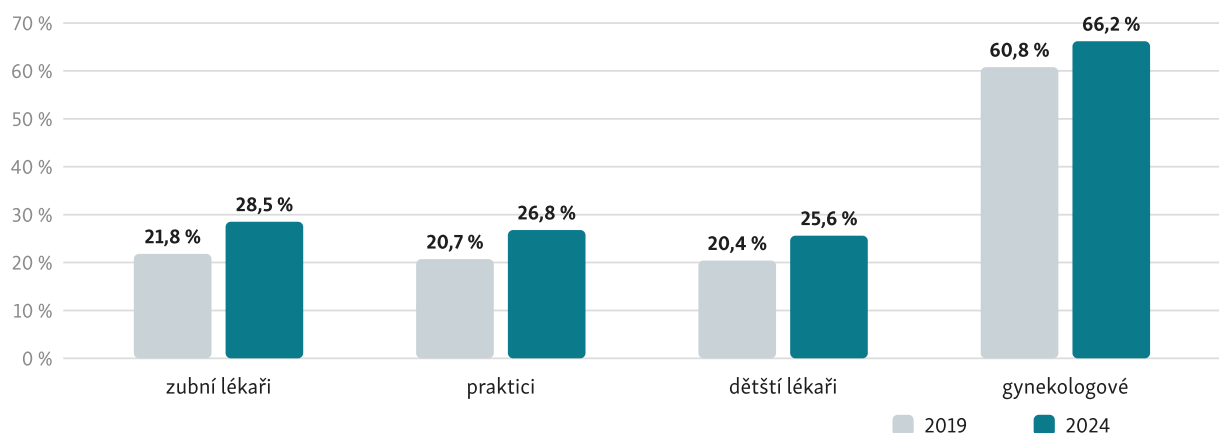
Graf 1. Vykazujících poskytovatelů ubývá, nejrychleji u zubařů a dětských lékařů



Počet praxí (IČO), které v daném roce vykazovaly signální výkony své profese, index 2019 = 100. Zubní praxe z 5 450 na 4 916, dětské z 1 887 na 1 728, praktické z 4 488 na 4 336, gynekologické z 1 357 na 1 350. Svislá osa začíná na hodnotě 90, výřez zvýrazňuje rozdíly. Pokles může kromě ukončení činnosti odrážet i slučování praxí pod jedno IČO a převody na jinou právní formu. Data o pracovištích a úvazcích otevřeně zdroje neobsahují. Zdroj NRHZS NR-04-02 (ÚZIS), roky 2019 až 2024, vlastní výpočty AQE.

Průměrná praxe je proto větší: medián vykázané péče zubní praxe vzrostl z 965 na 1 016. Nerovnost rozdělení péče mezi praxemi se přitom mění jen mírně. Giniho koeficient u zubařů vzrostl z 0,34 na 0,36 a podíl péče v horní desetině praxí z 24,8 na 26,3 %, u dětských lékařů z 21,5 na 22,5 %. U praktiků se nerovnost dokonce snížila (Gini z 0,39 na 0,37). Hlavním příběhem tedy není rostoucí koncentrace, ale zmenšující se počet vykazujících poskytovatelů a rostoucí objem péče na průměrnou praxi. Velké praxe dnes podstatnou část dostupnosti drží. Co jejich velikost znamená pro přijímání nových pacientů, z dat přímo nevyplývá a patří k otázkám pro místní ověření.

Graf 2. Podíl vykázané péče v praxích nad oborovým prahem, 2019 a 2024



Podíl vykázané péče, kterou nesou praxe nad oborovým prahem (praktici a zubaři 2 000, dětské lékaři 1 100, gynekologové 1 800 jednotek). Prahy jsou pevné, takže podíl roste i při pouhém zvětšování průměrné praxe. U gynekologů je práh vůči rozdělení oboru nízký, nesou proto přes 60 % péče. Škálově nezávislé míry nerovnosti uvádí kapitola 3. Zdroj NRHZS NR-04-02 (ÚZIS), vlastní výpočty AQE.

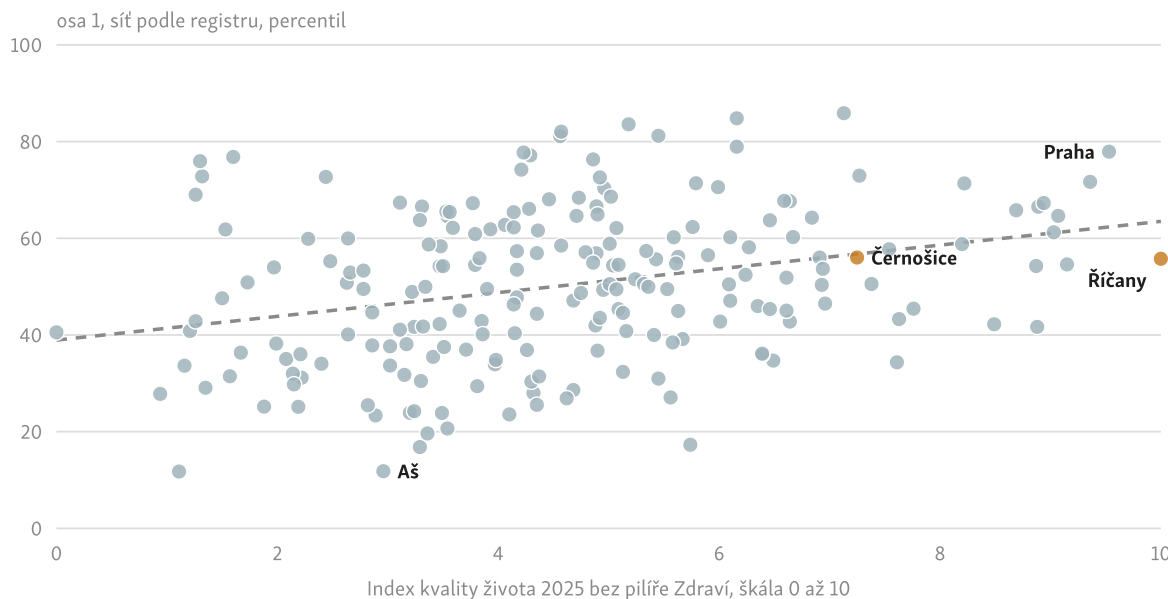
Plyne z toho střízlivý závěr. Město, kterému za posledních pět let přestala vykazovat jedna z mála zubních či dětských praxí, je součástí celostátního trendu, ne výjimkou.

4. Síť a kvalita života

Síť podle registru souvisí s kvalitou života jen slabě. Kladný vztah nese dojezd, ne místní hustota.

Korelace mezi kvalitou života (IKŽ*, tedy IKŽ 2025 bez pilíře Zdraví, aby index neměřil sám sebe) a sítě podle registru je +0,30 (95% bootstrapový interval +0,18 až +0,42), tedy 9 % sdíleného rozptylu. Pro kontext, s výhradou jiné jednotky i proměnné: v naší studii Atraktivita bydlení v českých městech 2025 sdílela kvalita života s cenami bytů 62 % rozptylu. Zdravotní síť se tedy podle kvality života třídí podstatně volněji.

Graf 3. Síť podle registru roste s kvalitou života jen mírně



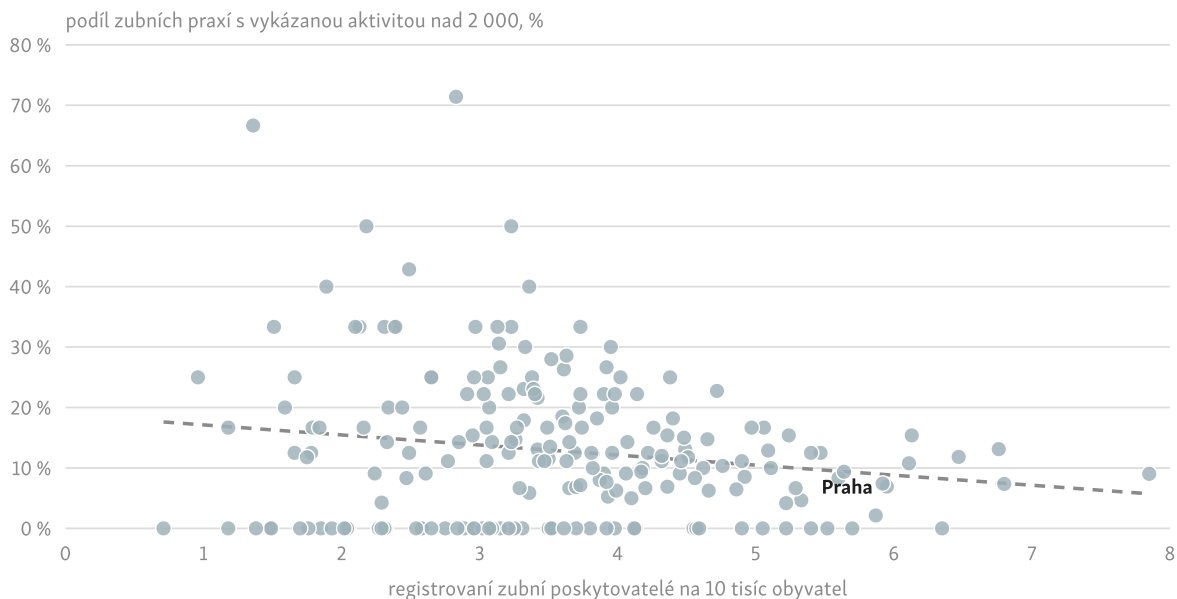
Každý bod je jeden správní obvod. Pearsonova korelace $+0,30$. Přerušovaná přímka je lineární trend. Pod přímkou trendu leží obvody v zázemí Prahy a Brna (zvýrazněny Černošice a Říčany), u nichž se nabízí vysvětlení, že obyvatelé dojíždějí za péčí do metropole. Zdroj Obce v datech, s.r.o., Index kvality života 2025, NRPZS 5/2026, vlastní výpočty AQE.

Slabý celkový vztah má vnitřní strukturu. Kladnou korelaci nese dojezdová složka osy 1 ($+0,45$). Obvody s vyšší kvalitou života bývají blíž velkým centrům s hustou nabídkou. Samotná místní hustota poskytovatelů koreluje s kvalitou života slabě záporně ($-0,18$), mimo jiné proto, že suburbánní obvody s vysokým IKŽ* mají vlastní síť řídkou. Z nízké korelace neplyne, že je péče rozložena spravedlivě či rovnoměrně. Plyne z ní jen to, že síť podle registru souvisí s kvalitou života podstatně volněji než ceny bytů. Krytí a rozložení vykázané péče (osa 2) s kvalitou života koreluje jen minimálně ($-0,14$): praxe s vysokým objemem péče najdete v obvodech s vysokou i nízkou kvalitou života.

