



**ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE**

---

**FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ**

**Katedra biomedicínské techniky**

**Praktický lékař a jeho role v systému zdravotní péče**

**General practitioners and their role in the healthcare system**

Diplomová práce

Studijní program: Systémová integrace procesů ve zdravotnictví

Vedoucí práce: Ing. Martina Caithamlová  
Konzultant: MUDr. Ing. Miroslav Přádka, PhD.

**Bc. Vojtěch Brtinský**

---

**Kladno 2021**



# ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

## I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Brtinský** Jméno: **Vojtěch** Osobní číslo: **465415**  
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**  
Garantující katedra: **Katedra biomedicínské techniky**  
Studijní program: **Systémová integrace procesů ve zdravotnictví**

## II. ÚDAJE K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Název diplomové práce:

**Praktický lékař a jeho role v systému zdravotní péče**

Název diplomové práce anglicky:

**General practitioners and their role in the healthcare system**

Pokyny pro vypracování:

Cílem diplomové práce je zhodnotit aktuální roli praktického lékaře v systému zdravotní péče včetně ekonomického zhodnocení činnosti praktického lékaře pro dospělé. Proveďte analýzu současného stavu problematiky v ČR i ve světě. V rámci diplomové práce analyzujte úhradový mechanismus ordinace praktického lékaře v letech 2016 až 2020. Analyzujte pravomoci praktického lékaře. Specifikujte aktuální zakotvení účasti ordinace praktického lékaře v preventivních programech včetně způsobu úhrad této péče. Analyzujte související personální, věcné a technické vybavení nejméně ve dvou ordinacích praktických lékařů pro dospělé. Podrobně analyzujte a diskutujte nákladovou i výnosovou strukturu těchto pracovišť. Navrhněte úpravy směřující ke stabilizaci pozice praktického lékaře v systému poskytování zdravotní péče

Seznam doporučené literatury:

[1] Košta, O., Management úspěšné ordinace praktického lékaře, Praha : Grada, číslo 978-80-247-4422-3, 2013  
[2] Garrido M., V; Zentner A., Busse R., The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature., Scandinavian Journal of Primary Health Care, ročník 2011, číslo doi: 10.3109/02813432.2010.537015

Jméno a příjmení vedoucí(ho) diplomové práce:

**Ing. Martina Caithamlová**

Jméno a příjmení konzultanta(ky) diplomové práce:

Datum zadání diplomové práce: **25.09.2020**

Platnost zadání diplomové práce: **18.09.2022**

Doc. Ing.  
Martin  
Rožánek, Ph.D.  
doc. Ing. Martin Rožánek, Ph.D.  
podpis vedoucí(ho) katedry

Digitálně podepsal Doc.  
Ing. Martin Rožánek,  
Ph.D.  
Datum: 2021.03.03  
13:30:14 +01'00'

prof. MUDr.  
Jozef Rosina,  
Ph.D., MBA

Digitálně podepsal  
prof. MUDr. Jozef  
Rosina, Ph.D., MBA  
Datum: 2021.03.04  
13:30:14 +01'00'

prof. MUDr. Jozef Rosina, Ph.D., MBA  
podpis děkana(ky)

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem „Praktický lékař a jeho role v systému zdravotní péče“ vypracoval samostatně a použil k tomu úplný výčet citací použitých pramenů, které uvádím v seznamu přiloženém k diplomové práci.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 Zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Kladně dne 6. 5. 2021

.....

Bc. Vojtěch Brtinský

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych rád vyjádřil své díky především Ing. Martině Caithamlové, vedoucí diplomové práce, a to nejen za skvělý přístup při jejím vedení, ale také za významnou podporu během celého inženýrského studia. Rád bych také poděkoval svému konzultantovi MUDr. Ing. Miroslavu Přádkovi, Ph.D., za podnětné rady při psaní diplomové práce a v neposlední řadě také oběma lékařům, kteří si na mě v této nelehké době našli čas a chuť spolupracovat.

## **ABSTRAKT**

### **Název práce: Praktický lékař a jeho role v systému zdravotní péče**

Cílem diplomové práce je zhodnocení činnosti dvou vybraných ordinací praktických lékařů jak z hlediska ekonomického, tak z hlediska personálního a technického vybavení. V rámci úvodu do problematiky je zpracována analýza současného postavení praktických lékařů v ČR a dalších evropských zemí (Německo, Rakousko, Francie, Nizozemsko). K posouzení finanční situace obou ordinací jsou využity metody finanční analýzy, jejíž výstupy jsou dále podrobeny externímu benchmarkingu. Pomocí SWOT analýzy jsou následně navržena vhodná opatření vedoucí k upevnění pozice praktických lékařů v rámci primárního sektoru zdravotnictví. Zásadním přínosem práce jsou nové poznatky ohledně výše ukazatelů finanční analýzy tohoto oboru činnosti. Navzdory analogickému charakteru obou zkoumaných ordinací se jednotlivé vybrané ukazatele provedené finanční analýzy výrazně odlišují. Průměrná ziskovost ordinace A dosahuje před zdaněním a úroky částky 210 tis. Kč, v případě ordinace B 510 tis. Kč. Výsledky Altmanovy analýzy dále potvrdily, že postavení ordinací je v rámci primární péče stabilní a jejich zánik není předpokládán.

### **Klíčová slova**

Praktický lékař, zdravotnictví, primární péče, finanční analýza

## **ABSTRACT**

### **The title of the Thesis: General practitioners and their role in the healthcare system**

The aim of the diploma thesis is to evaluate the role of two selected general practitioners in the healthcare system, both in terms of economic stability and in terms of personnel and technical equipment. The introduction part comprises an analysis of the current position of general practitioners in the Czech Republic and other European countries (Germany, Austria, France, the Netherlands). Methods of financial analysis are employed to assess the financial situation of both surgeries, the outputs of which are further subjected to external benchmarking. By the means of SWOT analysis, suitable measures are subsequently proposed to strengthen the position of general practitioners within the primary health-care sector. The main contribution of the diploma thesis is the new knowledge about the level of financial analysis indicators in this specific sector. Despite the analogous nature of both examined surgeries, the individual selected indicators of the performed financial analysis differ significantly. The average profitability of surgery A amounts to 210 thousand CZK, in the case of surgery B 510 thousand CZK. The results of Altman's analysis further confirmed that the position of the analyzed surgeries in primary care is stable and their existence is not assumed to cease.

### **Keywords**

General practitioner, healthcare, primary care, financial analysis

<b>Seznam symbolů a zkratk</b> .....	<b>9</b>
<b>1 Úvod</b> .....	<b>10</b>
<b>2 Primární péče a její místo ve zdravotním systému</b> .....	<b>11</b>
<b>3 Současný stav primární péče</b> .....	<b>13</b>
3.1 Zdravotní profil české populace.....	14
3.2 Ekonomické zajištění primární péče .....	15
3.2.1 Ekonomické zajištění primární péče v ČR.....	15
3.2.2 Ekonomické zajištění primární péče v Evropě.....	16
3.3 Kompetence praktických lékařů.....	17
3.3.1 Vzdělávání praktických lékařů v ČR.....	18
3.3.2 Vzdělávání praktických lékařů v Evropě .....	19
3.3.3 Výkony praktických lékařů v ČR.....	20
3.3.4 Výkony praktických lékařů v Evropě.....	22
3.3.5 Preskripční omezení v ČR.....	24
3.3.6 Preskripce léků v Evropě.....	26
3.4 Prevence a zdravotní gramotnost .....	28
3.4.1 Prevence v ČR.....	28
3.4.2 Zdravotní gramotnost v ČR.....	29
3.4.3 Prevence a zdravotní gramotnost v Evropě.....	30
3.5 Personální a technické vybavení ordinací VPL a PLDD .....	31
3.5.1 Personální vybavení v ČR.....	31
3.5.2 Technické vybavení v ČR .....	32
3.5.3 Personální a technické vybavení v Evropě.....	32
<b>4 Cíle práce</b> .....	<b>35</b>
<b>5 Metody</b> .....	<b>36</b>
5.1 Benchmarking .....	36
5.2 Finanční analýza.....	39
5.2.1 Analýza absolutních ukazatelů.....	39
5.2.2 Analýza poměrových ukazatelů .....	40
5.2.3 Souhrnné indexy hodnocení podniku .....	46
5.3 SWOT analýza .....	48
<b>6 Výsledky</b> .....	<b>49</b>

6.1	Představení zdravotnických zařízení.....	49
6.2	Finanční analýza.....	52
6.2.1	Analýza absolutních ukazatelů.....	52
6.2.2	Analýza poměrových ukazatelů .....	65
6.3	Analýza úhradového mechanismu .....	79
6.3.1	Analýza výnosů .....	79
6.3.2	Analýza nákladů .....	89
6.4	Analýza personálního vybavení .....	93
6.5	Analýza technického vybavení.....	96
6.6	SWOT analýza .....	98
<b>7</b>	<b>Diskuse .....</b>	<b>103</b>
<b>8</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>108</b>
	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>110</b>
	<b>Seznam obrázků, grafů, tabulek a rovnic.....</b>	<b>114</b>
	<b>Příloha A: Rozvaha ordinace A.....</b>	<b>117</b>
	<b>Příloha B: Výkaz zisku a ztráty ordinace A.....</b>	<b>118</b>
	<b>Příloha C: Rozvaha ordinace B.....</b>	<b>119</b>
	<b>Příloha D: Výkaz zisku a ztráty ordinace B.....</b>	<b>120</b>



# Seznam symbolů a zkratek

## Seznam zkratek

Zkratka	Význam
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZZ	Zdravotnické zařízení
VPL	Všeobecný praktický lékař
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
IKEM	Institut Klinické a Experimentální Medicíny
EHCI	Euro health consumer index
HDP	Hrubý domácí produkt
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
LPS	Lékařská pohotovostní služba
VZP	Veřejná zdravotní pojišťovna České republiky
RM	Rezidenční místo
SPL	Sdružení praktických lékařů České republiky
ABPM	Ambulantní monitoring krevního tlaku
ABI	Index kotníkového tlaku
POCT	Point of care testing
CRP	C-reaktivní protein
KV	Kassenärztliche Vereinigung
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
SVL	Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
ANSM	Agence nationale de securite du medicament
INN	Mezinárodní nechráněný název
TOKS	Test okultního krvácení do stolice
NPP	Národní program prevence
ICER	Přírůstkový poměr nákladové efektivity
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
APQC	American Productivity and Quality Center
VZZ	Výkaz zisku a ztráty
ROA	Rentabilita aktiv
ROE	Rentabilita vlastního kapitálu
ROS	Rentabilita tržeb
L3	Běžná aktivita
L2	Pohotová aktivita
L1	Okamžitá aktivita
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna
VOZP	Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
ZPMV	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR
HPP	Hlavní pracovní poměr
DPP	Dohoda o provedení práce

# 1 Úvod

Primární péče je neodmyslitelnou základnou každého zdravotního systému vyspělých zemí. Má významný vliv na zdravotní stav celé populace a ekonomickou udržitelnost zdravotního systému. Vzdělaný, motivovaný a kompetentní praktický lékař je jeho nedílnou součástí. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) mají praktičtí lékaři největší potenciál ve zlepšování zdravotního stavu obyvatel, zvyšování zdravotní gramotnosti občanů a snižování, potažmo racionalizaci výdajů, které jsou do zdravotnictví každoročně investovány [1].

K naplnění potenciálu české primární péče však v důsledku značných výkonových a preskripčních limitací praktických lékařů nedochází. Neexistence pravidel, která by jasně vymezovala vztahy praktických lékařů s ambulantními specialisty či zařízeními lůžkové péče, a aktuálně nastavený systém výkonových a paušálních úhrad těmto poskytovatelům vyvolává každoročně nadbytečné náklady v řádu desítek miliard korun. Je předpokládáno, že tato stagnace pramení částečně i z historicko-sociálního vývoje tuzemského zdravotního systému, ve kterém byla za předešlého režimu podporována realizace zdravotní péče především v sekundárním sektoru zdravotnictví.

Nynější snahou ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven ČR je mimo jiné tento systém reformovat se zaměřením na restrukturalizaci primární péče. Navrhované změny jsou vystiženy v koncepci reformy primární péče, jejíž realizace probíhá již od roku 2018 [2]. Ta se zabývá například uvolňováním zmíněných restrikcí, změnou financování zdravotní péče, elektronizací, nebo nastavením nových standardů pro personální a technické vybavení ordinací praktických lékařů. Je nutné si uvědomit, že rozdíly mezi novými a stávajícími možnostmi primární péče mohou být pro některé poskytovatele velice rozsáhlé a přinesou i značné ekonomické náklady. Vzhledem k věkové struktuře stávajících praktiků a nedostatku lékařů je proto obecně potřeba k takovýmto zásadním změnám přistupovat šetrně a vytyčit dostatečně dlouhý časový horizont pro přechod na nové standardy. Cílem reformy je celkově zatraktivnit pracovní náplň praktických lékařů, nikoli však na úkor odchodu stávajících praktiků.

## 2 Primární péče a její místo ve zdravotním systému

Všeobecné praktické lékařství je jedním ze základních medicínských oborů, jehož výchozím cílem je poskytnout občanům potřebnou zdravotní péči. Touto péčí se zpravidla rozumí souhrnná zdravotně-sociální péče, léčebná a preventivní, která respektuje bio-psycho-sociální potřeby pacienta. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze jako nepřítomnost nemoci či vady [3]. Lékaři, kteří tuto péči poskytují jsou součástí tzv. první linie přímého kontaktu pacienta se zdravotním systémem a je v jejich kompetenci danou péči svým pacientům poskytnout, nebo je odkázat na využití dalších specializovaných služeb péče sekundární a terciární [1].

Podle komplexnosti poskytovaných služeb a typu zdravotnického zařízení (ZZ) ve kterém jsou služby realizovány můžeme ve zdravotním systému rozeznávat 3 druhy péče. Tyto druhy by měly tvořit pomyslnou pyramidu služeb, kde největší podíl kontaktu se zdravotnickým systémem je právě v bazální, primární péči, a naopak nejméně pacientů je propuštěno až na vrchol této pyramidy, tedy do sektoru finančně nákladné péče terciární [4].

Dr. Margaret Chan, jako tehdejší generální ředitelka WHO v roce 2013, mimo jiné na světovém kongresu v Praze uvedla: „*Zdravotní systém, jehož páteří je primární péče, přináší nejlepší výsledky zdravotní péče s těmi nejnižšími náklady a maximální spokojeností uživatelů*“ [1]. Její výrok podporuje také teze profesora Gladkého: „*Diagnostika a léčba banálních nemocí v institucích terciární péče z veřejných zdrojů je ekonomicky nebezpečně neúnosná stejně, jako by byla neúnosně medicínsky nebezpečná léčba složitých a náročných nemocí pouze v primární péči.*“ [4] Při zohlednění zdravotního stavu obyvatelstva a ekonomické náročnosti péče je ideálním stavem, aby právě v sektoru primární péče docházelo k nejčastější interakci lékař-pacient a včasnému záchytu a léčbě nemocí v nejrannějším možném stádiu.

V oblasti primární péče figurují různí poskytovatelé, kteří se účastní prvního styku pacienta se zdravotnickým systémem [1, 5]. Těmito poskytovateli mohou být fyzické, ale i právnické osoby, které splňují veškeré legislativní podmínky vztahující se k příslušnému oboru.

- Praktický lékař pro dospělé (VPL)
- Praktický lékař pro děti dorost (PLDD)
- Ambulantní gynekolog
- Stomatolog
- Lékařská služba první pomoci
- Lékárenská pohotovostní služba

- Agentura komplexní domácí péče

Rozsah služeb, které mohou tyto poskytovatelé, zejména VPL, nabízet jsou:

- Zdravotní péče registrovaným pacientům
- Neodkladná péče všem obyvatelům bez ohledu na trvalé bydliště, věk, rasu, pohlaví, či náboženské vyznání
- Léčba
- Prevence
- Vyšetřování a ošetřování
- Diagnostika a diferenciální diagnostika
- Rehabilitace
- Posudková činnost všech onemocnění [6]

Sekundární péče je poskytována pacientům ambulantními a nemocničními specialisty, kterými lze rozumět odborníky v oblastech kardiologie, oftalmologie, endokrinologie, neurologie a dalších specializací. Jedná se o péči odbornějšího charakteru než péče primární, ze které jsou pacienti do ambulancí specialistů, či nemocnic odesíláni.

Terciární zdravotní péče stojí na vrcholu pyramidy, neboť se jedná o nejvíce nákladnou, komplexní a specializovanou péči, která může být uskutečněna pouze na vybraných pracovištích. Mezi taková pracoviště se řadí pouze některé krajské a všechny fakultní nemocnice, a dále také výzkumné ústavy např. Institut Klinické a Experimentální Medicíny v Praze (IKEM) a ostatní výzkumné ústavy zřizované ministerstvem zdravotnictví České republiky [4]. Do tohoto druhu péče jsou pacienti svěřováni ambulantními a nemocničními specialisty obzvláště z důvodů složitosti diagnostiky a léčby různých zdravotních stavů.

Z hlediska obecné finanční udržitelnosti zdravotního systému WHO uvádí, že ideální stav je takový, když 80 % všech zdravotních problémů řeší lékaři primární péče, jelikož právě při takovém množství spotřebují pouze 15–20 % finančních prostředků z rozpočtu zdravotnictví. Lékaři sekundární péče by měli léčit 15 % choré populace a pouze 5 % pacientů by mělo být svěřeno do oblasti terciární péče. Při tomto rozdělení potom sektor sekundární péče využije 40 % daného rozpočtu a sektor terciární, který je nákladově nejnáročnější zbylou část, tj. 45 % [1]. Tento propočtení reflektuje modifikaci Parettovy analýzy, která může být aplikována pouze na ty země, kde jsou největším břemenem zdravotnictví chronická neinfekční onemocnění.

### 3 Současný stav primární péče

Zdravotní péče je v České republice na poměrně vysoké úrovni. Evropský spotřebitelský index zdravotní péče (EHCI, Euro health consumer index) je jedním z ukazatelů, které jsou toho důkazem. Již v roce 2015 jsme se umístili na 15. místě a od té doby si ČR udržuje místo v prvních patnácti zemích EU. Nejlepších výsledků v roce 2018 dosáhly země: Švýcarsko, Nizozemsko a Norsko. Tyto státy se oproti tuzemsku vyznačují především lepšími výsledky v prevenci a preskripci léčiv. Česko má oproti Norsku naopak vedoucí pozici v dostupnosti zdravotní péče, jejíž zajištění spadá do kompetencí zdravotních pojišťoven [7]. Zdravotní péče je hodnocena v rámci níže uvedených indikátorů, kterým jsou podle výsledků za daný rok přidělovány body. Součtem bodů z dílčích oblastí může země dosáhnout maxima 1000 bodů.

EHCI je vyhodnocován za základě sledování všech 46 indikátorů (dříve 48), které spadají do šesti oblastí.

- 1) Práva a informovanost pacientů
- 2) Dostupnost zdravotní péče
- 3) Výsledky
- 4) Rozsah poskytovaných služeb
- 5) Prevence
- 6) Medikace

Česká republika se při vyhodnocení EHCI v roce 2018 umístila na 14. místě s 731 body. Oproti roku 2016 a 2017 došlo k úbytku získaných bodů v 5/6 sledovaných oblastí. Jedinou kategorií, ve které ČR své skóre zlepšila, byla práva a informovanost pacientů. I přes tento pokles je umístění naší země v tomto evropském srovnání více než uspokojivé. Při srovnání postsocialistických zemí střední a východní Evropy má ČR nejrozvinutější a nejstabilnější zdravotní systém [7]. Klesající skóre však signalizuje nevyužitý potenciál zdravotní péče, který je možné naplnit. OECD a WHO tvrdí, že kvalita a udržitelnost celého zdravotního systému je postavena na efektivnosti a využití potenciálu primární péče. Pokud chceme vést zdravotní systém k jeho dokonalosti, je nutné se zaměřit právě na tuto oblast.

*„Primární péče, zajištěná praktickými lékaři (VPL + PLDD) v součinnosti s gynekology a stomatology, je základem fungujícího zdravotnictví ve vyspělých zemích. Má zásadní vliv na zdravotní stav celé populace a dlouhodobou ekonomickou udržitelnost celého zdravotního systému. Dobře pracující, motivovaný a maximem možných kompetencí vybavený praktický lékař je jeho základním kamenem. Je schopen velmi efektivně poskytovat kvalitní a přitom dostupnou (ve smyslu geografickém, časovém, ekonomickém i sociálním) péči. Podle OECD mají praktičtí lékaři největší potenciál ke*

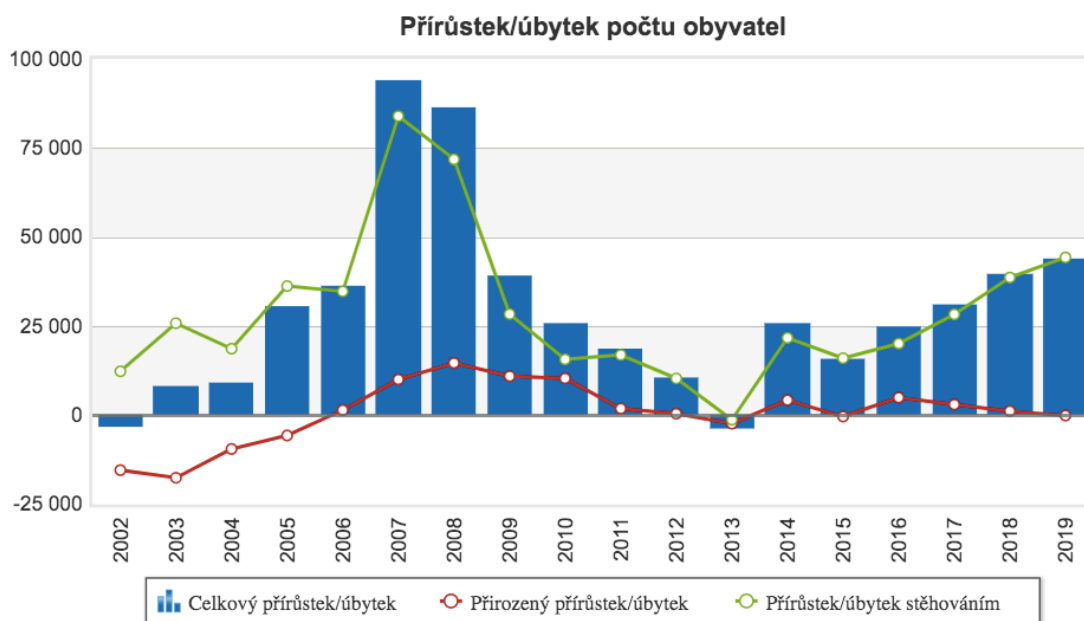
*zlepšení a udržení zdraví populace, zvyšují její zdravotní gramotnost, garantují péči o vulnerabilní skupiny občanů, zajišťují rovnost přístupu k péči a svým působením činí zdravotní systém udržitelnějším a efektivnějším“ [2].*

### 3.1 Zdravotní profil české populace

#### Demografické ukazatele ČR

Jedním z hodnotících ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva je střední délka života. I když byla její hodnota v roce 2018 stále o 2 roky nižší než průměrná hodnota evropských zemí, v národním měřítku došlo k jejímu proporcionálnímu navýšení o 0,1 roku u obou pohlaví. Ženy se dožívají 81,9 a muži 76,1 let [8].

Ke konci roku 2018 žilo v ČR celkem 10 649 800 obyvatel. Počet živě narozených dětí dosahoval hodnoty 114 419 a zemřelo 112 920 občanů. Bilance zahraničního stěhování byla kladná, a tak došlo k opětovnému zvýšení populace.



Graf 3.1: demografický vývoj v ČR [9]

Počet ekonomicky aktivních obyvatel (15–64 let) se oproti roku 2017 však snížil a počet ekonomicky neaktivních zvýšil. Významnější nárůst byl zaznamenán u seniorské populace, která vzrostla o 46 400 osob [10]. Z ekonomického hlediska se jedná o situaci, která je pro stát nepříznivá, neboť se tím zvýší počet státních pojištěnců veřejného zdravotního pojištění. Prodlužující se délka dožití je děj, se kterým se zdravotnictví potýká v důsledku vývoje zdravotní péče a nových technologií. Protože český zdravotní systém je silně závislý na veřejných zdrojích, ekonomická stabilita celého systému může

být lehce ohrožena zvyšujícím se podílem ekonomicky neaktivního obyvatelstva, či kolísavostí zaměstnanosti obyvatel ekonomicky aktivních.

## **3.2 Ekonomické zajištění primární péče**

V České republice se projevují stejné trendy ve zdravotnictví jako v ostatních evropských zemích. Část terciární péče se přesouvá do sekundární a část sekundární péče do primární. Tento vývoj parciálně mění složení pacientů v jednotlivých oblastech zdravotnictví a přináší s sebou i nutnost restrukturalizace způsobu financování jednotlivých sektorů. Pro lékaře primární péče to znamená především větší množství pacientů, kterým musí poskytnout potřebnou péči. Vzhledem k demografickému vývoji populace se jedná zejména o osoby staršího věku, které čerpají lékařskou péči typicky častěji. Jejich léčba je pro zdravotní systém náročnější nejen z medicínského pohledu, ale i toho ekonomického.

Aby došlo k zamezení větší míry kontaktu pacienta se sekundární či terciární sférou zdravotnictví a zároveň k naplnění možného potenciálu primární péče, je nutná alokace finančních prostředků do této oblasti ve výši odpovídající zvýšení objemu péče poskytované VPL [6].

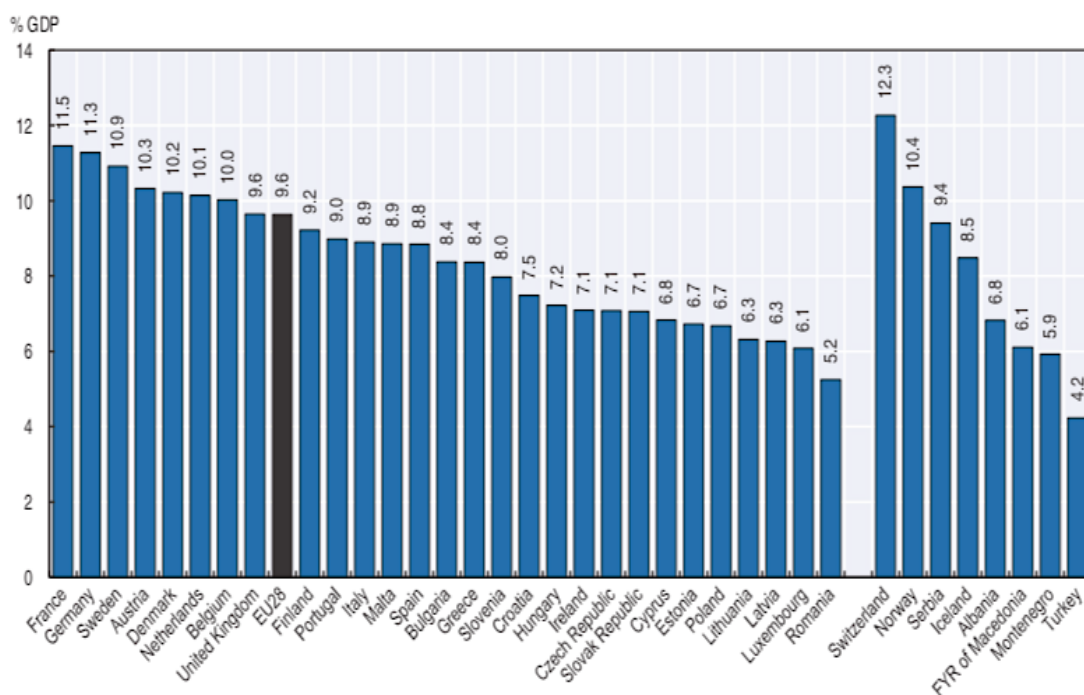
### **3.2.1 Ekonomické zajištění primární péče v ČR**

V Česku jsou rozeznávány 3 různé zdroje financování zdravotní péče. Jedná se o veřejné zdroje (veřejné zdravotní pojištění), soukromé zdroje (dobrovolné platby neziskovým institucím, soukromé zdravotní pojištění a podniková preventivní péče) a přímé platby domácností. V roce 2018 byly celkové výdaje na zdravotnictví ve výši 430,9 mld. Kč a vzrostly tak oproti předchozímu roku o 43,5 mld. Kč. Z celkových výdajů na zdravotnictví jdou necelé dvě pětiny (173,6 mld. Kč) na léčebnou péči. V rámci této péče byl oproti roku 2017 zaznamenán největší, skoro třetinový, nárůst výdajů na specializovanou ambulantní péči. Došlo také ke zvýšení nákladů v oblasti všeobecné ambulantní péče, poskytované především VPL a praktickými lékaři pro děti a dorost (PLDD), a to o 3,3 mld. Kč [11].

Významným poměrovým ukazatelem pro mezinárodní komparaci je procentuální podíl výdajů zdravotnictví na hrubém domácím produktu (HDP). V porovnání s rokem 2017 došlo k jeho opětovnému zvýšení na hodnotu 8,09 %. Za poslední čtyři roky dochází v ČR ke stavu, kdy ekonomika (HDP) roste pomaleji nežli výdaje na zdravotní péči. Průměrné náklady vynaložené na zdravotní péči jednoho českého obyvatele v roce 2018 činily 1 309 EUR.

### 3.2.2 Ekonomické zajištění primární péče v Evropě

Výdaje na zdravotní péči vzhledem k HDP, které ČR v rámci evropské komparace každoročně vynakládá, jsou jedny z nejnižších v celé unii. Průměrné výdaje EU v roce 2017 činily 9,8 % HDP. Zeměmi, které v tomto roce vynaložili více peněžních prostředků, než je průměrná hodnota, byly především Francie (11,5 %) a Německo (11,3 %). Kolem evropského průměru se pohybovaly země jako jsou Belgie, či Finsko a vůbec nejméně peněz jde do zdravotnictví v Rumunsku (5,2 %). Detailnější komparace evropských zemí je znázorněna v následujícím grafu.



Graf 3.2: Přehled evropských zdravotnických výdajů vzhledem k HDP [12]

Největší podíl výdajů k HDP mají však z vyspělých zemí mimo unijní státy jako USA nebo Švýcarsko. Právě americký zdravotní systém, který stojí na jiném funkčním principu, vložil do zdravotnictví v roce 2017 zhruba 17,1 % prostředků vzhledem k HDP. Tamější zdravotnictví se opírá o tržní princip, kde je zdravotní péče financována převážně přímými platbami obyvatel. Rozdílnost ve výši a způsobu financování zdravotnictví odráží nejen typ zdravotního systému, ale také historický, ekonomický, politický a sociální vývoj společnosti jednotlivých zemí [12].



### 3.3 Kompetence praktických lékařů

Obecně kompetencí rozumíme schopnost, či způsobilost vykonávat určitou pracovní pozici a mít k výkonu této práce dostatečné dovednosti a patřičnou kvalifikaci. „Kdo má být schopným všeobecným lékařem, musí si uvědomit, jakou úroveň kompetence potřebuje v dané situaci a úspěšně ji i uplatnit. To vyžaduje znalosti o limitech jeho kompetence, schopnosti rozšířit tyto limity v případě potřeby a taky flexibilitu přizpůsobit se neznámému profesionálnímu prostředí [1]“. Kompetence praktických lékařů můžeme chápat ve třech oblastech a to výkonové, vzdělávací a v oblasti preskripce léků.

Mezi základní kompetence VPL se řadí například i následující dílčí kompetence:

- Komunikační a konzultační dovednosti s pacienty
- Schopnost shromažďovat a správně interpretovat data a výsledky různých vyšetření
- Spolupráce s kolegy, zejména ostatními VPL, PLDD a ambulantními specialisty
- Celoživotně se vzdělávat se svým oboru
- Správně rozpoznávat a řídit postup u běžných klinických zdravotních stavů v praxi primární péče
- Umět zvolit vhodný postup při léčbě složitých zdravotních stavů nebo svěřit pacienta do rukou vhodného specialisty
- Provádět kompetentní klinické vyšetření pacienta s přesným výkladem zjištěného stavu [1]

Kompetence praktických lékařů (VPL, PLDD) jsou v Česku ve srovnání s ostatními vyspělými zeměmi EU jedny z nejnižších. Důvodem je především omezení v oblasti prováděných výkonů v ordinacích lékařů a právní restrikce při předepisování léků. V roce 2018 byla ministerstvem zdravotnictví České republiky (MZČR) schválena koncepce reformy primární péče, ve které jsou ve dvanácti kapitolách popsány plánované změny v oblasti primární péče, které by se měly uskutečnit v odhadovaném horizontu 10 let. Úspěšné plnění následujících kapitol by dle odborníků mělo vést k vyššímu využití potenciálu primární péče, celkovému zatraktivnění oboru praktického lékařství a snížení výdajů, které jsou každoročně do zdravotnictví investovány. Reforma primární péče se zabývá především následujícími oblastmi.

- 1) Posílení kompetencí praktických lékařů a jasné vymezení kompetencí ve vztahu ke specialistům
- 2) Preskripční omezení
- 3) Standardizované vybavení ordinací
- 4) Zvýšení dostupnosti – sdružené praxe

- 5) Kvalita péče a její indikátory
- 6) Změna financování – posílení výkonové složky při fixované kapitaci
- 7) Lékařská pohotovostní služba (LPS)
- 8) Motivační faktory pro zabezpečení praxe na venkově, v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech
- 9) Model vzdělávání (zvláště PLDD)
- 10) Rezidenční místa
- 11) Elektronizace zdravotnictví
- 12) Prevence a zdravotní gramotnost [2]

### 3.3.1 Vzdělávání praktických lékařů v ČR

Obor všeobecného lékařství je v současné době vyučován na všech lékařských fakultách České republiky. Jedná se o obor, který je na konci studia ukončen atestační zkouškou a k získání specializace v tomto oboru je nutné absolvovat 3letou specializační přípravu. V rámci této přípravy student navštěvuje různá pracoviště – ordinace VPL, psychiatrii, neurologii, gynekologii atp. Necelých 20 % všech ordinací VPL má akreditaci v rámci tzv. rezidenčního programu, ve kterém mohou zkušení lékaři připravovat mladé praktiky nejen k atestační zkoušce, ale i k samotnému výkonu povolání. Po úspěšném složení všech zkoušek má VPL profesní a morální povinnost celoživotního vzdělávání v rámci vzdělávacího programu, který je kvalitně propracován a zprostředkováván celostátními organizacemi praktických lékařů [1]. Je známým faktem, že praktické lékařství není v důsledku pracovní monotónnosti a nízkých kompetencí pro mladé mediky příliš atraktivním oborem. Dle propočtů Veřejné zdravotní pojišťovny České republiky (VZP) je pro přirozenou generační obměnu nutné, aby v ČR atestovalo ročně 180–200 lékařů.