5. Registr vystihuje vykázanou péči jen zčásti

Osy 1 a 2 sdílejí jen 9 % rozptylu. Počet ordinací v registru je jiná informace než vykázaná péče.

Kdyby registr o vytížení sítě vypovídal úplně, obě osy studie by se překrývaly. Ve skutečnosti se rozcházejí. Pearsonova korelace mezi sítí podle registru a krytím a rozložením vykázané péče je $+0,29$ (interval $+0,16$ až $+0,42$, $n = 206$). U zubařů je vztah mezi hustotou poskytovatelů a podílem nadprahových praxí slabě záporný (korelace $-0,17$). Část tohoto vztahu je mechanická, protože více praxí na stejný počet obyvatel znamená menší průměrný objem na praxi. Souběh je každopádně natolik slabý, že samotná hustota o rozložení péče vypovídá jen málo.

Graf 4. Hustota zubních poskytovatelů s rozložením aktivity souvisí jen slabě

Každý bod je jeden správní obvod. Vodorovně hustota registrovaných zubních poskytovatelů, svisle podíl praxí s vykázanou aktivitou nad 2 000. Pearsonova korelace $-0,17$, přerušovaná přímka je lineární trend. Zdroj NRPZS 5/2026, NRHZS 2024, vlastní výpočty AQE.

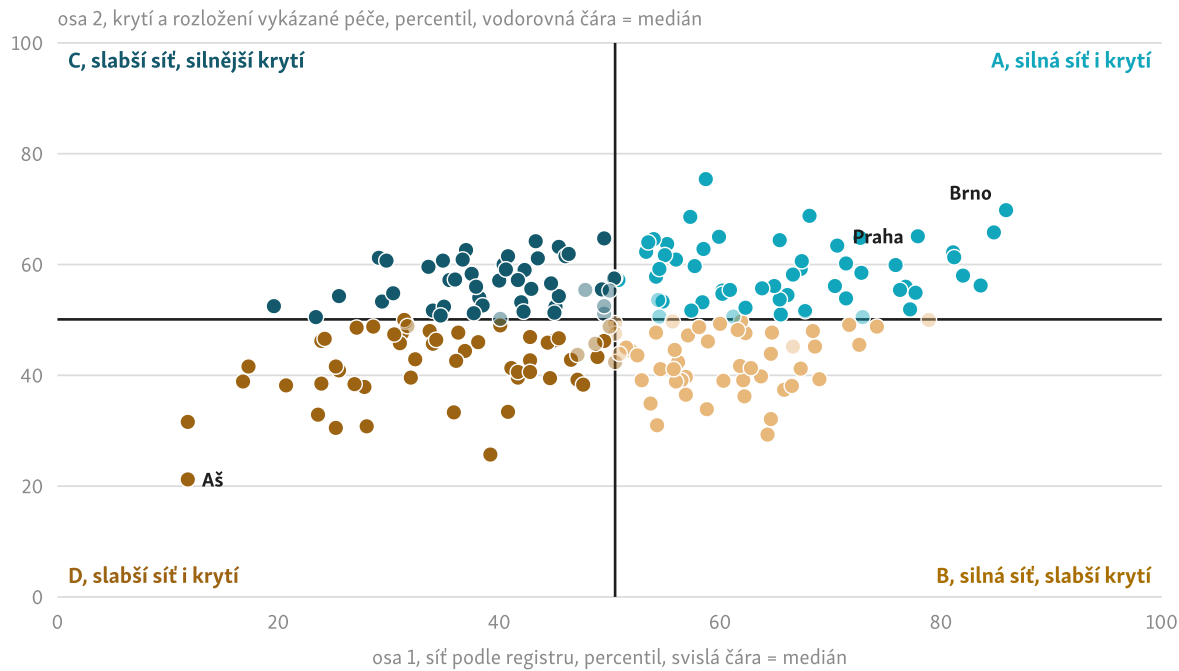
Prakticky to znamená, že mapy hustoty ordinací, podle kterých se dnes běžně argumentuje, popisují nabídku v registru. Data pojišťoven nesou o objemu a rozložení skutečně vykázané péče jinou, do značné míry nezávislou informaci. Teprve obě vrstvy dohromady dávají podklad pro rozhodování. Typologie v další kapitole je proto tříděním pro určení priorit, ne rozsudkem o dostupnosti.

6. Čtyři typy obvodů a souhrnný index**6.1 Čtyři typy obvodů**

Obě osy spolu souvisejí jen slabě, a proto dohromady rozdělují obvody do čtyř odlišných kombinací.

Dělení podle mediánů znamená, že do každé kombinace připadá zhruba čtvrtina obvodů bez ohledu na celkový stav sítě. Počty obvodů v typech proto ukazují, kde je daná kombinace relativně nejslabší, ne kolik obvodů má nedostatek péče.

Graf 5. Registrovaná síť a vykázaná péče dělí obvody do čtyř typů



Svislá čára odděluje obvody s nadmediánovou sítí podle registru, vodorovná obvody s nadmediánovým krytím a rozložením vykázané péče. Typy jsou relativní kombinace obou os vůči mediánu, ne hodnocení dostatečnosti péče. Obě osy spolu souvisejí jen slabě (korelace +0,29). Bledé body jsou obvody, které si typ udrží v méně než polovině variant výpočtu. Zdroj NRPZS 5/2026, NRHZS 2024, vlastní výpočty AQE.

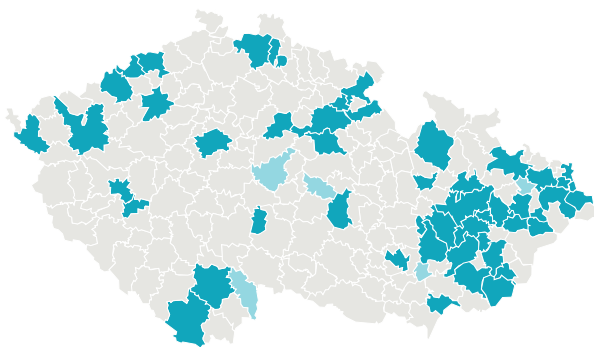
Tabulka 2. Čtyři typy obvodů, kolik jich je a čím se liší

Typ	Obvodů	Obyv. tis.	IKŽ*	Krytí u praktiků	Nadprahové praxe	Lékaři 60+	Největší stabilní obvody
■ A silná síť i krytí péče	55	5 344	4,63	51 %	17 %	38 %	Praha, Brno, Ostrava
■ B silná síť, slabší krytí	48	2 204	5,64	42 %	23 %	39 %	Kladno, Chrudim, Most
■ C slabší síť, silnější krytí	48	1 675	4,12	48 %	16 %	39 %	Děčín, Třebíč, Trutnov
■ D slabší síť i krytí	55	1 686	4,10	45 %	24 %	40 %	Znojmo, Kolín, Česká Lípa

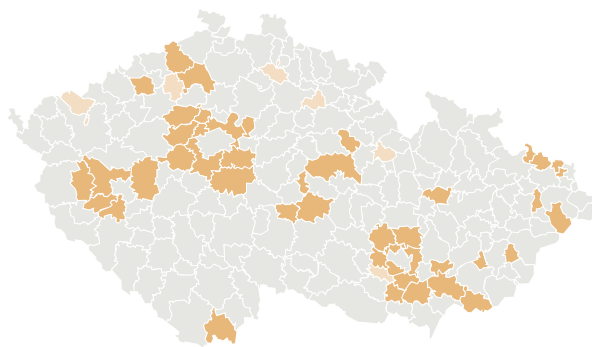
Krytí u praktiků = součet vykázané aktivity praktiků proti počtu dospělých obyvatel (okresní struktura ČSÚ). Nadprahové praxe = průměrný podíl praxí nad oborovým prahem aktivity přes čtyři profese. Lékaři 60+ = nevážený průměr okresních podílů čtyř profesí (ÚZIS 2023 až 2024). Krytí je poměr vykázané péče k počtu obyvatel, ne podíl osob, které na prevenci docházejí (táž osoba může být započtena vícekrát, viz příloha B). Zdroj NRPZS, NRHZS, ÚZIS, ČSÚ, Obce v datech, s.r.o., vlastní výpočty AQE.

Graf 6. Kde leží obvody jednotlivých typů

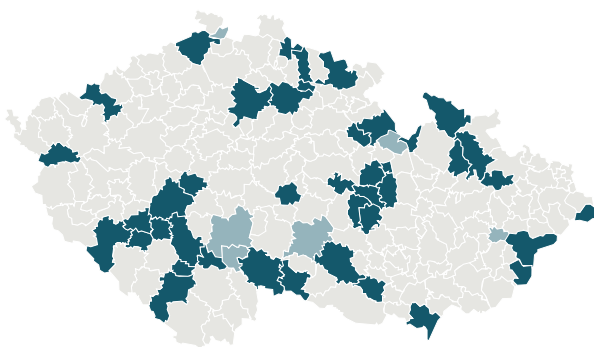
A silná síť i krytí, 55 obvodů



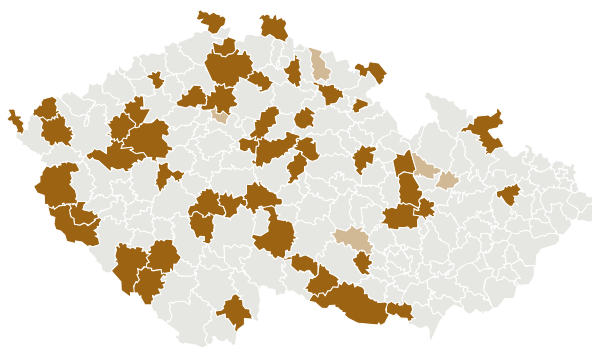
B silná síť, slabší krytí, 48 obvodů



C slabší síť, silnější krytí, 48 obvodů



D slabší síť i krytí, 55 obvodů



Každá mapa ukazuje jen obvody jednoho typu, bledě jsou obvody, které si typ udrží v méně než polovině variant výpočtu. Typ B se táhne zázemím Prahy a středními Čechami, typ D pohraničím a vnitřními periferiemi. Zdroj vlastní výpočty AQE.

A, silná síť i krytí péče (55 obvodů, 5,3 mil. obyvatel). Nadmediánová síť podle registru i vykázané krytí. Patří sem většina velkých měst v čele s Prahou a Brnem. Jejich nejbližší zázemí ale často spadá do typu B.

B, silná síť, slabší krytí (48 obvodů, 2,2 mil. obyvatel). Registr vypadá dobře, krytí a rozložení vykázané péče je pod mediánem. Počet obyvatel je počtem lidí v takto zařazených obvodech, ne počtem lidí bez péče. Podoby typu B rozebíráme níže jako hypotézy k místnímu ověření.

C, slabší síť, silnější krytí (48 obvodů, 1,7 mil. obyvatel). Poskytovatelů je relativně méně, vykázané krytí je nadmediánové. Mezi stabilními příklady jsou Polička, Česká Třebová, Děčín, Březlav nebo Jeseník. Síť drží na menším počtu praxí, a je proto citlivá na výpadek každé z nich.

D, slabší síť i krytí (55 obvodů, 1,7 mil. obyvatel). Obě osy jsou pod mediánem, například Znojmo, Kolín, Česká Lípa a Rakovník. Tady má místní prověření kapacit největší prioritu.

6.2 Podoby typu B (hypotézy k ověření)

Typ B podle dat vykazuje různé konfigurace. Formální pravidla rozdělení uvádíme v příloze B. **B1, hypotéza vytížené sítě (12 obvodů, 0,54 mil. obyvatel):** Rokycany, Blansko nebo Havlíčkův Brod mají poskytovatelů relativně dost a nadprůměrný podíl praxí s velmi vysokým objemem péče. **B2, hypotéza spádu do metropole (22 obvodů, 1,05 mil.):** Černošice, Říčany či Brandýs nad Labem-Stará Boleslav patří ke špičce žebříčku kvality života (Říčany jsou v IKŽ 2025 celkově první), mají ale nízké vykázané krytí při velmi dobrém dojezdu. Jejich typ je přechodový, drží ho 64 až 72 % variant výpočtu, stabilně v podtypu B2 zůstávají například Beroun a Nýřany v zázemí Prahy a Plzně. Nabízí se vysvětlení, že obyvatelé dojíždějí za péčí do metropole. Zbylých 14 obvodů typu B je smíšených (v příloze B označených jako B4). Údaje o skutečných tocích pacientů mezi obvody nemáme, obě vysvětlení je proto nutné ověřit místně, například podle registrací u pojišťoven.

Třetí vysvětlení, nesmluvní praxe, jsme testovali a typ B jím plošně vysvětlit nejde. Registr eviduje poskytovatele s oprávněním bez ohledu na smlouvy s pojišťovnami, takže síť podle regis-

tru zahrnuje i praxe, které v datech hrazené péče vidět být nemohou. Celostátně je bez vykázané signální péče 8 až 16 % registrových IČO podle oboru (nejvíce u zubařů). V obvodech typu B je to v průměru 8,7 %, tedy podobně jako v celé zemi (8,3 %). Nesmluvní praxe proto nadhodnocují síť podle registru hlavně ve velkých městech (v Praze u zubařů 25,3 %), typ B jako celek ale nevysvětlují.

Typ B je zároveň nejméně stabilní částí typologie. Stejně zařazení drží alespoň v devíti z deseti variant výpočtu jen 19 ze 48 obvodů typu B (0,87 mil. obyvatel). Toto stabilní jádro je vhodné číst jako hlavní zprávu typu B, ostatní obvody leží blízko hranic dělení.

JAK SPRÁVNĚ CITOVAT ČÍSLA STUDIE

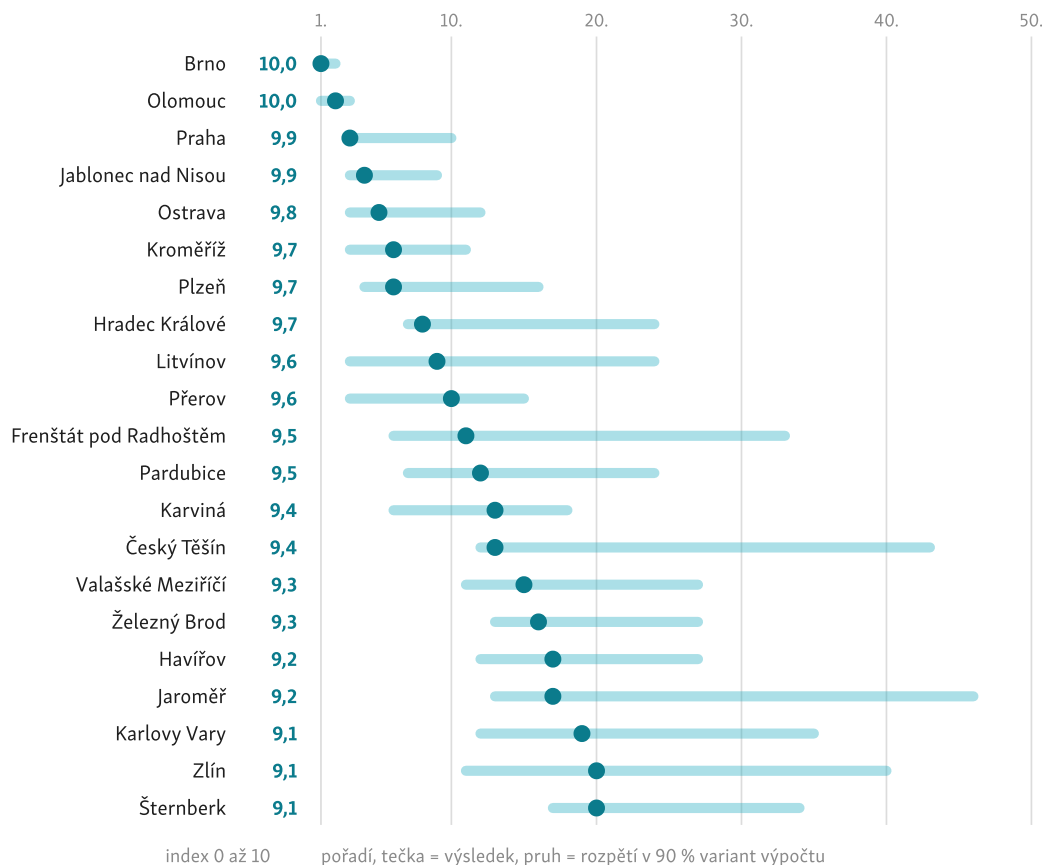
Praxe, ne lékaři. Správně „ubýlo 9,8 % vykazujících zubních praxí“, ne „ubýlo 10 % zubařů“. Jedna praxe může mít více lékařů.

Obvody k ověření, ne lidé bez péče. Správně „2,2 milionu lidí žije v obvodech, kde se vyplatí dostupnost místně ověřit“, ne „2,2 milionu lidí nemá péči“. Polovina z nich žije v zázemí Prahy a Brna, kde se péče zřejmě vykazuje v metropoli.

Index popisuje podmínky, ne kvalitu péče. Správně „obvod má řidší síť a slabší vykázané krytí než srovnatelné obvody“, ne „je tu nejhorší zdravotnictví“. Kvalitu jednotlivých lékařů studie neměří.

6.3 Pořadí obvodů a jak ho číst

Nejvyšší index mají velká centra s páteří sítí. Nejnížší hodnoty mají vnitřní periferie a pohraničí.

Graf 7. Obvody na prvních dvaceti místech Indexu registrované sítě a vykázané péče

Index je percentil průměrného pořadí obvodu v obou osách, škála 0 až 10, kde 10 je nejvyšší kombinace os. Shodná průměrná pořadí dávají shodný index i pořadí. Pruh ukazuje, kam se obvod posouvá v 1 000 variantách výpočtu (90 % variant, viz kapitola 11). Celé pořadí je v příloze A. Zdroj vlastní výpočty AQE.

Jednotlivé místo v pořadí je třeba brát s rezervou. Rozpětí pořadí má v mediánu šířku 51 míst z 206. Úzké je na obou koncích žebříčku a široké uprostřed, kde jsou si obvody podobné. Typ je stabilnější než pořadí: stejné zařazení drží alespoň v devíti z deseti variant výpočtu 97 obvodů (47,1 %) a medián stability je 87 %. Stabilita popisuje citlivost na volby výpočtu, ne pravděpodobnost, že typ správně popisuje skutečnou dostupnost.

Tabulka 3. Deset obvodů s nejnižším indexem

Pořadí	Rozpětí	Obvod	Kraj	Typ	Stabilita typu	Index
206	206. až 206.	Aš	Karlovarský kraj	■ D	100 %	0,0
205	196. až 205.	Frýdlant	Liberecký kraj	■ D	98 %	0,1
203	190. až 204.	Horšovský Týn	Plzeňský kraj	■ D	100 %	0,2
203	200. až 205.	Kraslice	Karlovarský kraj	■ D	100 %	0,2
202	195. až 204.	Mikulov	Jihomoravský kraj	■ D	100 %	0,2
201	188. až 205.	Sedlčany	Středočeský kraj	■ D	100 %	0,3
200	112. až 201.	Podbořany	Ústecký kraj	■ D	61 %	0,3
199	184. až 202.	Vimperk	Jihočeský kraj	■ D	100 %	0,4
198	153. až 199.	Broumov	Královéhradecký kraj	■ D	84 %	0,4
197	180. až 203.	Trhové Sviny	Jihočeský kraj	■ D	99 %	0,5

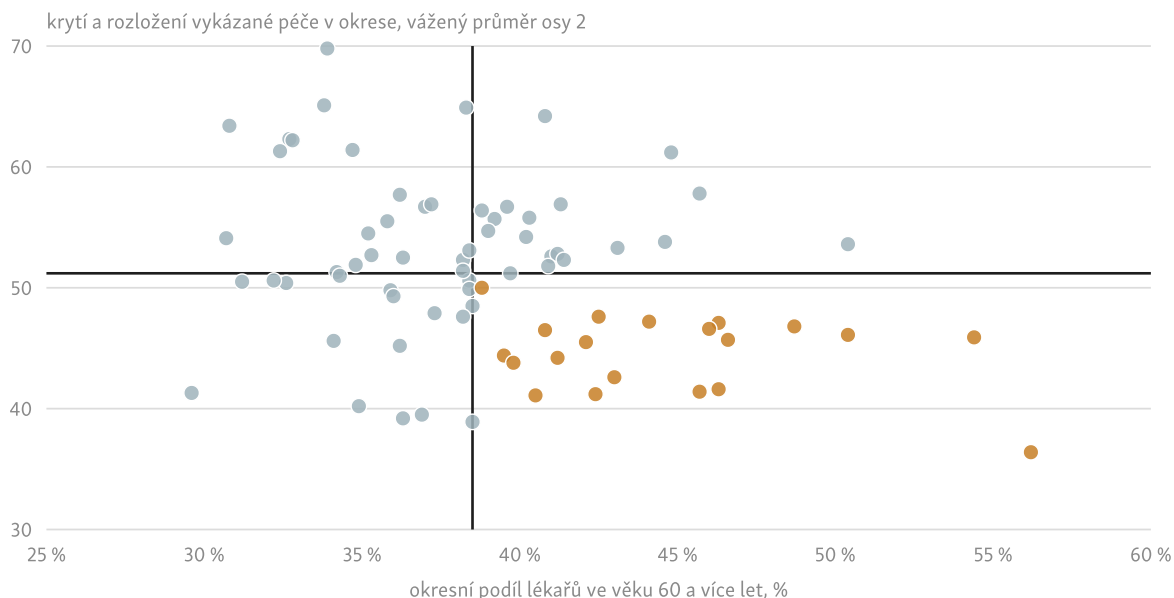
Nízký index neznamená špatné místo k životu a neříká, kdo za stav odpovídá. Říká, že síť podle registru je řídká a vykázané krytí nedosahuje úrovně srovnatelných obvodů. V malých obvodech může pořadí změnit jediná praxe. Řádky s nižší stabilitou typu je namísto čist opatrně.