Z průzkumu, který byl v roce 2015 uskutečněn na Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze však vyplývá, že 90 % studentů hodlá ukončení studia působit v ČR. Tento průzkum dále zjistil, že všeobecné praktické lékařství je třetím nejžádanějším oborem mladých mediků a vyvrací tak domněnku, že praktické lékařství je až druhotnou kariérou volbou studentů. Dle zkušeností 1. Lékařské fakulty UK chtějí v tomto oboru působit velice často i nejlepší studenti ročníku. Studenti v průzkumu potvrdili, že 14denní praxe v ordinaci VPL, kterou povinně absolvují v rámci 6. ročníku, je pro jejich volbu budoucí specializace klíčovým okamžikem. Docent Bohumil Seifert, přednosta Ústavu všeobecného lékařství 1 LF UK v Praze, v rámci vyhodnocení průzkumu řekl: „*Jednou z největších slabín současného studia na českých lékařských fakultách je nízká úroveň praktické výuky a nedostupnost klinických výkonů pro studenty. Všeobecná praxe má tak šanci být atraktivním výukovým místem, kde si student pod vedením školitele základní praktické úkony vyzkouší nebo zopakuje*“ [13].

Na základě těchto výsledků později došlo ke vzniku národní databáze školitelů, kteří se mohou účastnit pregraduální výuky mediků a nabídnout jim tak své pracoviště pro absolvování 14denní praxe.

Zmíněná zdravotnická reforma mimo jiné pojednává o problematice rezidenčních míst (RM). Plánované změny zahrnují zvýšení dotací, určených na RM výhradně pro VPL a PLDD v takové výši, aby byly pokryty i platové náklady na rezidenty tak, jako je tomu v nemocnicích. Dalším bodem je zvýšení dostupnosti RM i pro lékaře, kteří se pouze rekvalifikují z jiných specializací [2].

### **3.3.2 Vzdělávání praktických lékařů v Evropě**

#### **Německo**

Nedostatek nově se specializujících lékařů, zvyšování počtu praktiků v důchodovém věku a migrace lékařských i nelékařských pracovníků do zemí s lepšími ekonomickými podmínkami. To jsou demografické trendy, které platí pro většinu evropských zemí. Studie z roku 2018 uvádí, že díky zmíněnému populačnímu vývoji je v současné době v Evropě nedostatek 200–250 tisíc lékařů. Paradoxně ale počet lékařů v EU stále roste. Za poslední dekádu vzrostl o necelých 5 %, což je více, než je průměrná míra tvorby pracovních míst ve všech sektorech (3 %). I přes tento fakt však problémy s náborem nových lékařů stále přetrvávají. Nedostatek kandidátů s nezbytnou kvalifikací je příčinou poloviny neobsazených lékařských pozic v EU [14]. Dalším ze zásadních problémů je i nerovnoměrné rozdělení nejen praktických lékařů po území jednotlivých států. Tuto problematiku se snaží řešit jednotlivé země různým způsobem, avšak většinou spatřují východisko již na samém počátku studia mladých mediků. Zpravidla se snaží o reformu vzdělávacího systému takovým způsobem, aby byli určitou formou bonifikováni právě ti, u kterých je větší pravděpodobnost setrvání ve své vlasti a působení ve venkovských oblastech.

Studium medicíny je v Německu umožňováno na 38 univerzitách. Podmínky pro přijetí tvoří maturita z gymnázia, přijímací řízení (Medizinertest) a především stanovený známkový průměr, který je pro přijetí uchazeče zásadní. Lékařské univerzity vytváří pro uchazeče vysoce konkurenční prostředí. Statistika uvádí, že v zimním semestru 2017/2018 bylo v Německu celkem 43 184 uchazečů o studium medicíny, avšak pouze 9 176 volných míst. Vláda 4. největší spolkové země Severního Porýní-Vestfálska se proto rozhodla vymezením kvóty pro studenty, kteří po skončení studia budou směřovat svou působnost do méně atraktivních oblastí. Z celkového počtu 2 200 volných studijních míst bylo v akademickém roce 2019/2020 poprvé vymezeno 8 % míst pro ty, kteří se rozhodnou pracovat ve venkovských ordinacích.

Uchazeči, kteří jsou do studijního programu přijati, uzavírají smlouvu se zmíněnou spolkovou zemí, podle které se zavazují pracovat jako praktičtí lékaři v rurálních oblastech nejméně po dobu 10 let. Noví lékaři, kteří po ukončení studia založí

nebo přeberou ordinace v komunitách do 25 000 obyvatel, obdrží 60 000 EUR. V případě porušení kontraktu budou však pokutováni ve výši 250 000 EUR.

Podobný přístup má i spolková země Meklenbursko-Přední Pomořansko, která od téhož roku nabízí studentům po dobu 4 let studia měsíční částku 300 EUR, pokud s tamní vládou uzavřou podobný kontrakt [15].

## **Rakousko**

Počet absolventů rakouských lékařských univerzit je v rámci zemí OECD nejvyšší v přepočtu na 100 000 obyvatel. Zároveň se ale tato země potýká s obrovským problémem odchodu nových mediků do zahraničí. Každoročně totiž odchází zhruba 30 % všech nově atestovaných lékařů. Do roku 2014 bylo možné studovat všeobecné lékařství na čtyřech univerzitách. V tomto roce se rakouská vláda rozhodla řešit problém s přetrvávajícím nedostatkem lékařů tím, že nově akreditovala lékařské obory na dvou univerzitách. Univerzité zdravotnických věd Karla Landsteinerja v Kremži a Johanna Keplera v Linci. Toto rozhodnutí je však doposud silně kritizováno a je považováno za neudržitelné. Hlavní příčina problému s nedostatkem lékařů totiž dle odborníků pramení v systému postgraduálního vzdělávání, nikoli z nedostatku lékařských fakult. Reformou postgraduálního vzdělávání se zabývá pracovní skupina ministerstva zdravotnictví, která se již od roku 2015 intenzivně snaží zatraktivnit obor všeobecného lékařství. Zatím bylo dosaženo například vyššího stupně elektronizace zdravotnictví či zvýšení výkonových kompetencí praktických lékařů. V současné době probíhá, podobně jako v ostatních zemích střední Evropy, restrukturalizace dotací na rezidenční místa a snaha o bonifikaci venkovských lékařů [16].

### **3.3.3 Výkony praktických lékařů v ČR**

Čeští VPL jsou zpravidla za svou práci odměňováni kombinovanou kapitačně – výkonovou platbou. Výše kapitační platby je dána úhradovou vyhláškou MZČR č. 268/2019 Sb., ve které je každoročně upravována výše úhrad hrazených služeb, výše hodnoty bodu a regulační omezení. Pro rok 2020 byla základní, nejvyšší, kapitační platba VPL a PLDD stanovena na 56 Kč. Jedná se o částku, kterou každý měsíc obdrží VPL za pacienta evidovaného ve své kartotéce, pokud splňuje následující podmínky. Týdenní ordinační doba musí činit 30 hodin a zároveň být rozložena do 5 pracovních dnů. Minimálně jeden den musí být ordinační doba do 18:00 a minimálně 2 dny možnost objednání se na pevně stanovenou hodinu. Výše kapitační sazby se pohybuje od 48–56 Kč a záleží na tom, zda VPL či PLDD splňuje podmínky pro její obdržení. Výsledná kapitace se poté násobí koeficientem, který odráží věk jednotlivých pacientů, a potažmo i nákladnost vynaložené péče lékaře. Násobící index se pohybuje v rozmezí hodnot od 0,90–4,10.

Praktický lékař vykazuje zdravotní pojišťovně k úhradě pouze ty zdravotní výkony, které nejsou zahrnuty do kapitační platby. Výkony v rámci kapitačních plateb

vykazuje pouze v případě, že dojde k vyšetření či léčbě pacienta, který není veden v jeho registraci. Kapitační platby zahrnují výkony jako jsou: cílené a kontrolní vyšetření praktickým lékařem, administrativní úkony lékaře, injekční anestezie, ošetření a převazy rány, konzultace lékaře s pacientem a jeho rodinnými příslušníky atp. Dle stejné vyhlášky je také stanovena hodnota bodu výkonů, které nejsou zahrnuty do kapitační platby. Pro rok 2020 byla určena výše 1 bodu za standardní výkony na 1,18 Kč (o 10 haléřů více než v předchozím roce). U výkonů, které jsou preferované pojišťovny, tj. prevence a očkování, vzrostly z 1,12 Kč na 1,20 Kč [17, 18].

Dle § 17 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, zveřejňuje každoročně MZČR v aktuálním znění vyhlášky č. 134/1998 Sb. seznam výkonů s příslušným bodovým ohodnocením. Pro lepší orientaci jsou ve zmíněné vyhlášce uvedeny kapitoly, do které spadají odpovídající specializace (VPL – 001, PLDD – 002).

*„Primární péče bude i nadále hrazena kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, která podporuje vztah lékař–pacient (tím, že je vázána na registraci), brání zbytečné honbě za body, podporuje prevenci a také komunitní a sociální roli praktického lékaře a stabilizuje síť lékařů primární péče. Je však třeba posílit výkonovou složku úhrad a nastavit takové úhradové mechanismy, které umožní diferenciaci mezi jednotlivými praxemi podle poskytovaného výkonu a které je budou motivovat k lepší péči tím, že umožní lepší ohodnocení praxí poskytujících vyšší výkon a kvalitu,“* říká MUDr. Petr Šonka [19]. Zároveň nelze s reformováním primární péče opomenout ambulantní specialisty, kteří jsou současně ekonomicky motivováni k péči o nenáročné pacienty. Snahou reformy je docílit toho, aby specialisté měli potřebný čas a motivaci soustředit se na akutní a komplikované případy, které spadají do jejich kompetencí.

V květnu 2019 byla podepsána dohoda mezi zdravotními pojišťovny, zástupci sdružení praktických lékařů ČR (SPL) a PLDD o nových úhradách zdravotních služeb pro rok 2020. Jako reakce na reformu z předchozího roku byly mezi hrazené výkony nově začleněny i výkony, které praktikům rozšiřují pole působnosti. Mezi nové výkony byly zařazeny:

- Časný záchyt demence v ordinaci lékaře
- Péče o prediabetika
- Dispenzarizace diabetiků 2. typu
- Péče o pacienta po onkologické léčbě
- Stanovení D-dimeru, troponinu T a pro BNP v ordinaci VPL
- Management kolorektálního screeningu
- Kardiovaskulární prevence (ABPM, ABI)
- Záchyt a sledování pacienta s obezitou v ordinaci PLDD

- Sledování novorozence s mimořádnými nároky na péči
- Edukační rozhovor lékaře s rodinou v souvislosti s očkováním

Největší restrikce vnímají praktičtí lékaři v rámci komplexní péče o chronické pacienty a diferenciální diagnostiky akutních stavů. Omezení se týká nejčastěji pacientů, např. diabetiků, astmatiků, hypertoniků, pacientů s demencí, CHOPN nebo onkologickým onemocněním. Rozšiřování výkonových kompetencí je silně vázáno na preskripční omezení, kterému se věnuje kapitola 4.3.5. V současné době byly zatím uvolněny pouze některé léky, například proti neuropatické bolesti, vysokému cholesterolu či revmatologické nemoci a jejich množství se bude v dohledné době opět zvětšovat.

K provádění diferenciální diagnostiky akutních stavů musí mít lékaři k dispozici větší spektrum přístrojů, např. přístroje schopné tzv. point-of-care-testing (POCT) ke stanovení D-dimeru, kardiospecifických markerů, spirometrie atp. [20] Problematice věcného a technického vybavení se dále věnuje kapitola 4.5.1.

V roce 2015 provedla VZP analýzu pracovišť praktických lékařů, jejímž výstupem byl detailní rozbor spektra poskytovaných služeb. Co se týče mimo kapitačních výkonů, bylo zjištěno, že největší zastoupení nasmlouvaných výkonů zaujímá EKG vyšetření. To v roce 2015 provádělo 57 % praxí. Naopak nejméně nasmlouvaným výkonem bylo zjišťování hladiny glykovaného hemoglobinu a ABI. O stabilizovaného kompenzovaného diabetika 2. typu v současné době pečuje necelá polovina VPL (47 %), čímž dochází i ke zlepšení celkové dispenzární péče o pacienty tohoto typu. Výkony zahrnující vyšetření POCT (pro stanovení CRP a INR z kapilární krve) má nasmlouváno necelých 40 % praxí VPL. Je však nutností podotknout, že ne všechna pracoviště nasmlouvané výkony provádí a vykazují zdravotním pojišťovnám k úhradě [21].

### **3.3.4 Výkony praktických lékařů v Evropě**

#### **Německo**

Výkonová, ale i preskripční omezení jsou v německé primární péči takřka minimální. Němečtí praktici mohou oproti českým kolegům provádět mnohem širší spektrum odborných vyšetření, jehož rozsah je dán stupněm postgraduálního vzdělání lékaře. Stejně jako v ČR je největší množství primární zdravotní péče realizováno praktiky v soukromé sféře, kteří jsou obvykle členy Asociace zákonných zdravotních pojišťoven (KV, Kassenärztliche Vereinigung). KV je německou organizací, která sdružuje zdravotní pojišťovny a skrze kterou probíhá běžné vyúčtování poskytnuté zdravotní péče. Mezi obvyklé výkony tamních lékařů patří kupříkladu i vyšetření EKG, spirometrie, monitorování tlaku dle Holtera, sonografické vyšetření, infuzní terapie, a dokonce i malé chirurgické výkony jsou v německých ordinacích běžnou praxí.

Konkrétní výše úhrady chirurgických zákroků v roce 2019 činila například 13,96 EUR (358 Kč) za suturu, nebo 22,19 EUR (570 Kč) za ošetření komplikované rány a bércového vředu [22].

Pro realizaci a následnou úhradu výše uvedených vyšetření musí VPL absolvovat zkoušku u KV, která probíhá formou pravidelných kontrol. Pověřený pracovník si obvykle jednou za šest měsíců od praktika vyžádá obrazovou dokumentaci vybraných uskutečněných vyšetření a zhodnotí jejich kvalitu a interpretaci. Pokud neshledá žádné nesrovnalosti, VPL může vyšetření dál vykazovat pojišťovně k úhradě. VPL vykonává i dispenzární péči, kdy pacienta zařadí do jedné ze tří dispenzarizačních skupin (diabetici, kardiaci, astmatici a pacienti s CHOPN). Aby mohl o tyto pacienty pečovat, musí podstoupit základní jednodenní kurz a každý rok navštěvovat semináře o aktualitách ve všech třech oblastech. Osvědčení o absolvování těchto kurzů odesílá do KV, která mu umožní dispenzární péči realizovat [22]. Podobné kurzy existují i pro další lékařské obory, jako jsou psychosomatika, dermatologie a jsou jakýmsi motivačním faktorem, který zvyšuje atraktivitu praktického lékařství.

Existují i další vyšetření, která zpravidla provádí ambulantní specialisté, ale mohou spadat i do kompetencí praktických lékařů, a to především na venkově a v hůře dostupných oblastech. Jedná se zejména o endoskopická vyšetření (gastroskopie, endoskopie).

Německé průzkumy z roku 2017 zjistily, že 93 % německých VPL považuje vybavení svých ordinací za adekvátní vzhledem k požadavkům na léčbu chronických onemocnění. 70 % tázaných VPL si myslí totéž o léčbě psychických a duševních poruch. V průzkumu spokojenosti zároveň 4/5 praktiků potvrdili, že jsou se svým profesním životem spokojeni a shledávají praktické lékařství v Německu za vysoce kvalitní obor, skýtající mnoho příležitostí pro osobní rozvoj a realizaci získaných znalostí [23].

Jiná průřezová studie z roku 2018 se zabývala tím, jaké pacienty shledávají němečtí VPL komplikovanými a jaký vliv má péče o tyto pacienty na jejich pracovní uspokojení. V průběhu studie bylo odesláno 1 538 dotazníků praktikům z německé spolkové země Šlesvicko-Holštýnsko, kteří dle svého uvážení označili 14 zdravotních stavů dle náročnosti péče o pacienty s daným onemocněním. Hodnocení bylo limitováno škálou od 1–10 (1: „nenáročný pacient“, 10: „extrémně náročný pacient“). Celková návratnost dotazníků byla 38% a bylo zjištěno, že 16 % pacientů je praktiky shledáváno za „komplikované“. Psychické a duševní poruchy, jako je somatizační porucha, schizofrenie a úzkostná porucha osobnosti, byly vyhodnoceny jako vysoce náročné (průměrné hodnocení dosahovalo výše 6,97). Mezi další onemocnění s nejvyšším stupněm bodového ohodnocení se řadí chronické bolesti a alkoholismus. Na druhé straně diabetes mellitus 2. typu a vysoký krevní tlak byly hodnoceny poměrně nízkou náročností (méně než 5 bodů). Získaná data dále ukazují, že nepříjemné a agresivní chování pacientů negativně ovlivňuje pohled lékaře na náročnost práce s pacienty. Je navrhováno

specifické školení, zaměřené na komunikační dovednosti, které by praktici podstupovali pravidelně v rámci postgraduálního vzdělávání [24].

Výsledným zjištěním navazující regresní analýzy byl fakt, že navzdory vyšším kompetencím a zodpovědnosti praktických lékařů nebyl nalezen negativní dopad komplikovaných případů na jejich celkové profesní uspokojení. [24]. Větší pravomoci jsou tak majoritně motivačním faktorem, který působí pozitivně na celkovou atraktivitu oboru praktického a rodinného lékařství.

### **Slovensko**

Rozšiřování výkonových kompetencí je na Slovensku v současné době velice diskutovaným tématem. Vzhledem k nedostatku praktických lékařů a jejich věkovému složení je snahou z řad zdravotních pojišťoven a ministerstva zdravotnictví zajistit větší atraktivitu tohoto oboru prostřednictvím vyšších kompetencí jak výkonových, tak preskripčních. Do roku 2016 došlo v tomto ohledu k udělení pravomocí VPL v monitorování EKG, poskytování předoperačních vyšetření a provádění dispenzární péče o pacienty trpících vysokým krevním tlakem a vysokým cholesterolem. Tyto výkony jsou v současné době však stále limitovány preskripčními omezeními, a proto nedochází k jejich realizaci v takové míře, jak bylo původně očekáváno. Světová banka provedla v posledních letech mapování zdravotní péče ve vybraných zemích světa, mimo jiné i na Slovensku, a vydala doporučení, ve kterých navrhuje přesun managementu léčby především chronických onemocnění ze sektoru sekundární péče do sektoru primárního. Jedná se konkrétně o choroby jako jsou diabetes mellitus 2. typu, ischemická srdeční choroba, astma nebo drobné chirurgické výkony [25].

Navýšení výkonových kompetencí VPL je obdobně jako v ČR silně závislé na preskripčních omezeních. Kategorizační komise ministerstva zdravotnictví se proto rozhodla pro jejich zrušení s účinností od 1.2.2021 a v současné době probíhá na toto téma dohodovací řízení s pojišťovny a tamním ústavem pro kontrolu léčiv. V jaké míře a jakým tempem budou vybraná léčiva uvolněna je zatím předmětem probíhající diskuse.

### **3.3.5 Preskripční omezení v ČR**

Oblast preskripce léků je jedním z nejdiskutovanějších témat VPL, neboť ČR je v uvolňování léčiv značně pozadu oproti ostatním vyspělým zemím Evropy. Ruce praktických lékařů jsou při předepisování léčiv svázané především indikačním omezením „P“ a preskripčním omezením „E“, nebo „L“. Jedná se o omezení předpisu zejména některých léků, jako jsou moderní antidiabetika, antiastmatika či antirevmatika, které by si praktici přáli uvolnit co nejdříve. Tato a další omezení dovolují pouze některým lékařům lék předepsat a dále také ovlivňují výši úhrady zdravotní pojišťovnou. Omezení „E“, nebo „L“ omezují úhradu léčiva pro předepisování pouze lékařem se specializovanou způsobilostí s označením uvedeným v rozhodnutí. Tato preskripční omezení vydává Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) v rámci správního řízení [1].



Uvolnění preskripce hrazené zdravotní pojišťovnou přesně znamená, že SÚKL z registrovaného léčiva hrazeného zdravotní pojišťovnou odstraní indikační nebo preskripční omezení „P“, „E“ nebo „L.“ V jiném případě může také pouze k výčtu odborných specialistů, kteří mohou lék již předepisovat, začlenit symbol „PRL.“ Tím dojde k uvolnění předpisu léku pouze pro VPL.

V jednání se SÚKL, VZP a dalšími státními orgány zastupují praktické lékaře dvě organizace. Je to společnost všeobecného lékařství ČLS JEP (SVL) a SPL. V červnu 2018 byla ze strany SVL, SPL a VZP zaslána žádost s navrhovanými 20 skupinami léčiv vhodných k brzkému uvolnění. SÚKL, který žádost obdržel, doposud postupuje velice pomalu. Do konce roku 2019 došlo k uvolnění pouze šesti navrhovaných skupin a uvolnění některých léčiv bylo zcela zamítnuto.

Prioritní uvolnění antidiabetik a antiastmatik se bohužel zástupcům praktických lékařů nepodařilo prosadit. Z oblasti diabetologie se povedlo v prosinci téhož roku uvolnit preskripci diagnostických proužků do glukometrů i pro účely využití VPL. Alespoň tak mohou praktici zlepšit péči o dispenzarizované pacienty s diabetem 2. typu, léčenými perorálními antidiabetiky. Nejvyšší přínos vidí praktici v uvolnění přípravku obsahující ezetimib, určený ke snižování LDL cholesterolu. Mezi další uvolněné přípravky se řadí i medikace určená k léčbě následujících příkladů nemocí: kožní nemoci (atopický ekzém), Alzheimerova demence, močová inkontinence, revmatická nemoc, neuropatické bolesti aj. [26]

MUDr. Michal Prokeš zhodnotil v rámci výroční zprávy 38. konference VSL dosavadní uvolnění preskripce některých léků jako dobrý začátek plnění reformy primární péče: *„U některých důležitých léků se podařilo dosáhnout uvolnění preskripce buď úplné, nebo alespoň pro praktické lékaře pro dospělé, což je oproti minulosti příznivý posun, ale u většiny léků se úspěch zatím nedostavil. V případě, že by pomoc pojišťoven (zejména VZP) při uvolňování selhala, by zřejmě bylo vhodné spolupracovat s příslušnými organizacemi pacientů.“* [26]

### 3.3.6 Preskripce léků v Evropě

#### Francie

Západní evropské země jsou obecně v přístupu k preskripci léků praktickými lékaři benevolentnější. Například ve Francii, v případě dlouhodobé léčby infekčních nebo chronických onemocnění (astma, ekzém, diabetes aj.) může lék bez omezení předepsat i praktický lékař. Pokud se jedná o onemocnění, jehož výchozí léčba spadá do kompetencí ambulantního či jiného specialisty, je pouze ten oprávněn k sestavení terapeutického plánu, v rámci kterého určí i druh užívaného léku. Agence nationale de securite du medicament (ANSM), svou působností odpovídající českému SÚKL, zpravidla určí lhůtu, po kterou jsou dle stanoveného plánu oprávněni další lékařští pracovníci stejné léčivo předepisovat. Vyšší preskripční kompetence přísluší ve Francii i lékárníkům s patřičným odborným vzděláním, kteří jsou oprávněni k obnovení původního lékařského předpisu. Lhůta pro obnovování lékařského předpisu se obvykle liší v závislosti na druhu léku, ale nejčastěji bývá ustanovena na dobu 1 roku.

V rámci dispensární péče, kterou zpravidla provádějí praktičtí lékaři, je apelováno na průběžné monitorování významných faktorů, které by mohly ovlivnit zdravotní stav pacienta [27]. V případě jakýchkoli výkyvů od normy je důležité, aby VPL odeslal pacienta k opětovnému vyšetření u specialisty. Je nutné podotknout, že důsledkem širokého vymezení preskripčních pravomocí dochází ve Francii k nadměrnému užívání léků. Aktuální průzkumy ukazují, že Francie je rekordní zemí, kde podíl vymezených lékařských konzultací v 90 % končí předepsáním medikace. V Německu je tomu tak pouze v 72 % případů a v Nizozemsku v pouhých 43 % [28].

Ve Francii neexistuje jednotná úroveň úhrady léků na předpis. Výše hrazené částky pojišťovnou se liší typem léku a je ovlivněna několika faktory, kterými jsou kvalita léku, jeho účinnost, závažnost probíhajícího onemocnění a dostupnost alternativní léčby. Existují 4 úrovně úhrady, které jsou znázorněny v následující tabulce [28]. Stupeň 15% úhrady zahrnuje například i homeopatika a v některých specifických případech i běžná analgetika, která majoritně bývají hrazena pouze formou přímých plateb občanů.

Tabulka 3.1: Výše úhrady léků o různé účinnosti [29]

Úroveň úhrady	Účinnost
15 %	Slabá
30 %	Mírná
65 %	Významná
100 %	Nenahraditelná

Oproti ČR je stupeň elektronizace zdravotnictví ve Francii na pokročilejší úrovni. Dokonce většina lékáren má počítačové systémy připojené jak ke státnímu zdravotnickému systému, tak k pojišťovacím fondům. I lékárník si tak může zkontrolovat, kolikrát byl pojištěnci lék v předešlém období předepsán a dále ověřit, zda nedošlo k významným změnám zdravotního stavu pacienta při poslední kontrole u lékaře.

Francie se v rámci EU vyznačuje dlouhodobě nejvyšším podílem výdajů na zdravotnictví ku HDP. Již v roce 2015 dosáhly tyto výdaje 11,5 %. Celková spotřeba léků v roce 2015 činila téměř jednu pětinu z těchto výdajů [28]. Nadprůměrně vysoké výdaje na zdravotnictví se francouzská vláda prioritně snaží redukovat v oblasti nadměrné spotřeby léků. Lékárníci a farmaceuti jsou zdravotními pojišťovny aktivně vyzýváni k tomu, aby předepsané léky co nejvíce nahrazovali generickými přípravky, které jsou vždy minimálně o třetinu levnější a mají stejnou nebo podobnou účinnost jako původní lék. Aby mohli lékárníci záměnu provést, je ve Francii od 1.1.2015 povinné řídit se směrnicí Evropského parlamentu 92/27/EHS z roku 2007, podle které je předepisujícímu lékaři doporučeno uvést na předpis nejen obchodní název léku, ale dále i jeho aktivní složky označené jejich mezinárodním nechráněným názvem (INN). Tyto neobchodní názvy všech léčivých přípravků jsou definovány a spravovány WHO [30].

### **Německo**

Takřka stejný preskripční mechanismus jako ve Francii je běžný i v Německu. Nejen v rámci dispenzární péče, ale i při nově diagnostikovaných chronických a infekčních onemocnění může praktický lékař předepsat léky, které pacientova léčba vyžaduje. Pokud praktik sám usoudí, že není schopen nebo není kompetentní léčbu iniciovat, odešle pacienta za příslušným specialistou. Sám potom vykonává dispenzární péči, v rámci které má i odpovídající preskripční kompetence.

Od ledna roku 2020 byl v Německu novelizován zákon o léčivých přípravcích, který nyní lékárníkům, stejně jako ve Francii, poskytuje větší kompetence ve výdeji léků i bez lékařského předpisu. Tento zákon definuje, na jaké období a v jakém množství mohou být vybrané léky uvolňovány. Každý výdej musí být však pečlivě zdokumentován. Doba, po kterou mohou lékárníci lék pacientům vydávat bez lékařského

předpisu je univerzální, vztahuje se na veškerou medikaci a odpovídá době jednoho roku. Jako příklad léčivých přípravků, které mohou takto nově farmaceuti uvolňovat, se řadí kupříkladu tablety „Pantozol“, nebo mast „Doxiproct plus“, které slouží k léčbě refluxní choroby jícnu, v druhém případě k léčbě hemoroidů. Zdravotní pojišťovny tuto zákonnou novelizaci podporují, a to především z ekonomických důvodů. Snížením návštěvnosti praktických lékařů a ambulantních specialistů dojde ke snížení nákladů pojišťoven za opakovaně poskytovanou zdravotní péči [31].

Federální úřad veřejného zdraví zároveň každoročně aktualizuje seznam léčiv, která mohou být prodávána zcela bez lékařského předpisu. Od roku 2020 se nově mezi tuto medikaci řadí léky na gastrointestinální potíže, alergie, nebo respirační onemocnění [31].

### **3.4 Prevence a zdravotní gramotnost**

Preventivní péče je neodmyslitelnou součástí péče o zdraví. Pro zdravotní systém a pacienty samotné je důležité, aby obě strany dbaly na provádění preventivních prohlídek, které mohou odhalit různá onemocnění v raném stádiu. Právě v této fázi jsou totiž nejlépe léčitelná a léčba je minimálně nákladná.

Zdravotní gramotnost lze pojmut jako jakousi schopnost obyvatel chovat se takovým způsobem, který nebude negativně ovlivňovat jejich zdravotní stav [1]. Tento pojem lze opět chápat ve více rovinách, a to například na bázi každodenního života jednotlivce, zdravého chování v pracovním prostředí, politice, vůči životnímu prostředí nebo v celospolečenském kontextu.

#### **3.4.1 Prevence v ČR**

Zdravotní pojišťovny plně hradí preventivní prohlídky všem pojištěným osobám jednou za dva roky. V rámci všeobecné preventivní prohlídky by mělo dojít k doplnění celkové anamnézy pacienta, kompletnímu fyzikálnímu vyšetření a zajištění potřebných výsledků preventivních vyšetření prováděných jinými specialisty. Praktický lékař se stará také o některá screeningová vyšetření pro prevenci rakoviny. V současné době existují v ČR tři organizované screeningové programy. Jedná se o screening nádoru prsu, screening nádoru tlustého střeva a konečníku a screening nádoru děložního hrdla [1]. Dalším z prováděných screeningů je test okultního krvácení do stolice (TOKS). Česká republika je jedna z mála zemí, kde je tento program opřen o praktické lékaře. VPL nejen že informují o programu, dále také sami zvou pacienty ke kontrole, vydávají testy, vyhodnocují výsledky a případně řeší další kroky diagnózy či léčby.

Docent MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D. v rámci rozhovoru s MEDICAL TRIBUNE CZ hodnotí negativně přístup zdravotních pojišťoven k tomuto screeningovému programu. Pojišťovny pacienty samy nezvou a pozvánky ani nehradí.

VPL nezvládají pacienti k vyšetření přizývat. Tato komunikace s pacienty totiž představuje další agendu navíc pro praxe, které jsou už tak zavalené jinou administrativou [32].

Dalším z problematických témat v ordinacích VPL je screening prostaty. S ohledem na tuto tematiku byla v roce 2020 provedena studie, které se zúčastnilo celkem 1601 mužů. Základními kroky preventivního vyšetření jsou zjištění hladiny PSA a prohlídka per rectum. U 488 mužů, kteří podstoupili vyšetření per rectum, byly téměř vždy popisovány normální nálezy. Ze všech probandů, kteří souhlasili s měřením hladiny PSA, byla u 48 z nich zjištěna vyšší hladina než normální. 13 z mužů byla posléze diagnostikován karcinom prostaty. Na základě těchto dat odborníci nedoporučují provádět plošný screening karcinomu prostaty. Tvrdí, že zcela nezaručuje snížení mortality a má negativní výsledky v nadbytečné diagnostice a léčbě. I přes tato zjištění však studie podporuje aktivní přístup VPL k preventivním prohlídkám [33].

### 3.4.2 Zdravotní gramotnost v ČR

V lednu 2017 se v Praze konala první národní konference o zdravotní gramotnosti, pořádaná Ústavem pro zdravotní gramotnost. Hlavním tématem konference byla právě zdravotní gramotnost a role praktických lékařů v jejím zvyšování. Východiskem pro debatu byl program WHO, *Zdraví 2020 a Akční plán zvyšování zdravotní gramotnosti*, vydaný vládou ČR v roce 2015.

ČR se v roce 2015 dobrovolně zapojila do evropského výzkumu, ve kterém byla hodnocena úroveň zdravotní gramotnosti a dále porovnávána s dalšími osmi zeměmi. Zdravotní vzdělanost občanů jednotlivých zemí byla hodnocena ve třech oblastech, a to zdravotní péče, prevence nemocí a podpora zdraví. Česká republika obsadila v rámci srovnávacího výzkumu až sedmé místo. Horší výsledky vykazovalo pouze Bulharsko [34].

MUDr. Markéta Pfeiferová, členka správní rady Ústavu pro zdravotní gramotnost, se domnívá, že zdravotní péče by měla být pacientům poskytována s ohledem na úroveň jejich zdravotní gramotnosti. Z výzkumu praktických lékařů dále vyplynulo, že: *„pochopit různé typy instrukcí mají dvě třetiny až čtyři čtvrtiny pacientů. Nižší úroveň zdravotní gramotnosti vede k častějším návštěvám lékaře (jejich frekvence v ČR patří k nejvyšším na světě) a v konečném důsledku k devastaci celého systému“* [34].

Tuzemská data poukazují na skutečnost, že občan ČR přijde do kontaktu se zdravotním systémem v průměru 11krát ročně. V evropském měřítku je to o pět kontaktů více než v Rakousku a o osm více než ve Švédsku) [19]. Jednou z možností, jak dosáhnout větší zdravotní gramotnosti je koučink pacientů takovým způsobem, aby byli sami schopni nést zodpovědnost za své zdraví.

Závěrem konference bylo navrženo vytvoření Aliance pro zdravotní gramotnost, jejíž vznik byl uskutečněn v roce 2018. Jedná se o dobrovolné uskupení různých aktérů,

kteří se snaží rozšiřovat zdravotní gramotnost mezi občany ČR. Základním posláním této aliance je především rozvíjení komunikace mezi občany, lékaři a zaměstnanci státní správy [34].

### **3.4.3 Prevence a zdravotní gramotnost v Evropě**

#### **Nizozemí**

Nizozemsko je evropským státem, který se v rámci celkového EHCI hodnocení roku 2018 umístil na druhém místě. Při evropském srovnání zaujímá vedoucí pozici především ve třech oblastech, kterými jsou: práva a informovanost pacientů, rozsah poskytovaných služeb a právě prevence [7].

V lednu 2014 zahájilo nizozemské ministerstvo zdravotnictví, sociální péče a sportu Národní program prevence (NPP). Tento program je společně veden šesti ministerstvy, obcemi, soukromými podniky a dalšími společenskými organizacemi. NPP zahrnuje pět oblastí: školy, práce, životní prostředí, zdravotní péči a ochranu zdraví, ve kterých jsou realizovány různé cíle. Jedná se zejména o udržování prevence minimálně na stávající úrovni, zvyšování významu prevence a podporu zdravotní gramotnosti. Primárním cílem tohoto programu je však omezit výskyt chronických onemocnění tím, že bude prováděna primární prevence především v šesti kritických sférách, kterými jsou: kouření, nadměrné užívání alkoholu, diabetes, obezita, deprese a fyzická aktivita. Díky vysoké úspěšnosti plnění stanovených cílů se nizozemská vláda rozhodla program prodloužit do konce roku 2020 [35].