7. Generační obměna a souběh rizik v okresech

Lékaři nad 60 let tvoří ve všech typech obvodů kolem 40 % sboru, ve slabších mírně víc. Souběh rizik vyhodnocujeme na úrovni okresů, pro kterou jsou data o věku k dispozici.

Podíl lékařů 60+ publikuje ÚZIS po okresech, takže všechny obvody téhož okresu přebírají stejnou hodnotu a efektivní počet pozorování je 77, ne 206. Mezi typy obvodů se průměrný podíl lékařů 60+ liší jen málo (38 až 40 %). Správnou úroveň pro čtení souběhu je proto okres. Na úrovni okresů spolu podíl lékařů 60+ a vykázané krytí souvisejí záporně a průkazně: Pearsonova korelace je $-0,34$ (bootstrapový interval $-0,53$ až $-0,11$, $n = 77$). Okresy se slabším vykázaným krytím mají v průměru starší sbor lékařů, obě slabiny se tedy potkávají.

Graf 8. Souběh slabšího krytí péče a staršího sboru lékařů, okresy



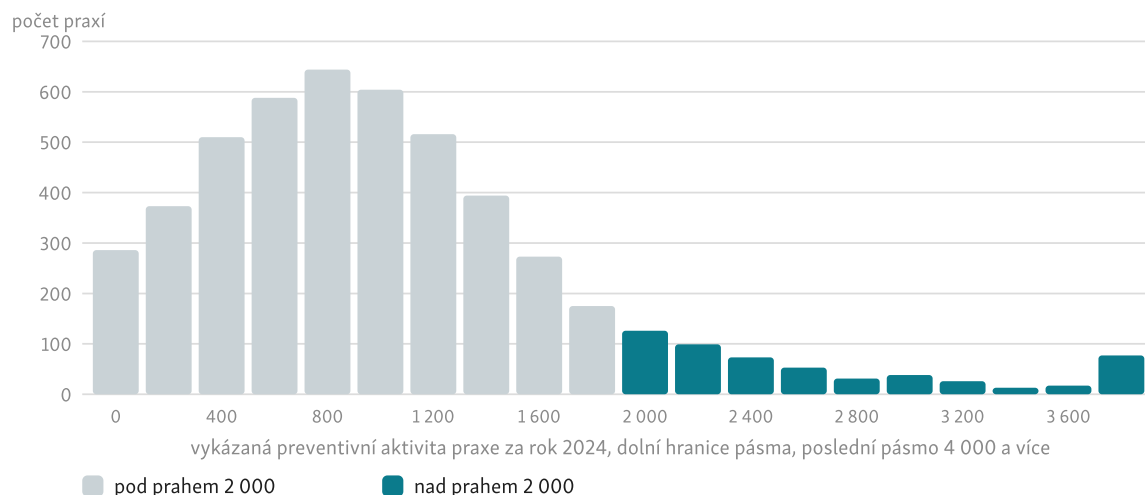
Každý bod je jeden okres ($n = 77$). Svisle vážený průměr osy 2 obvodů okresu, vodorovně okresní podíl lékařů 60+ (nevážený průměr čtyř profesí, ÚZIS 2023 až 2024). Jantarově 20 okresů s podmediánovým krytím a nadmediánovým podílem lékařů 60+. Mediánové dělení vytváří zhruba čtvrtinové skupiny, sílu vztahu proto dokládá korelace $-0,34$, ne samotný počet okresů. Zdroj ÚZIS, NRHZS, vlastní výpočty AQE.

Souběh čteme jako orientační okresní signál pro určení priorit, ne jako prognózu. Odchody lékařů, nástupce ani migraci pacientů nemodelujeme a o věku lékařů v konkrétním obvodu či praxi data nic neříkají. Kraj má k dispozici přesnější údaje ve vlastních registračních spisech a u pojišťoven. Tam je namístě ověřit skutečný věk odborných zástupců a plány nástupnictví. Hranici 60 let je přitom vhodné číst měkce, řada praktiků ordinuje i po sedmdesátce a rozhodující je, zda má praxe nástupce.

8. Zubaři zblízka

Desetina zubních praxí nese víc než čtvrtinu vykázané péče. Počet vykazujících praxí klesá a hrazenou péči drží menší počet velkých praxí.

Stomatologie je obor, kde se rozdíl mezi registrem a vykázanou péčí projevuje nejostřeji, a zaslouží si proto podrobnější pohled. V roce 2024 vykazovalo signální výkony 4 916 zubních praxí s mediánem aktivity 1 016. Podíl praxí nad prahem 2 000 činí 11,2 % při sečtení aktivity přes diagnózy a 6,7 % při přísnějším dolním počítání (příloha B). Tyto praxe nesou 28,5 % veškeré vykázané aktivity. Další 16,7 % praxí má aktivitu pod 500. V polovině obvodů nese největší zubní praxe alespoň 21 % vykázané aktivity, v desetině obvodů přes 42 %. Ukončení činnosti jediného velkého poskytovatele proto může výrazně omezit hrazenou stomatologii celého obvodu. Zranitelnost tu plyne z malého počtu praxí v obvodu, ne z velikosti té největší.

Graf 9. Desetina zubních praxí nese víc než čtvrtinu péče

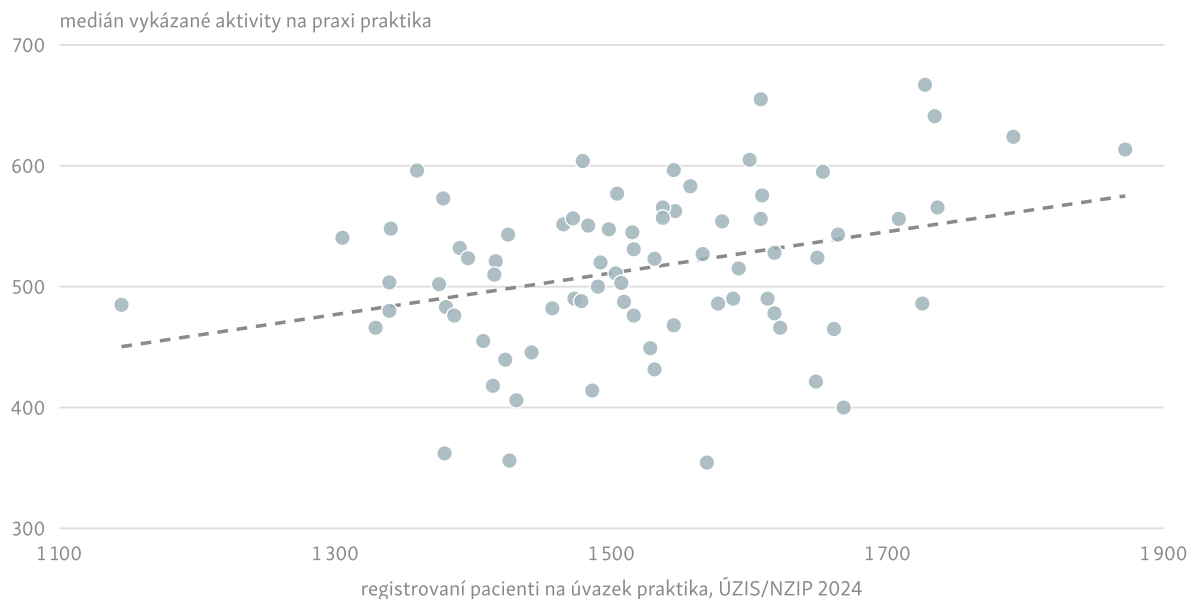
Rozdělení 4 916 zubních praxí podle vykázané preventivní aktivity 2024 (kódy 00901 a 00946, součet přes diagnózy). Tmavě jsou praxe nad oborovým prahem 2 000. Horní desetina praxí nese 26,3 % vykázané preventivní péče. Zdroj NRHZS NR-04-02 (ÚZIS), vlastní výpočty AQE.

Proč je těžké sehnat zubaře, když síť podle registru vypadá stabilně? Data nabízejí část odpovědi: počet vykazujících poskytovatelů klesá a hrazenou péči nese méně, zato větších praxí. Velké praxe přitom dostupnost drží, bez nich by hrazená stomatologie v řadě obvodů nefungovala. Zda konkrétní praxe přijímá nové pacienty, z vykázané aktivity přímo nevyplývá. K tomu se přidává ekonomika oboru: část praxí smlouvy s pojišťovnami omezuje a péče na přímou platbu v datech hrazené péče vidět není. Obraz proto popisuje hrazenou stomatologii. Pro pojištěnce, kteří si péči nemohou platit přímo, je právě ta rozhodující.

9. Dílčí ověření proti nezávislým datům

Ukazatel vykázané péče zachycuje nezávislou statistiku zátěže praktiků jen slabě. Shoda úrovní řádově odpovídá tomu, že měří jen část registrovaných pacientů.

Ukazatel vykázané aktivity jsme porovnali se dvěma nezávislými zdroji. Prvním je okresní statistika ÚZIS o registrovaných pacientech na úvazek praktika. Srovnáváme tedy aktivitu na praxi (IČO) s registracemi na úvazek, což nejsou stejné jednotky. Medián roční vykázané péče na praxi (zde bez dvouletého přenásobení) koreluje se zátěží na úvazek kladně, ale slabě (Pearson +0,33, Spearman +0,29, $n = 77$ okresů). Jde o dílčí ověření jiné veličiny, než jaká vstupuje do os. Krytí ani podíl nadprahových praxí takto ověřeny nejsou. Úrovní medián odpovídá 34 % registrovaných pacientů na úvazek za jeden rok. Za dvouleté období by stejná míra návštěvnosti odpovídala až dvojnásobku, s nímž je publikovaná účast na preventivních prohlídkách kolem 43 % řádově slučitelná, část pacientů totiž přichází v obou letech. Druhý zdroj uvádíme jako ilustraci, ne jako ověření: místní šetření v jednom jihomoravském městě ukázalo, že registr může kapacitu podhodnocovat i nadhodnocovat. Týž případ ale posloužil už jako motivace studie v kapitole 1, nejde tedy o nezávislý test.

Graf 10. Vykázaná péče na praxi a nezávislá statistika zátěže praktiků, okresy

Každý bod je jeden okres ($n = 77$, všechny okresy včetně Prahy). Pearsonova korelace $+0,33$, přerušovaná přímka je lineární trend. Svisle medián vykázané aktivity na praxi, vodorovně registrovaní pacienti na úvazek (ÚZIS/NZIP 2024). Zdroj ÚZIS/NZIP, NRHZS, vlastní výpočty AQE.

10. Co s tím může udělat stát, kraj, pojišťovna a město

Doporučení dělíme na dva kroky: nejdřív **místní ověření** (typologie je orientační třídění, ne diagnóza), teprve pak **opatření**. U každého opatření uvádíme odpovědného aktéra a měřitelný výsledek.

Postup místního ověření pro obec

- **Aktivní pracoviště.** Porovnat registr NRPZS se skutečným stavem v terénu, tedy která místa opravdu ordinují.
- **Úvazky a ordinační doba.** Vyžádat či zjistit u praxí, rozsah ordinační doby lze ověřit i ve smluvní dokumentaci pojišťoven. Malé ordinace s provozem dva dny v týdnu jsou na venkově častým skrytým problémem.
- **Přijímání pacientů.** Ověřit u praxí a po jednotlivých pojišťovnách. Pojišťovny přijímání zveřejňují ve vyhledávacích smluvních poskytovatelů, obec nezačíná od nuly.
- **Nástupnictví.** U praxí s lékaři 60+ zjistit výhled, nejlépe osobním jednáním. Dotazníky mívají nízkou návratnost.
- **Péče mimo obvod.** Zjistit z údajů pojišťoven nebo anketou, kam obyvatelé skutečně dojíždějí.
- **Společné řešení.** U menších obvodů koordinovat postup se sousedními obcemi, protože pacienti využívají péči i za hranicí obvodu.

Při plánování opatření pomáhá rozlišit tři okruhy. **Obec zvládne sama:** prostory a jejich úpravy, obecní byt, náborový příspěvek, servis při převzetí praxe. **Obec iniciuje, rozhodují jiní:** výběrové řízení a smlouva s pojišťovnou, rezidenční místo, akreditace praxe, to vše vyžaduje jednání s krajem, pojišťovnami a samotnými lékaři. **Mimo dosah obce:** úhradové vyhlášky, kapacity oborového vzdělávání, celostátní síť. Energii je účelné soustředit na první dva okruhy.

Pro stát

Rezidenční místa jsou dotační program ministerstva zdravotnictví vázaný na akreditovaná pracoviště. Program i další podpory (dotace na vznik a převzetí praxí) by neměly vybírat území jen podle hustoty ordinací v registru. Kombinace obou os přidává informaci o vykázané péči a orientační přednost mají okresy se souběhem rizik z kapitoly 7 (20 okresů). **Aktér:** MZ ČR.

Měřitelný výsledek: počet nově obsazených rezidenčních míst a převzatých praxí v okresech ze souběhu, meziroční změna počtu vykazujících praxí tamtéž.

Pro kraje

Kraj má tři vlastní nástroje. Zaprvé výběrová řízení před uzavřením smlouvy praxe s pojišťovnou, která vyhláší krajský úřad, zpravidla na návrh pojišťovny nebo uchazeče. Jejich vypisování lze cílit podle obou os, ne jen podle registru. Zadruhé je kraj registračním orgánem poskytovatelů, může tedy soustavně kontrolovat aktuálnost registru a odstraňovat neaktivní záznamy, které síť opticky nadhodnocují. Zatřetí může podporovat akreditaci praxí pro vzdělávání, bez ní se praxe nemůže ucházet o rezidenční místo ani přijmout školence. **Aktér:** krajský úřad. **Měřitelný výsledek:** počet vyhlášených výběrových řízení v okresech ze souběhu, počet nově akreditovaných praxí, počet odstraněných neaktivních záznamů registru.

Pro zdravotní pojišťovny

Zákon č. 48/1997 Sb. (§ 46) ukládá pojišťovnám zajistit místní a časovou dostupnost hrazené péče. Obci tím ale nevzniká automatický nárok na data. Pojišťovny přitom mají přesnější období zde použitých ukazatelů, včetně kapítací a úvazků. Zveřejňování souhrnných údajů o naplněnosti praxí po územích by posunulo debatu o síti od dojmů k datům. **Aktér:** zdravotní pojišťovny, koordinačně MZ ČR. **Měřitelný výsledek:** veřejně dostupné souhrnné údaje o registracích a přijímání pacientů po obvodech a oborech.

Pro obvody typu B

Nejdřív rozlišit podobu. B1 (vytížená síť) ověřit přes přijímání pacientů a úvazky, u potvrzené B1 jsou namísto nové kapacity (prostory, pobídky, rezidenční místa). U B2 je spád do metropole vysvětlením obrazu dat, ne řešením. Ověřit ho lze u pojišťoven přes registrace obyvatel podle bydliště: pokud jsou obyvatelé skutečně registrováni u poskytovatelů v dosahu, je obraz v pořádku. Pokud ne, platí postup pro slabé krytí. U dětských lékařů je i při funkčním spádu namísto držet místní kapacitu, dojíždění s malými dětmi je nejméně praktické. **Aktér:** obec s krajem a pojišťovnami. **Měřitelný výsledek:** u B1 počet praxí nově přijímajících pacienty. U B2 doložený podíl obyvatel registrovaných u poskytovatelů v dosahu a počet místních dětských praxí přijímajících pacienty.

Pro obvody typu C

Síť drží na menším počtu praxí. Prioritou je přehled o nástupnictví u praxí s lékaři 60+ a včasná dohoda o převzetí. **Aktér:** obec, kraj. **Měřitelný výsledek:** podíl praxí s lékaři 60+ se známým plánem nástupnictví.

Pro obvody typu D

Prověření kapacit je naléhavé a zpravidla přesahuje možnosti jedné obce. Argumentem pro kraj a pojišťovnu jsou vedle počtu ordinací i zde publikované osy. **Aktér:** svazek obcí, kraj, pojišťovny. **Měřitelný výsledek:** společný akční plán a změna obou os v příštích ročnících.

Pro města, která chtějí znát svou situaci přesně

Tato studie pracuje s veřejnými daty, a proto s aproximacemi. Přesnější obraz dává kombinace vlastního šetření (úvazky, ordinační doba, přijímání pacientů) a dat, o která si město může říct. U zdravotních pojišťoven jde o počty registrovaných pacientů podle bydliště, kapitace a úvazky smluvních praxí a seznam praxí přijímajících nové pacienty. U krajského úřadu o registrační spisy poskytovatelů včetně věku odborných zástupců a o přehled vyhlášených výběrových řízení. Automatický nárok na data pojišťoven podle § 46 nevzniká, podkladem pro jednání jsou ale právě zde publikované osy.

11. Limity práce a dostupnosti dat

11.1 Ověření dat a metody

- Citlivost na volby výpočtu.** Celkem 1 000 variant: váhy složek obou os náhodně 35 až 65 %, oborové prahy ± 15 %, mediánové hranice typů na bootstrapovém vzorku obvodů. Percentily složek hustoty, dojezdu a krytí zůstávají pevné, prahová složka se přepočítává. Fixace percentilů výsledná rozpětí spíše zužuje, nejde tedy o konzervativní postup. Medián stability typu je 87 %. Stejný typ drží alespoň v devíti z deseti variant 97 obvodů (47,1 %).

- **Krajní varianty konstrukce osy 2.** Vedle náhodných variant jsme přepočítali typologii i pro krajní volby: osa 2 jen z krytí bez prahové složky mění typ u 52 obvodů, osa 2 jen z prahové složky u 76 obvodů, váhy 30/70 u 40 a 70/30 u 26 obvodů. Publikovaná typologie je tedy citlivá hlavně na krajní volby konstrukce osy 2, stabilní jádra typů (kapitola 6) drží i v nich.
- **Řetězce.** Alternativní rozpočítání aktivity víceobvodových IČO podle počtu pracovišť mění pořadí obvodů v krytí jen málo (Spearman 0,90 proti základní variantě).
- **Překryv diagnóz.** Pořadí praxí podle aktivity je robustní vůči způsobu sečtení (součet proti maximu přes diagnózy: Spearman 0,92). Úrovňové údaje typu „podíl nadprahových praxí“ uvádíme jako rozpětí.
- **Nezávislá zátěž praktiků.** Kladná, slabá shoda s okresní statistikou ÚZIS (kapitola 9). Jde o dílčí ověření.
- **Původní IKŽ.** S plným IKŽ včetně pilíře Zdraví je korelace s osou 1 +0,21 místo +0,30. Plný index v pilíři Zdraví obsahuje i dostupnost lékařů, část korelace by tedy byla mechanická. Proto v kapitole 4 pracujeme s indexem bez tohoto pilíře. Závěr kapitoly 4 se volbou nemění.

11.2 Limity dostupnosti dat

- **Vykázaná péče, ne registrovaní pacienti.** Počty pacientů jsou unikátní jen uvnitř kombinace výkon × diagnóza. Součty mohou tutéž osobu započítat vícekrát (horní mez vlivu uvádí příloha B). Skutečné počty registrovaných pacientů ukazatel nezachycuje. Pracujeme s pořadím.
- **Jen hrazená péče.** Péče na přímou platbu v datech není. Rozsah stomatologie mimo smlouvy s pojišťovnami proto nepopisujeme. Pro pojištěnce bez možnosti přímých plateb je ale rozhodující právě hrazená péče.
- **Poskytovatel není pracoviště ani úvazek.** Registr i vykázaná péče pracují s IČO. Data o pracovištích v čase a o úvazcích otevřené zdroje neobsahují. Pokles počtu vykazujících IČO proto nelze beze zbytku převést na pokles kapacity, byť 94 % aktivity roku 2024 nesou IČO existující už v roce 2019.
- **Řetězce vcelku.** 735 víceobvodových IČO (11 % aktivity) v základní variantě do obvodů nerozdělujeme. Místní výpadky uvnitř řetězce nejsou vidět.
- **Okresní věk lékařů a demografie.** Věk lékařů i podíly dětí a žen přebíráme z okresů. Každý obvod přebírá hodnotu svého okresu.
- **Dojezd z jednoho bodu.** Izochrony 30 minut jsou silniční, počítané z centra sídelního města obvodu. Obyvatelé okrajových obcí na tom mohou být hůře, než ukazuje hodnota obvodu. Kapacitu cílových míst dojezd nezohledňuje.
- **Stav k datu.** Registr odpovídá stavu k 1. 5. 2026, vykázaná péče končí rokem 2024. Novější vývoj studie nezachycuje.
- **Prostorová závislost.** Sousední obvody sdílejí dojezdové zázemí a obvody téhož okresu přebírají stejné okresní hodnoty (věk lékařů, demografie). Pozorování proto nejsou nezávislá a korelace čteme popisně, bez testů významnosti na úrovni obvodů. Souběh s věkem lékařů vyhodnocujeme na okresech ($n = 77$), kde tento problém odpadá.
- **Úplný soubor, ne výběr.** Studie pracuje se všemi 206 obvody, ne s výběrem z většího celku. Bootstrapová rozpětí proto nečteme jako výběrovou chybu, ale jako citlivost výsledku na volby výpočtu.
- **Normovaná dostupnost.** Nařízení vlády č. 307/2012 Sb. stanoví dojezdové doby hrazených služeb. Studie jeho plnění nehodnotí, pracuje s vlastními, přísnějšími ukazateli nad otevřenými daty.