Pro sledování průběhu plnění stanovených cílů vypracoval Národní ústav pro zdraví a životní prostředí soubor třiceti procesních ukazatelů, zaměřujících se na vývoj zdravotních programů v předem definovaných oblastech. Od roku 2014 jsou ukazatele aktualizovány dvakrát ročně a zveřejňovány online. Poslední aktualizace byla zveřejněna v srpnu 2019. Procesní ukazatele jsou důkazem, že mnoho dílčích programů v rámci NPP dosáhlo svých cílů.

Ukazatele například vyhodnotily, že ke konci roku 2016 se 1 065 škol stalo „zdravou školou“, čímž byl překročen cíl o 215 objektů. Pokroku bylo dosaženo také v dalších programech. Téměř 1 000 sportovních klubů zřídilo ve svém zařízení „zdravou sportovní jídelnu“, čímž byl plán naplněn na 167 %. Do konce roku 2016 bylo 116 obcí přidruženo k programu „Mládež ve zdravé váze“, což je program, který má zabránit obezitě mezi mladými lidmi [35].

V roce 2015 byla ukončena randomizovaná kontrolovaná studie, ve které byly hodnoceny ekonomické dopady intervence do managementu léčby diabetu 2. typu. Celkový počet 622 rizikových subjektů byl rovnoměrně rozdělen do kontrolní a intervenční skupiny. Cílem intervence bylo podpořit fyzickou aktivitu, dodržování doporučené diety a omezení kouření pomocí fyzických, telefonických nebo online sezení se zdravotní sestrou či lékařem. Při vyhodnocení studie bylo zjištěno, že vyšší stupeň

intervence a preventivních opatření je více efektivní a méně nákladný než přístup bez těchto opatření [36].

Další provedenou studií byla nákladová analýza, které se zúčastnilo 573 mužů, stavebních dělníků, ve věku 18–65 let. Intervenční skupině byly pravidelně poskytovány odborné konzultace, ve kterých jim byly doporučovány a diskutovány příslušné změny životního stylu s cílem snížení jejich váhy a tím i případného výskytu kardiovaskulárního onemocnění. Měřenou hodnotou byla tělesná hmotnost, která byla pravidelně zjišťována v průběhu studie. Výsledky studie ukázaly, že přírůstkový poměr nákladové efektivity (ICER) intervence ve srovnání s kontrolní skupinou byl 160 EUR za úbytek váhy 1 kg. Je tak zřejmé, že preventivní opatření jsou i v tomto případě nákladově efektivní [36].

### **3.5 Personální a technické vybavení ordinací VPL a PLDD**

Současnou personální i technickou vybavenost ordinací praktických lékařů upravují dvě zákonné vyhlášky. Požadavky na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb upravuje vyhláška č. 99/2012 Sb. a požadavky na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení vyhláška č. 92/2012 Sb. Pracovní skupina MZČR, která vypracovala návrh na reformu primární péče se domnívá, že oba tyto standardy jsou zastaralé a je nutná jejich aktualizace.

#### **3.5.1 Personální vybavení v ČR**

Údaje z roku 2017 poskytované Národním zdravotnickým informačním systémem (NZIS) ukazují, že 89,6 % všech VPL ordinuje v samostatných ordinacích. Pouze necelá 4 % zbylých lékařů jsou zaměstnanci sdruženého ambulantního zařízení. U PLDD dosahuje hodnota individuálně ordinujících lékařů 92,3 % [37]. V tomto typu samostatných praxí je personální zabezpečení zajištěno zpravidla jedním lékařem a jednou sestrou. Jedná se o model, který v zahraničí není tak běžný, neboť je ekonomicky nákladnější a obecně méně efektivní. Trendem, který je v zahraničí stále běžnější, je vznik sdružených praxí [38].

Sdružené praxe poskytují praktickým lékařům totiž mnoho zaměstnaneckých výhod. Na pracovišti dochází především ke sdílení technického vybavení a ostatního lékařského i nelékařského personálu (zdravotních sester, administrativních pracovníků a jiného pomocného personálu). To dovoluje praktikům soustředit se více na poskytování kvalitnější zdravotní péče a ulevuje jim od administrativních výkonů, především zajišťování samotného chodu praxe.

MUDr. Petr Šonka, předseda SPL ČR předpokládá, že koncept sdružených praxí je jistým trendem budoucnosti nejen v zahraničí, ale i v ČR. Dále také říká, že: „*je nutné vytvořit určité definice a pravidla sdružených praxí z hlediska organizačního,*

vlastnického, z hlediska smluvního vztahu s pojišťovnou, ale také z hlediska věcného a personálního vybavení“ [39].

### 3.5.2 Technické vybavení v ČR

Vyhláška č. 92/2012 Sb. popisuje minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení již od architektonických požadavků po zvláštní požadavky specifických typů těchto zařízení. Mezi zvláštní požadavky ordinace VPL jsou zatím zahrnuty pouze optotypy, vybavení pro určení barvocitu a glukometr. Zvláštními požadavky na vybavenost ordinací PLDD jsou: váha pro kojence, optotypy, odsávačka a pomůcky pro testování sluchu a fixace zrakem pro kojence [40].

Pracovní skupina pro vznik koncepce změn primární péče ve vydané reformě uvedla, že tyto standardy je nutné aktualizovat. Původním plánem byla spolupráce odborných a profesních organizací primární péče, jejichž aktivita by vedla v letech 2019–2020 k vytvoření nových standardů vybavenosti ordinací praktických lékařů. Bohužel k realizaci těchto záměrů doposud nedošlo a standardy nebyly začleněny do vyhlášky č. 92/2012 Sb. Novým běžným vybavením ordinací VPL by se však měly stát přístroje jako jsou EKG, Holter TK, POCT analyzátor CRP a INR či pulsní oxymetr [2].

*„Je třeba si uvědomit, že rozdíl mezi dosavadním standardem praxe a standardem budoucím bude obrovský a přinese jednotlivým poskytovatelům značné ekonomické náklady. Ke změně je proto potřeba přistoupit citlivě a umožnit postupný přechod na nové standardy. Jinak hrozí riziko předčasného ukončení činnosti některých praxí a zhoršení dostupnosti primární péče“*, informují čtenáře tvůrci koncepce změn primární péče v ČR a odhadují přechodné období na nové standardy v horizontu 10 let [2].

### 3.5.3 Personální a technické vybavení v Evropě

#### Německo

Jedním z výstupů německé reformy zdravotnictví z roku 2003 bylo uzákonění „center lékařské péče“. Tato centra se od ledna 2004 mohla nově účastnit zákonného zdravotního pojištění, podobně jako již existující polikliniky. S vidinou odklonu od ekonomicky nákladného modelu „jeden lékař jedna sestra“, došlo ze stran plátců zdravotní péče k významné podpoře sdružených pracovišť. V důsledku nedostatečného právního ošetření a nízkého stupně diferenciací poskytovaných služeb došlo však v roce 2007 k další diverzifikaci těchto center. V současné době má v podstatě německý lékař na výběr ze tří možností, jakým způsobem bude lékařskou péči poskytovat. Níže uvedené pracovně právní formy se vztahují nejen na praktické lékaře, ale dále i na stomatology, či ambulantní specialisty [41].



### **Komunitní praxe (Gemeinschaftspraxis)**

V této formě pracovně právní spolupráce mohou být všechny ordinační místnosti využívány všemi lékaři. Ti zastávají roli rovnocenných obchodních partnerů. Personál a technické vybavení komunitní praxe je zcela sdílené. Nejzásadnějším rozdílem oproti sdružené praxi je společná základna pacientů a kolektivní vykazování zdravotních výkonů pojišťovně [41].

### **Sdružená praxe (Praxisgemeinschaft)**

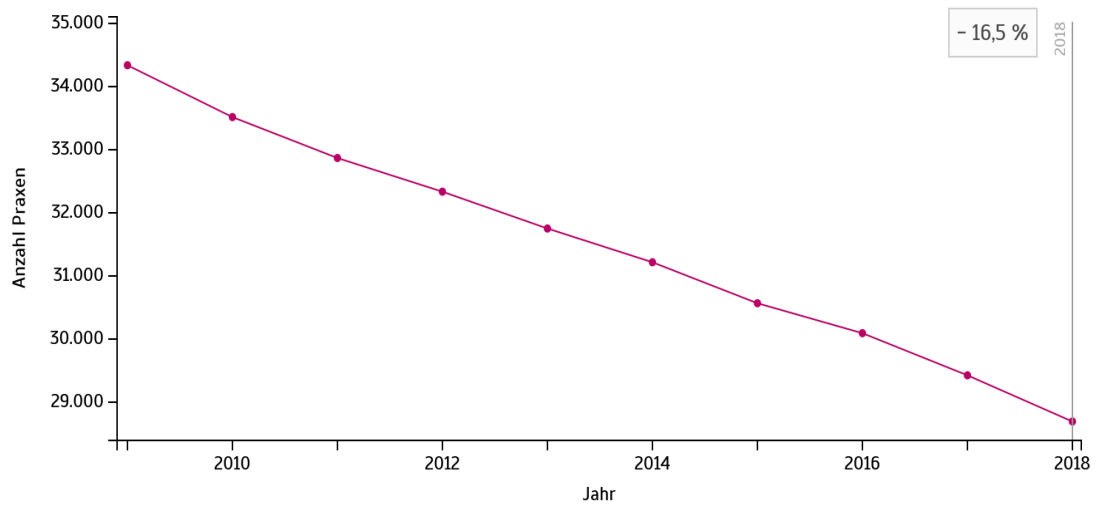
V případě sdružené praxe je technické a personální vybavení také sdílené, ale každý lékař má svou patientskou základnu. Lékaři provádí a vykazují zdravotní péči v rámci jejich individuální smlouvy s KV, ale čerpají výhody sdíleného vybavení, které jim umožňuje být efektivnější a realizovat kvalitnější péči o pacienty [41].

### **Individuální praxe (Einzelpraxis)**

Individuální praxe je stále nejčastější volbou praktických lékařů. Tento způsob poskytování zdravotní péče volí necelých 60 % z nich. Průzkumy ukazují, že flexibilní pracovní doba a nezávislost jsou nejvýznamnějšími motivačními faktory pro vznik těchto zařízení. Mezi typické nevýhody individuálních praxí se řadí personální problémy, vysoké ekonomické náklady chodu ordinace či nedostatek podnikatelských a obchodních znalostí [41].

Právní rámec, v němž mohou smluvní lékaři poskytovat zdravotní služby, je upravován zákonem o sociálním zabezpečení a zákonem o změně smluvního lékaře. Rozdíly v právní struktuře komunitních a sdružených praxí mají rovněž dopad na povolené nakládání s osobními údaji, které jsou shromažďovány v obou typech praxe. Rozlišování mezi sdruženou a komunitní praxí je nesmírně důležité jak z hlediska zákona o ochraně osobních údajů, tak s ohledem na nově definovanou povinnost mlčenlivosti podle §203 trestního zákoníku. V případě komunitní praxe má totiž každý zaměstnanec (lékař) právo nahlédnout do zdravotní dokumentace všech pacientů. Ve sdružených praxích nikoli [42].

Data z Federálního lékařského registru a statistiky potvrzují, že četnost individuálních poskytovatelů primární péče se za poslední roky značně snížila. To je znázorněno v grafu 3.3. U individuálních pracovišť praktických lékařů je zaznamenávána větší míra poklesu, než u ambulantních specialistů [43].



Graf 3.3: Vývoj četnosti individuálních praxí v Německu [43]

## 4 Cíle práce

Cílem diplomové práce je provést ekonomickou analýzu dvou vybraných pracovišť praktických lékařů pro dospělé (VPL). V rámci této analýzy bude detailně rozebrána a hodnocena především nákladová a výnosová struktura vybraných pracovišť, se zaměřením na úhradový mechanismus mezi lety 2016–2020. Dle aktuální úhradové vyhlášky bude podrobněji sledováno, jaké výkony tvoří celkové portfolio poskytovaných služeb a jaký vliv má poskytování těchto služeb na celkové hospodaření jednotlivých praxí. V návaznosti na reformu primární péče z roku 2018, kde je mimo jiné kladen důraz na význam preventivní péče, bude část diplomové práce věnována i účasti VPL v preventivních programech a způsobu jejich úhrady.

Dalším vytyčeným cílem diplomové práce je provedení analýzy personálního a technického (přístrojového) vybavení vybraných pracovišť. V této části bude hodnocena především nákladová efektivnost zvoleného personálního modelu a technická vybavenost ordinací, která má vliv na poskytované výkony, tím pádem i na souhrnné hospodaření ordinace. Konečným výstupem z této práce bude předložení návrhu konkrétních úprav, směřujících ke stabilizaci pozice praktického lékaře v systému poskytování zdravotní péče.

## 5 Metody

### 5.1 Benchmarking

Benchmarking je jednou z metod využívaných v oblasti řízení kvality. Pomocí této techniky mohou podniky nejrůznějšího zaměření hodnotit a porovnávat výsledky a procesy své podnikatelské činnosti a nalézat nové, lepší postupy vedoucí k příznivějším výsledkům. APQC (American Productivity and Quality Center) definuje benchmarking jako „*proces neustálého srovnávání a měření organizace s vůdčími firmami kdekoliv na světě, s cílem získat informace, které organizaci pomohou přijmout a realizovat aktivity, vedoucí ke zlepšení své vlastní výkonnosti*“ [44]. K benchmarkingu existují 2 základní přístupy – interní, externí a tři typy – procesní, funkcionální a výkonový. Každá kombinace má své charakteristiky. Dle povahy této práce byl jako stěžejní přístup k dosažení stanovených cílů zvolen **externí výkonový benchmarking**.

#### Externí benchmarking

Externí benchmarking se zabývá porovnáváním dvou či více podniků, na rozdíl od interního benchmarkingu, zabývajícím se pouze procesy a výstupy jediné firmy. Partnerem pro mezipodnikové srovnávání může být přímý konkurent nebo rovnocenná společnost. Zahájení celého procesu je však podmíněno tím, jak dobře jsou společnosti schopny zahájit kvalitní komunikaci a sdílení dat [45]. Získání vhodných partnerů k detailnímu a důvěryhodnému sdílení interních informací je v tomto procesu největší překážkou. Tento problém je v diplomové práci řešen zapojením třetí nezávislé strany v podobě fakulty biomedicínského inženýrství, ČVUT. Fakulta, kterou v této práci reprezentují, smluvně zajistila naprostou anonymizaci získaných dat, čímž došlo k získání důvěry ze strany praktických lékařů a usnadnění přístupu k jejich citlivým datům.

#### Výkonový benchmarking

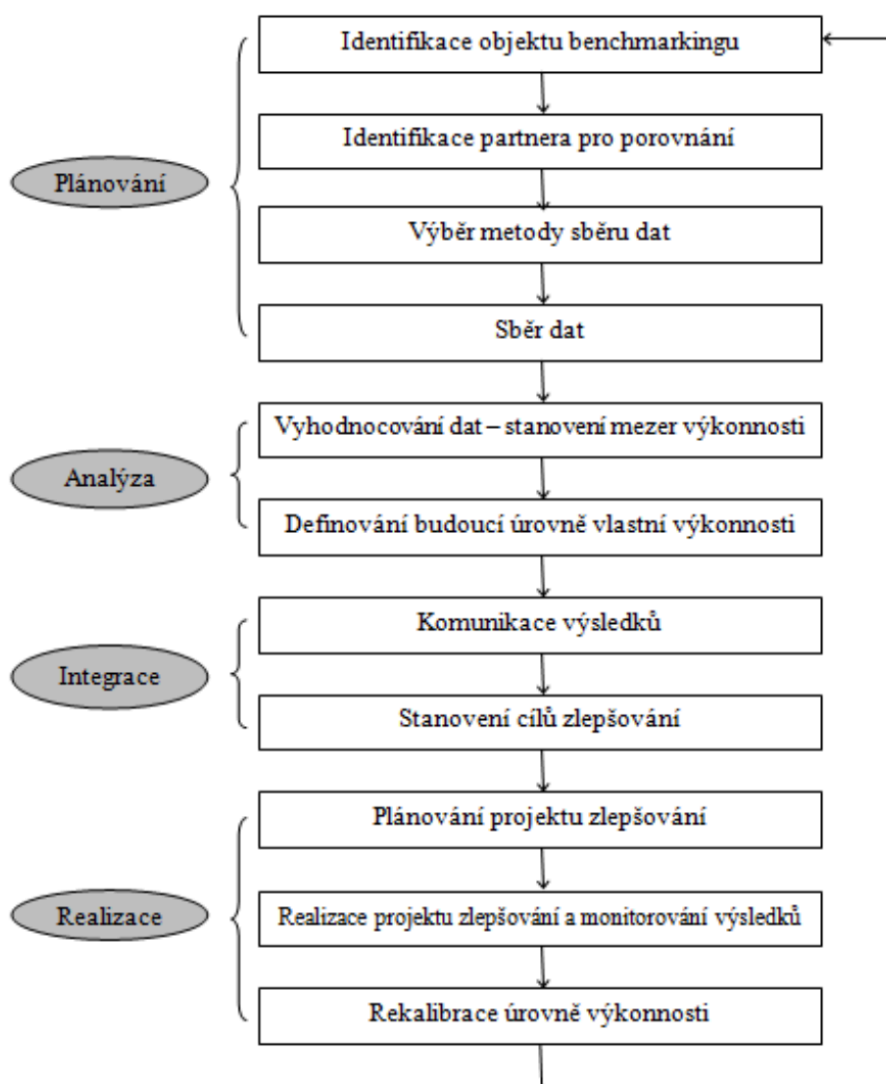
Výkonový benchmarking je založený především na zpracování dat a srovnávání relativní výkonnosti oproti určitému souboru výkonnostních měřítek. Otázky, na které výkonový benchmarking odpovídá jsou především ČEHO a V JAKÉ MÍŘE podnik svou činností dosahuje. Protože je tato metoda založená primárně na zpracování dat, nejsou k její aplikaci potřebné časté návštěvy [46]. Ve skutečnosti je zde opětně využito účasti třetí strany, nejčastěji benchmarkingového centra, v tomto případě však fakulty biomedicínského inženýrství v Kladně.

Hlavní výhodou tohoto typu benchmarkingu je schopnost snadno identifikovat výkonnostní rozdíly mezi zkoumanými podniky a označit konkrétní oblasti, ve kterých se nachází potenciál pro zlepšení podniku. Nevýhodou je však fakt, že tato metoda detailně neanalyzuje procesy, které do současné situace vedly, tím pádem není ani schopna určit potřebné kroky směřující k dalšímu rozvoji firmy [45]. Z tohoto důvodu byly v závěrečné fázi této práce zvoleny jiné techniky k navržení úprav, směřujících ke

stabilizaci pozice praktického lékaře v systému poskytování zdravotní péče (SWOT analýza).

### Fáze benchmarkingu

Všechny modely benchmarkingu mohou být rozděleny do čtyř základních fází; plánování, analýza, integrace a realizace. Zmíněné fáze (včetně do nich spadajících aktivit) jsou znázorněny na obrázku níže a jsou čtenáři přiblíženy v následujícím textu.



Obrázek 5.1:Fáze benchmarkingu [47]

## Plánování

V této počáteční fázi je stěžejním úkolem podniku výběr adekvátních konkurentů pro porovnání. Pro potřeby výkonového benchmarkingu je vhodné, aby srovnávané podniky byly stejného charakteru a zabývaly se poskytováním obdobných služeb. Vzhledem ke specifčnosti formy podnikání v oboru praktického lékařství byly vybrány dvě ordinace VPL, které poskytují zdravotní služby stejného rázu. Tato pracoviště využívají srovnatelné technické vybavení, personální model („jeden lékař jedna sestra“) a v obchodním rejstříku vystupují pod stejnou formou právnické osoby, tj. společnost s ručením omezeným.

## Metody sběru dat

Součástí fáze plánování je také sběr dat určených k budoucí analýze. Před samotným shromažďováním potřebných informací byla navázána spolupráce se dvěma ordinacemi VPL. Z důvodů ochrany citlivých údajů byla mezi všemi zúčastněnými stranami uzavřena podle § 1746 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku smlouva o poskytnutí dat pro potřeby zpracování diplomové práce studenta. V návaznosti na tento dokument byly konkrétní ordinace praktických lékařů označeny následovnou nomenklaturou: **ordinace A**, **ordinace B**.

Sběr dat proběhl především formou analýzy interních záznamů. V této části byla analyzována data jak primární, tak sekundární. Tímto jsou myšlena data vycházející ze základních účetních výkazů, především rozvahy, výkazu zisku a ztráty, dále výkazů a smluv s pojišťovnami, dodavateli zdravotnického materiálu atp. Právě tato data byla podrobena bližšímu rozboru finanční analýzy v analytické části benchmarkingu. Kladem této metody sběru dat je jednoznačně omezení subjektivního výkladu osoby, které jsou data poskytována. Jasnou nevýhodou je obtížnost navázání spolupráce s podnikateli. Praktičtí lékaři nejčastěji podnikají ve formě samostatných mikro účetních jednotek. Ty ze zákona nemají povinnost zveřejňovat účetní závěrku ani jiné interní informace v obchodním rejstříku.

Druhou uplatněnou metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor s lékařem. V průběhu tohoto rozhovoru byly shromažďovány údaje týkající se základních informací o chodu praxe, dále také individuálního postoje k reformě primární péče z roku 2018, technického vybavení a jeho využívání či spokojenosti se současným stavem fungování ordinace.

## Analýza

V této fázi byla na základě získaných informací provedena **finanční analýza** obou ordinací, která byla dále podrobena mezipodnikové komparaci v rámci externího benchmarkingu. Detailní popis této metody je čtenáři k dispozici v kapitole 5.2.

## **Integrace**

Nedílnou součástí integrační fáze je prezentace výsledků předchozí benchmarkingové etapy zadavateli, v tomto případě praktickému lékaři. Jedním z dílčích cílů diplomové práce bylo navrhnout kroky směřující ke stabilizaci ordinace VPL v systému zdravotní péče. Tento cíl byl naplněn prostřednictvím SWOT analýzy, jež byla vytvořena a interpretována na základě výstupů finanční analýzy a polostrukturovaného rozhovoru s praktickými lékaři.

## **Realizace**

V případě zájmu o další rozvoj ordinace je v této etapě nutné, aby firma naplánovala konkrétní aktivity nových projektů a následně tyto projekty uskutečnila. Tato etapa nebyla v diplomové práci řešena, neboť je dále v gesci samotných podnikatelů.

## **5.2 Finanční analýza**

Finanční analýzu lze chápat jako nástroj, který nám umožňuje hodnotit ekonomické zdraví podniku. Pomocí této analýzy můžeme výsledky vlastní podnikatelské činnosti porovnávat s ostatními konkurenty v odvětví, vyhodnocovat silná a slabá místa podnikání a identifikovat oblasti s potenciálem dalšího rozvoje. Kvalitní analýza by měla být schopna veškerým svým uživatelům poskytnout informace o současném stavu podnikání i o jeho vývojových tendencích v čase [48, 49].

Výchozími informačními zdroji finanční analýzy jsou v této práci především rozvaha a výkaz zisku a ztráty vybraných ordinací. Doplňujícími údaji pro detailní rozbor vykazované zdravotní péče a způsobu její úhrady byly zvoleny roční výkazy od pojišťoven, které praktičtí lékaři svolili zajistit [48].

### **5.2.1 Analýza absolutních ukazatelů**

Absolutní ukazatele jsou stavové a tokové veličiny, které se nachází v základních účetních výkazech. Stavové veličiny jsou především v rozvaze, ve které je hodnota majetku a použitého kapitálu vyjádřena ke konkrétnímu datu. Tokové veličiny jsou součástí výkazu zisku a ztráty a cash flow. Tyto veličiny představují výnosy, příjmy, náklady a výdaje, které vyobrazují aktivitu podniku v předdefinovaném sledovaném období [50]. Analytická část této práce je zaměřena na konkrétní období, a to roky 2016–2019. V těchto letech jsou absolutní ukazatele účetních výkazů podrobeny vertikální analýze a analýze trendů.

## **Horizontální analýza**

Také zvaná analýza trendů, sleduje vývoj jednotlivých účetních položek v čase a jak se tyto položky mění v každém dalším účetním období. Analýza trendů může být provedena dvěma způsoby, a to rozdílovou nebo podílovou analýzou. Protože ordinace vybraných praktických lékařů jsou mikro účetními jednotkami malé velikosti, byla v práci zvolena rozdílová horizontální analýza, která je z důvodů menší kolísavosti sledovaných položek přehlednější. Změny položek v rozvaze či výkazu zisku a ztráty (VZZ) jsou sledovány pomocí rozdílu v období  $n$  a hodnoty ukazatele období předešlého ( $n - 1$ ) [48].

## **Vertikální analýza**

Tato analýza specifikuje procentuální podíl sledovaných položek na určeném celku. Sleduje strukturu majetku, kapitálu a tvorby zisku [49]. Jejím cílem je stanovit podíl:

- jednotlivých majetkových položek na celkových aktivech podniku
- jednotlivých zdrojů financování na celkových pasivech podniku
- jednotlivých položek VZZ na tržbách podniku

Vzhledem k vydané reformě primární péče v roce 2018 se diplomová práce v tomto procentním rozboru důkladně zaměřuje na poslední dvouleté období, tedy roky 2018 a 2019. V rozboru rozvahy na straně aktiv je analyzováno, zda došlo k novým investicím v oblasti technického vybavení ordinace a na straně pasiv, jak se změnil způsob financování těchto investic. Z výkazů uhrazených zdravotních služeb od pojišťoven je provedena dílčí procentní analýza, ke zjištění struktury celkových tržeb a následné tvorby zisku, včetně zaměření na úhrady preventivních zdravotních výkonů.

### **5.2.2 Analýza poměrových ukazatelů**

K tomu, aby bylo možné analyzovat vzájemné vazby a souvislosti mezi ukazateli, dáváme jednotlivé absolutní hodnoty do vzájemných poměrů. Existuje 5 základních skupin poměrových ukazatelů, které jsou si vzájemně rovnocenné [49]. Jedná se o ukazatele:

- Rentability
- Likvidity
- Aktivity
- Zadluženosti
- Kapitálového trhu



## UKAZATELE RENTABILITY

Rentabilita značí výnosnost použitého kapitálu. Ve své podstatě se jedná o vyjádření schopnosti podniku vytvářet nové zdroje a dosahovat zisku za použití investovaného kapitálu. Všechny vybrané ukazatele se dají interpretovat analogickým způsobem, protože udávají, kolik korun zisku (čítatel) připadá na jednu korunu jmenovatele. Pro podnik je vhodné, aby všechny ukazatele rentability měly v čase rostoucí tendenci [51].

### Rentabilita aktiv (*Return on Assets, ROA*)

ROA je klíčovým ukazatelem, vyjadřujícím celkovou efektivnost podniku. Poměruje zisk společnosti ku veškerým vloženým prostředkům, bez ohledu na jejich původ [52]. V závislosti na formě zisku má tento ukazatel vícero možností výpočtu. V diplomové práci je k výpočtu ROA využit zisk před zdaněním a odečtením úroků, EBIT [48]. Ukazatel je uváděn v procentech, a to následujícím vztahem:

$$ROA = \frac{EBIT}{aktiva} \quad (5.1)$$

### Rentabilita vlastního kapitálu (*Return on Equity, ROE*)

ROE je vyjádřením velikosti reprodukční síly kapitálu vloženého vlastníky podniku. Sleduje, jaké množství čistého zisku připadá na jednu korunu vlastního kapitálu [48]. Ukazatel je opět vyjadřován v procentech, a to vztahem:

$$ROE = \frac{EAT}{vlastní\ kapitál} \quad (5.2)$$

### Rentabilita tržeb (*Return on Sales, ROS*)

Tento ukazatel nám říká, kolik korun čistého zisku připadá na jednu korunu tržeb. V praxi je často zaměňován s názvem „čisté ziskové rozpětí“, které slouží k vyjádření ziskové marže [52]. ROS je určena tímto vztahem:

$$ROS = \frac{EAT}{tržby\ z\ prodeje\ zboží\ a\ zdravotních\ služeb} \quad (5.3)$$

## UKAZATELE LIKVIDITY

Likvidita vyjadřuje schopnost podniku proměnit svá aktiva na peněžní prostředky. Ukazatele likvidity následně posuzují způsobilost podniku zavčas hradit své závazky. Pro podnik je žádoucí, aby se ukazatele likvidity pohybovaly v doporučených intervalech. Vysoká likvidita totiž váže finanční prostředky podnikatele s nízkým až mizivým výnosem, naopak nízká likvidita bývá zdrojem jiných problémů způsobených nedostatkem finančních prostředků nebo zásob. Rozlišujeme tři druhy likvidity: běžná, pohotová, okamžitá [51].

### Běžná likvidita ( $L3$ )

Tento druh likvidity se také označuje jako ukazatel solventnosti. Udává, kolikrát oběžná aktiva kryjí veškeré krátkodobé závazky podniku [48]. Běžná likvidita je dána vztahem:

$$L3 = \frac{\text{oběžná aktiva}}{\text{krátkodobé závazky}} \quad (5.4)$$

Čím větší je hodnota  $L3$ , tím větší je solventnost, tedy platební schopnost, společnosti.

### Pohotová likvidita ( $L2$ )

Pohotová likvidita je téměř totožná s likviditou běžnou, ale z čitatele jsou ještě vyřazeny zásoby. Zásoby jsou mnohem hůře proměnitelné na peníze, proto je  $L2$  obecně přísnějším měřítkem pro hodnocení solventnosti podniku [48]. Je dána vztahem:

$$L2 = \frac{\text{oběžná aktiva} - \text{zásoby}}{\text{krátkodobé závazky}} \quad (5.5)$$

### Okamžitá likvidita ( $L1$ )

Likvidita tohoto typu měří schopnost společnosti splácet své krátkodobé závazky pomocí pohotových platebních prostředků. Tím nejsou myšleny pouze pokladní peníze v hotovosti a peníze na běžných účtech, ale i obchodovatelné cenné papíry [48]. Okamžitá likvidita je vyjádřena vztahem:

$$L1 = \frac{\text{pohotové platební prostředky}}{\text{krátkodobé závazky}} \quad (5.6)$$

## UKAZATELE AKTIVITY

Ukazatele aktivity informují o schopnostech společností využívat své zdroje a také o tom, jak efektivně firma hospodaří se svým majetkem. Pokud má firma více neúčelných aktiv, dochází tím k indukci zbytečných nákladů, které potenciálně snižují zisk či prohlubují ztrátu. S ukazateli aktivity se setkáváme ve dvou formách. Prvním je obratovost (počet obrátů). Ukazatele obratovosti nás informují o počtu obrátů za sledované období. Čím vyšší je tento ukazatel, tím větší podnik generuje zisk. Druhou formou je doba obratu. Tyto typy ukazatelů nám říkají, jaká je průměrná doba jednoho obratu [49]. Cílem je tuto dobu minimalizovat, čímž se maximalizuje obratovost a může opětně dojít k vyšší ziskovosti.

### Doba obratu zásob

Tento ukazatel vyjadřuje dobu ve dnech, po kterou jsou v podniku vázány zásoby až do momentu jejich spotřeby nebo prodeje. Snahou firmy je tuto dobu snižovat. Ve výpočtu pro tento i ostatní ukazatele aktivity se využívá ekonomický rok, jehož hodnota je 360 dní [50]. Vzorec pro výpočet doby obratu zásob je následující:

$$Doba\ obratu\ zásob = \frac{zásoby}{tržby/360} \quad (5.7)$$

### Doba splatnosti pohledávek

Ukazatel doby splatnosti pohledávek vyjadřuje dobu, po kterou společnost čeká na uhrazení pohledávek, tj. počet dnů do uhrazení vystavených faktur. Po tuto dobu firma poskytuje svým odběratelům obchodní úvěr a snaží se o co největší možné zkrácení této doby [48]. Ukazatel doby splatnosti pohledávek je dán vztahem:

$$Doba\ splatnosti\ pohledávek = \frac{pohledávky}{tržby/360} \quad (5.8)$$

### Doba splatnosti závazků

Tento ukazatel naopak od předchozího vyjadřuje, po jakou průměrnou dobu firma čerpá obchodní úvěr od svých dodavatelů. Je dobré srovnávat jednotlivé doby splatnosti pohledávek a závazků z obchodního styku a případně jednat s dodavateli ohledně prodlužování termínů úhrad [48]. Ukazatel je určen následujícím vztahem.

$$Doba\ splatnosti\ závazků = \frac{krátkodobé\ závazky}{tržby/360} \quad (5.9)$$

## UKAZATELE ZADLUŽENOSTI

Tyto ukazatele poměří vlastní a cizí zdroje, které společnost využívá k financování své činnosti, ale také schopnost společnosti splácet své závazky. Pomocí ukazatelů zadluženosti může firma učinit efektivní rozhodnutí o budoucích investicích či současném způsobu financování podniku. Tyto ukazatele jsou ovlivňovány čtyřmi faktory: typem aktiv, rizikem, daněmi a stupněm finanční volnosti podniku. Proto je můžeme dle typu rozdělit na ukazatele rozvahové a ukazatele míry finančního krytí [50, 51].

### Celková zadluženost

Tento rozvahový ukazatel je důležitý především pro věřitele. Ti preferují jeho nízké hodnoty, neboť čím je jeho hodnota vyšší, tím horší je finanční stabilita podniku. Obecně lze říci, že pomocí tohoto ukazatele ověříme solventnost podniku [48, 51]. Vztah pro výpočet je následující:

$$Celková\ zadluženost = \frac{celkové\ dluhy}{celková\ aktiva} \quad (5.10)$$

### Ukazatel vlastnického rizika

Ukazatel vlastnického rizika je doplňkovým rozvahovým ukazatelem celkové zadluženosti. Jejich součet je roven hodnotě 1. Stejně jako předešlý ukazatel je i tento důležitý pro věřitele, protože hodnotí finanční situaci a způsob financování podniku [50]. Je vyjádřen následovně:

$$Vlastnické\ riziko = \frac{vlastní\ kapitál}{celková\ aktiva} \quad (5.11)$$

### Ukazatel celkového rizika

Tento ukazatel je opět velice důležitý pro investory, a to z důvodu poměrování podniků mezi sebou. Ukazatel celkového rizika je vyjádřen takto:

$$Celkové\ riziko = \frac{cizí\ zdroje}{vlastní\ kapitál} \quad (5.12)$$

Jedná se o poměr, který určuje míru finančního rizika, které je s danou podnikatelskou činností spojené. Ukazatel bývá často doplňován o ukazatel úrokového krytí [50].

### **Ukazatel úrokového krytí**

Zde se jedná o jediný ukazatel míry finančního krytí. Ukazatel úrokového krytí informuje o tom, kolikrát je firma schopna krýt (celkovým ziskem) úroky z cizího kapitálu po splacení všech nákladů plynoucích z produktivní činnosti podniku. Žádoucí je vyšší hodnota ukazatele, ze které vyplývá, že je podnik více schopen hradit náklady plynoucí z využívání cizího kapitálu [48]. Vzorec pro výpočet je:

$$\text{Úrokové krytí} = \frac{EBIT}{\text{nákladové úroky}} \quad (5.13)$$

### **Finanční páka**

Tento rozvahový ukazatel informuje, v jaké míře podnik ke své činnosti využívá vlastní/cizí zdroje. Platí, že čím je podíl vlastního kapitálu menší, tím vyšší je hodnota finanční páky [53]. Ukazatel je vyjádřen následujícím vztahem:

$$\text{Finanční páka} = \frac{\text{celková aktiva}}{\text{vlastní kapitál}} \quad (5.14)$$

Pokud je výše zhodnocení vlastního kapitálu vyšší než úroková míra z poskytnutých cizích zdrojů, pak finanční páka zvyšuje výnosnost vlastního kapitálu. Pokud je však zadlužení podniku příliš vysoké, začíná stoupat i celkové riziko a cena dalších úvěrů [53].

### **Index finanční páky**

Výhodnost použití cizích zdrojů k financování činnosti firmy může být zjištěna pomocí indexu, který vychází z ukazatelů rentability. V ideálním případě by měly mít ROE i ROA rostoucí trend a zároveň by mělo platit, že  $ROE > ROA$ . Index finanční páky lze vyjádřit pomocí vzorce 5.15 a jeho hodnota by měla dosahovat hodnot vyšších než jedna [53].

$$\text{Index finanční páky} = \frac{ROE}{ROA} \quad (5.15)$$

## UKAZATELE A DOPORUČENÍ

Tabulka 5.1: Vybrané ukazatele finanční analýzy a doporučení [48]

Ukazatel	Doporučení
ROA	maximalizace
ROE	maximalizace
ROS	maximalizace
L3	přiměřená
L2	přiměřená
L1	přiměřená
Doba obratu zásob	minimalizace
Doba splatnosti pohledávek	minimalizace
Doba splatnosti závazků	minimalizace
Celková zadluženost	přiměřená
Úrokové krytí	maximalizace > 3

### 5.2.3 Souhrnné indexy hodnocení podniku

Souhrnné ukazatele mají za cíl vyjádřit výkonnost a celkovou charakteristiku finanční situace podniku prostřednictvím jednoho čísla – souhrnného indexu. Rozlišují se bankrotní a bonitní indikátory. Bankrotní indikátory jsou určeny spíše pro věřitele, které zajímá, jak je firma schopna dostát svým závazkům. Bonitní indikátory jsou orientovány spíše na vlastníky a investory. Odrážejí míru kvality firmy dle její výkonnosti.

## Altmanova analýza

Finanční zdraví podniku může být efektivně zhodnoceno pomocí Altmanovy diskriminační analýzy. Ta je reprezentována jediným souhrnným indexem – Z-skóre. Do tohoto indexu jsou zahrnuty čtyři oblasti poměrových ukazatelů – rentabilita, zadluženost, likvidita a aktivita. Na základě rozsáhlých průzkumů je jednotlivým ukazatelům přiřazena empirická hodnota, kterou jsou ukazatele násobeny. Pomocí Altmanovy analýzy může podnik hodnotit své finanční zdraví i predikovat potenciálně se blížící bankrot, a to zhruba dva roky dopředu. Altmanův index pro podniky neobchodované na kapitálovém trhu je vyjádřen následujícím vztahem s odpovídajícími koeficienty [48].

$$Z = 0,717 \times X_1 + 0,847 \times X_2 + 3,107 \times X_3 + 0,42 \times X_4 + 0,998 \times X_5 \quad (5.16)$$

- kde:  $X_1$  – čistý pracovní kapitál/aktiva  
 $X_2$  – nerozdělený zisk minulých let/aktiva  
 $X_3$  – EBIT/aktiva  
 $X_4$  – vlastní kapitál/cizí zdroje  
 $X_5$  – tržby/aktiva

Tabulka 5.2: Interpretace výsledné hodnoty Altmanova indexu [48]

Z-skóre	Interpretace
$Z > 2,9$	Dobrá situace podniku, firma je <b>finančně zdravá</b> a v dohledné době jí nehrozí bankrot
$1,23 < Z < 2,89$	Nedostatečná indikace. O finančním zdraví podniku nelze jednoznačně rozhodnout, neboť se nachází v tzv. <b>šedé zóně</b> .
$Z < 1,23$	Vážné problémy podniku. Firma není dostatečně finančně zdravá a je ohrožena <b>bankrotem</b> .

## 5.3 SWOT analýza

Jedná se o univerzální metodu strategické analýzy výchozího stavu organizace. Hodnotí se zde vnitřní a vnější faktory, které ovlivňují úspěšnost podnikání nebo konkrétní záměr budoucího rozvoje společnosti. Pro zmíněnou analýzu výchozího stavu se vymezují silné a slabé stránky organizace (vnitřní faktory) a dále konkretizují příležitosti a hrozby (vnější faktory) [54].

### Vnitřní faktory

Silné a slabé stránky vybraných ordinací praktických lékařů jsou popisovány ve všech významných oblastech, které s jejich podnikáním přímo souvisí, například:

- Finance a ekonomika
- Technické vybavení
- Personální zajištění
- Organizační struktura
- Systém řízení

Analýza vnitřního prostředí vychází především z finanční analýzy vyhotovené v předchozích etapách diplomové práce, a dále také analýzy technického a personálního vybavení ordinace. Protože metodika tvorby SWOT analýzy není v literatuře ani praxi jasně definována, je využito metody brainstormingu s veškerým personálem zdravotnického zařízení, totiž jak lékařů, tak zdravotních sester [54].

### Vnější faktory

Příležitosti a hrozby jsou opět konkretizovány ve všech významných oblastech, které mohou podnikatelskou činnost praktických lékařů v daném regionu ovlivnit zvenčí [51]. Jedná se především o vlivy:

- Politické
- Ekonomické
- Legislativní
- Demografické
- Technické

Specifikace hrozeb a příležitostí je výstupem provedeného externího benchmarkingu s konkurenčními ordinacemi. Dále je také pomocí brainstormingu analyzováno vnější prostředí, zastoupené především plátcí zdravotních služeb, tedy pojišťovny, dodavateli technického vybavení, MZČR, SPL a dalšími subjekty, které regulují činnost zdravotnických zařízení primárního sektoru zvenčí.



## 6 Výsledky

### 6.1 Představení zdravotnických zařízení

Pro účely praktické části diplomové práce byly vybrány dvě ordinace praktických lékařů, kteří poskytují zdravotní služby jako právnické osoby, konkrétně formou společnosti s ručením omezeným. Vzhledem k ochraně osobních a citlivých údajů a zaručení anonymity těchto registrujících poskytovatelů, bude k vybraným zdravotnickým zařízením referováno pomocí nomenklatury zmíněné v předchozím textu, tj. ordinace A a ordinace B. Obě společnosti byly vybrány s přihlédnutím k jejich velikosti, organizační struktuře a rozsahu zdravotních služeb, které jsou schopny za sledované období realizovat. Svou velikostí mohou být obě ordinace zařazeny do oblasti mikro účetních jednotek, neboť nepřekračují žádné z kritérií malých účetních jednotek stanovených pro rok 2020. Majetek ordinace A i ordinace B nedosahuje výše 9 000 000 Kč, zároveň roční úhrn čistého obrátu je menší než 18 000 000 Kč a průměrný počet zaměstnanců v průběhu sledovaných účetních období je menší deseti osob.

Ordinace A poskytuje zdravotní služby pacientům v rámci obytného domu, jehož celé jedno patro je vyhrazeno právě pro tyto účely. Nachází se zde dvě zcela nezávislé ordinace VPL. Samozřejmostí tohoto pracoviště je i soukromá čekárna, která je vybavena vlastním kamerovým systémem. Ordinace A platí za využívání těchto prostor nájemné, avšak faktickým vlastníkem nebytové jednotky je rodinný příslušník VPL.

Ordinace B je lokalizována ve všeobecné poliklinice. Prostory ji tedy nepatří a taktéž, jako ordinace A, platí nájemné. Drobné rozdíly pro poskytování zdravotních služeb jsou zde znatelné například v oblasti dostupnosti. Ordinace B má bezbariérový přístup a je v úzkém kontaktu s ambulantními specialisty či klinickou laboratoří. Zálogy i přeplatky či nedoplatky za energie, zabezpečení budovy apod. jsou kalkulovány souhrnně za celou budovu.

Ordinace A i ordinace B mají uzavřenou smlouvu o poskytování zdravotních služeb s pěti zdravotními pojišťovnami ČR. V obou případech se jedná o Všeobecnou zdravotní pojišťovnu ČR (111), Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu (205), Oborovou zdravotní pojišťovnu zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (207), Vojenskou zdravotní pojišťovnu ČR (201) a Zdravotní pojišťovnu ministerstva vnitra ČR (211). Ordinace A poskytuje zdravotní služby v rozsahu 30 hodin týdně, rozdělených do pěti pracovních dnů, přičemž pracovní doba v jeden vybraný den v týdnu je do 18:00 hod. Ordinace B poskytuje zdravotní služby pacientům ve stejném rozsahu, pouze s tím rozdílem, že do 18:00 hod. je ordinace pacientům přístupná 2x týdně. Tento fakt se následně pozitivně odráží ve výši kapitační platby, která je pojišťovnám účtována k úhradě. V první tabulce této části textu je pro přehlednost uveden vývoj kapitačních plateb z úhradových vyhlášek platných pro celé sledované období a dále také hodnota bodu, která byla pro jednotlivé roky stanovena v následující výši.

Tabulka 6.1: Přehled základních náležitostí úhradové vyhlášky 2016–2020

Úhradová vyhláška	Základní kapitace	1. kapitační navýšení	2. kapitační navýšení	Hodnota bodu mimokapitačních výkonů	Hodnota bodu za návštěvní služby
<b>2016</b>	47,00	49,00	52,00	1,08	0,90
<b>2017</b>	48,00	50,00	54,00	1,08	0,90
<b>2018</b>	48,00	50,00	54,00	1,08	0,90
<b>2019</b>	48,00	50,00	56,00	1,18	0,90
<b>2020</b>	48,00	50,00	56,00	1,19	1,00

Obě ordinace inkasují od pojišťoven tzv. kapitačně-výkonovou platbu, která v obou případech tvoří největší část příjmů ordinací. Obě ordinace mají taktéž stejné personální obsazení. Tím je typický model tohoto odvětví v ČR, model „jeden lékař jedna sestra“. Tato organizační struktura se přímo odráží v počtu pacientů, které je ordinace schopna odbavit a poskytnout zdravotní služby. Pro první porovnání obou pracovišť je níže uveden počet registrovaných fyzických i jednicových pojištěnců a jejich četnost v pětiletém sledovaném období.

Tabulka 6.2: Průměrný počet fyzických pojištěnců

	ZZ	VZP	ČPZP	OZP	VOZP	ZPMV	Celkem za období
<b>2016</b>	Ordinace A	735,42	673,00	70,58	53,25	15,83	<b>1 548,08</b>
	Ordinace B	638,58	742,33	102,08	46,00	181,92	<b>1 710,92</b>
<b>2017</b>	Ordinace A	666,33	682,42	68,92	53,42	21,58	<b>1 492,67</b>
	Ordinace B	647,17	764,42	105,33	46,08	185,92	<b>1 748,92</b>
<b>2018</b>	Ordinace A	725,42	701,08	68,75	52,08	22,25	<b>1 569,58</b>
	Ordinace B	663,42	813,00	113,33	45,92	189,92	<b>1 825,58</b>
<b>2019</b>	Ordinace A	726,67	711,50	72,50	52,33	23,08	<b>1 586,08</b>
	Ordinace B	673,83	838,08	122,50	48,42	189,83	<b>1 872,67</b>
<b>2020</b>	Ordinace A	734,55	715,50	76,00	55,00	23,08	<b>1 604,13</b>
	Ordinace B	709,42	878,25	124,00	50,75	194,67	<b>1 957,08</b>

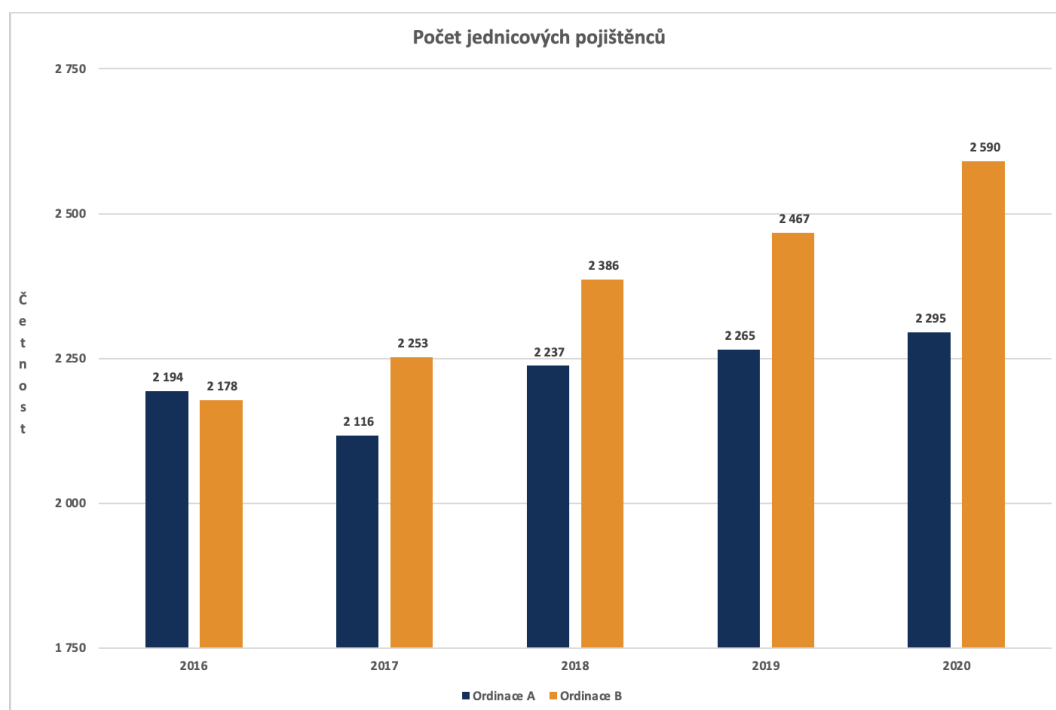
Z tabulky 6.2 je zřejmé, že nejvíce pacientů je registrováno u VZP a ČPZP. V případě ordinace A je nejvíce pojištěnců registrováno u VZP. Naopak u ordinace B je dominantní pojišťovnou ČPZP. Výsledná výše průměrného počtu pojištěnců u všech sledovaných pojišťoven je však na počátku sledovaného časového úseku velice obdobná. Rozdíl činí pouze necelých 163 pojištěnců ve prospěch ordinace B.

Více vypovídajícím ukazatelem z ekonomického hlediska je sledování pojištěnců jednicových. Údaje o jednicových pojištěncích totiž zohledňují jak časovou náročnost poskytované péče, tak věkovou strukturu pacientů evidovaných u lékaře. V úhradové vyhlášce, aktuální pro jednotlivé roky, je k dispozici výčet věkových skupin a koeficientů, kterými jsou násobeny. Zjištěné četnosti jednicových pojištěnců jsou uvedeny v tabulce 6.3.

Tabulka 6.3: Průměrný počet jednicových pojištěnců

	ZZ	VZP	ČPZP	OZP	VOZP	ZPMV	Celkem za období
2016	Ordinace A	1 084,35	908,00	93,93	86,46	21,41	2 194,15
	Ordinace B	863,55	922,52	120,86	57,05	214,00	2 177,97
2017	Ordinace A	980,77	929,05	92,81	86,48	27,30	2 116,41
	Ordinace B	883,05	962,73	126,44	56,39	224,15	2 252,76
2018	Ordinace A	1 068,60	961,47	94,76	83,91	28,50	2 237,23
	Ordinace B	915,74	1 039,98	140,30	56,84	233,42	2 386,28
2019	Ordinace A	1 068,60	980,13	99,24	86,99	29,84	2 264,79
	Ordinace B	938,32	1 078,20	152,17	60,88	237,51	2 467,08
2020	Ordinace A	1 081,20	989,25	104,31	90,10	29,84	2 294,70
	Ordinace B	984,73	1 137,63	153,89	64,50	249,19	2 589,93

Z tabulky 6.3. je zřejmý fakt, že počet jednicových pojištěnců je na počátku sledovaného období u obou ordinací téměř shodný. V tomto roce (2016) je evidováno více jednicových pojištěnců v ordinaci A, a to konkrétně o 16,18 pojištěnce. Obecně by se tedy dalo říci, že ordinace A eviduje více pacientů staršího věku, u kterých je vyžadovaná zdravotní péče časově i finančně nákladnější a kteří ordinaci navštěvují častěji.



Graf 6.1: Počet jednicových pacientů

Graf 6.1 znázorňuje vývoj četnosti jednicových pojištěnců za období 2016–2020. Na počátku sledovaného období je stav obou ordinací téměř shodný. U ordinace B můžeme pozorovat kontinuální nárůst, a to konkrétně o 412 jednicových pojištěnců (246 fyzických). Naopak ordinace A za sledované období přijala pouze 101 nových jednicových pojištěnců (56 fyzických). Z vývojového trendu grafu lze usuzovat, že ordinace A nové pacienty primárně nepřijímá. Naopak ordinace B má k registraci nových pacientů kladnější přístup, ačkoli je kapacita obou ZZ takřka totožná.

## **6.2 Finanční analýza**

Cílem finanční analýzy bylo získat konkrétní představu o finančním zdraví obou zdravotnických zařízení. V této kapitole jsou podrobně analyzovány účetní výkazy obou společností. Jedná se především o analýzu absolutních a poměrových ukazatelů. Výstupy těchto dílčích analýz byly dále vloženy do vzájemných souvislostí mezi oběma podniky, což poskytlo možnost dalšího hodnocení hospodaření podniku v širším měřítku daného odvětví.

### **6.2.1 Analýza absolutních ukazatelů**

Analýza účetních výkazů obou zdravotnických zařízení je provedena pomocí horizontálního a vertikálního rozboru jednotlivých položek rozvahy a výkazu zisku a ztráty. Úplné výkazy jsou uvedeny v přílohách A–D.

Horizontální analýza rozvahy a výsledovky je sestavena na základě změn zaznamenaných v jednotlivých účetních obdobích, a to jak v absolutním, tak v procentním vyjádření. V rámci těchto dílčích analýz je pracováno s výkazy v agregované podobě.

Vertikální analýza rozvahy a výsledovky sleduje procentní podíl jednotlivých položek na celkové bilanční sumě aktiv a pasiv, v případě výsledovky celkových výnosů a nákladů. Stejně jako v případě horizontální analýzy bylo využito výkazů agregovanějšího vyjádření.

## Analýza absolutních ukazatelů ordinace A

Tabulka 6.4: Horizontální analýza rozvahy ordinace A

Rozvaha k 31.12. (v tisících Kč)	ABSOLUTNÍ ZMĚNA (tis. Kč)				RELATIVNÍ ZMĚNA				
	2017/2016	2018/2017	2019/2018	2020/2019	2017/2016	2018/2017	2019/2018	2020/2019	
<b>Aktiva celkem</b>	<b>317</b>	<b>198</b>	<b>268</b>	<b>203</b>	<b>43 %</b>	<b>19 %</b>	<b>22 %</b>	<b>13 %</b>	
<b>Dlouhodobý majetek</b>	<b>-6</b>	<b>0</b>	<b>43</b>	<b>-11</b>	<b>-100 %</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-26 %</b>	
Hmotný	-6	0	43	-11	-100 %	-	-	-26 %	
Nehmotný	0	0	0	0	-	-	-	-	
Finanční	0	0	0	0	-	-	-	-	
<b>Oběžná aktiva</b>	<b>347</b>	<b>198</b>	<b>225</b>	<b>212</b>	<b>51 %</b>	<b>19 %</b>	<b>18 %</b>	<b>15 %</b>	
Zásoby	-8	0	-3	18	-44 %	-	-30 %	257 %	
Dlouhodobé pohledávky	0	0	0	0	-	-	-	-	
Krátkodobé pohledávky	-90	5	14	72	-34 %	3 %	8 %	38 %	
Krátkodobý finanční majetek	445	193	214	122	110 %	23 %	21 %	10 %	
<b>Časové rozlišení aktiv</b>	<b>-24</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>-59 %</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>12 %</b>	
<b>Pasíva celkem</b>	<b>317</b>	<b>198</b>	<b>268</b>	<b>203</b>	<b>43 %</b>	<b>19 %</b>	<b>22 %</b>	<b>13 %</b>	
<b>Vlastní kapitál</b>	<b>222</b>	<b>234</b>	<b>242</b>	<b>193</b>	<b>34 %</b>	<b>27 %</b>	<b>22 %</b>	<b>14 %</b>	
Základní kapitál a kapitálové fondy	0	0	0	0	-	-	-	-	
Fondy ze zisku a převedené VH minulých let	65	221	235	241	16 %	48 %	35 %	26 %	
VH běžného účetního období	158	12	8	-48	247 %	5 %	3 %	-20 %	
<b>Cizí zdroje</b>	<b>95</b>	<b>-38</b>	<b>26</b>	<b>-20</b>	<b>134 %</b>	<b>-23 %</b>	<b>20 %</b>	<b>-13 %</b>	
Rezervy	0	0	0	0	-	-	-	-	
Dlouhodobé závazky	0	0	0	0	-	-	-	-	
Krátkodobé závazky	95	-38	26	-20	134 %	-23 %	20 %	-13 %	
Dlouhodobé bankovní úvěry	0	0	0	0	-	-	-	-	
Krátkodobé bankovní úvěry	0	0	0	0	-	-	-	-	
<b>Časové rozlišení pasív</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1500 %</b>	

Z hlediska struktury majetku ordinace A, lze po celou dobu sledovaného období pozorovat rostoucí bilanční sumu aktiv. Ta se od roku 2016 do roku 2020 zvýšila o 97 %, což v korunách odpovídá částce 986 tis. Kč. Na růstu celkových aktiv se z největší části podílel každoroční růst oběžných aktiv, konkrétně krátkodobého finančního majetku. Právě tato rozvahová položka, krátkodobý finanční majetek, zaznamenala největší změny v roce 2017, kdy se pozitivně projevila skutečnost významného snížení osobních nákladů a krátkodobých pohledávek společnosti. Mimo rok 2017, zaznamenala položka krátkodobých pohledávek strmý nárůst. Ten za poslední tři roky sledovaného období dosáhl 49 % (1 477 000 Kč). Ordinance A neviduje vůči svým odběratelům žádné dlouhodobé pohledávky, proto tyto změny nejsou v rozvaze zachyceny. Na změnách bilanční sumy aktiv se částečně podílel i vývoj dlouhodobého majetku. V roce 2017 byla zcela odepsána jediná položka evidovaná v kartách dlouhodobého majetku, tedy POCT analyzátor. Hodnota oprávek dosáhla pořizovací ceny zmíněného aktiva a do roku 2019 zůstala tato položka beze změny. V roce 2019 došlo k akvizici dalšího majetku, jehož zůstatková cena ke konci roku 2019 činila 43 tis. Kč. Jiné formy dlouhodobých hmotných aktiv ordinace A neviduje.

Z pohledu finanční struktury ZZ lze v tabulce pozorovat korespondující nárůst bilanční sumy aktiv i pasiv, což indikuje zachování principu bilanční rovnosti a správnost účetnictví. Od počátku sledovaného období dochází k růstu vlastního kapitálu, což při stejné výši základního kapitálu značí trvalou ziskovost podniku a jeho finanční zdraví, které je dále hodnoceno v analýze poměrových ukazatelů. Výše základního kapitálu zůstává po celou dobu podnikání statická, proto její změny nejsou v horizontální analýze zaznamenány. Výsledek hospodaření běžného účetního období v letech 2016–2019 pouze rostl. K největšímu nárůstu došlo v roce 2017, kdy byla firma nejvíce prosperující a podařilo se jí oproti roku 2016 zvýšit výnosy o 7 % (147 tis. Kč) a snížit náklady (především osobní náklady), a to konkrétně o částku 47 tis. Kč. Rok 2020 je jediným účetním obdobím, kdy ordinace vykazovala klesající zisk. Oproti výsledku hospodaření roku 2019 se zvýšily náklady firmy o 13 % a celkový výsledek hospodaření zaznamenal úpadek o 20 %, tedy 48 tis. Kč. Vzhledem k tomu, že firma nevyužívá žádné bankovní úvěry (krátkodobé či dlouhodobé), nejsou tyto změny v rozvaze zachyceny. Jedinou položkou cizích zdrojů, které ordinace k financování své činnosti využívá, jsou krátkodobé závazky, jež po celou dobu hodnoceného období v horizontální analýze kolísají mezi hodnotami kladnými a zápornými. Pokud zanedbáme rok 2017, kdy došlo k rekordnímu nárůstu krátkodobých závazků o 134 % (95 tis. Kč), dosahuje průměrná každoroční změna této položky za zbylé čtyři roky -16 %, tedy -32 tis. Kč.

Tabulka 6.5: Vertikální analýza rozvahy ordinace A

Rozvaha k 31.12.	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Aktiva celkem</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Dlouhodobý majetek</b>	<b>1 %</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>3 %</b>	<b>2 %</b>
Hmotný	1 %	-	-	3 %	2 %
Nehmotný	-	-	-	-	-
Finanční	-	-	-	-	-
<b>Oběžná aktiva</b>	<b>94 %</b>	<b>98 %</b>	<b>99 %</b>	<b>96 %</b>	<b>97 %</b>
Zásoby	2 %	1 %	1 %	0,5 %	1 %
Dlouhodobé pohledávky	-	-	-	-	-
Krátkodobé pohledávky	36 %	16 %	14 %	13 %	15 %
Krátkodobý finanční majetek	55 %	81 %	84 %	83 %	80 %
<b>Časové rozlišení aktiv</b>	<b>6 %</b>	<b>2 %</b>	<b>1 %</b>	<b>1 %</b>	<b>1 %</b>
<b>Pasiva celkem</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Vlastní kapitál</b>	<b>90 %</b>	<b>84 %</b>	<b>90 %</b>	<b>90 %</b>	<b>90 %</b>
Základní kapitál a kapitálové fondy	27 %	19 %	16 %	13 %	12 %
Fondy ze zisku a převedené VH minulých let	54 %	44 %	55 %	60 %	67 %
VH běžného účetního období	9 %	21 %	19 %	16 %	11 %
<b>Cizí zdroje</b>	<b>10 %</b>	<b>16 %</b>	<b>10 %</b>	<b>10 %</b>	<b>8 %</b>
Rezervy	-	-	-	-	-
Dlouhodobé závazky	-	-	-	-	-
Krátkodobé závazky	10 %	16 %	10 %	10 %	8 %
Dlouhodobé bankovní úvěry	-	-	-	-	-
Krátkodobé bankovní úvěry	-	-	-	-	-
<b>Časové rozlišení pasiv</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>0,2 %</b>	<b>0,1 %</b>	<b>1,9 %</b>

Majetková struktura ordinace A je tvořena průměrně z 1 % stálými aktivy a z 97 % aktivy oběžnými. Vzhledem k pořizovacím cenám za technické a věcné vybavení ordinací VPL, které většinou nepřesáhly dříve stanovenou cenovou hranici 60 000 Kč (hmotný majetek) nebo 40 000 Kč (nehmotný majetek), je pochopitelné, že oběžná aktiva budou svým podílem na celkovém majetku přesahovat aktiva stálá. Protože ordinace A není ani přímým vlastníkem prostor, ve kterých poskytuje zdravotní služby, lze usuzovat, že vzhledem k odvětví podnikání je tento poměr mezi zmíněnými aktivy běžný. Jedinou formou dlouhodobého majetku, kterou ZZ ve výkazech eviduje, jsou aktiva hmotná, konkrétně POCT analyzátor a kuchyňská linka. Jiná forma stálého majetku není ve výkazech ordinace A zaznamenána.

Největší část oběžných aktiv tvoří krátkodobý finanční majetek, jež se pohybuje v průměrné výši 77 %. Druhou největší položkou jsou krátkodobé pohledávky, jejichž průměr v pětiletém období 2016–2020 dosahuje necelých 19 %. Zbylou část oběžných aktiv tvoří zásoby. Do zásob je zařazován především běžný a zdravotnický materiál, dále také pracovní oděvy a kancelářské potřeby.

Struktura financování podniku je v průměru z 89 % tvořena vlastním kapitálem a z 11 % cizími zdroji. Lékař ordinace A v polostrukturovaném rozhovoru zmínil, že tento způsob financování je jeho potřebám zcela vyhovující a staví se negativně k jakékoli formě dlouhodobého zadlužení, a to i v případě, že by tato skutečnost mohla vést k efektivnějšímu využívání zdrojů financování podniku. Největší položkou vlastního kapitálu jsou převedené výsledky hospodaření minulých let, které jsou udržovány v průměrné výši 56 %. Výsledek hospodaření běžného účetního období pak průměrně dosahuje výše necelých 15 % z celkových pasiv podniku. Základní kapitál, ač zůstává po celou dobu podnikání neměnný, se na struktuře vlastního kapitálu podílí v průběhu pěti sledovaných let méně a méně. Průměrný podíl základního kapitálu činí necelých 17 %.

Jak bylo již zmíněno, ordinace A v současné době nečerpá žádné bankovní úvěry. Jedinou položkou, která reprezentuje cizí zdroje, jsou krátkodobé závazky. Cizí zdroje a krátkodobé závazky lze tedy považovat za totožné položky, které se na financování podniku podílejí v průměru z 11 %.

Tabulka 6.6: Horizontální analýza VZZ ordinace A

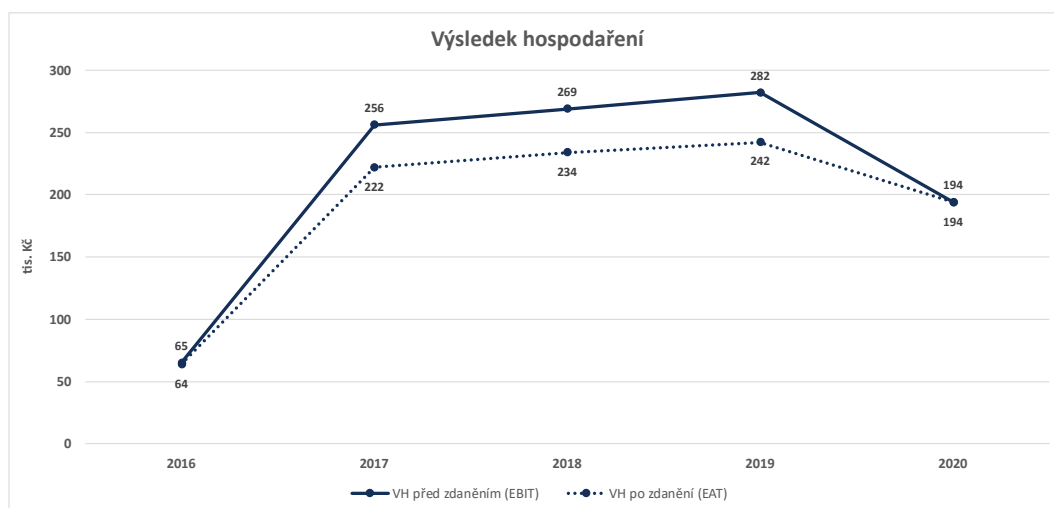
Výkaz zisku a ztráty k 31.12	ABSOLUTNÍ ZMĚNA (tis. Kč)				RELATIVNÍ ZMĚNA			
	2017/2016	2018/2017	2019/2018	2020/2019	2017/2016	2018/2017	2019/2018	2020/2019
<b>Výnosy</b>	<b>147</b>	<b>74</b>	<b>238</b>	<b>205</b>	<b>7 %</b>	<b>3 %</b>	<b>10 %</b>	<b>8 %</b>
Tržby z prodeje výrobků a služeb	147	74	238	205	7 %	3 %	10 %	8 %
<b>Náklady</b>	<b>-44</b>	<b>62</b>	<b>225</b>	<b>292</b>	<b>-2 %</b>	<b>3 %</b>	<b>11 %</b>	<b>13 %</b>
Výkonová spotřeba	9	-3	143	118	1 %	-0,3 %	16 %	11 %
Spotřeba materiálu a energie	22	-36	86	129	8 %	-12 %	32 %	36 %
Služby	-13	33	57	-11	-2 %	6 %	9 %	-2 %
<b>Osobní náklady</b>	<b>-47</b>	<b>71</b>	<b>66</b>	<b>185</b>	<b>-4 %</b>	<b>6 %</b>	<b>6 %</b>	<b>15 %</b>
Mzdové náklady	-25	88	50	67	-3 %	10 %	5 %	7 %
Náklady na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění	-22	-17	16	118	-8 %	-7 %	7 %	49 %
Náklady na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění	-8	-6	-1	10	-4 %	-3 %	-1 %	5 %
Ostatní náklady	-14	-11	17	108	-28 %	-31 %	68 %	257 %
<b>Úpravy hodnot v provozní oblasti</b>	<b>-8</b>	<b>-6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>-57 %</b>	<b>-100 %</b>	<b>-</b>	<b>120 %</b>
Ostatní provozní náklady	2	0	11	-17	15 %	-	73 %	-65 %
Daně a poplatky	0	0	1	1	-	-	17 %	14 %
Jiné provozní náklady	2	0	10	-18	29 %	-	111 %	-95 %
<b>Provozní výsledek hospodaření (+/-)</b>	<b>191</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>-87</b>	<b>273 %</b>	<b>5 %</b>	<b>5 %</b>	<b>-30 %</b>
Ostatní finanční náklady	0	-1	0	1	-	-20 %	-	25 %
<b>Finanční výsledek hospodaření (+/-)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>-1</b>	<b>-</b>	<b>-20 %</b>	<b>-</b>	<b>25 %</b>
<b>Výsledek hospodaření před zdaněním (+/-)</b>	<b>191</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>-88</b>	<b>294 %</b>	<b>5 %</b>	<b>5 %</b>	<b>-31 %</b>
Daň z příjmů	33	1	5	-40	3300 %	3 %	14 %	-100 %
<b>Výsledek hospodaření po zdanění (+/-)</b>	<b>158</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>-48</b>	<b>247 %</b>	<b>5 %</b>	<b>3 %</b>	<b>-20 %</b>
<b>Výsledek hospodaření za účetní období (+/-)</b>	<b>158</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>-48</b>	<b>247 %</b>	<b>5 %</b>	<b>3 %</b>	<b>-20 %</b>

Ordinace VPL jsou zdravotnická zařízení, která nabízí svým pacientům především služby. V případě ordinace A je poskytování zdravotních služeb hlavní a zároveň jedinou výdělečnou činností, které se aktivně věnuje. Z této činnosti jí plynou veškeré tržby, které, jak je patrné z tabulky 6.6, zaznamenávají každoroční nárůst. Celkové výnosy tak od roku 2016–2020 zaznamenaly nárůst o 28 % (664 tis. Kč) Průměrné tempo růstu tržeb pak činí 9,5 % ročně, což odpovídá hodnotě 166 tis. Kč za rok.