Souvislosti popsané ve studii jsou statistické asociace, ne prokázané příčiny ani predikce. Typologie a index popisují relativní postavení obvodů a hodnotí podmínky v území, nikoli práci konkrétních institucí ani kvalitu jednotlivých lékařů.

DATA KE STAŽENÍ

Tabulka všech 206 obvodů (CSV), obě osy a jejich složky, typ, index, pořadí, rozpětí a stabilita typu, po čtyřech oborech počty poskytovatelů, hustota, dojezd, krytí a podíl nadprahových praxí.

Data ke všem grafům (ZIP s CSV), hodnoty, které grafy kreslí, s titulky a zdroji. Licence CC BY 4.0.

Zdroje

- ÚZIS ČR. Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS), otevřená data NR-01-06, místa poskytování zdravotních služeb. Stav k 1. 5. 2026, staženo v květnu 2026. nprzs.uzis.cz (otevřená data).
- ÚZIS ČR. Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZS), otevřená data NR-04-02, výkony a pacienti podle IČO poskytovatele, roky 2019 až 2024. Staženo 20. 9. 2026. datanzis.uzis.gov.cz/data/NR-04-NRHZS/NR-04-02/.
- ÚZIS ČR. Datový souhrn NR-02-02, pracovníci: počty, věk a pohlaví podle kraje a okresu, roky 2023 až 2024. uzis.cz (datové souhrny).
- ÚZIS ČR/NZIP. Registrovaní pacienti na úvazek praktického lékaře podle okresů, 2024. nzip.cz.
- Obce v datech, s.r.o. Index kvality života, ročník 2025, a jeho metodika. Člen skupiny AQE. obcevdtech.cz.
- Český statistický úřad. Počet obyvatel v obcích a správních obvodech ORP a věková struktura okresů, stav k 1. 1. 2025. csu.gov.cz.
- Havránek, J., Pavelka, J., Franěk, P. a kol. (2026). Atraktivita bydlení v českých městech 2025. AQE advisors, a.s.
- AQE advisors, a.s. (2026). Zdravotní dostupnost: metodika modulu a reporty měst a správních obvodů.

O studii

Financování a střet zájmů. Studie vznikla z iniciativy AQE, bez externího zadavatele. Index kvality života vydávají Obce v datech, s.r.o., člen skupiny AQE. AQE nabízí obcím, krajům a investorům analýzy zdravotní dostupnosti jako službu.

Reprodukovatelnost. Studie je generována skripty nad uvedenými otevřenými daty. Agregovaná tabulka všech 206 obvodů s komponentami výpočtu (obě osy, jejich složky, typ, index, pořadí, rozpětí, stabilita) je zveřejněna ke stažení na stránce studie: aqe.cz/poznatky/dostupnost-zdravotni-pecce-2026.

Licence. Text a grafy jsou zveřejněny pod licencí Creative Commons Uveďte původ 4.0 (CC BY 4.0). Při převzetí uveďte citaci podle boxu Jak citovat na titulní straně.

Kontakt. Jan Pavelka, pavelka@AQE.cz.

Příloha A. Pořadí všech 206 obvodů

Tabulka řadí všech 206 správních obvodů podle Indexu registrované sítě a vykázané péče. Index je percentil průměrného pořadí v obou osách (0 až 10). Typ A až D je relativní kombinace os vůči mediánu, vysvětlená v kapitole 6. Typ se určuje z nezaokrouhlených hodnot os, obvody se shodnou zaokrouhlenou hodnotou na hranici mediánu se proto mohou lišit typem. Rozpětí = kam se obvod posouvá v 90 % z 1 000 variant výpočtu. Stabilita typu = podíl variant, ve kterých obvod drží publikovaný typ. Síť = osa 1 (síť podle registru), Krytí = osa 2 (krytí a rozložení vykázané péče), obě jako percentil 0 až 100.

Tabulka A1. Index registrované sítě a vykázané péče 2026, všech 206 obvodů

Pořadí	Rozpětí	Obvod	Kraj	Typ	Stabilita typu	Index	Síť	Krytí
1	1. až 2.	Brno	Jihomoravský	A	100 %	10,0	86	70
2	1. až 3.	Olomouc	Olomoucký	A	100 %	10,0	85	66
3	3. až 10.	Praha	Hlavní město Praha	A	100 %	9,9	78	65
4	3. až 9.	Jablonec nad Nisou	Liberecký	A	100 %	9,9	73	65
5	3. až 12.	Ostrava	Moravskoslezský	A	100 %	9,8	81	62
6	4. až 16.	Plzeň	Plzeňský	A	100 %	9,7	81	61
6	3. až 11.	Kroměříž	Zlínský	A	100 %	9,7	68	69
8	7. až 24.	Hradec Králové	Královéhradecký	A	100 %	9,7	71	63
9	3. až 24.	Litvínov	Ústecký	A	100 %	9,6	76	60
10	3. až 15.	Přerov	Olomoucký	A	100 %	9,6	82	58
11	6. až 33.	Frenštát pod Radhoštěm	Moravskoslezský	A	100 %	9,5	65	64
12	7. až 24.	Pardubice	Pardubický	A	100 %	9,5	71	60
13	12. až 43.	Český Těšín	Moravskoslezský	A	80 %	9,4	84	56
13	6. až 18.	Karviná	Moravskoslezský	A	100 %	9,4	73	59
15	11. až 27.	Valašské Meziříčí	Zlínský	A	100 %	9,3	67	61
16	13. až 27.	Železný Brod	Liberecký	A	100 %	9,3	59	75
17	13. až 46.	Jaroměř	Královéhradecký	A	100 %	9,2	60	65
17	12. až 27.	Havířov	Moravskoslezský	A	100 %	9,2	77	56
19	12. až 35.	Karlovy Vary	Karlovarský	A	100 %	9,1	67	59
20	11. až 40.	Zlín	Zlínský	A	92 %	9,1	76	55
20	17. až 34.	Šternberk	Olomoucký	A	100 %	9,1	57	69
22	11. až 24.	Prostějov	Olomoucký	A	100 %	9,0	78	55
23	13. až 53.	Teplice	Ústecký	A	94 %	8,9	67	58
24	22. až 58.	Holešov	Zlínský	A	79 %	8,9	70	56
25	18. až 56.	Dobruška	Královéhradecký	A	98 %	8,8	58	63
26	17. až 55.	Hodonín	Jihomoravský	A	89 %	8,8	55	64
26	21. až 48.	Vyškov	Jihomoravský	A	86 %	8,8	71	54
28	24. až 52.	Opava	Moravskoslezský	A	96 %	8,7	65	56
28	23. až 42.	Frýdek-Místek	Moravskoslezský	A	83 %	8,7	77	52
30	19. až 47.	Rožnov pod Radhoštěm	Zlínský	A	80 %	8,6	54	65
31	16. až 56.	Pacov	Vysočina	A	94 %	8,5	58	60
31	22. až 70.	Lipník nad Bečvou	Olomoucký	A	70 %	8,5	55	62
33	17. až 61.	Třinec	Moravskoslezský	A	92 %	8,4	64	56
33	26. až 48.	Blovice	Plzeňský	A	100 %	8,4	56	61
35	14. až 44.	Žďár nad Sázavou	Vysočina	A	67 %	8,3	53	64
35	19. až 53.	Liberec	Liberecký	A	93 %	8,3	66	54
37	7. až 51.	Turnov	Liberecký	B	34 %	8,3	79	50
38	26. až 71.	Šumperk	Olomoucký	A	74 %	8,2	53	62
39	16. až 71.	Bílovec	Moravskoslezský	A	45 %	8,1	73	50
39	27. až 86.	Nový Jičín	Moravskoslezský	A	70 %	8,1	65	54
41	14. až 49.	Mohelnice	Olomoucký	A	94 %	8,1	68	52
42	31. až 64.	Vsetín	Zlínský	C	64 %	8,0	50	65