Stejně jako celkové výnosy se zvyšuje i hodnota celkových nákladů, a to každý rok, kromě období roku 2017. Za tento významný pokles se zapříčinily změny v oblasti osobních nákladů, které se snížily o částku 47 tis. Kč. Průměrné tempo růstu celkových nákladů činí 6,25 % ročně, což odpovídá hodnotě 535 tis. Kč za rok. Tempo růstu výnosů tedy převyšuje růstové tempo nákladů o 3 %, což je pro ordinaci příznivou skutečností.

Nejvýznamnějšími nákladovými položkami jsou beze sporu osobní náklady a výkonová spotřeba. Výkonová spotřeba každoročně narůstá. Za sledované období vzrostla o necelých 28 % (267 tis. Kč). Výjimkou je rok 2018, kde došlo k jejímu poklesu, který je ale vzhledem k ostatním rokům zanedbatelný. Zhruba čtvrtinový nárůst byl zaznamenán i v oblasti osobních nákladů. Osobním nákladům a jejich vývoji v čase se detailněji věnuje kapitola 6.3.2 a 6.4.





Graf 6.2: Vývoj výsledků hospodaření ordinace A za sledované období

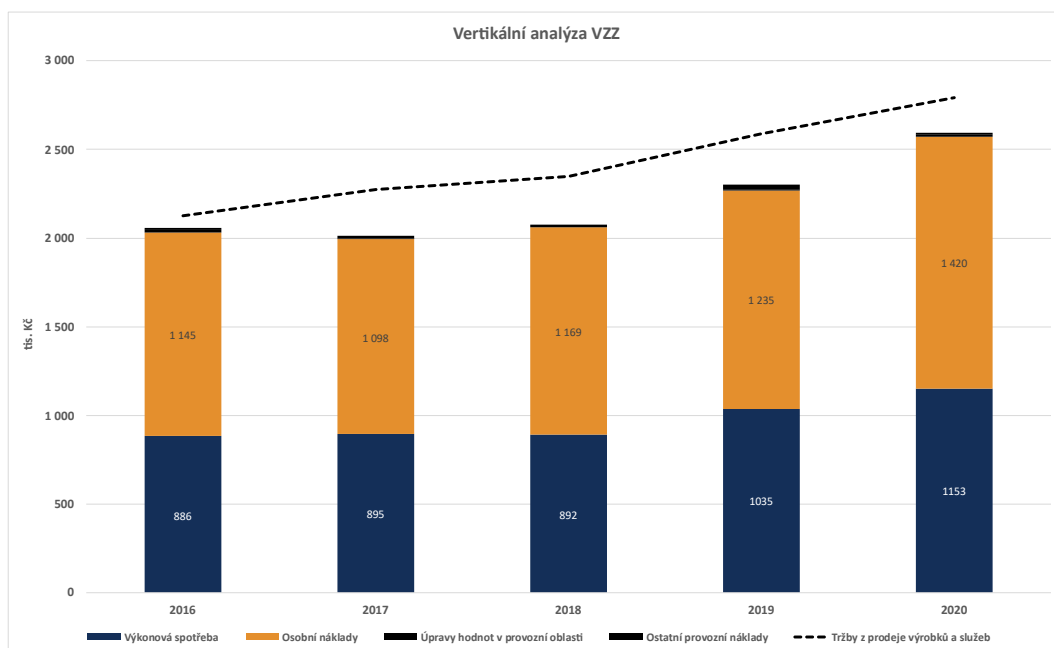
Graf č. 6.2 popisuje vývoj výsledku hospodaření před zdaněním (EBIT) a výsledku hospodaření po zdanění (EAT). Na počátku sledovaného období, v roce 2016, byl zisk společnosti po zdanění nejmenší. Dosahoval výše 64 tis. Kč. V roce následujícím došlo k jeho největšímu nárůstu, který byl způsoben již zmíněným poklesem osobních nákladů o 2 % a zvýšením tržeb o 7 % oproti roku předchozímu. EAT ordinace A v tomto roce činil 222 tis. Kč. Po dobu dalších dvou let výše EAT narůstala téměř konstantním tempem, a to v průměru o 4 % (10 tis. Kč) za rok, než bylo dosaženo dosavadního maxima ziskovosti, a to částkou 282 tis. Kč v roce 2019. V roce 2020 však zisk ordinace A klesl o 20 % (48 tis. Kč). Tato změna pramení opět v oblasti osobních nákladů, které vzrostly oproti předešlému roku o necelých 185 tis. Kč. V souvislosti s protiepidemickými opatřeními prodloužila vláda ČR termín pro podání daňového přiznání. Odsunula jej na datum 3. května, respektive 1. července 2021, pokud fyzická či právnická osoba podává daňové přiznání elektronicky. V souvislosti s touto skutečností není prozatím daň z příjmů ve výkazech zaznamenána a EBIT i EAT dosahují stejné výše (194 tis. Kč).

Tabulka 6.7: Vertikální analýza VZZ ordinace A

Výkaz zisku a ztráty k 31.12.	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Výnosy</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Tržby z prodeje výrobků a služeb</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Náklady</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Výkonová spotřeba</b>	<b>43 %</b>	<b>44 %</b>	<b>43 %</b>	<b>45 %</b>	<b>44 %</b>
Spotřeba materiálu a energie	14 %	15 %	13 %	16 %	19 %
Služby	29 %	29 %	30 %	29 %	26 %
<b>Osobní náklady</b>	<b>56 %</b>	<b>55 %</b>	<b>56 %</b>	<b>54 %</b>	<b>55 %</b>
<b>Mzdové náklady</b>	<b>43 %</b>	<b>43 %</b>	<b>45 %</b>	<b>43 %</b>	<b>41 %</b>
<b>Náklady na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění</b>	<b>13 %</b>	<b>12 %</b>	<b>11 %</b>	<b>10 %</b>	<b>14 %</b>
Náklady na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění	10 %	10 %	10 %	9 %	8 %
Ostatní náklady	2 %	2 %	1 %	2 %	6 %
<b>Úpravy hodnot v provozní oblasti</b>	<b>1 %</b>	<b>0,3 %</b>	<b>-</b>	<b>0,2 %</b>	<b>0,4 %</b>
<b>Ostatní provozní náklady</b>	<b>1 %</b>	<b>1 %</b>	<b>1 %</b>	<b>1 %</b>	<b>0,3 %</b>
Daně a poplatky	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
Jiné provozní náklady	0,3 %	0,4 %	0,4 %	0,8 %	0,0 %

Tabulka 6.7 vyobrazuje procentní analýzu výsledovky společnosti. Jak bylo již zmíněno v horizontální analýze VZZ, jedinou položkou, tvořící výnosy ordinace, jsou tržby za poskytnuté zdravotní služby.

V oblasti celkových nákladů figurují dvě nejvýznamnější položky, kterými jsou výkonová spotřeba a osobní náklady. Výkonová spotřeba se na celkových nákladech ordinace podílí v průměru celého období téměř ze 44 %. Její převažující částí jsou služby, pod kterými se skrývá například cestovné, platby nájemného ordinace, poštovné, náklady na reprezentaci a ostatní služby. Na tomto místě bych rád čtenáře odkázal na kapitolu 6.3.2, ve které jsou náklady tohoto ZZ analyzovány více dopodrobna, jak z horizontálního, tak vertikálního úhlu pohledu. Další náklady, jako jsou úpravy hodnot v provozní oblasti nebo ostatní provozní náklady tvoří nepatrnou část celkových nákladů, která se každoročně pohybuje v intervalu 0–1 %.



Graf 6.3: Vývoj vybraných položek výsledovky ordinace A za sledované období

Graf 6.3 je doplňujícím grafem k vývoji výsledků hospodaření. Je zde vyobrazena výše celkových nákladů v jednotlivých letech sledovaného období a jejich vývoj v čase. Z grafu je patrné, že tržby z prodeje výrobků a služeb vždy převyšují náklady společnosti, která je po celou sledovanou dobu zisková. Z grafu lze dále pozorovat vertikální rozdíly mezi výnosovou křivkou a jednotlivými sloupci celkových nákladů. Je zřejmé, že rozdíl (EAT) je v roce 2016 nejmenší. Následující roky roste téměř konstantním tempem a v roce 2020 došlo k jeho poklesu. Konkrétní rozdíly, tedy zisky po zdanění, jsou blíže popsány v předchozím grafu 6.2.

## Analýza absolutních ukazatelů ordinace B

Tabulka 6.8: Horizontální analýza rozvahy ordinace B

Rozvaha k 31.12. (v tisících Kč)	ABSOLUTNÍ ZMĚNA				RELATIVNÍ ZMĚNA			
	2017/2016	2018/2017	2019/2018	2020/2019	2017/2016	2018/2017	2019/2018	2020/2019
<b>Aktiva celkem</b>	<b>-44</b>	<b>-10</b>	<b>92</b>	<b>103</b>	<b>-6 %</b>	<b>-1 %</b>	<b>13 %</b>	<b>13 %</b>
<b>Dlouhodobý majetek</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Hmotný	0	0	0	0	-	-	-	-
Nehmotný	0	0	0	0	-	-	-	-
Finanční	0	0	0	0	-	-	-	-
<b>Oběžná aktiva</b>	<b>-25</b>	<b>-10</b>	<b>92</b>	<b>103</b>	<b>-3 %</b>	<b>-1 %</b>	<b>13 %</b>	<b>13 %</b>
Zásoby	0	0	0	0	-	-	-	-
Dlouhodobé pohledávky	0	0	0	0	-	-	-	-
Krátkodobé pohledávky	-55	-5	19	16	-27 %	-3 %	13 %	10 %
Krátkodobý finanční majetek	30	-5	73	87	6 %	-1 %	13 %	14 %
<b>Časové rozlišení aktiv</b>	<b>-19</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-63 %</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Pasiva celkem</b>	<b>-44</b>	<b>-10</b>	<b>92</b>	<b>103</b>	<b>-6 %</b>	<b>-1 %</b>	<b>13 %</b>	<b>13 %</b>
<b>Vlastní kapitál</b>	<b>2</b>	<b>-8</b>	<b>109</b>	<b>102</b>	<b>0,4 %</b>	<b>-1 %</b>	<b>20 %</b>	<b>15 %</b>
Základní kapitál a kapitálové fondy	0	0	0	0	-	-	-	-
Fondy ze zisku a převedené VH minulých let	0	0	0	0	-	-	-	-
VH běžného účetního období	2	-8	109	102	1 %	-2 %	33 %	23 %
<b>Cizí zdroje</b>	<b>-46</b>	<b>-2</b>	<b>-17</b>	<b>1</b>	<b>-21 %</b>	<b>-1 %</b>	<b>-10 %</b>	<b>1 %</b>
Rezervy	0	0	0	0	-	-	-	-
Dlouhodobé závazky	0	0	0	0	-	-	-	-
Krátkodobé závazky	-46	-2	-17	1	-21 %	-1 %	-10 %	1 %
Dlouhodobé bankovní úvěry	0	0	0	0	-	-	-	-
Krátkodobé bankovní úvěry	0	0	0	0	-	-	-	-
<b>Časové rozlišení pasiv</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Z hlediska struktury majetku ordinace B je patrný nestálý vývoj bilanční sumy aktiv. V roce 2017 a 2018 došlo k jejich snížení, a to konkrétně o 7 % (54 tis. Kč). V posledních dvou letech sledovaného období však majetek firmy opět rostl konstantním tempem 13 % za rok (v průměru 98 tis. Kč ročně). Na základě těchto dat lze hovořit o stabilizaci firmy a žádoucím zvyšování bilanční sumy. Relativní i absolutní změna výše aktiv koresponduje se změnami oběžného majetku, což je jediná forma majetku, kterým ordinace disponuje. Pouze v roce 2017 došlo zároveň ke snížení oběžných aktiv i položky časového rozlišení aktiv, jež obsahuje příjmy a náklady příštích období. V roce 2017 došlo ke snížení této položky z 30 na 11 tis. Kč. V následujících letech zůstalo časové rozlišení aktiv ve stejné výši 11 tis. Kč, proto tato změna není v rozvaze zaznamenána. Významnými položkami oběžných aktiv jsou krátkodobé pohledávky a krátkodobý finanční majetek. Krátkodobý finanční majetek zaznamenal téměř za celou dobu pětiletého období nárůst, a to o 32 % (185 tis. Kč). Jedinou výjimkou je rok 2018, kdy došlo k jeho snížení o zanedbatelných 5 tis. Kč. Protože ordinace B nemá ve své evidenci žádný stálý majetek, ani za dobu sledovaného období nedošlo k akvizici nového majetku či odepisování stávajícího, nejsou změny v horizontální analýze opět zaznamenány.

Z pohledu finanční struktury ZZ lze v tabulce pozorovat korespondující změny v bilanční sumě aktiv i pasiv, což stejně jako u ordinace A indikuje zachování principu bilanční rovnosti a správnost účetních operací. Rok 2018 je jediným rokem, kdy firma vykazovala nižší zisk než v roce předchozím. V ostatních letech sledovaného období můžeme v tabulce 6.8 pozorovat trvale rostoucí výsledek hospodaření, který se oproti roku 2016 zvýšil celkem o 55 % (205 tis. Kč). O tom vypovídá i výše celkového vlastního kapitálu, která svými změnami zcela koresponduje se změnami výsledku hospodaření běžného účetního období. Základní kapitál a fondy ze zisku jsou udržovány každý rok ve stejné výši, proto jejich změna není v analýze rozvahy zanesena a neprojevuje se ani ve vývoji vlastního kapitálu. Základní kapitál je již od založení firmy udržován ve výši 200 tis. Kč. Fondy ze zisku a převedené VH minulých let činí každý rok 20 tis. Kč. Z toho vyplývá, že ordinace B odvádí veškerý generovaný zisk z podniku a nevyužívá jej k dalšímu rozvoji.

Stejně jako v předchozím případě, ani ordinace B nečerpá žádné bankovní úvěry (krátkodobé, dlouhodobé), proto nejsou v rozvaze tyto změny patrné. Jedinou položkou cizích zdrojů jsou krátkodobé závazky. Krátkodobé zadlužení se daří ordinaci pravidelně snižovat. Od roku 2016 došlo k jeho snížení o 31 % (64 tis. Kč). Jedinou výjimkou byl rok 2020 kdy se krátkodobé závazky navýšily o 1 %, což odpovídá částce 1 000 Kč.

Tabulka 6.9: Vertikální analýza rozvahy ordinace B

Rozvaha k 31.12.	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Aktiva celkem</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Dlouhodobý majetek</b>	-	-	-	-	-
Hmotný	-	-	-	-	-
Nehmotný	-	-	-	-	-
Finanční	-	-	-	-	-
<b>Oběžná aktiva</b>	<b>96 %</b>	<b>98 %</b>	<b>98 %</b>	<b>99 %</b>	<b>99 %</b>
Zásoby	-	-	-	-	-
Dlouhodobé pohledávky	-	-	-	-	-
Krátkodobé pohledávky	26 %	21 %	20 %	20 %	20 %
Krátkodobý finanční majetek	70 %	78 %	78 %	78 %	79 %
<b>Časové rozlišení aktiv</b>	<b>4 %</b>	<b>2 %</b>	<b>2 %</b>	<b>1 %</b>	<b>1 %</b>
<b>Pasiva celkem</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Vlastní kapitál</b>	<b>72 %</b>	<b>77 %</b>	<b>77 %</b>	<b>82 %</b>	<b>83 %</b>
Základní kapitál a kapitálové fondy	26 %	27 %	28 %	25 %	22 %
Fondy ze zisku a převedené VH minulých let	3 %	3 %	3 %	2 %	2 %
VH běžného účetního období	44 %	47 %	46 %	54 %	59 %
<b>Cizí zdroje</b>	<b>28 %</b>	<b>23 %</b>	<b>23 %</b>	<b>18 %</b>	<b>17 %</b>
Rezervy	-	-	-	-	-
Dlouhodobé závazky	-	-	-	-	-
Krátkodobé závazky	28 %	23 %	23 %	18 %	17 %
Dlouhodobé bankovní úvěry	-	-	-	-	-
Krátkodobé bankovní úvěry	-	-	-	-	-
<b>Časové rozlišení pasiv</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Jak bylo již zmíněno, ordinace B nedisponuje žádným dlouhodobým majetkem, což je vzhledem k předmětu podnikání, aplikovanému personálnímu modelu a zároveň pořizovacím cenám technického a věcného vybavení pochopitelné. Lékař B také není vlastníkem prostor, ve kterých poskytuje zdravotní služby, proto v evidenci DHM nefigurují ani stavby, budovy či jakákoliv jiná podoba editovatelných nemovitostí. Majetková skladba je tedy tvořena průměrně z 98 % oběžným majetkem a zbylou část (2 %) tvoří časové rozlišení. Oběžná aktiva tvoří převážně krátkodobý finanční majetek (průměrně ze 77 %) a následně krátkodobé pohledávky z obchodních vztahů (21 %).

Struktura financování podniku je v průměru ze 78 % tvořena vlastním kapitálem a z 22 % cizími zdroji. Lékař ordinace B taktéž v polostrukturovaném rozhovoru zmínil, že tento způsob financování je jeho potřebám zcela vyhovující a staví se negativně k jakékoli formě dlouhodobého zadlužení, a to i v případě, že by tato skutečnost mohla vést k efektivnějšímu využívání zdrojů financování podniku. Největší položkou vlastního kapitálu je VH běžného účetního období, který zaujímá v průměru 50 % celkových pasiv. Základní kapitál a fondy ze zisku jsou statické položky, které souhrnně tvoří 14 % zdrojů financování podniku.

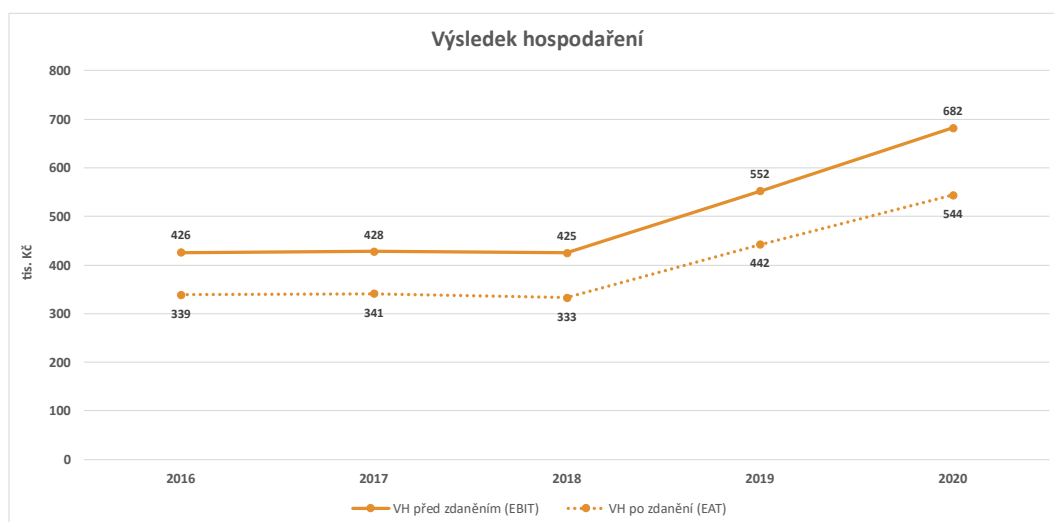
Protože ordinace B nečerpá žádné bankovní úvěry, jsou jedinou položkou cizích zdrojů krátkodobé závazky. Tyto dvě položky můžeme vnímat jako totožné, které se na financování podniku podílejí v průměru z 22 %. Pod krátkodobými závazky jsou evidovány především závazky vůči zaměstnancům, institucím sociálního a zdravotního pojištění, finančnímu úřadu a dalším dodavatelům.

Tabulka 6.10: Horizontální analýza VZZ ordinace B

Výkaz zisku a ztráty k 31.12	ABSOLUTNÍ ZMĚNA (tis. Kč)				RELATIVNÍ ZMĚNA			
	2017/2016	2018/2017	2019/2018	2020/2019	2017/2016	2018/2017	2019/2018	2020/2019
<b>Výnosy</b>	<b>70</b>	<b>120</b>	<b>231</b>	<b>174</b>	<b>4 %</b>	<b>7 %</b>	<b>12 %</b>	<b>8 %</b>
Tržby z prodeje výrobků a služeb	70	120	231	174	4 %	7 %	12 %	8 %
<b>Náklady</b>	<b>67</b>	<b>123</b>	<b>101</b>	<b>46</b>	<b>5 %</b>	<b>9 %</b>	<b>7 %</b>	<b>3 %</b>
<b>Výkonová spotřeba</b>	<b>56</b>	<b>-6</b>	<b>21</b>	<b>60</b>	<b>18 %</b>	<b>-2 %</b>	<b>6 %</b>	<b>15 %</b>
Spotřeba materiálu a energie	58	-6	3	51	57 %	-4 %	2 %	33 %
Služby	-2	0	18	9	-1 %	-	8 %	4 %
<b>Osobní náklady</b>	<b>3</b>	<b>129</b>	<b>82</b>	<b>-2</b>	<b>0,3 %</b>	<b>13 %</b>	<b>7 %</b>	<b>-0,2 %</b>
Mzdové náklady	47	87	42	-8	7 %	12 %	5 %	-1 %
Náklady na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění	-44	42	40	6	-16 %	18 %	15 %	2 %
Náklady na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění	16	9	12	-2	8 %	4 %	5 %	-1 %
Ostatní náklady	-60	33	29	7	-77 %	183 %	57 %	9 %
<b>Úpravy hodnot v provozní oblasti</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Ostatní provozní náklady</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>-2</b>	<b>-12</b>	<b>21 %</b>	<b>-</b>	<b>-4 %</b>	<b>-27 %</b>
Daně a poplatky	-1	3	0	0	-11 %	38 %	-	-
Jiné provozní náklady	9	-3	-2	-12	30 %	-8 %	-6 %	-35 %
<b>Provozní výsledek hospodaření (+/-)</b>	<b>2</b>	<b>-3</b>	<b>127</b>	<b>130</b>	<b>0,5 %</b>	<b>-1 %</b>	<b>30 %</b>	<b>24 %</b>
Ostatní finanční náklady	0	0	0	0	-	-	-	-
<b>Finanční výsledek hospodaření (+/-)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Výsledek hospodaření před zdaněním (+/-)</b>	<b>2</b>	<b>-3</b>	<b>127</b>	<b>130</b>	<b>0,5 %</b>	<b>-1 %</b>	<b>30 %</b>	<b>24 %</b>
Daň z příjmů	0	5	19	26	-	6 %	21 %	23 %
<b>Výsledek hospodaření po zdanění (+/-)</b>	<b>2</b>	<b>-8</b>	<b>109</b>	<b>102</b>	<b>1 %</b>	<b>-2 %</b>	<b>33 %</b>	<b>23 %</b>
<b>Výsledek hospodaření za účetní období (+/-)</b>	<b>2</b>	<b>-8</b>	<b>109</b>	<b>102</b>	<b>1 %</b>	<b>-2 %</b>	<b>33 %</b>	<b>23 %</b>

Stejně jako v případě ordinace A jsou jedinou formou výnosů i v tomto ZZ pouze tržby z prodeje zdravotních služeb. Z tabulky 6.10 je patrné, že výnosy každým rokem narůstají, a to stále se zvětšujícím tempem. Výjimkou je až rok 2020, kdy tržby rostly tempem o 4 % nižším než v roce předchozím. Za sledované období došlo k celkovému navýšení výnosů o 31 % (595 tis. Kč). Průměrné tempo růstu výnosů dosahuje necelých 8 % za rok (149 tis. Kč). To je o 1,5 % méně, než v případě ordinace A.

Stejně jako výnosy se zvyšují každoročně i náklady firmy. Významnými položkami, které se na těchto změnách podílí jsou především osobní náklady a výkonová spotřeba. Největší nárůst osobních nákladů byl zaznamenán v roce 2018, kdy došlo k navýšení o 13 % (129 tis. Kč) oproti předcházejícímu období. Výkonová spotřeba vzrostla od roku 2016 do konce sledovaného období o 37 % (131 tis. Kč). Nejdramatičtější změnu tato položka zaznamenala v letech 2017 a 2020, kdy se náklady ordinace na nákup běžného a zdravotnického materiálu zvýšily o necelých 60 tis. Kč.



Graf 6.4: Vývoj výsledků hospodaření ordinace B za sledované období

Graf 6.4 popisuje vývoj výsledku hospodaření před zdaněním (EBIT) a výsledku hospodaření po zdanění (EAT). V prvních třech letech sledovaného období zisk společnosti střídavě kolísal v rozmezí hodnot 330–345 tis. Kč. V letech 2019 a 2020 došlo v oblasti ziskovosti firmy k její stabilizaci a zisk začal růst téměř konstantním tempem, a to o necelých 130 tis. Kč ročně. Svého maxima dosáhla ordinace B právě v roce 2020, kdy čistý zisk po zdanění činil 544 tis. Kč. Díky stejnému průměrnému tempu růstu výnosů ordinace za tímto pozitivním vývojem zisku stojí především snížení nákladů společnosti. Konkrétně v oblasti osobních nákladů a ostatních provozních nákladů, jejichž progresi se společnosti podařilo snížit o 27,2 %.

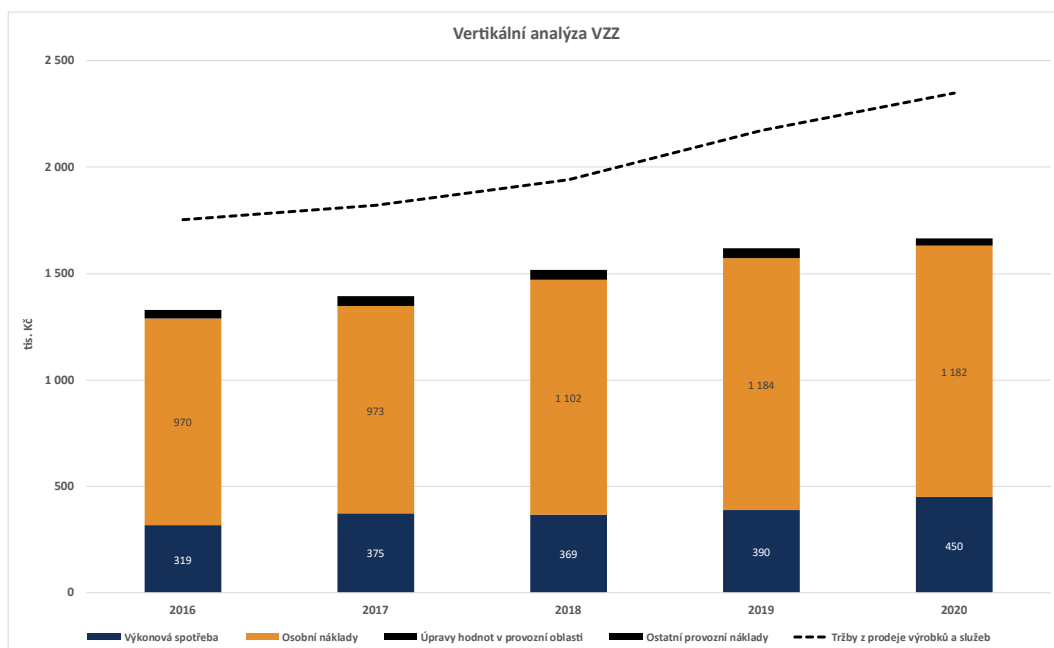
Tabulka 6.11: Vertikální analýza VZZ ordinace B

Výkaz zisku a ztráty k 31.12.	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Výnosy</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Tržby z prodeje výrobků a služeb</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Náklady</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Výkonová spotřeba</b>	<b>24 %</b>	<b>27 %</b>	<b>24 %</b>	<b>24 %</b>	<b>27 %</b>
Spotřeba materiálu a energie	8 %	11 %	10 %	10 %	12 %
Služby	16 %	15 %	14 %	14 %	15 %
<b>Osobní náklady</b>	<b>73 %</b>	<b>70 %</b>	<b>73 %</b>	<b>73 %</b>	<b>71 %</b>
<b>Mzdové náklady</b>	<b>52 %</b>	<b>53 %</b>	<b>55 %</b>	<b>54 %</b>	<b>52 %</b>
<b>Náklady na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění</b>	<b>21 %</b>	<b>17 %</b>	<b>18 %</b>	<b>19 %</b>	<b>19 %</b>
Náklady na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění	15 %	15 %	15 %	14 %	14 %
Ostatní náklady	6 %	1 %	3 %	5 %	5 %
<b>Úpravy hodnot v provozní oblasti</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Ostatní provozní náklady</b>	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>	<b>2 %</b>
Daně a poplatky	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Jiné provozní náklady	2 %	3 %	2 %	2 %	1 %

Tabulka 6.11 vyobrazuje procentní analýzu VZZ společnosti. Jak bylo již zmíněno v horizontální analýze výsledovky, jedinou položkou, tvořící výnosy ordinace, jsou tržby za poskytnuté zdravotní služby.

V oblasti celkových nákladů figurují dvě nejvýznamnější položky, kterými jsou taktéž výkonová spotřeba a osobní náklady. Výkonová spotřeba se na celkových nákladech ordinace podílí v průměru sledovaného období zhruba z 25 %. Její převažující částí jsou služby, pod kterými se skrývají především platby nájemného ordinace, poštovné, náklady na reprezentaci a ostatní služby. Na tomto místě bych rád čtenáře opětovně odkázal na kapitolu 6.3.2, ve které jsou náklady ordinace analyzovány více dopodrobna, jak z horizontálního, tak vertikálního hlediska a jsou dále porovnávány s náklady ordinace A. Dalšími náklady, které se na výši celkových nákladů podílí, jsou ostatní provozní náklady, které se pohybují v průměrné výši 3 %.





Graf 6.5: Vývoj vybraných položek výsledovky ordinace B za sledované období

Graf 6.5 je doplňujícím grafem k vývoji výsledků hospodaření ordinace B. Je zde vyobrazena výše celkových nákladů v jednotlivých letech sledovaného období a jejich vývoj v čase. Největší nákladovou položkou ordinace tvoří osobní náklady. Z grafu je také patrné, že tržby z prodeje výrobků a služeb vždy převyšují náklady společnosti, která je tak po celou dobu sledovaného období zisková. Z grafu lze dále vyzorovat, že vertikální rozdíl (EAT) mezi jednotlivými sloupci nákladů a výnosovou křivkou je v letech 2019 a 2020 největší. Konkrétní rozdíly, zisky, jsou blíže popsány v předchozím grafu č. 6.4.

## 6.2.2 Analýza poměrových ukazatelů

Analýza poměrových ukazatelů je provedena pomocí rozboru vybraných ukazatelů rentability, likvidity, aktivity a v neposlední řadě ukazatelů zadluženosti podniků. Jednotlivé metody výpočtu těchto ukazatelů jsou uvedeny v kapitole 5.2.2. Z důvodu nízkých veřejných poznatků o optimální výši ukazatelů poměrové analýzy v tomto odvětví jsou výsledné hodnoty podrobeny externímu benchmarkingu, v rámci kterého jsou tyto hodnoty porovnávány mezi jednotlivými podniky.

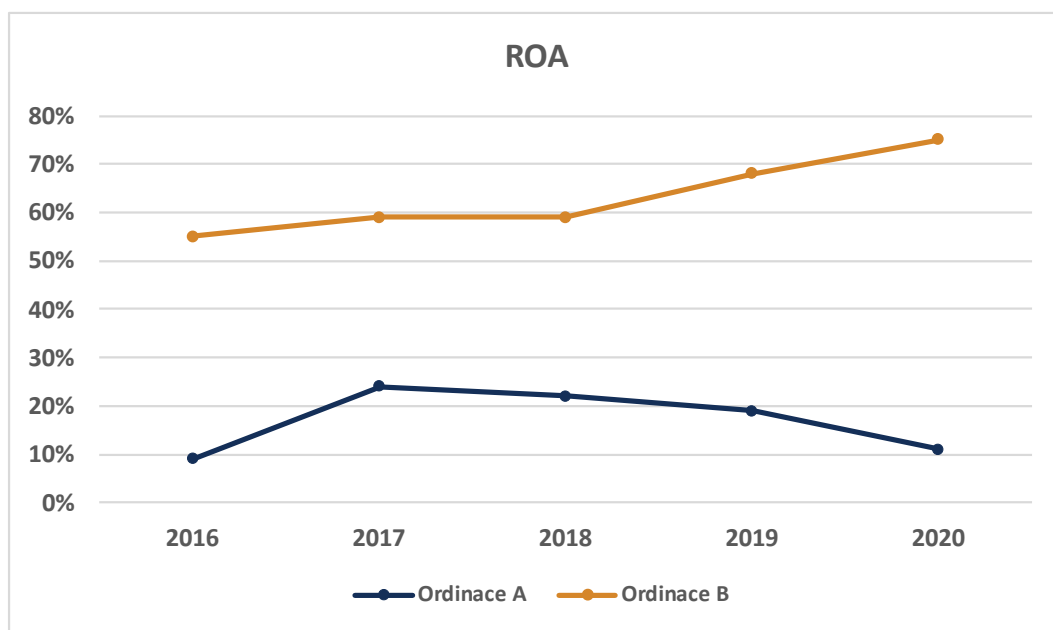
## Ukazatele rentability

Tabulka 6.12: Vybrané ukazatele rentability

Ukazatel	ZZ	2016	2017	2018	2019	2020	Průměr
ROA	Ordinace A	9%	24%	22%	19%	11%	<b>17%</b>
	Ordinace B	55%	59%	59%	68%	75%	<b>63%</b>
ROE	Ordinace A	10%	25%	21%	18%	13%	<b>17%</b>
	Ordinace B	61%	61%	60%	67%	71%	<b>64%</b>
ROS	Ordinace A	3%	10%	10%	9%	7%	<b>8%</b>
	Ordinace B	19%	19%	17%	20%	23%	<b>20%</b>

## ROA

Rentabilita aktiv (ROA) zaznamenala v průběhu sledovaného období značný vývoj. Na první pohled lze při porovnání rentability celkového kapitálu obou ordinací konstatovat, že ordinace B je schopna využívat zdroje financování podniku efektivněji než ordinace A, a to v průměru o 46 %.



Graf 6.6: Rentabilita aktiv

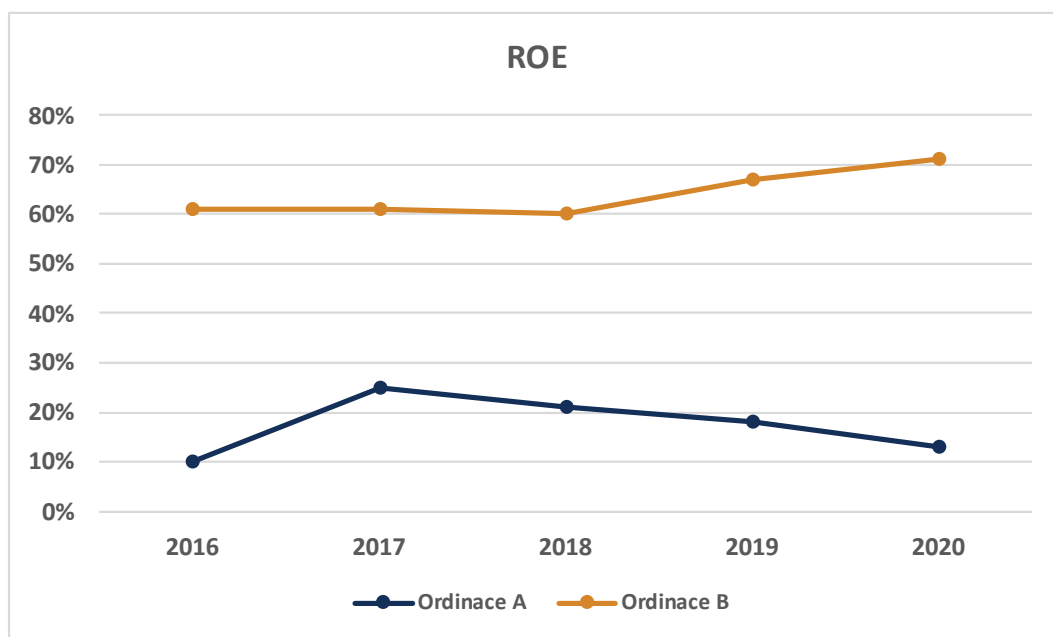
ROA ordinace A má v prvních dvou letech rostoucí tendenci, což je pro podnik žádoucí. Tato skutečnost pramení z výše zisku, který se v roce 2017 důsledkem pozitivních změn v oblasti osobních nákladů zvýšil o 158 tis. Kč. V dalších letech však dochází k pozvolnému snižování tohoto ukazatele na hodnotu 11 %.

ROA ordinace B nejen že dosahuje větší výše, ale v každém roce má i rostoucí trend, v nejhorším případě stagnuje, jako tomu bylo v roce 2018. Z počátečních 55 % se podařilo ordinaci zvýšit efektivnost využívání zdrojů financování podniku nezávisle na jejich původu na konečnou hodnotu 75 %.

Ač se může zdát rozdíl mezi oběma zdravotnickými zařízeními velký, vzhledem ke struktuře majetku a zdrojů jeho financování je pochopitelný. Krátkodobý finanční majetek ordinace A je totiž dlouhodobě kumulován na bankovních účtech a není využíván k dalšímu rozvoji podniku, což přirozeně snižuje hodnotu tohoto klíčového ukazatele.

## ROE

Vzhledem ke skutečnosti, že obě firmy využívají ke své činnosti převážně vlastní kapitál a nejsou dlouhodobě zadluženy, vykazuje rentabilita vlastního kapitálu (ROE) téměř shodné vývojové tendence jako ROA, což je mimo jiné způsobeno i neutrálním účinkem finanční páky.



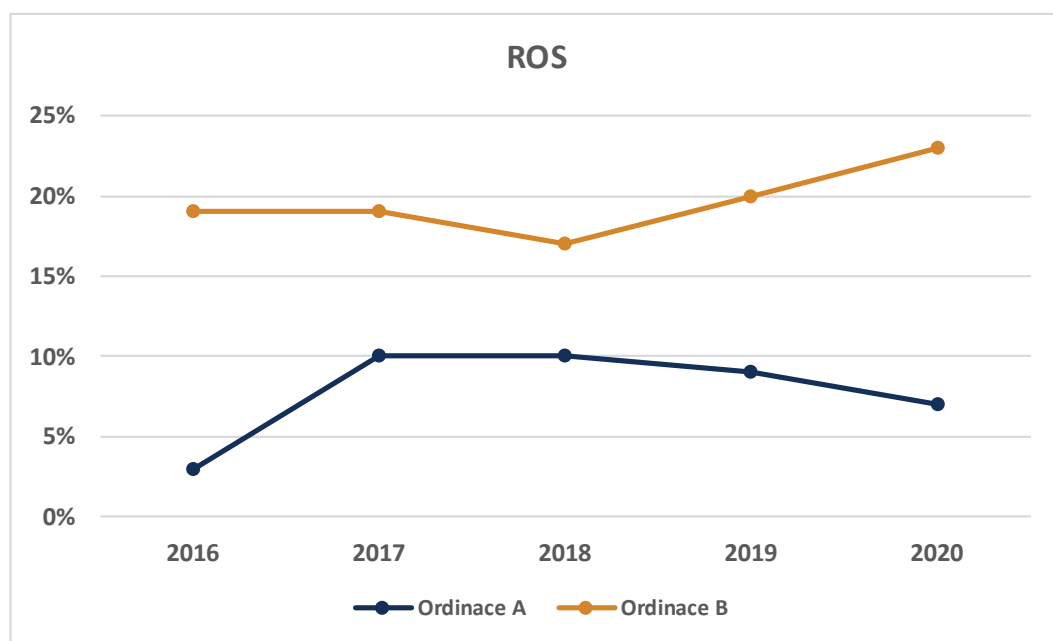
Graf 6.7: Rentabilita vlastního kapitálu

Ukazatel ROE ordinace A vykazoval v roce 2016 nejnižší hodnotu 10 %. V roce 2017 dosáhl tento ukazatel svého maxima 25 %, po kterém se opět začal snižovat, a to až na takřka původní hodnotu. Nežádoucí faktor, který vývoj tohoto ukazatele ovlivnil nejvíce, byl opakovaný převod výsledku hospodaření běžného účetního období do fondů podniku, kde jsou evidované zisky jednotlivých let kumulovány, aniž by docházelo k jejich dalšímu zhodnocení.

Vývoj tohoto ukazatele v případě ordinace B zaznamenal za sledované období příznivý vývoj, kdy hodnoty zisku po zdanění rostly v průměru větším tempem (o 5,5 % ročně), než hodnota vlastního kapitálu. Maximální výše tohoto ukazatele byla zaznamenána v roce 2020, přičemž průměrná výše ROE za celé období činila o 47 % více, než rentabilita vlastního kapitálu ordinace A.

## ROS

Tento ukazatel dává do poměru čistý zisk po zdanění a celkové tržby. Mimo jiné bývá také označován jako tzv. čistý ziskové rozpětí, které nám říká, kolik korun zisku připadá na jednotku tržeb. V případě ordinace A bylo zjištěno, že zisk zaujímá z celkových tržeb v průměru 8 %. Zisk ordinace B tvoří podíl větší, a to konkrétně 20 %. Z komparace těchto ukazatelů obou ordinací vyplývá, že čistě ziskové rozpětí ordinace B je více než o polovinu větší a tento podnik dokáže vzhledem k celkovým tržbám generovat větší zisk.



Graf 6.8: Rentabilita tržeb

Nejnižší hodnota ukazatele ROS ordinace A se vyskytuje v prvním roce sledovaného období. Příčinou této nízké hodnoty je v porovnání s ostatními roky podnikání nízký zisk, který byl způsoben nepravidelným výkyvem v oblasti osobních nákladů. V roce 2017 se tento ukazatel zafixoval na hodnotě 10 %, oproti které se ale v následujících letech začal opět snižovat. Klesající tendence je od roku 2018 způsobena rostoucími náklady firmy, které se mezi roky 2018–2020 zvýšily o 517 tis. Kč. Při takřka neměnné výši celkových tržeb za poslední rok došlo ke snížení zisku společnosti, což se negativně promítlo i ve výši tohoto ukazatele.

Ordinaci B se daří inkasovat každým rokem vyšší tržby než v roce předchozím a zároveň řídit náklady tak, aby nedocházelo k jejich přílišnému nárůstu. Ukazatel ROS téměř po celou dobu sledovaného období rostl. Z původní hodnoty 19 % v roce 2016 se podařilo ordinaci dosáhnout čistého ziskového rozpětí až 23 %. Jedinou výjimkou, kdy

rentabilita tržeb zaznamenala pokles byl rok 2017, ve kterém se snížil i zisk společnosti důsledkem nepravidelných nákladů v oblasti nákladů osobních.

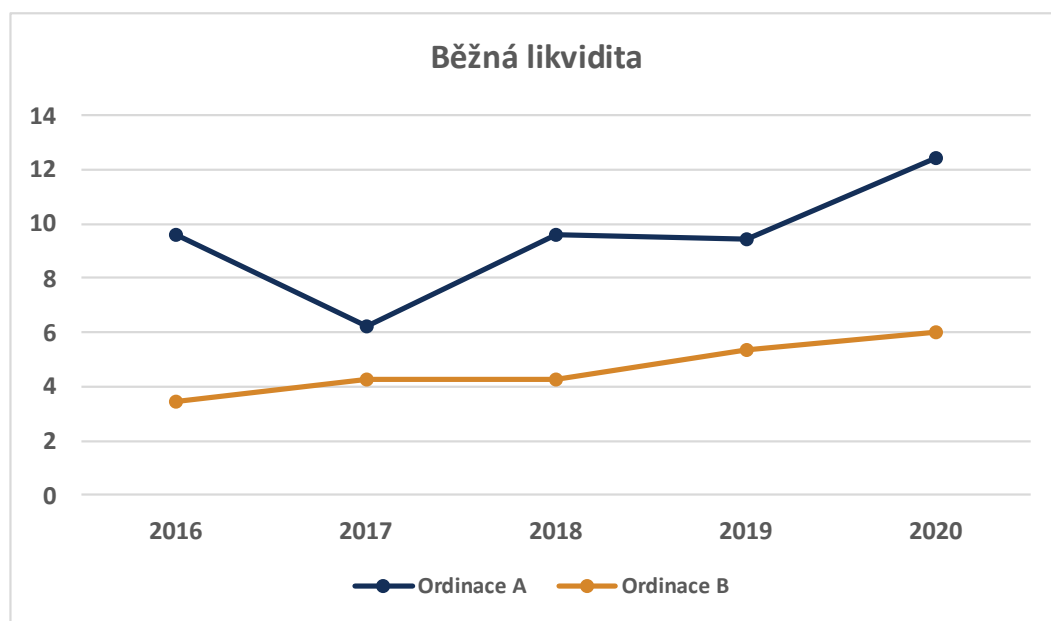
## Ukazatele likvidity

Tabulka 6.13: Vybrané ukazatele likvidity

Ukazatel	ZZ	2016	2017	2018	2019	2020	Průměr
L3 (běžná)	Ordinace A	9,62	6,2	9,59	9,44	12,43	<b>9,46</b>
	Ordinace B	3,46	4,25	4,25	5,34	5,99	<b>4,66</b>
L2 (pohotová)	Ordinace A	9,37	6,14	9,52	9,39	12,24	<b>9,33</b>
	Ordinace B	3,46	4,25	4,25	5,34	5,99	<b>4,66</b>
L1 (okamžitá)	Ordinace A	5,68	5,11	8,13	8,15	10,28	<b>7,47</b>
	Ordinace B	2,51	3,37	3,38	4,25	4,79	<b>3,66</b>

Veškeré ukazatele likvidity naznačují, že v případě obou ordinací se jedná o solventní podniky, které jsou schopny hradit své závazky včas a v plné výši.

### L3 (běžná likvidita)

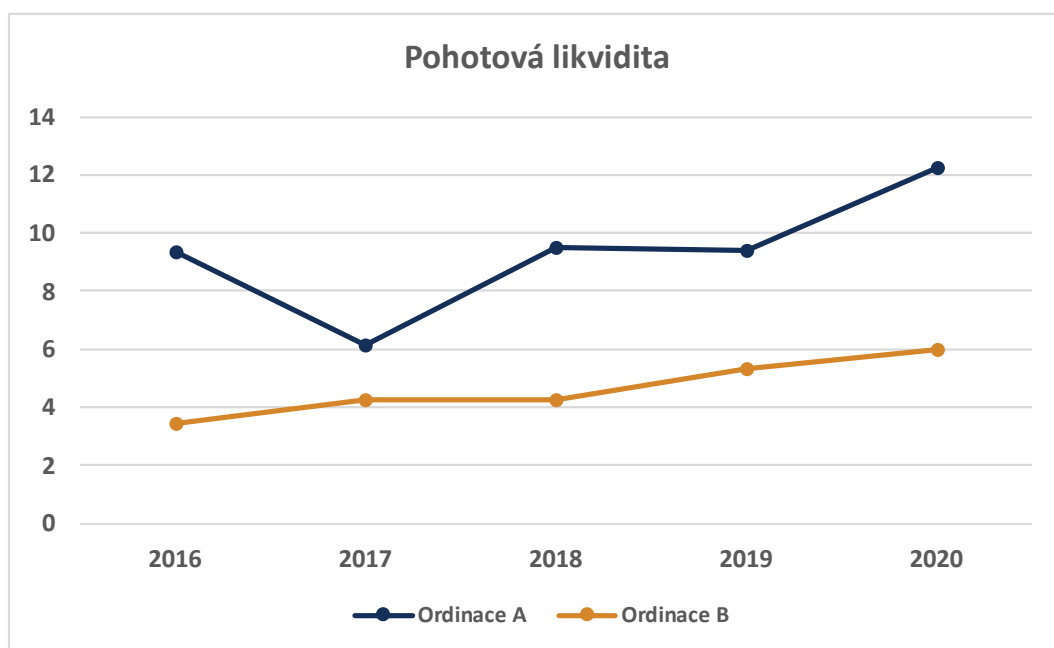


Graf 6.9: L3, běžná likvidita

Hodnoty, ve kterých by se měla běžná likvidita pohybovat, jsou doporučovány intervalem 1,5–2,5. Obě ordinace tento interval přesahují, na což se můžeme dívat dvěma různými prizmaty. Z prvního úhlu pohledu je převyšující hodnota pro podnikatele pozitivní skutečností, neboť je to signálem, že jsou schopni zavčas hradit veškeré své

splatné závazky. Doporučené hodnoty znamenají, že podnik by měl být schopen pomocí veškerých oběžných aktiv splatit své závazky 1,5–2,5x. Ordinance B je dostatečně solventní, aby své závazky uhradila v průměru téměř 5x, ordinace A je dokonce natolik solventní, aby své závazky uhradila průměrně až 10x. Pod druhým úhlem pohledu se ale skrývají ušlé příležitosti podnikatelů. V obou případech jsou finanční prostředky a další forma oběžného majetku nadbytečně vázány v podniku, čímž dochází k dramatickému snižování výnosnosti oběžného majetku.

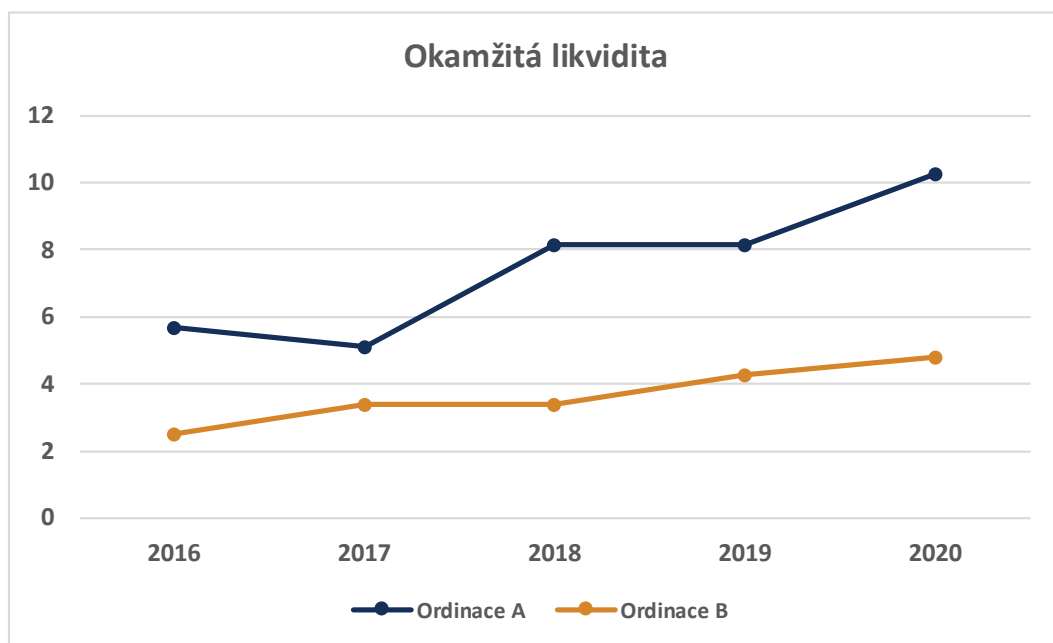
## L2 (pohotová likvidita)



Graf 6.10: L2, pohotová likvidita

Pohotová likvidita je v případě ordinace A téměř ve stejné výši, jako likvidita běžná. Tato skutečnost pramení z nízké úrovně zásob, což je vzhledem k tomuto odvětví pochopitelné, neboť se jedná o podniky poskytující zdravotní služby, nikoli firmy prodávající produkty. V případě ordinace B je pohotová likvidita totožná s likviditou běžnou, protože zde nejsou evidovány žádné zásoby. Doporučené hodnoty pohotovosti likvidity se běžně pohybují v rozpětí 1–1,5.

## L1 (Okamžitá likvidita)



Graf 6.11: L1, okamžitá likvidita

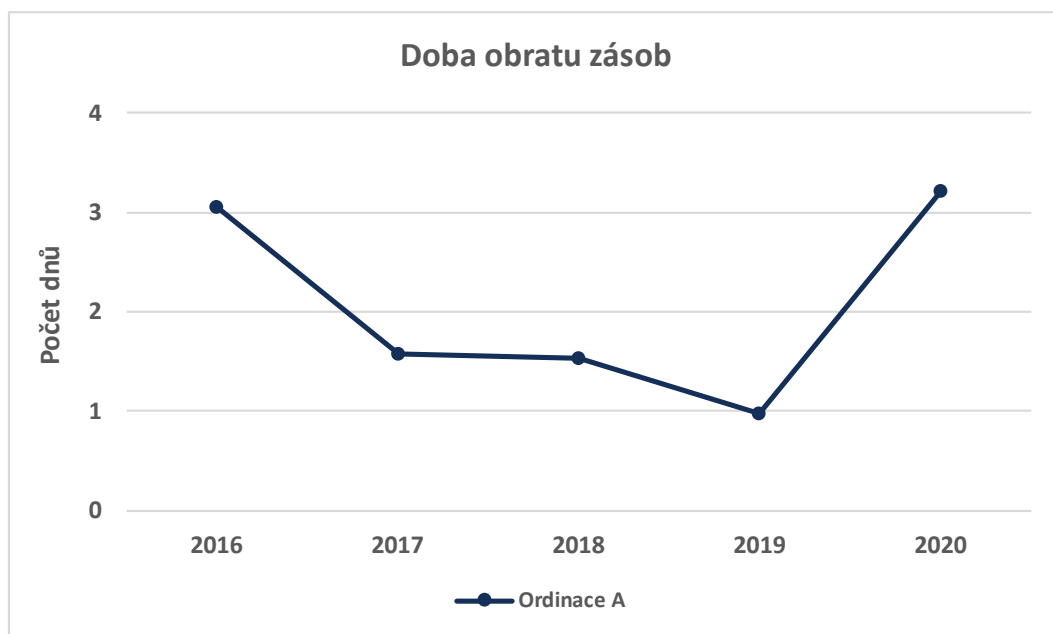
V rámci okamžité likvidity jsou uvažovány k úhradám splatných závazků pouze pohotové peněžní prostředky, tedy typicky peníze na běžných účtech či v pokladně. Jak bylo již řečeno v předchozích kapitolách, ordinace B udržuje svůj krátkodobý finanční majetek na průměrné výši 606 tis. Kč. Nedochozí zde k takové kumulaci finančních prostředků, jako v ordinaci A, která využívá generovaný zisk společnosti méně efektivněji. Doporučené hodnoty pro okamžitou likviditu dosahují hodnot v intervalu 0,2–0,5. Ukazatel L1 ordinace B činí v průměru 3,66, v případě ordinace A je roven hodnotě 7,47. To znamená, že ordinace A je schopna finančními prostředky na běžných účtech uhradit své závazky téměř 8x a zároveň nerealizuje žádné významné investice, které by se zasloužily o rozvoj podniku či zhodnocení zisku společnosti.

## Ukazatele aktivity

Tabulka 6.14: Vybrané ukazatele aktivity

Ukazatel	ZZ	2016	2017	2018	2019	2020	Průměr
Doba obratu zásob	Ordinance A	3,05	1,58	1,53	0,97	3,22	<b>2,07</b>
	Ordinance B	-	-	-	-	-	-
Doba splatnosti pohledávek	Ordinance A	44,32	27,22	27,13	26,58	33,91	<b>31,83</b>
	Ordinance B	42,12	29,64	26,88	27,17	27,61	<b>30,68</b>
Doba splatnosti závazků	Ordinance A	12,01	26,27	19,62	21,43	17,28	<b>19,32</b>
	Ordinance B	44,18	33,39	30,96	24,85	23,16	<b>31,31</b>

## Doba obratu zásob

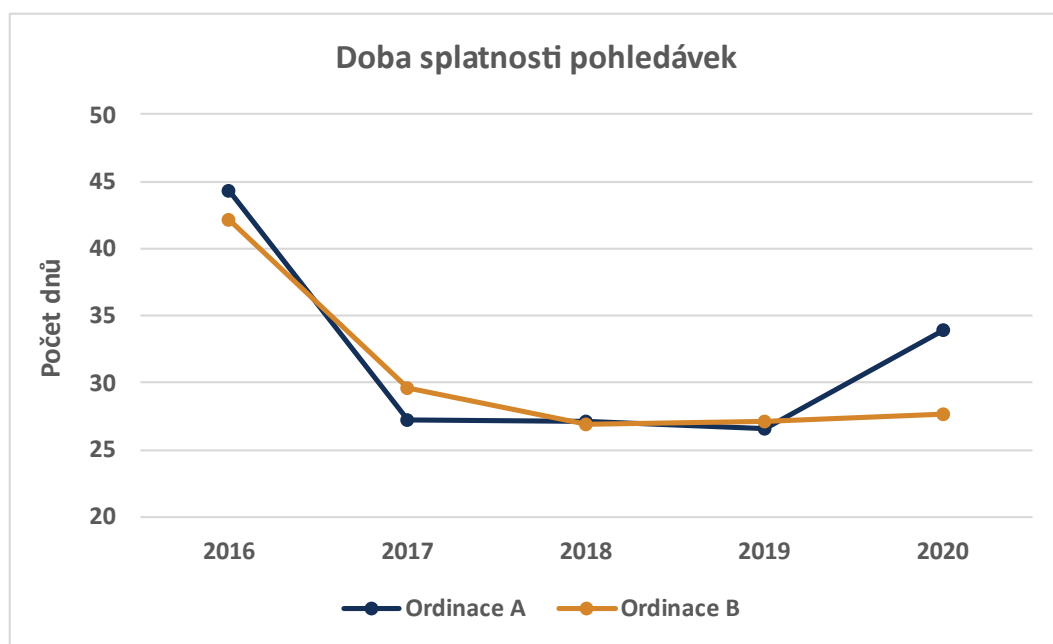


Graf 6.12: Doba obratu zásob

Tato doba znázorňuje, kolik dní jsou průměrně v podniku vázány zásoby. Vzhledem k předmětu podnikání, kdy je hlavní činností obou ordinací poskytování zdravotních služeb, jsou zásoby udržovány v minimální výši, v případě ordinace B nejsou zásoby evidovány žádné. Pod touto položkou se skrývá pouze zdravotnický materiál, který je lékaři průběžně spotřebováván. Ukazatel ordinace A dosahuje průměrné hodnoty 2,07. To znamená, že materiál na skladě je v podniku vázán pouze po dobu zhruba dvou dní. Zajímavá je hodnota tohoto ukazatele v roce 2020, kdy dosáhla svého maxima. Jedná se o rok, kdy důsledkem pandemie COVID-19 došlo k omezení specifických zdravotních výkonů i v ordinacích VPL, proto byly zásoby v podniku vázány delší dobu než v předchozích letech.



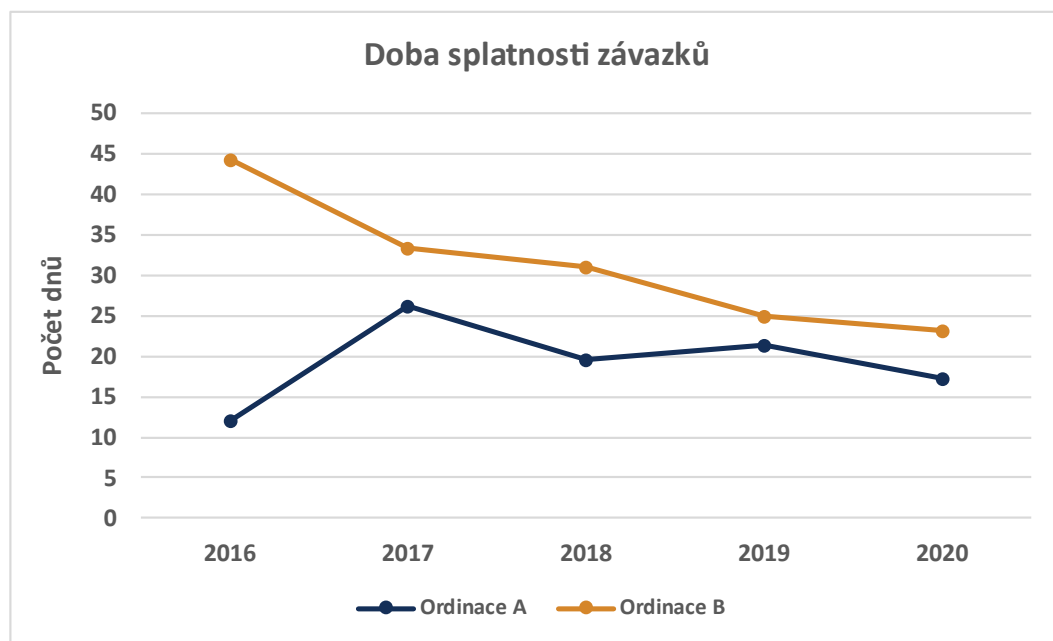
## Doba splatnosti pohledávek



Graf 6.13: Doba splatnosti pohledávek

Kromě drobných výjimek ve formě samoplátců zdravotní péče evidují obě firmy většinu pohledávek vůči institucím zdravotních pojišťoven. Z důvodu stejného složení nepřímých odběratelů poskytovaných služeb je pochopitelné, že se doba splatnosti pohledávek obou ordinací pohybuje kolem podobných hodnot. Odběratelé platí své závazky vůči ordinaci A v horizontu necelých 32 dní a v případě ordinace B v horizontu 31 dní. Zdravotní pojišťovny hradí vystavené faktury většinou se splatností do desátého dne každého měsíce, a to bez větších časových prodlev. Oba lékaři v rozhovoru uvedli, že měli zpočátku roku 2020 jisté obavy týkající se úhrad zdravotní péče ze stran pojišťoven. Důvodem byly vysoké výdaje, které pojišťovny v současné době kvůli epidemii COVID-19 vykazují. Ani v tomto roce však nedošlo k prodloužení doby splatnosti pohledávek, ba naopak v případě ordinace B byla tato doba dokonce zkrácena o 3 dny.

## Doba splatnosti závazků



Graf 6.14: Doba splatnosti závazků

Doba splatnosti závazků se u obou ordinací značně liší. V případě ordinace A dosahuje výše tohoto ukazatele průměrně 20 dní a za sledované období kolem této hodnoty nepravidelně kolísá. V porovnání s dobou splatnosti pohledávek lze však konstatovat, že firma hradí své závazky o 12 dní dříve, než obdrží úhradu za poskytované služby. Vzhledem ke zmíněnému shromažďování finančních prostředků na běžných účtech není tato skutečnost pro firmu zatím jakkoliv ohrožující.

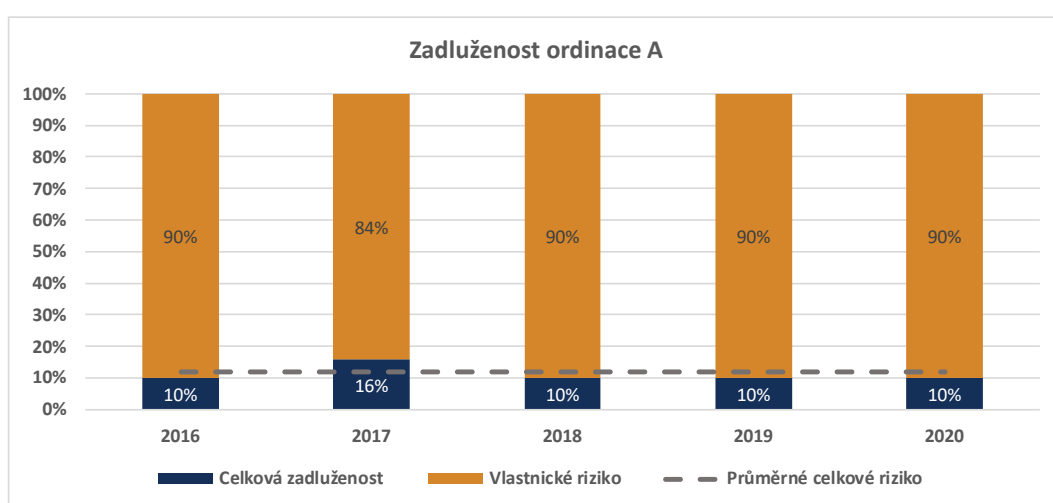
Doba splatnosti závazků ordinace B byla na počátku sledovaného období nejdelší (44 dní). Každým následujícím rokem se výše tohoto ukazatele snižovala průměrným tempem 5 dní za rok. Průměrný časový horizont úhrad svých závazků však činí 31 dní, což je téměř odpovídající hodnota době splatnosti pohledávek. V případě ordinace B lze tedy říci, že své závazky hradí ve stejné době, kdy obdrží platby za poskytované zdravotní služby.

## Ukazatele zadluženosti

Tabulka 6.15: Vybrané ukazatele zadluženosti

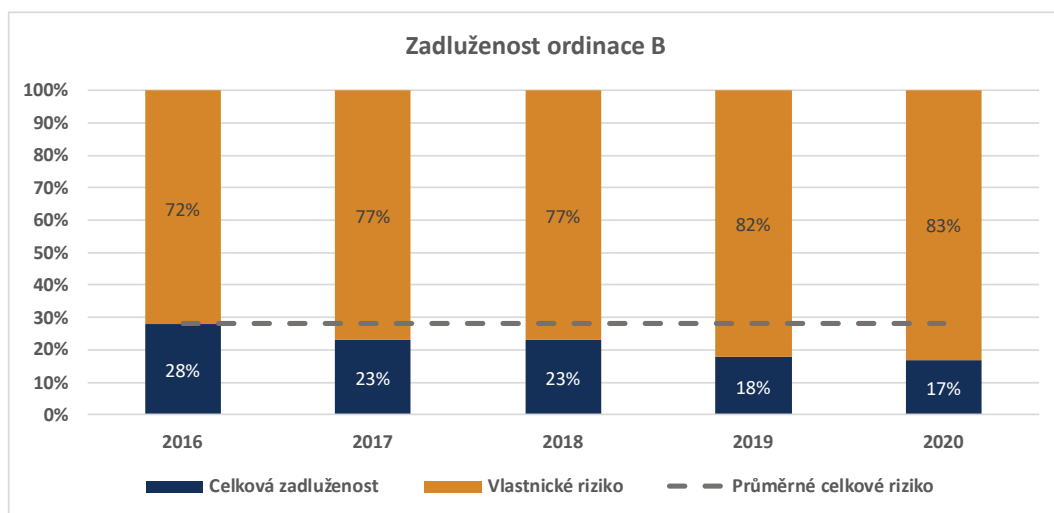
Ukazatel	ZZ	2016	2017	2018	2019	2020	Průměr
Celková zadluženost	Ordinace A	10%	16%	10%	10%	10%	<b>11%</b>
	Ordinace B	28%	23%	23%	18%	17%	<b>22%</b>
Vlastnické riziko	Ordinace A	90%	84%	90%	90%	90%	<b>89%</b>
	Ordinace B	72%	77%	77%	82%	83%	<b>78%</b>
Celkové riziko	Ordinace A	11%	19%	11%	11%	9%	<b>12%</b>
	Ordinace B	38%	30%	30%	23%	20%	<b>28%</b>
Úrokové krytí	Ordinace A	-	-	-	-	-	-
	Ordinace B	-	-	-	-	-	-
Finanční páka	Ordinace A	1,11	1,19	1,12	1,11	1,11	<b>1,13</b>
	Ordinace B	1,38	1,3	1,3	1,23	1,2	<b>1,28</b>
Index finanční páky	Ordinace A	1,09	1,03	0,97	0,96	1,11	<b>1,03</b>
	Ordinace B	1,1	1,04	1,02	0,98	0,96	<b>1,02</b>

Struktura financování obou podniků je tvořena převážně vlastním kapitálem. Žádná z ordinací v jakémkoli úseku sledovaného období nečerpala dlouhodobé bankovní úvěry v jakékoli výši a jediné evidované závazky byly krátkodobé závazky z obchodních vztahů, či závazky vůči zaměstnancům nebo dalším institucím státní správy. Lékaři obou ordinací v polostrukturovaném rozhovoru zmínili, že tento způsob financování je jejich potřebám zcela vyhovující a staví se negativně k jakékoli formě dlouhodobého zadlužení, a to i v případě, že by tato skutečnost mohla vést k efektivnějšímu využívání zdrojů financování podniku. Předchozí tvrzení, které bylo zmíněno již ve vertikální analýze výsledovky, se přímo promítá i do výše poměrových ukazatelů, jako jsou celková zadluženost a vlastnické riziko.