Pořadí	Rozpětí	Obvod	Kraj	Typ	Stabilita typu	Index	Síť	Krytí
43	32. až 80.	Třeboň	Jihočeský	 A	34 %	8,0	68	52
44	27. až 86.	Uherské Hradiště	Zlínský	 A	84 %	7,9	61	55
45	28. až 98.	České Budějovice	Jihočeský	 A	89 %	7,9	55	59
46	24. až 65.	Hranice	Olomoucký	 A	99 %	7,8	60	55
47	15. až 68.	Litovel	Olomoucký	 B	56 %	7,8	74	49
48	25. až 83.	Poděbrady	Středočeský	 A	86 %	7,7	60	55
49	34. až 77.	Pohořelice	Jihomoravský	 B	72 %	7,7	72	49
50	32. až 75.	Chomutov	Ústecký	 A	76 %	7,6	66	51
51	29. až 103.	Luhačovice	Zlínský	 A	79 %	7,6	54	58
52	39. až 78.	Uherský Brod	Zlínský	 A	76 %	7,5	62	52
53	35. až 95.	Dačice	Jihočeský	 C	69 %	7,5	45	63
54	45. až 70.	Vodňany	Jihočeský	 C	99 %	7,4	46	62
55	53. až 82.	Polička	Pardubický	 C	100 %	7,4	43	64
55	51. až 117.	Litomyšl	Pardubický	 C	95 %	7,4	46	62
57	46. až 87.	Louny	Ústecký	 A	76 %	7,3	58	53
57	34. až 77.	Otrokovice	Zlínský	 B	77 %	7,3	68	48
59	41. až 92.	Písek	Jihočeský	 C	50 %	7,2	51	58
59	49. až 81.	Náchod	Královéhradecký	 A	53 %	7,2	51	57
61	45. až 151.	Soběslav	Jihočeský	 C	40 %	7,1	50	58
62	36. až 138.	Slavkov u Brna	Jihomoravský	 A	27 %	7,0	61	51
63	51. až 81.	Česká Třebová	Pardubický	 C	100 %	7,0	44	61
63	57. až 93.	Kopřivnice	Moravskoslezský	 B	72 %	7,0	62	50
65	53. až 94.	Český Krumlov	Jihočeský	 A	57 %	6,9	57	52
66	59. až 100.	Kravaře	Moravskoslezský	 B	100 %	6,8	73	45
67	45. až 108.	Cheb	Karlovarský	 A	66 %	6,8	55	53
68	60. až 113.	Kutná Hora	Středočeský	 A	42 %	6,7	54	54
69	34. až 111.	Slaný	Středočeský	 B	68 %	6,7	65	48
70	38. až 101.	Přeštice	Plzeňský	 B	88 %	6,6	69	45
70	58. až 111.	Děčín	Ústecký	 C	100 %	6,6	41	61
72	55. až 122.	Ústí nad Labem	Ústecký	 B	70 %	6,6	60	49
73	65. až 124.	Stod	Plzeňský	 B	95 %	6,5	62	48
73	64. až 115.	Chrudim	Pardubický	 B	97 %	6,5	62	48
75	50. až 127.	Žamberk	Pardubický	 C	47 %	6,4	50	55
75	40. až 105.	Blatná	Jihočeský	 C	56 %	6,4	49	55
77	63. až 123.	Jilemnice	Liberecký	 C	99 %	6,3	37	63
78	11. až 103.	Lovosice	Ústecký	 B	40 %	6,3	67	45
79	48. až 100.	Jindřichův Hradec	Jihočeský	 C	94 %	6,2	42	59
80	47. až 161.	Bystřice pod Hostýnem	Zlínský	 C	49 %	6,2	48	55
81	69. až 99.	Břeclav	Jihomoravský	 C	100 %	6,1	40	60
82	58. až 131.	Třebíč	Vysočina	 C	91 %	6,1	45	57
83	52. až 146.	Židlochovice	Jihomoravský	 B	78 %	6,0	58	49
84	55. až 135.	Chotěboř	Vysočina	 A	43 %	5,9	54	51
84	64. až 163.	Tanvald	Liberecký	 C	77 %	5,9	41	59
86	30. až 94.	Ústí nad Orlicí	Pardubický	 B	20 %	5,9	56	50
87	76. až 123.	Prachatice	Jihočeský	 C	100 %	5,8	37	61
88	59. až 142.	Kadaň	Ústecký	 C	94 %	5,8	42	57
89	67. až 142.	Bystřice nad Pernštejnem	Vysočina	 C	85 %	5,7	43	56
89	31. až 131.	Bohumín	Moravskoslezský	 B	74 %	5,7	65	44
91	76. až 158.	Tábor	Jihočeský	 C	31 %	5,6	49	52
92	68. až 140.	Rychnov nad Kněžnou	Královéhradecký	 C	54 %	5,6	45	54
93	13. až 111.	Rosice	Jihomoravský	 B	72 %	5,5	67	41
94	76. až 152.	Svitavy	Pardubický	 C	94 %	5,5	35	61
95	67. až 138.	Kladno	Středočeský	 B	93 %	5,4	59	46
96	88. až 122.	Most	Ústecký	 B	100 %	5,3	69	39

Pořadí	Rozpětí	Obvod	Kraj	Typ	Stabilita typu	Index	Síť	Krytí
96	63. až 153.	Světlá nad Sázavou	Vysočina	 C	94 %	5,3	38	58
96	41. až 128.	Kyjov	Jihomoravský	 B	80 %	5,3	57	47
99	62. až 136.	Dobříš	Středočeský	 C	97 %	5,2	40	57
100	70. až 146.	Jihlava	Vysočina	 C	46 %	5,2	49	51
101	84. až 121.	Vítkov	Moravskoslezský	 C	100 %	5,1	34	60
102	39. až 161.	Hořice	Královéhradecký	 B	30 %	5,1	51	49
103	84. až 131.	Jeseník	Olomoucký	 C	100 %	5,0	29	61
103	54. až 162.	Hlinsko	Pardubický	 C	52 %	5,0	45	52
105	78. až 138.	Rokycany	Plzeňský	 B	100 %	4,9	63	41
105	80. až 161.	Nové Město na Moravě	Vysočina	 C	94 %	4,9	36	57
107	80. až 139.	Veselí nad Moravou	Jihomoravský	 B	89 %	4,9	54	48
108	69. až 129.	Orlová	Moravskoslezský	 B	99 %	4,8	62	42
108	84. až 145.	Rýmařov	Moravskoslezský	 C	100 %	4,8	30	61
108	94. až 142.	Trutnov	Královéhradecký	 C	99 %	4,8	38	56
111	67. až 112.	Horažďovice	Plzeňský	 C	100 %	4,7	35	57
112	75. až 131.	Holice	Pardubický	 B	100 %	4,6	64	40
113	71. až 168.	Jičín	Královéhradecký	 C	75 %	4,6	42	53
114	69. až 156.	Kostelec nad Orlicí	Královéhradecký	 C	56 %	4,5	45	51
115	82. až 138.	Zábřeh	Olomoucký	 D	41 %	4,5	50	49
116	76. až 134.	Kuřim	Jihomoravský	 B	100 %	4,4	67	38
117	63. až 154.	Litoměřice	Ústecký	 B	71 %	4,4	56	45
118	92. až 138.	Hustopeče	Jihomoravský	 B	100 %	4,3	66	37
118	89. až 161.	Bruntál	Moravskoslezský	 C	78 %	4,3	38	54
120	74. až 144.	Ivančice	Jihomoravský	 B	31 %	4,2	51	47
121	87. až 179.	Mladá Boleslav	Středočeský	 C	55 %	4,2	42	51
121	51. až 150.	Havlíčkův Brod	Vysočina	 B	92 %	4,2	62	39
123	74. až 148.	Blansko	Jihomoravský	 B	92 %	4,1	56	42
123	84. až 176.	Moravský Krumlov	Jihomoravský	 C	56 %	4,1	38	53
125	122. až 162.	Beroun	Středočeský	 B	99 %	4,0	60	39
126	109. až 143.	Nýřany	Plzeňský	 B	100 %	3,9	65	32
127	100. až 148.	Hlučín	Moravskoslezský	 B	100 %	3,9	62	36
128	76. až 151.	Bučovice	Jihomoravský	 B	64 %	3,8	52	45
129	91. až 179.	Roudnice nad Labem	Ústecký	 D	58 %	3,8	50	46
130	104. až 145.	Benešov	Středočeský	 B	78 %	3,7	52	45
131	77. až 148.	Humpolec	Vysočina	 B	96 %	3,7	57	40
132	106. až 179.	Říčany	Středočeský	 B	70 %	3,6	56	41
133	101. až 152.	Frýdlant nad Ostravicí	Moravskoslezský	 B	100 %	3,6	64	29
134	94. až 169.	Tišnov	Jihomoravský	 B	84 %	3,5	52	44
134	82. až 136.	Ostrov	Karlovarský	 B	43 %	3,5	51	44
136	112. až 169.	Mariánské Lázně	Karlovarský	 C	77 %	3,4	35	52
136	122. až 181.	Brandýs nad Labem-Stará Boleslav	Středočeský	 B	64 %	3,4	55	41
136	114. až 158.	Nová Paka	Královéhradecký	 C	98 %	3,4	30	55
136	98. až 151.	Příbram	Středočeský	 C	79 %	3,4	38	51
140	78. až 186.	Varnsdorf	Ústecký	 C	41 %	3,3	40	50
141	93. až 175.	Vysoké Mýto	Pardubický	 D	68 %	3,2	45	47
142	115. až 160.	Kaplice	Jihočeský	 B	100 %	3,2	56	39
143	70. až 155.	Velké Meziříčí	Vysočina	 D	38 %	3,1	49	46
144	122. až 173.	Šlapanice	Jihomoravský	 B	86 %	3,1	59	34
145	117. až 175.	Černošice	Středočeský	 B	72 %	3,0	56	39
146	137. až 178.	Dvůr Králové nad Labem	Královéhradecký	 D	92 %	2,9	40	49
146	104. až 188.	Bílina	Ústecký	 D	71 %	2,9	45	46
148	115. až 192.	Jablunkov	Moravskoslezský	 C	57 %	2,8	29	53
148	115. až 171.	Klatovy	Plzeňský	 C	78 %	2,8	34	52
150	105. až 200.	Týn nad Vltavou	Jihočeský	 C	72 %	2,7	26	54

Pořadí	Rozpětí	Obvod	Kraj	Typ	Stabilita typu	Index	Síť	Krytí
150	121. až 174.	Česká Lípa	Liberecký	D	95 %	2,7	43	47
150	106. až 171.	Stříbro	Plzeňský	B	96 %	2,7	57	36
150	85. až 181.	Neratovice	Středočeský	D	49 %	2,7	50	42
154	95. až 190.	Nepomuk	Plzeňský	C	52 %	2,6	35	51
155	132. až 166.	Sokolov	Karlovarský	D	71 %	2,5	49	43
156	128. až 172.	Lanškroun	Pardubický	D	98 %	2,5	44	46
156	64. až 163.	Uničov	Olomoucký	D	49 %	2,5	47	44
158	85. až 163.	Vizovice	Zlínský	B	82 %	2,4	53	39
159	89. až 180.	Hořovice	Středočeský	D	74 %	2,3	47	43
160	150. až 185.	Tachov	Plzeňský	D	100 %	2,3	36	48
160	115. až 191.	Vlašim	Středočeský	D	54 %	2,3	31	50
162	111. až 205.	Valašské Klobouky	Zlínský	C	76 %	2,2	20	53
162	134. až 188.	Rumburk	Ústecký	D	64 %	2,2	31	50
164	140. až 174.	Lysá nad Labem	Středočeský	B	81 %	2,1	54	35
165	154. až 179.	Kralupy nad Vltavou	Středočeský	B	74 %	2,0	54	31
165	131. až 184.	Vrchlabí	Královéhradecký	D	36 %	2,0	32	49
167	75. až 192.	Nové Město nad Metují	Královéhradecký	D	78 %	1,9	38	46
167	136. až 182.	Kralovice	Plzeňský	D	66 %	1,9	34	48
169	155. až 185.	Boskovice	Jihomoravský	D	100 %	1,8	43	43
170	158. až 184.	Kolín	Středočeský	D	91 %	1,8	47	39
171	164. až 191.	Pelhřimov	Vysočina	D	89 %	1,7	29	49
172	104. až 181.	Králíky	Pardubický	C	83 %	1,7	23	50
173	142. až 191.	Nymburk	Středočeský	D	82 %	1,7	34	46
174	148. až 187.	Žatec	Ústecký	D	89 %	1,6	48	38
175	141. až 198.	Krnov	Moravskoslezský	D	71 %	1,5	31	48
175	50. až 180.	Odry	Moravskoslezský	D	71 %	1,5	45	40
177	138. až 193.	Český Brod	Středočeský	D	92 %	1,5	43	41
178	132. až 195.	Domažlice	Plzeňský	D	51 %	1,4	27	49
178	154. až 190.	Semily	Liberecký	D	100 %	1,4	41	41
180	132. až 191.	Nový Bydžov	Královéhradecký	D	76 %	1,3	37	44
181	149. až 193.	Sušice	Plzeňský	D	82 %	1,3	30	47
182	125. až 188.	Strakonice	Jihočeský	D	90 %	1,2	42	41
182	163. až 194.	Nový Bor	Liberecký	D	98 %	1,2	34	46
184	86. až 196.	Mnichovo Hradiště	Středočeský	D	82 %	1,1	42	40
185	155. až 189.	Votice	Středočeský	D	96 %	1,0	36	43
185	169. až 195.	Milevsko	Jihočeský	D	100 %	1,0	31	46
187	163. až 198.	Telč	Vysočina	D	86 %	1,0	24	47
188	173. až 193.	Mělník	Středočeský	D	100 %	0,9	32	43
189	122. až 196.	Moravské Budějovice	Vysočina	D	70 %	0,9	24	46
190	138. až 193.	Čáslav	Středočeský	D	98 %	0,8	41	33
191	166. až 198.	Náměšť nad Oslavou	Vysočina	D	98 %	0,8	32	40
192	175. až 202.	Znojmo	Jihomoravský	D	98 %	0,7	25	42
192	159. až 197.	Konice	Olomoucký	D	97 %	0,7	39	26
194	116. až 198.	Moravská Třebová	Pardubický	D	63 %	0,6	25	41
194	183. až 204.	Přelouč	Pardubický	D	100 %	0,6	36	33
196	192. až 204.	Rakovník	Středočeský	D	100 %	0,5	17	42
197	180. až 203.	Trhové Sviny	Jihočeský	D	99 %	0,5	27	38
198	153. až 199.	Broumov	Královéhradecký	D	84 %	0,4	28	38
199	184. až 202.	Vimperk	Jihočeský	D	100 %	0,4	24	39
200	112. až 201.	Podbořany	Ústecký	D	61 %	0,3	17	39
201	188. až 205.	Sedlčany	Středočeský	D	100 %	0,3	21	38
202	195. až 204.	Mikulov	Jihomoravský	D	100 %	0,2	28	31
203	190. až 204.	Horšovský Týn	Plzeňský	D	100 %	0,2	24	33
203	200. až 205.	Kraslice	Karlovarský	D	100 %	0,2	25	30

Pořadí	Rozpětí	Obvod	Kraj	Typ	Stabilita typu	Index	Sít	Krytí
205	196. až 205.	Frýdlant	Liberecký	 D	98 %	0,1	12	32
206	206. až 206.	Aš	Karlovarský	 D	100 %	0,0	12	21

Příloha B. Metodické detaily

B.1 Signální výkony a jejich periodičita

Obor	Kódy výkonů	Název dle Seznamu zdravotních výkonů a periodičita úhrady
Praktik pro dospělé	01021, 01022	komplexní vyšetření praktickým lékařem (při převzetí do péče). Opakované komplexní vyšetření praktickým lékařem = preventivní prohlídka, hrazena 1× za 2 roky
Dětský lékař	02021, 02022, 02031, 02032	komplexní a opakované komplexní vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost. Kódová řada se větví podle věku (0202x dítě do 6 let, 0203x nad 6 let), sčítáme obě větve. Opakovaným komplexním vyšetřením se vykazuje preventivní prohlídka
Zubní lékař	00901, 00946	preventivní prohlídka registrovaného pacienta, dvě úhradové varianty téhož výkonu (s Osvědčením ČSK / bez něj). Dospělí 1× ročně, děti od 1 do 18 let a těhotné 2× ročně
Gynekolog	63050	preventivní gynekologická prohlídka (1× ročně, od 15 let). Komplexní vyšetření (63021) a cílené vyšetření (63022) nezahrnujeme, aby se roční preventivní signál nemíchal s jinými typy vyšetření

Názvy podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, a úhradových podkladů zdravotních pojišťoven. Kódy jsou stabilní ve všech letech 2019 až 2024 a jejich výběr je ověřen proti objemům vykázané péče v datech. Cílená a kontrolní vyšetření do signálu záměrně nevstupují. U zubařů jde o dvě varianty téhož výkonu. Obě současně vykazuje jen 13 % poskytovatelů a u dospělých se hradí jedna prohlídka ročně, překryv osob mezi kódy je proto omezený. U praktiků roční počet násobíme dvěma (dvouletá periodičita, předpoklad rovnoměrných kohort). Prohlídky dětí běží do tří let podle hustšího věkového kalendáře a od tří let rovněž ve dvouletém rytmu, u dětí ale násobíme. Všechny výpočty totiž pracují s percentily uvnitř oborů, takže násobení konstantou nemění pořadí praxí ani obvodů a slouží jen čitelnosti úrovně u praktiků.

B.2 Ukazatel vykázané aktivity a jeho meze

Zdrojová data NR-04-02 obsahují počty pacientů unikátní v kombinaci rok × IČO × výkon × hlavní diagnóza. Aktivita praxe = součet přes diagnózy a oborové kódy. Pacient vykázaný u téhož kódu s více diagnózami může být započten vícekrát. Poměr součtu k největší diagnóze skupině činí v mediánu 1,09 a u čtvrtiny praxí přesahuje 1,47. Jde o horní mez možného opakovaného započtení, ne o změřený překryv osob. Jedinou diagnózu má 15,6 % kombinací IČO × kód. Skutečný počet unikátních pacientů leží mezi maximem přes diagnózy a součtem. Pořadí praxí je na volbě robustní (Spearman 0,92). Úroňové podíly uvádíme jako rozpětí (u zubařů nadprahové praxe 6,7 až 11,2 %). Kalibrace z našich obecních reportů (účast na preventivních prohlídkách zhruba 43 % za dvouleté období) a zde uvedené srovnání s registracemi na úvazek (34 % za jeden rok) nejsou v rozporu: liší se obdobím i jednotkou (praxe proti úvazku) a společně vymezují řád ukazatele.

B.3 Vzorce os a indexu

Pro obvod i a profesi $p \in \{\text{praktik pro dospělé, dětský lékař, zubní lékař, gynekolog}\}$: $\text{hustota}_{ip} = \text{poskytovatelé (IČO) na 10 000 obyvatel}$. $\text{Dojezd}_{ip} = \text{počet míst profese } p \text{ uvnitř 30minutové silniční izochrony ze sídelního města, sjednocený s místy v obvodu}$. $\text{Krytí}_{ip} = \text{vykázaná péče praxí se sídlem v obvodu / obyvatelé segmentu (okresní podíly dětí a žen, ČSÚ)}$. Péče se přiřazuje podle sídla IČO, ne podle místa poskytování. U jednoobvodových poskytovatelů jde o totéž, víceobvodové řetězce (11 % péče) do obvodů nerozdělujeme a citlivost na jejich rozpočítání uvádí kapitola 11. $\text{Podprah}_{ip} = \text{podíl vykazujících praxí pod oborovým prahem}$. $\text{Pct}()$ značí percentil mezi 206 obvodů (0 až 100).

Osa 1 = průměr přes p z $[0,5 \times \text{Pct}(\text{hustota}) + 0,5 \times \text{Pct}(\text{dojezd})]$. **Osa 2** = průměr přes p z $[0,5 \times \text{Pct}(\text{krytí}) + 0,5 \times (100 - \text{Pct}(\text{podíl nadprahových}))]$, tj. vyšší hodnota = vyšší krytí a méně koncentrovaná aktivita. Vyšší hodnoty obou os znamenají vyšší pořadí, a tedy vyšší index. Nulová vykázaná aktivita vstupuje do krytí jako nula. Podíl nadprahových praxí je definován jen pro vykazující praxe. Chybí-li složka úplně (v obvodu není žádná vykazující praxe), průměruje se přes dostupné složky. **Index** = $\text{Pct}(\text{průměr pořadí obvodu v ose 1 a ose 2}) / 10$. Shodná průměrná pořadí sdílejí hodnotu indexu i pořadí. **Typy**: A = obě osy $\geq$ medián, B = osa 1 $\geq$ medián $>$ osa 2, C = osa 2 $\geq$ medián $>$ osa 1, D = obě pod mediánem.

Podtypy B: B1 = průměrný percentil podílu nadprahových praxí ≥ 60 (vytížená síť). B2 = průměrný percentil krytí ≤ 40 a zároveň dojezdová složka osy 1 ≥ 50 (obraz spádu do metropole). B3

= alespoň 20 % poskytovatelů v registru bez vykázané hrazené péče (převaha nesmluvních prací). Zbývající obvody typu B jsou B4, smíšené. Pravidla se vyhodnocují v pořadí B1, B2, B3, obvod dostává první podtyp, jehož podmínku splní. Podmínku B3 nesplnil žádný obvod (kapitola 6.2). Jde o popisná pravidla pro formulaci hypotéz, ne o ověřené toky pacientů.

B.4 Varianty výpočtu (citlivostní analýza)

Celkem 1 000 variant, v každé z nich: váha hustota/dojezd $w_1 \sim U(0,35 \text{ až } 0,65)$, váha krytí/podprah $w_2 \sim U(0,35 \text{ až } 0,65)$, prahy $\times U(0,85 \text{ až } 1,15)$ s přepočtem prahové složky, mediánové hranice typů na bootstrapovém vzorku obvodů, pořadí přepočteno. Percentily hustoty, dojezdu a krytí zůstávají pevné (zjednodušení, které výsledná rozpětí spíše zužuje). Výstup: rozpětí pořadí (5. až 95. percentil variant) a stabilita typu (podíl variant se shodným typem).

B.5 Dojezd

Izochrony jízdy automobilem počítané službou openrouteservice (profil driving-car, pásma 15, 30 a 45 minut, z nichž studie používá 30) nad silniční sítí OpenStreetMap ve stavu služby ke dni výpočtu vrstvy (23. 5. 2026). Výchozím bodem je sídelní město každého obvodu. Sídelní město jsme zvolili místo geometrického středu obvodu, který u členitých obvodů zkresluje výsledky. „V dosahu“ = místa poskytování uvnitř izochrony sjednocená s místy v obvodu, aby okrajový obvod nevyšel hůře než jeho vlastní síť. Jde o dostupnost z jednoho bodu. Okrajové obce obvodu nezachycuje a kapacitu cílových míst nezohledňuje.