Graf 6.15: Zadluženost ordinace A

Z grafu zadluženosti ordinace A vyplývá skutečnost, že podnik průměrně z 89 % využívá k financování své činnosti vlastní kapitál a z 11 % cizí zdroje. Mírné zvýšení zadluženosti podniku bylo zaznamenáno pouze v roce 2017, a to o 6 % oproti roku předchozímu. Objektivně lze konstatovat, že výše tohoto ukazatele je pro podnikatele příznivá v případě, kdyby chtěl žádat o schválení bankovního úvěru. S tím souvisí i výše celkového rizika, která je v grafu znázorněna čerchovanou čarou a popisuje podíl cizích zdrojů vůči vlastnímu kapitálu. Celkové riziko je též jedním z mnoha ukazatelů, který je sledován věřiteli například v případě poskytování úvěru. Je obecně doporučováno, aby výše cizích zdrojů nepřekročila jeden a půl násobek vlastního kapitálu, což je v tomto případě splněno, neboť hodnota celkového rizika dosahuje v průměru pouhých 12 %. Zdůraznil bych však skutečnost, že vzhledem ke stabilitě tohoto odvětví banky sledují především jiné významné ukazatele, jako je například výše obrátu a výše čistého zisku, účelovost úvěru, časová splatnost nebo bonita klienta. Vysoká míra využití vlastního kapitálu však o společnosti také vypovídá, že neefektivně hospodaří s finančními prostředky a brání jejich dalšímu zhodnocení.

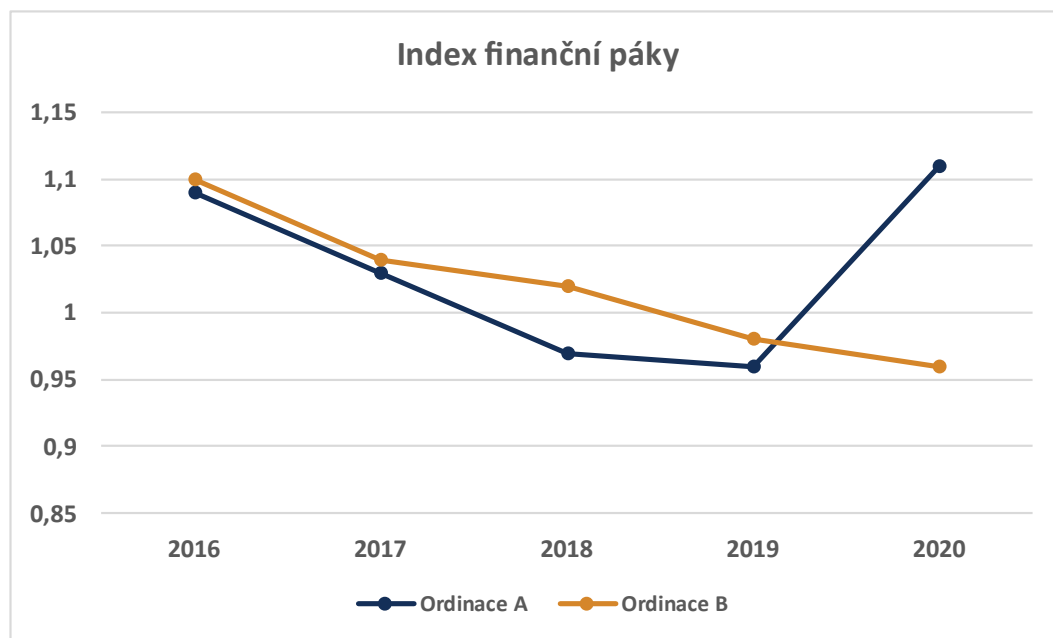


Graf 6.16: Zadluženost ordinace B

V případě zadluženosti ordinace B můžeme v grafu pozorovat větší míru celkového zadlužení, než vykazuje ordinace A. V roce 2016 byly krátkodobé závazky k financování podniku využívány z 28 % a postupně byl tento podíl z celkových pasiv snižován, a to až na konečnou hodnotu 17 %. Průměrné zadlužení tohoto zdravotnického zařízení činí 22 %. Stejně jako v předchozím případě se jedná o příznivou skutečnost v momentě, pokud by majitel firmy zvažoval čerpání bankovního úvěru. Hodnota průměrného celkového rizika dosahuje sice vyšších hodnot než v předchozím případě, ale je stále nižší než jeden a půl násobek vlastních zdrojů.

## Finanční páka a index finanční páky

Finanční páka je poměrový ukazatel pojednávající o výhodnosti použití cizích zdrojů k financování činnosti podniku.



Graf 6.17: Index finanční páky

Finanční páka a její index dosahují hodnot velice blízkých jedné, což poukazuje na její neutrální působení. Z grafu lze dále vydedukovat, že vlastní kapitál je téměř roven veškerým pasivům společností a cizí zdroje mají zanedbatelnou výši. Více je zmíněná skutečnost znatelná v případě ordinace A, kde je tato hodnota až hraniční. Vysoký poměr vlastního kapitálu vypovídá o jeho neefektivním využívání, což můžeme pozorovat i v ukazateli ROE, který se v případě ordinace A pohybuje kolem průměrné hodnoty 17 %. U ordinace B nabývá ROE sice hodnot vyšších, ale to pouze díky výrazně vyššímu zisku, který taktéž není využit efektivně pro další rozvoj společnosti.

## Ukazatel úrokového krytí

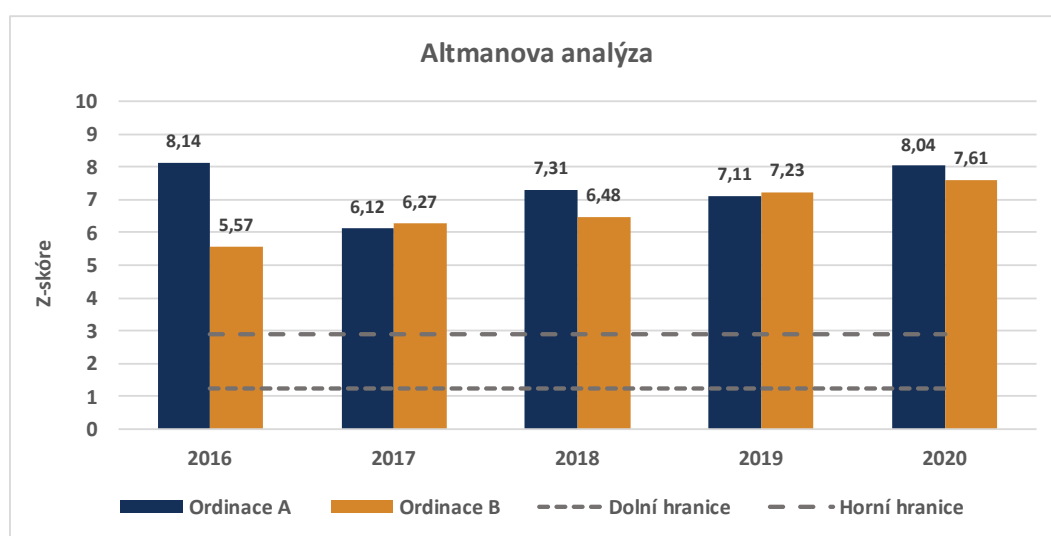
Tento poměrový ukazatel informuje o tom, kolikrát je firma schopna celkovým ziskem pokrýt úroky plynoucí z využívání cizích zdrojů. Vzhledem k nulovému dlouhodobému zadlužení obou ordinací je bezpředmětné tento ukazatel ve finanční analýze dále rozvádět.

## Souhrnné indexy hodnocení podniku

Tabulka 6.16: Vybraný ukazatel bankrotního modelu

Ukazatel	ZZ	2016	2017	2018	2019	2020	Průměr
Z-skóre	Ordinace A	8,14	6,12	7,31	7,11	8,04	<b>7,34</b>
	Ordinace B	5,57	6,27	6,48	7,23	7,61	<b>6,63</b>

Posledním zkoumaným ukazatelem je ukazatel Altmanovy diskriminační analýzy v podobě Z-skóre, které hodnotí souhrnné finanční zdraví obou zdravotnických zařízení. V případě obou ordinací dosahuje Z-skóre poměrně vysokých hodnot, což značí nadstandardní postavení a finanční stabilitu obou podniků.



Graf 6.18: Altmanova diskriminační analýza

V grafu 6.18 jsou zaneseny výsledky Altmanovy analýzy s předem definovanými hranicemi. Obě ordinace se po celou dobu sledovaného období nachází nad horní hranicí odpovídající hodnotě 3. To znamená, že bankrot obou podniků je silně nepravděpodobný. Nejvíce se přiblížila hraniční hodnotě ordinace B v roce 2016, kdy ukazatel Z-skóre vykazoval hodnotu 5,57. Od té doby však finanční stabilita podniku rostla konstantním tempem. Oproti tomu dosahovala ordinace A v Altmanově analýze roku 2016 svého maxima při hodnotě 8,14. I přes mírné kolísání jednotlivých ukazatelů, které firma v průběhu let zaznamenala, došlo ke stabilizaci a navrácení se zpět téměř k původní hodnotě.

## 6.3 Analýza úhradového mechanismu

Výdělečná činnost lékařů tohoto odvětví je charakterizována převážně kapitačně-výkonovou složkou úhrad, která tvoří největší část jejich příjmů. Vzhledem k Bismarckovu typu zdravotního systému, který je charakteristický nejen pro země střední Evropy, pobírají lékaři tuto platbu od třetí strany, zdravotních pojišťoven. V rámci smlouvy se všemi pojišťovнами mají lékaři možnost zapojit se i do různých programů, ze kterých pobírají bonifikace v různé výši. Tyto bonifikace se nejčastěji kalkulují kvartálně a jsou lékařům k dispozici ke konci účtovacího období. Jedná se například o program AKORD – Program kvality péče VZP. Účelem tohoto programu je motivovat praktické lékaře k maximalizaci přínosu léčebného procesu a procesu péče o pojištěnce při hospodárném využívání vynakládaných finančních prostředků. Bonifikace mohou lékaři získat například z úkonů racionální preskripce, plnění stanovených limitů očkování proti chřipce, prováděním preventivních prohlídek, jako je např. screening kolorektálního karcinomu a další. Do programu AKORD je z analyzovaných ordinací zapojena pouze ordinace A, které z této činnosti plynou zmíněné bonifikace v řádu deseti tisíc korun ročně. Ordinace B však zapojení do tohoto programu odmítla z důvodů velké míry administrativy a časové náročnosti, která je s tímto programem spjata. Další součástí úhradového mechanismu jsou i příjmy, plynoucí lékařům z pozitivní preskripce. VZP každoročně aktualizuje seznam léčiv, která jsou z různých důvodů pro pojišťovnu bonitní a za která praktickým lékařům plyne jistá míra úhrady, pokud léčiva předepíší. Výše této bonifikace bude dále znázorněna v analýze výnosů. Ačkoli oběma praktickým lékařům jistá část finančního přílepení z pozitivní preskripce plyne, není pro ně tato příležitost finančního přivýdělku jakkoli motivující. Zásadní je efekt léčiv, se kterými mají zkušenosti a která jsou osvědčená.

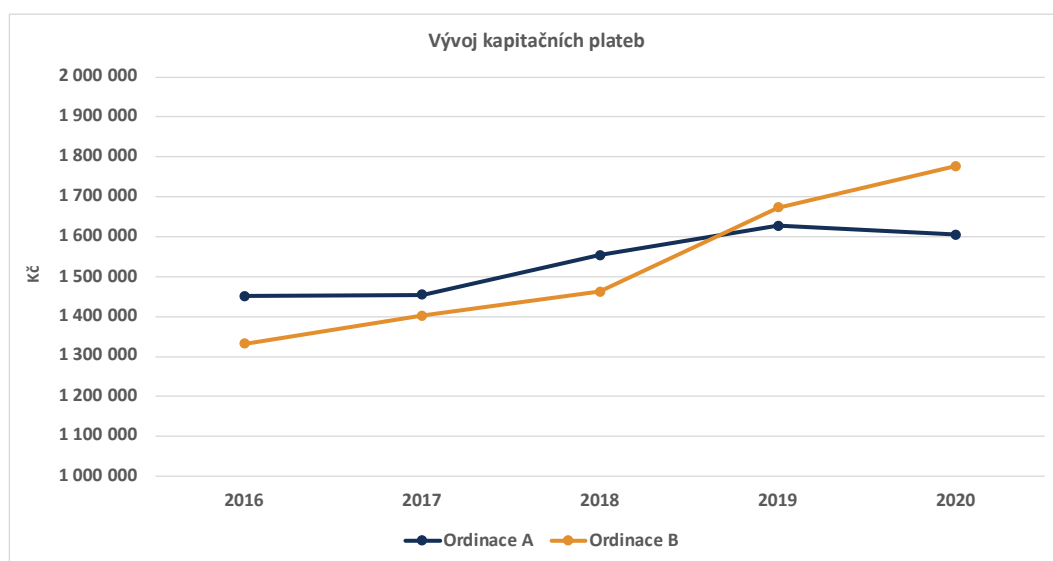
### 6.3.1 Analýza výnosů

Veškeré výnosy jsou v účetnictví zaznamenávány v oblasti tržeb z prodeje výrobků a služeb. Ordinace A ani ordinace B nevidují příjmy z jakékoliv jiné provozní či investiční činnosti, pronájmu ani jiných aktivit. Největší část tržeb je pak tvořena kapitační složkou úhrad. Tato složka je vypočtena vynásobením jednicových pojištěnců kapitačním paušálem, stanoveným pro daný rok úhradovou vyhláškou. Na základě splnění specifických podmínek má ZZ nárok na navýšení tohoto paušálu o jednu nebo dvě sazby. Ve výši kapitačních plateb znázorněných níže v textu je již toto navýšení zahrnuto.

Tabulka 6.17: Výše kapitačních plateb za sledované období

Kapitační platba (Kč)	ZZ	VZP	ČPZP	OZP	VOZP	ZPMV	Celkem za období
2016	Ordinace A	715 671,00	610 176,00	60 020,75	51 396,25	13 875,30	<b>1 451 139,30</b>
	Ordinace B	512 946,23	586 720,60	71 067,15	32 985,05	128 400,50	<b>1 332 119,53</b>
2017	Ordinace A	676 731,88	646 621,70	60 697,20	52 800,10	17 687,70	<b>1 454 538,58</b>
	Ordinace B	535 125,78	623 848,50	75 865,00	32 481,60	134 489,00	<b>1 401 809,88</b>
2018	Ordinace A	737 331,13	680 718,40	64 814,70	52 378,20	18 470,70	<b>1 553 713,13</b>
	Ordinace B	554 936,93	648 947,00	84 180,00	33 670,10	140 052,50	<b>1 461 786,53</b>
2019	Ordinace A	768 494,32	712 749,93	67 741,65	57 787,60	20 050,80	<b>1 626 824,30</b>
	Ordinace B	625 068,80	750 424,30	101 238,50	39 371,80	156 781,20	<b>1 672 884,60</b>
2020	Ordinace A	782 190,65	674 370,62	64 843,79	61 346,09	21 703,20	<b>1 604 454,35</b>
	Ordinace B	668 828,05	791 787,00	105 261,90	43 341,20	167 454,00	<b>1 776 672,15</b>

V tabulce 6.17 můžeme vidět jednotlivé kapitační platby z období 2016–2020. Navzdory tomu, že ordinace A pobírá za jednicového pojištěnce v každém sledovaném roce nižší kapitační paušál, její kapitační úhrada převyšuje svou výší úhradu ordinace B. Ke konci roku 2018 se však projeví nepřetržitě zvyšování počtu registrovaných pojištěnců ordinace B, kde kapitační platby již v roce 2019 přesáhnou souhrn kapitačních plateb ordinace A. Názorněji je tento časový vývoj vyobrazen grafem 6.2.



Graf 6.19: Vývoj kapitačních plateb za sledované období

Rostoucí trend této složky úhrad vzniká především díky navyšování počtu registrovaných pacientů. U ordinace B můžeme pozorovat strmější sklon vývojové křivky, neboť se k registraci nových pacientů staví přívětivěji, než ordinace A. U té je průběh vývoje nekonzistentní, kdy v roce 2017 a 2020 dokonce dochází k poklesu inkasované kapitační úhrady.

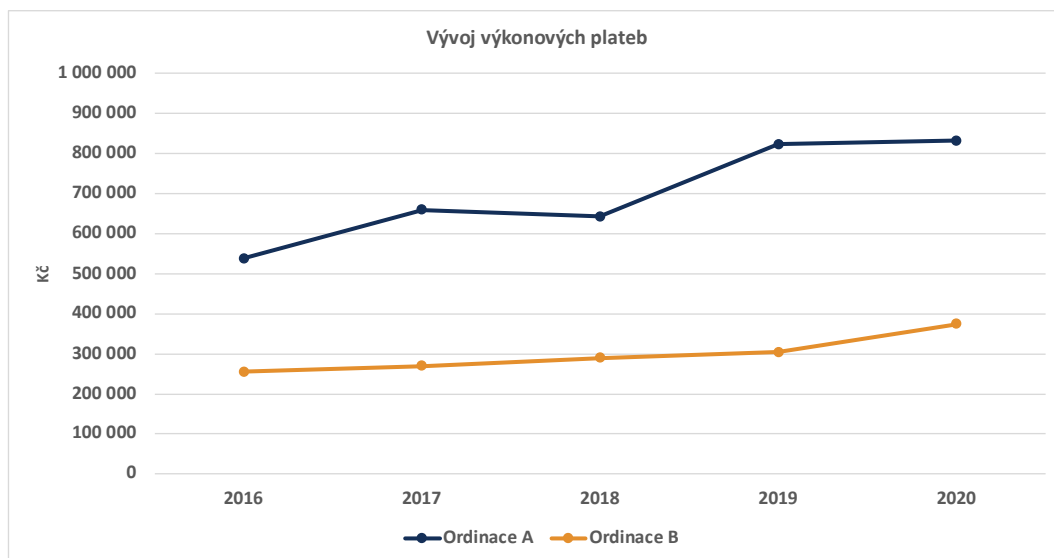


Vzhledem k tomu, že provozní doba obou ZZ zůstává po celou dobu sledovaného období bez drobných výjimek neměnná, nemá změna kapitačních paušálů v úhradové vyhlášce na tento vývoj takový vliv, neboť k největší změně zde došlo pouze v roce 2017, kdy se základní kapitační platba zvýšila ze 47 Kč na 48 Kč. První kapitační navýšení zaznamenalo změnu 1 Kč a druhé kapitační navýšení změnu 2 Kč. Po zbylé roky byla změna v těchto koeficientech ojedinělá.

Tabulka 6.18: Výše výkonových plateb za sledované období

Výkonová platba (Kč)	ZZ	VZP	ČPZP	OZP	VOZP	ZPMV	Celkem za období
<b>2016</b>	Ordinace A	261 516,10	222 074,83	19 794,73	29 026,32	5 794,00	<b>538 205,98</b>
	Ordinace B	88 894,94	115 042,28	15 991,94	10 822,64	24 285,11	<b>255 036,91</b>
<b>2017</b>	Ordinace A	274 848,92	327 536,88	22 368,97	27 220,32	7 060,98	<b>659 036,07</b>
	Ordinace B	88 773,08	138 056,80	15 046,44	5 158,04	22 460,80	<b>269 495,16</b>
<b>2018</b>	Ordinace A	244 492,38	345 230,83	24 001,21	23 314,24	6 187,25	<b>643 225,91</b>
	Ordinace B	104 174,23	143 450,22	19 372,27	6 693,75	16 111,03	<b>289 801,50</b>
<b>2019</b>	Ordinace A	376 193,47	374 844,08	30 534,24	32 105,00	9 984,09	<b>823 660,88</b>
	Ordinace B	113 636,74	142 152,64	16 355,73	7 457,94	24 285,11	<b>303 888,16</b>
<b>2020</b>	Ordinace A	380 453,33	357 202,33	38 310,21	47 419,75	8 291,76	<b>831 677,38</b>
	Ordinace B	133 546,18	181 647,41	16 409,00	11 119,76	31 321,27	<b>374 043,62</b>

V tabulce 6.18 jsou vyobrazeny výkonové platby jednotlivých ordinací. Již na první pohled je z posledního sloupce patrné, že příjmy ordinace B nedosahují ani 50 % příjmů za výkonovou složku úhrad ordinace A. Obě ordinace mají se zdravotními pojišťovnami nasmlouvány výkony v odbornosti 001, které mohou pojišťovně vykazovat. Ordinace B má nasmlouvaných výkonů pouhých 76. Mezi těmito výkony zcela chybí například výkony související s návštěvou praktického lékaře u pacienta (výkon 01150). Za tyto výkony inkasuje ordinace A necelých 7,5 tisíc korun ročně, a to pouze od jedné z pěti zmíněných pojišťoven. Další rozdílnou položkou ne-ambulantních výkonů jsou zvýšené úhrady (ZÚ) za léčiva. Ordinace A vykazuje opět i v této oblasti vyšší příjmy, než ordinace B. Konkrétní rozdíl je roven částce 41 652,51 Kč za čtyřleté období 2016–2019. Je nutno podotknout, že tyto druhy výkonů, jako jsou výkony v dopravě, ZÚ za léčiva, kompenzace a jiné, tvoří pouze nepatrnou část pozorovaného rozdílu. Z největší části se na různosti celkových výkonových plateb podílí samotné ambulantní výkony. Právě ty jsou ordinací B vykazovány mnohonásobně méně.



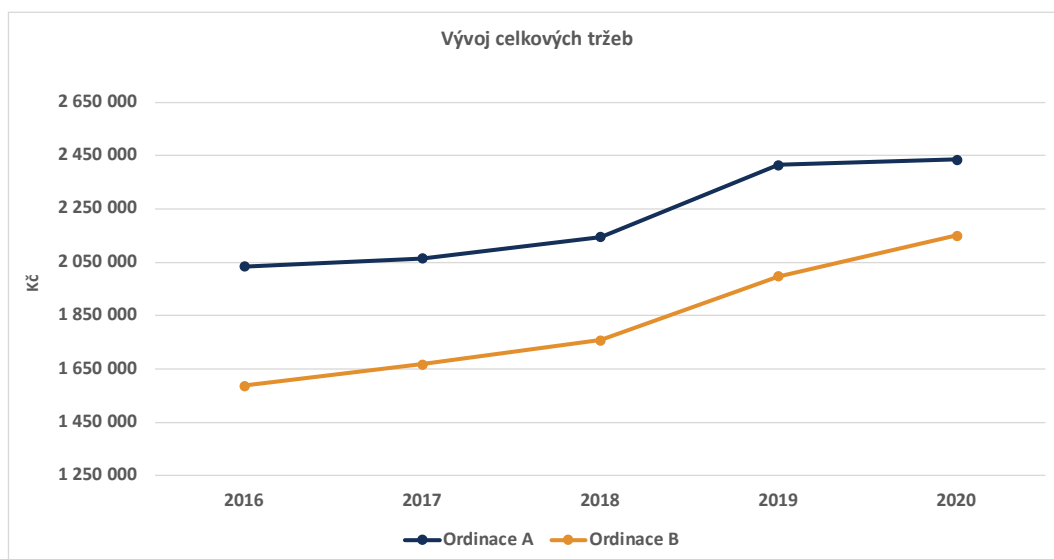
Graf 6.20: Vývoj výkonových plateb za sledované období

V grafu 6.20 můžeme pozorovat vývoj výkonových plateb v čase. V tomto případě, naopak od vývoje kapitační platby, má ordinace B konzistentně menší příjmy než ordinace A. Vývojový trend je povětšinou rostoucí, a to jak z důvodu navyšování počtu nově registrovaných pojištěnců, tak i díky zvyšování hodnoty bodu nasmlouvaných výkonů, který určuje úhradová vyhláška. Svou roli zde bezpochyby může hrát i demografický vývoj populace, kdy se pacienti dožívají více let a ordinace lékařů navštěvují častěji.

Tabulka 6.19: Výše celkových tržeb za sledované období

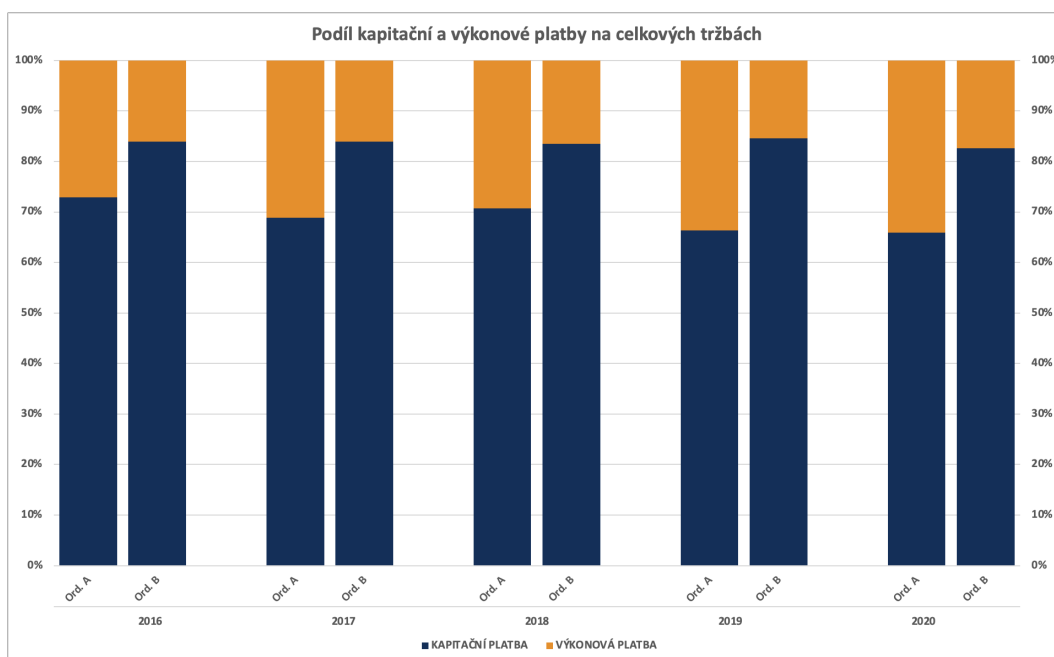
Tržby celkem (Kč)		ZZ	VZP	ČPZP	OZP	VOZP	ZPMV	Celkem za období
2016	Ordinance A	1 019 454,65	832 409,63	79 815,48	84 070,07	19 669,30	<b>2 035 419,13</b>	
	Ordinance B	601 841,17	701 762,88	87 059,09	44 502,14	152 685,61	<b>1 587 850,89</b>	
2017	Ordinance A	951 580,80	923 225,25	83 066,17	83 156,42	24 748,68	<b>2 065 777,32</b>	
	Ordinance B	619 771,48	761 905,30	90 911,44	37 987,64	156 949,80	<b>1 667 525,66</b>	
2018	Ordinance A	981 823,51	972 779,17	88 815,91	77 686,44	24 657,95	<b>2 145 762,98</b>	
	Ordinance B	657 130,31	792 397,22	103 552,27	40 798,75	164 490,34	<b>1 758 368,89</b>	
2019	Ordinance A	1 144 687,79	1 050 152,73	98 275,89	91 711,91	30 249,72	<b>2 415 078,04</b>	
	Ordinance B	737 789,70	892 576,94	117 594,23	48 287,04	201 587,57	<b>1 997 835,48</b>	
2020	Ordinance A	1 162 643,98	1 031 572,95	103 154,00	109 032,78	30 014,61	<b>2 436 418,32</b>	
	Ordinance B	802 374,23	973 434,41	121 574,00	54 870,23	198 775,27	<b>2 151 028,14</b>	

V následující tabulce lze pozorovat výše celkových tržeb jednotlivých ZZ. Jsou zde zahrnuty jak platby kapitační, tak výkonové. Po celé sledované období má ordinace A vyšší tržby, než ordinace B, a to především díky výkonové složce úhrad, která u ordinace A činí 2–2,5 násobek oproti porovnávané ordinaci B.



Graf 6.21: Vývoj celkových tržeb za sledované období

Graf vývoje celkových tržeb vyobrazuje časový vývoj již zmíněných faktů. Je patrné, že obě ordinace vykazují za celé období rostoucí trend tržeb, což se následně pozitivně odráží v ukazatelích finanční analýzy vyhotovené v předchozí části textu, konkrétně v ukazatelích rentability ordinace B.

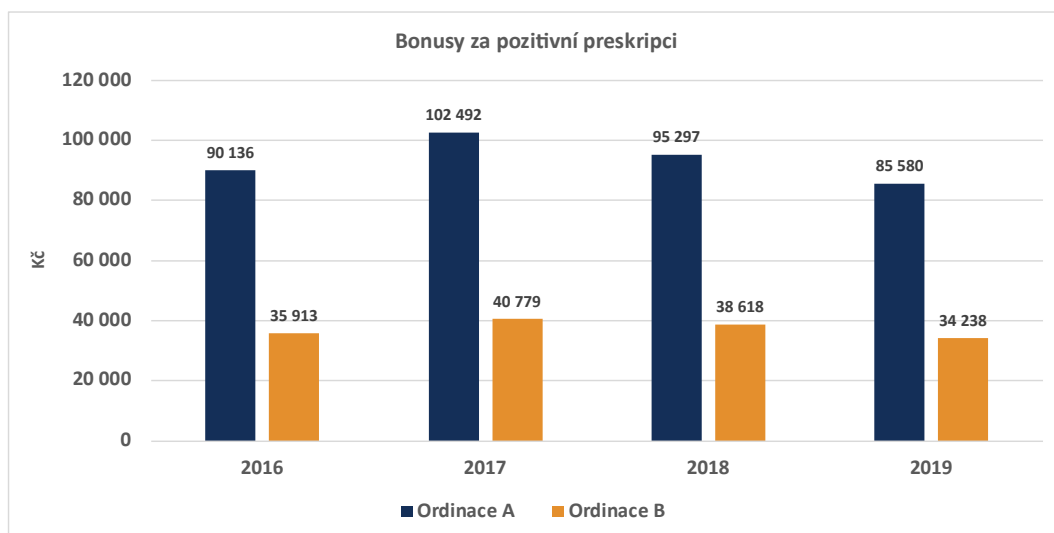


Graf 6.22: Podíl kapitační a výkonové úhrady

Grafem 6.22 je pouze pro lepší vizuální porozumění čtenáře znázorněn podíl kapitační a výkonové složky úhrad, které se podílí na celkové výši tržeb. Je zjevné, že kapitační platby se na celkových výnosech ordinace A každoročně podílí ze 65–75 %.

Interval, ve kterém se pohybují kapitační platby ordinace B, dosahuje hodnot vyšších, a to 80–85 % z celkových výnosů.

Jak již bylo zmíněno v předchozím textu, oběma ordinacím plyne jistá roční bonifikace z předepisování specifických léčiv, jejichž seznam VZP v rámci pozitivních listů průběžně aktualizuje. Níže uvedený graf znázorňuje výše bonifikací, které obě ordinace obdržely za vybrané roky sledovaného období.



Graf 6.23: Roční bonusy za pozitivní preskripci léčiv

Obě ordinace se k aktivnímu předepisování léčiv na pozitivních listech staví stejně. Bonifikace, které jim z této činnosti plynou, nejsou ani pro jedno ZZ jakkoli motivující. Dávají přednost medikaci, která je osvědčená a o které jsou přesvědčena, že pacienta nejpravděpodobněji uzdraví. I přes stejný postoj k tomuto bonitnímu programu jsou z grafu patrné značné rozdíly ve výsledných výších čerpaných bonusů. Bonifikace ordinace A se pohybují ve větších částkách, a to konkrétně v intervalu od 85–105 tisíc Kč. Bonifikace ordinace B jsou naopak nižší a pohybují se v rozmezí od 34–41 tisíc Kč.

Tabulka 6.20: Přehled úhrad z pozitivních listů VZP

Pozitivní listy za 4. Q roku 2018	Ordinace A					Ordinace B				
	Objem preskripce (Kč)	Objem preskripce PL (Kč)	Objem preskripce PL (%)	Bonus pro ordinace (Kč)	K dosažení bonusu chybí (%)	Objem preskripce (Kč)	Objem preskripce PL (Kč)	Objem preskripce PL (%)	Bonus pro ordinace (Kč)	K dosažení bonusu chybí (%)
Omeprazol	3 778	795	21	0	29	2 209	230	10	0	40
Metformin	4 880	1 209	25	0	25	1 318	0	0	0	50
Glimepirid	-	-	-	-	-	62	62	100	62	0
Klopidogrel	2 202	2 202	100	2 202	0	901	901	100	901	0
Kyselina acetylsalicy	1 678	517	31	0	19	1 182	211	18	0	32
Amlodipin	3 661	940	26	0	24	1 367	0	0	0	50
Ramipril	2 501	648	26	0	24	632	135	21	0	29
Losartan	6 335	4 864	77	3 735	0	1 297	1 186	92	1 085	0
Kandesartan	959	959	100	9 960	0	-	-	-	-	-
Telmisartan	2 840	2 065	73	1 501	0	4 218	3 296	78	2 575	0
Atrovastatin	12 317	11 148	91	10 089	0	6 990	1 688	24	0	26
Rosuvastatin	16 648	12 685	76	9 666	0	8 199	7 769	95	7 362	0
Azithromycin	240	0	0	0	50	359	0	0	0	50
Diklofenak	721	187	26	0	24	100	0	0	0	50
Sertralin	3 408	1 192	35	0	15	369	0	0	0	50
Escitalopram	1 101	608	55	336	0	1 883	1 047	56	582	0
Cetirizin	353	353	100	353	0	176	0	0	0	50
Levocetirizin	686	59	9	0	41	529	0	0	0	50
Desloratadin	-	-	-	-	-	1 396	259	19	0	31
Perindopril	2 755	41	2	0	49	3 679	244	7	0	43
Cefuroxim	2 921	493	17	0	33	2 198	0	0	0	50
Bonus pro ZZ za 2018/4Q	37 842					12 567				

Zúčtování úhrad za pozitivní preskripci probíhá kvartálně. Tabulka 6.20 znázorňuje data získaná pouze za čtvrtý kvartál roku 2018. V levém sloupci jsou uvedena léčiva, která obě ordinace předepisují, v dalších sloupcích následně jejich objem v Kč i procentech. Smyslem tabulky je spíše přiblížit čtenáři výčet konkrétních léčiv a poskytnout případnou inspiraci pro benchmarking v daném odvětví.

## Analýza prevence

Z polostrukturovaného rozhovoru s oběma lékaři vyplynulo, že prevenci vnímají jako jednu z nejdůležitějších činností jejich oboru. Rádi by preventivním prohlídkám věnovali více svého času, ale z důvodů velké administrativní zátěže a nízkým výkonovým kompetencím tvrdí, že to není možné.

Lékař ordinace A aktivně na preventivní prohlídky své pacienty nezve. Výzvy jsou činěny pouze v oblasti očkování proti chřipce, kdy ordinace objedná vždy stejný počet vakcín, aby očkovačci dávku mohli obdržet pravidelní zájemci. V případě, že tito zájemci sami včas neprojeví o očkování zájem, až poté zdravotní sestra telefonicky pacienty k očkování vyzývá. Jediný screeningový program, který probíhá přímo v ordinaci lékaře je TOKS. Další prevence jsou prováděny a vykazovány v případě, že do ordinace přijde samoplátce, který požaduje vyšetření kvůli řidičskému průkazu. V tom případě lékař vykáže pojišťovně prevenci a následně za ni inkasuje úhradu.

Lékař ordinace B se oproti tomu své pacienty snaží aktivně na preventivní prohlídky zvát. K těmto výkonům je vytyčena i část pracovní doby ordinace. Lékař ordinace B by rád preventivní prohlídky prováděl více, ale osobně v tom nevidí kromě finančního

aspektu podnikání přínos. Jak vyplynulo z předchozí analýzy, toto ZZ má ve své péči více pacientů staršího věku, kteří pravidelně chodí na důkladné lékařské prohlídky u ambulantních specialistů. Lékař B proto tvrdí, že je až nemorální tyto starší pacienty nutit na prevence k praktikovi docházet a ze zdravotních pojišťoven pobírat platby za zbytečné výkony, a to pouze z důvodu vlastního obohacení. Dodává, že je v úzkém kontaktu se specialisty v rámci polikliniky, a proto má dobrý přehled o provedených vyšetření na svých pacientech. Test okultního krvácení do stolice, ani jiné laboratorní vyšetření, se zde primárně neprovádí. Je tomu tak z toho důvodu, že přístroje ve specializovaných laboratořích poskytují mnohem menší počet falešně pozitivních výsledků a laboratoř se zároveň nachází do vzdálenosti 50 metrů od ordinace. Z důvodu kvalitnějších výstupů, tak dochází k šetření času a nákladů VPL, případně dalších odborníků, kteří by v případě falešně pozitivních výsledků museli provádět nákladná kolonoskopická vyšetření. V případě očkování je zde uplatňována stejná strategie, která je uplatňována v ordinaci A.

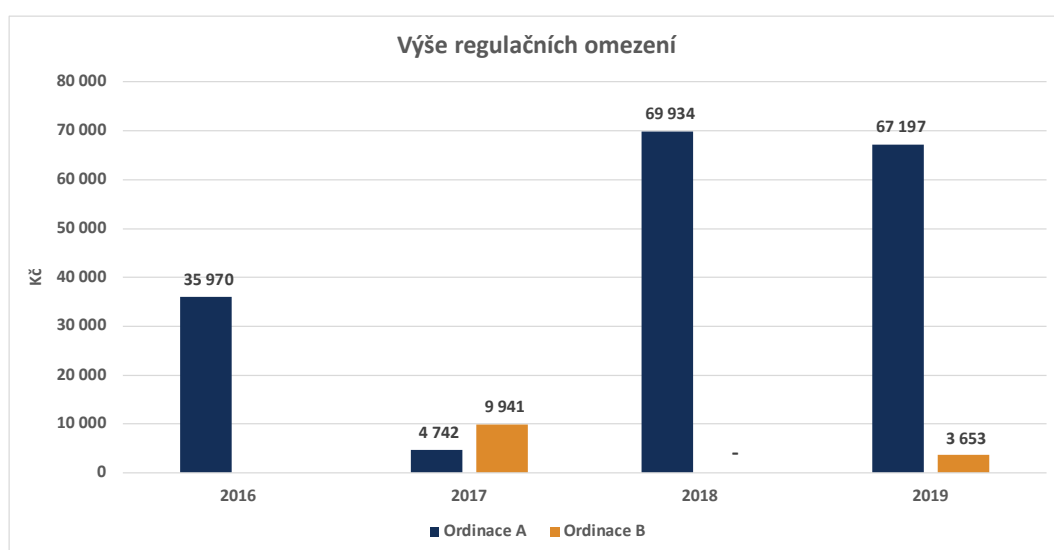
Tabulka 6.21: AKORD – Program kvality péče VZP

AKORD - program kvality péče	2016	2017	2018	2019	2020
Počet dispenzarizovaných pojištěnců s chronickým onemocněním diabetes mellitus	30 775	36 058	36 007	-	-
Počet očkování proti chřipce	4 396	4 507	4 501	-	-
Počet vyšetření kolorektálního karcinomu	21 982	22 536	22 505	-	-
Objem čerpání hrazených služeb u jiných PL a v rámci pohotovostních služeb	4 396	4 507	-	-	-
Racionální preskripce	8 793	9 015	9 002	-	-
<b>Celkem (Kč)</b>	<b>70 342</b>	<b>76 623</b>	<b>72 015</b>	-	-

Tabulkou 6.21 jsou vystiženy další dodatečné příjmy, plynoucí ordinaci A z účasti v programu kvality péče VZP – AKORD. Jak bylo zmíněno v předchozím textu, ordinace B se tohoto programu z důvodů náročné administrativy a časové zátěže aktivně neúčastní. Z dostupných dat let 2016–2018 si můžeme povšimnout, že výše příjmů z tohoto programu se pohybuje v rozmezí 70 až 80 tisíc Kč ročně. Největší položkou jsou platby za dispenzarizace diabetiků 2. typu. Ty dosahují téměř poloviny výše pobírané platby.

Účast v tomto programu by měla praktické lékaře mimo jiné i částečně motivovat k vyššímu provádění preventivních prohlídek u svých pacientů. Z výčtu hrazených položek je možné si povšimnout, že druhou největší položku tvoří provádění vyšetření kolorektálního karcinomu. Poslední položkou, související s prevencí v programu AKORD, je očkování proti chřipce. Zde se roční pobírané částky pohybují pouze v řádu jednotek tisíců korun, konkrétně mezi 4–5 tis. Kč.

Další informace o uplatňovaných ročních bonifikacích, ale i regulačních omezeních, je možné vyčíst z doplňkových výkazů zdravotních pojišťoven. Konkrétně u VZP se jedná o výkaz finančního vypořádání regulačních omezení a navýšení úhrady za preventivní prohlídky. Regulační omezení sledují průměrné náklady na léčivé přípravky, zdravotnické prostředky, ZUM, ZULP a vyžádanou péči. V souvislosti s těmito náklady v některých případech VZP rozesílá svým partnerům referenční hodnoty pro dané úhradové období. Z analyzovaných výkazů byla zjištěna výše vypočtených regulací. V obou případech, ordinace A i B, je však uplatněný výsledek regulačních omezení roven nule. Stejně tak je tomu i v případě ČPZP. Informace o regulačních omezeních a dalších bonifikacích z řad ostatních pojišťoven nebylo možné pro potřeby této práce získat. Výše zjištěných regulací znázorňuje graf 6.24.



Graf 6.24: Výše vypočtených regulačních omezení

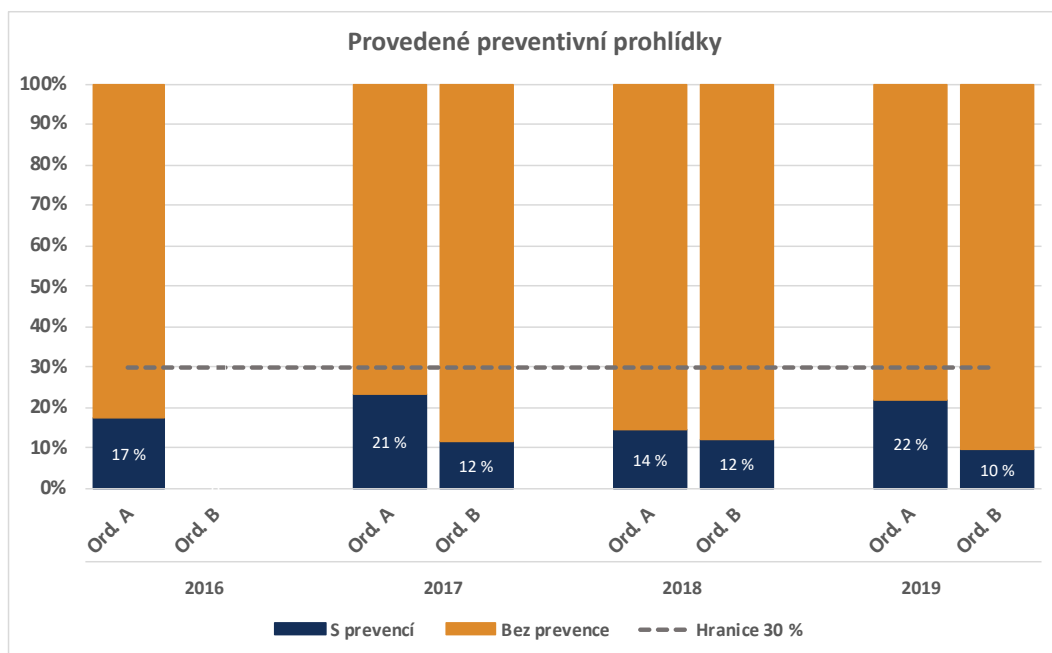
Další položky, které jsou v tomto výkazu kalkulovány jsou: bonifikace za návštěvní službu, bonifikace za elektronické recepty a navýšení za preventivní prohlídky.

Bonifikaci za návštěvní službu získala pouze v roce 2019 ordinace A, a to ve výši 5 tisíc korun.

Bonifikace za elektronické recepty od VZP získali obě ordinace, ale pouze v letech 2018 a 2019. Ordinace A v roce 2018 obdržela 6 775 Kč a v roce následujícím 6 766 Kč. Ordinace B za stejné období obdržela nejdříve 5 644 Kč a následně 5 636 Kč.

Pokud se ale zaměříme na oblast navýšení za preventivní prohlídky, zjistíme, že ani jedné z ordinací nebyl tento typ bonifikace v žádném roce sledovaného období k úhradě přiznán.

Ve smlouvě obou ordinací s VZP jasně stojí, že nárok na navýšení kapitače o 0,50 Kč vzniká poskytovateli v případě, že provede v hodnoceném období preventivní prohlídku vykazovanou výkony 01021<sup>1</sup> a 01022<sup>2</sup> podle seznamu výkonů alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců ve věku od 40 do 80 let. Hodnota 30 % je platným požadavkem pro roky 2017–2020. V roce 2016 byl tento požadavek stanoven hodnotou 20 %.



Graf 6.25: Podíl preventivních prohlídek sledovaného výběru pacientů VZP

Z grafu 6.25 je evidentní, že v žádném roce sledovaného období nedošlo ke splnění podmínky pro možnost navýšení kapitační platby o 0,50 Kč. V případě ordinace A je znatelné, že procentuální podíl provedených preventivních prohlídek nemá konzistentně rostoucí či klesající trend, avšak má trend kolísající. Dalo by se proto hovořit o neexistenci jakékoliv strategie pro naplnění požadavků zdravotních pojišťoven, týkajících se výkonu preventivních prohlídek. Z výkazů ordinace B byla k dispozici data pouze za roky 2017–2019. Za toto období můžeme pozorovat téměř neměnnou procentuální hodnotu tohoto ukazatele, který se pohybuje v intervalu 10–12 %. Ordinance B taktéž nemá zřízenou strategii pro navyšování četnosti preventivních úkonů a není to ani jejím primárním cílem podnikání.

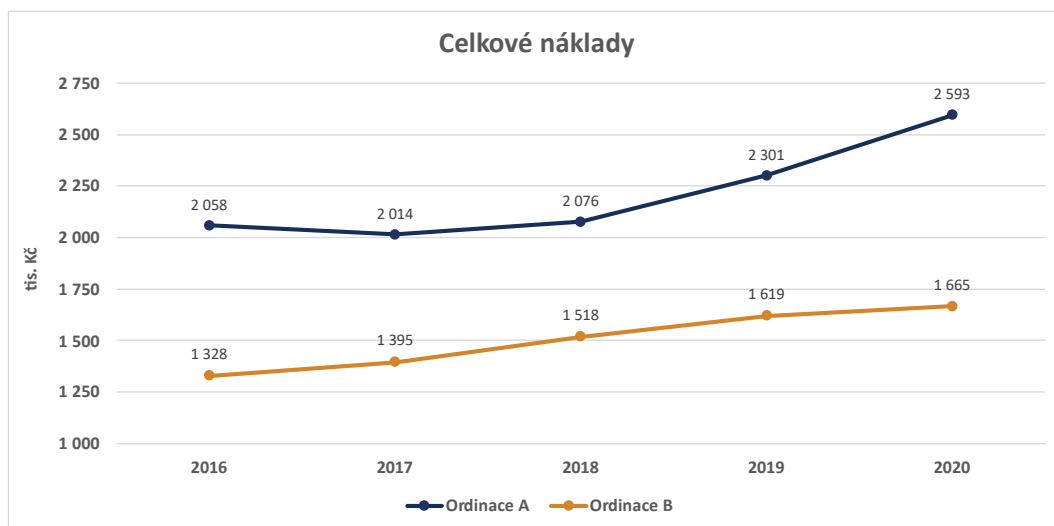
<sup>1</sup> Komplexní vyšetření praktickým lékařem

<sup>2</sup> Opakované komplexní vyšetření praktickým lékařem (preventivní prohlídka)



### 6.3.2 Analýza nákladů

Tato kapitola se detailněji věnuje nákladům obou zdravotnických zařízení. Náklady, ať už fixní či variabilní, jsou jedním z důležitých faktorů ziskovosti podniku, které je vhodné sledovat a zaměřit se na jejich minimalizaci. Následující graf uvádí přehled celkových nákladů obou ordinací.



Graf 6.26: Vývoj celkových nákladů za sledované období

Je zřejmé, že náklady ordinace A převyšují náklady ordinace B, a to po celou dobu pětiletého sledovaného období. Každým rokem se náklady ordinace A zvýší v průměru o 50 000 Kč více než u druhé sledované firmy. Na této skutečnosti se nejvíce podílí změny v oblasti mzdových nákladů, případně ostatní provozní náklady, jako jsou platby za komunikační služby či spotřeba zdravotnického materiálu.

Hrubá analýza nákladů proběhla již částečně v kapitole 6.2.1, věnující se horizontální a vertikální analýze VZZ, kde byl mimo jiné rozebrán časový vývoj celkových nákladů, i jejich konkrétních položek v agregované formě. Následující tabulky uvádí výčet jednotlivých nákladových účtů obou ordinací více analyticky. Detailnější členění je však zaznamenáno u ordinace A.

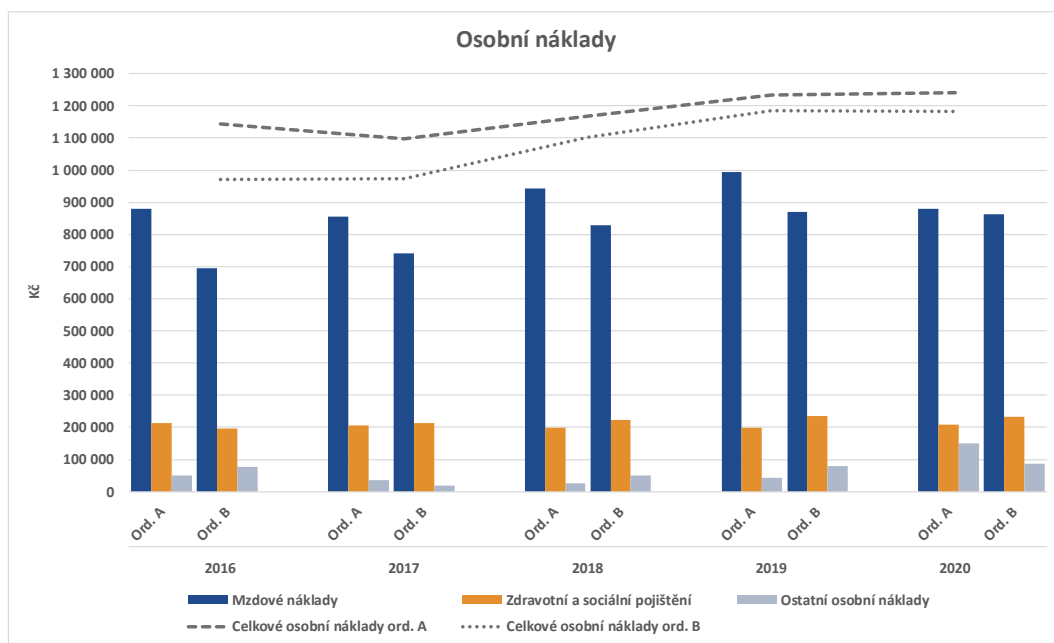
Tabulka 6.22: Nákladové účty ordinace A (tis. Kč)

Číslo účtu	Název účtu	2016	2017	2018	2018	2020
<b>501</b>	<b>Spotřeba materiálu</b>	<b>295</b>	<b>309</b>	<b>272</b>	<b>353</b>	<b>-</b>
501100	Spotřeba materiálu	114	97	28	27	-
501200	Spotřeba zdravot. materiálu	181	212	194	237	-
501300	Obuv, pracovní oblečení	0	0	9	14	-
501400	Dr. Majetek	0	0	15	51	-
501500	Kancelářské potřeby	0	0	28	26	-
<b>502</b>	<b>Spotřeba energie</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>-</b>
<b>512</b>	<b>Cestovné</b>	<b>121</b>	<b>123</b>	<b>122</b>	<b>137</b>	<b>-</b>
<b>513</b>	<b>Náklady na reprezentaci</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>-</b>
<b>518</b>	<b>Ostatní služby</b>	<b>476</b>	<b>461</b>	<b>495</b>	<b>532</b>	<b>-</b>
518100	Ostatní služby	193	179	66	89	-
518200	Nájemné-ordinace	273	273	273	273	-
518300	Poštovné	0	0	49	53	-
518400	Služby nedaň. náklad	0	0	100	114	-
518500	Ostatní ubytování	0	0	5	3	-
518900	Poštovné	5	5	4	3	-
518999	Služby nedaň. náklad	6	5	2	0	-
<b>521</b>	<b>Mzdové náklady</b>	<b>881</b>	<b>856</b>	<b>944</b>	<b>994</b>	<b>-</b>
<b>524</b>	<b>Zákonné sociální a zdravotní pojištění</b>	<b>214</b>	<b>207</b>	<b>200</b>	<b>200</b>	<b>-</b>
<b>527</b>	<b>Zákonné sociální náklady</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>30</b>	<b>-</b>
<b>528</b>	<b>Ostatní sociální náklady</b>	<b>26</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>-</b>
<b>531</b>	<b>Daň silniční</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>-</b>
<b>538</b>	<b>Ostatní daně a poplatky</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>-</b>
<b>544</b>	<b>Smluvní pokuty a úroky z prodlení</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>-</b>
<b>548</b>	<b>Ostatní provozní náklady</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>-</b>
548100	Ostatní provozní náklady-pojištění firmy	8	10	10	19	-
<b>551</b>	<b>Odpisy dlouhodobého nehmotného a hmotného majetku</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>-</b>
<b>568</b>	<b>Ostatní a mimořádné finanční náklady</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>-</b>
568000	Ostatní a mimořádné finanční náklady	1	0	0	0	-
568100	Bankovní poplatky	2	2	2	3	-
568200	Kooperativa poj	3	3	3	3	-
<b>591</b>	<b>Daň z příjmů - splatná</b>	<b>2</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>41</b>	<b>-</b>

Tabulka 6.23: Nákladové účty ordinace B (tis. Kč)

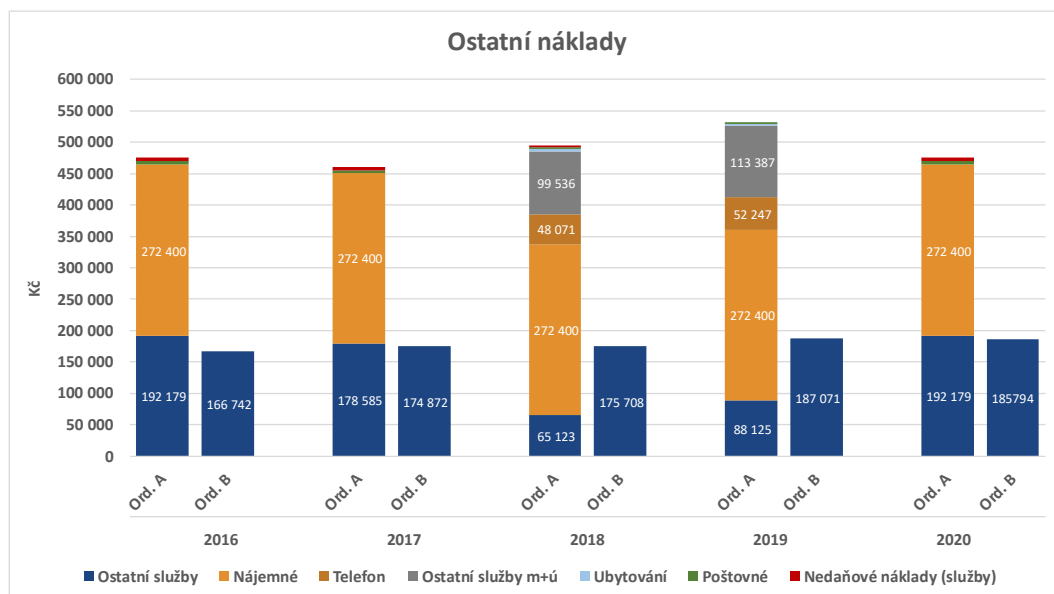
Číslo účtu	Název účtu	2016	2017	2018	2018	2020
<b>501</b>	<b>Spotřeba materiálu</b>	<b>101</b>	<b>159</b>	<b>153</b>	<b>157</b>	<b>207</b>
<b>511</b>	<b>Opravy a udržování</b>	<b>51</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>48</b>	<b>58</b>
<b>518</b>	<b>Ostatní služby</b>	<b>167</b>	<b>175</b>	<b>176</b>	<b>188</b>	<b>186</b>
<b>521</b>	<b>Mzdové náklady</b>	<b>695</b>	<b>742</b>	<b>830</b>	<b>872</b>	<b>864</b>
<b>524</b>	<b>Zákonné sociální a zdravotní pojištění</b>	<b>198</b>	<b>214</b>	<b>223</b>	<b>234</b>	<b>232</b>
<b>527</b>	<b>Zákonné sociální náklady</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>18</b>
<b>528</b>	<b>Ostatní sociální náklady</b>	<b>78</b>	<b>18</b>	<b>51</b>	<b>60</b>	<b>69</b>
<b>531</b>	<b>Daň silniční</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>538</b>	<b>Ostatní daně a poplatky</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
<b>543</b>	<b>Poskytnuté dary</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>0</b>
<b>545</b>	<b>Ostatní pokuty a penále</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>548</b>	<b>Ostatní provozní náklady</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>23</b>
<b>591</b>	<b>Daň z příjmů - splatná</b>	<b>88</b>	<b>88</b>	<b>93</b>	<b>111</b>	<b>138</b>

V tabulkách 6.22 a 6.23 jsou uvedeny veškeré evidované nákladové skupiny obou ZZ. Vzhledem k rozdílnému stupni dělení účtových skupin se práce zaměřuje především na tři nákladové skupiny, které z celkových nákladů zaujímají největší podíl. Těmito skupinami jsou: osobní náklady, ostatní náklady a spotřeba materiálu.



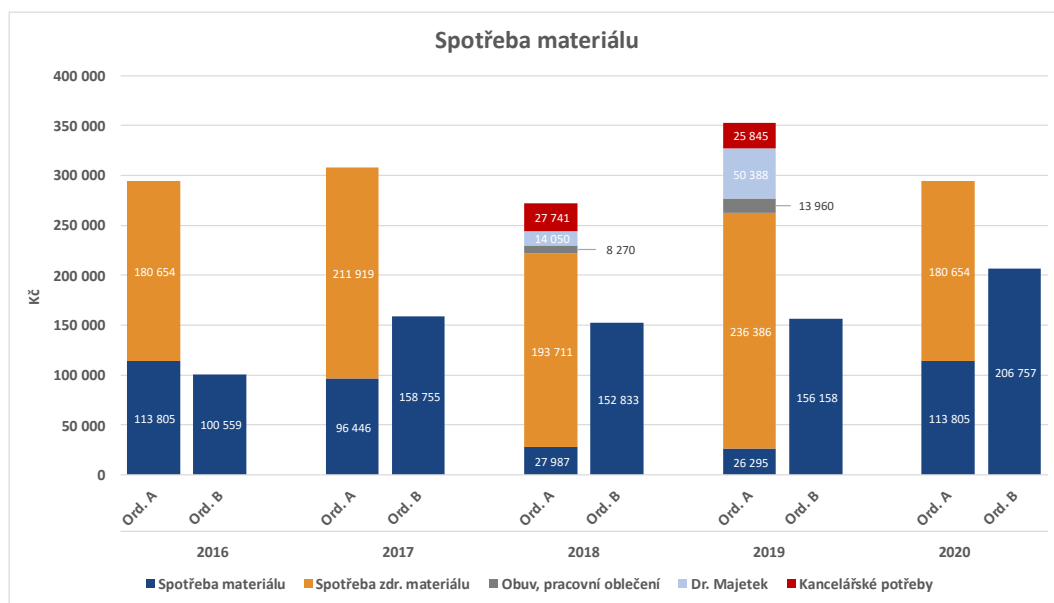
Graf 6.27: Osobní náklady za sledované období

V grafu 6.27 můžeme pozorovat vývoj mzdových a dalších nákladů, které se od jejich výše odvíjejí. Zajímavou skutečností je započítání platby příspěvku zaměstnavatele ordinace A na penzijní připojištění, který se v oblasti ostatních osobních nákladů zřetelně projevil v roce 2020. Pokud zaměstnavatel dodrží limit příspěvku 30 tis. Kč ročně na jednoho zaměstnance, je tento příspěvek osvobozen od odvodů sociálního a zdravotního pojištění a stává se automaticky daňově uznatelným nákladem. Zaměstnavatel ordinace A však hradí zdravotní sestře příspěvek na penzijní připojištění ve výši 50 tis. Kč ročně. Protože tato částka přesáhla zákonem stanovený limit, musel z ní zaměstnavatel zmíněné pojištění odvést. Ordinance B na životní pojištění ani penzijní připojištění svým zaměstnancům nepřispívá, proto se výše ostatních osobních nákladů pohybuje stále v intervalu 0–100 tis. Kč. Kolísavá hodnota této položky v ordinaci B je způsobena výplatou ročních odměn, které jsou zaměstnanci hrazeny vždy v různé výši a v nepravidelných časových intervalech.



Graf 6.28: Ostatní náklady za sledované období

Skladba ostatních nákladů vychází především z analytičtějšího členění účetnictví ordinace A. Největší nákladovou položkou je účet 518200, který reprezentuje nájemné ordinace. Platba nájemného se pohybuje každým rokem ve stejné výši a zůstává neměnná. Konkrétní výše nájemného činí 272 400 Kč ročně (22 700 Kč za měsíc). Ordinance B ve svém účetnictví preferuje spíše agregovanou podobu, proto nelze výši nájemného přesně určit. Lékař této ordinace však v polostrukturovaném rozhovoru uvedl, že nájemné se pohybuje kolem 12–12,5 tis. Kč za měsíc. Celková roční výměra nájemného by tedy měla dosahovat maximálně 150 tis. Kč za rok. Za předpokladu pravdivosti tohoto tvrzení lze říci, že se jedná o jednu z nejvýznamnějších příčin vyšší ziskovosti podniku B, který oproti ordinaci A ročně ušetří necelých 123 tis. Kč právě na platbě nájemného.



Graf 6.29: Spotřeba materiálu za sledované období

Při pohledu na graf 6.29 se může zdát zářející skutečnost, že ordinace B vykazuje obecně nižší náklady na spotřebu materiálu, když eviduje více registrovaných pacientů oproti ordinaci A. Je ale nutné připomenout, že spektrum realizovaných zdravotních služeb je širší právě v ordinaci A. Zde dochází k častějším odběrům biologických vzorků, provádění vlastního testování pomocí POCT metod atp.

Průměrná výše spotřeby materiálu ordinace A dosahuje částky 305 tis. Kč. V případě ordinace B tato částka činí pouhých 155 tis. Kč. Lze konstatovat, že se jedná o nejvýznamnější nákladovou položku, kdy se ordinaci B daří být čistě z nákladové perspektivy podnikatele efektivnější, neboť oproti ordinaci A ročně ušetří 150 tisíc Kč, což se již dlouhodobě reflektuje na výši zisku tohoto ZZ.

## 6.4 Analýza personálního vybavení

Základním personálním modelem obou ordinací je již zmíněný model „jeden lékař jedna sestra“. Rozhovor s lékaři i zdravotními sestrami odhalil, že v obou ZZ jsou s tímto typem organizační struktury maximálně spokojeni. Co se týče běžného odbavování pacientů a provádění zdravotních úkonů, je toto složení pro registrované poskytovatele dostačující. Problém činí však značná a stále narůstající administrativní zátěž, která oběma lékařům začíná dělat potíže. Z tohoto důvodu by uvítali novou pomocnou sílu ve formě dalšího zaměstnance, a to minimálně na částečný úvazek či dohodu o provedení práce. Ideální by však bylo administrativní činnosti snížit, nebo přesunout na strany pojišťoven či jiných správních orgánů. I přes tuto potřebu další pomocné síly se však lékaři staví negativně k rozšiřování společnosti a vzniku například sdružených praxí, ve kterých by mohla být práce zajímavější a administrativní činnost menšího rázu.

Na otázku, zda by do budoucna lékaři zvažovali fúzi s jinou ordinací, kde by byl personální model složen kupříkladu ze tří lékařů, dvou zdravotních sester a jednoho administrativního pracovníka, odpověděli, že takový model by jim nejspíše nevyhovoval.

Tabulka 6.24: Personální zabezpečení roku 2021

Zaměstnanci	Pracovní smlouva	Hrubá mzda (Kč)	Čistá mzda (Kč)
<b>Ordinace A</b>			
Lékař	HPP	20 100	17 193
Lékař	DPP	10 000	8 500
Zdravotní sestra	HPP	15 200	14 795
Zdravotní sestra	DPP	10 000	8 500
Uklízečka	DPP	3 500	3 500
Rodič 1 (administrativa)	DPP	10 000	10 000
Rodič 2 (údržba)	DPP	7 500	7 500
<b>Ordinace B</b>			
Lékař	HPP	15 200	16 412
Zdravotní sestra	HPP	27 000	25 184
Dcera 1 (administrativa)	DPP	-	-
Dcera 2 (administrativa)	DPP	-	-

Ve výše uvedené tabulce jsou uvedeny nejaktuálnější dostupné údaje z roku 2021, týkající se personálního zabezpečení obou ordinací.

Z tabulky je patrné, že obě ordinace se aktivně snaží udržovat náklady na zákonné zdravotní a sociální zabezpečení na nízké hladině. Primárně z těchto důvodů se odměny plynoucí z hlavního pracovního poměru (HPP) pohybují kolem výše minimální mzdy. Ta byla pro rok 2021 stanovena částkou 15 200 Kč.

Ordinace A má z výše zmíněných důvodů uzavřeny dva hlavní pracovní poměry. Jeden se samotným lékařem/majitelem a druhý se zdravotní sestrou. Zdravotní sestra pobírá mzdu o minimální výši, lékař A poté mzdu o 4 900 Kč vyšší. K dosažení plnohodnotného platu tohoto odvětví má zdravotní sestra ještě uzavřenou dohodu o provedení práce (DPP). Celková výše hrubé mzdy potom u zdravotní sestry činí 25 200 Kč. Tato částka odpovídá přibližně osmému platovému stupni, šesté platové třídě, kde hrubá mzda zdravotní sestry ve veřejném sektoru k roku 2021 činí přesně 25 150 Kč. Vzhledem k tomu, že zmíněný lékař je zároveň majitelem firmy, hospodaří dále se ziskem společnosti dle svého uvážení. Dalšími zaměstnanci firmy jsou uklízečka a rodiče lékaře A, kteří ordinaci vypomáhají s administrativní činností a technickou údržbou vybavení.

Ordinace B má zaměstnanců méně. Největším rozdílem je mzda zdravotní sestry, která dosahuje výše 27 000 Kč, nikoli minimální mzdy. Zdravotní sestra B je tedy ohodnocena základní mzdou o 1 800 Kč lépe, než sestra A. S občasnou administrativní výpomocí se činí děti lékaře, které však fakticky pracují pouze sporadicky, a to při nejvyšší potřebě. Z toho se následně odvíjí i finanční odměny, které nelze fixně odhadnout.

Variabilní složku finančního ohodnocení tvoří dále benefity, které společnosti svým zaměstnancům nabízí. Jejich výčet a zastoupení je uvedeno v následující tabulce.

Tabulka 6.25: Systém zaměstnaneckých benefitů roku 2021

Benefity	Lékař	Zdravotní sestra
<b>Ordinace A</b>		
Stravenky	137 Kč/den	137 Kč/den
Roční odměny	Ne	Ne
Příplatek za očkování	Ne	Ano
Důchodové spoření	50 000 Kč/rok	50 000 Kč/rok
13. plat	Ne	Ne
<b>Ordinace B</b>		
Stravenky	Ne	Ne
Roční odměny	Ne	Ano
Příplatek za očkování	Ne	Ne
Důchodové spoření	Ne	Ne
13. plat	Ne	Ne

Jediným zaměstnaneckým benefitem ordinace B jsou roční odměny. Ty jsou zdravotní sestře vypláceny vždy 2x ročně, a to v různé výši a bez konkrétního data. Jedná se především o příspěvek na dovolenou v letních měsících a dále odměny v období vánočních svátků.

Ordinace A má oproti tomu systém zaměstnaneckých benefitů o něco pestřejší. Jeden ze zásadních rozdílů je příspěvek zaměstnavatele na důchodové spoření, které ročně dosahuje částky 50 tisíc Kč. Dále zde byl zaznamenán příspěvek zaměstnavatele na stravování u společnosti SODEXO s. r. o. Aktuální hodnota tohoto příspěvku činí k datu 30.3.2021 přesných 137 Kč za jeden odpracovaný den. Ačkoli zdravotní sestra nedostává žádné podíly ze zisku či třináctý plat, je v průběhu očkovací sezóny pozitivně finančně ohodnocena, neboť má na starosti celý tento proces.

## 6.5 Analýza technického vybavení

Vyhláška 92/2012 Sb., jak uvádím v kapitole 3.5, stanovuje požadavky na minimální technické a věcné vybavení ordinace VPL velice střídmě. Z analýzy skutečného technického a věcného vybavení zkoumaných ordinací můžeme usuzovat, že věcné a technické zabezpečení je ve srovnání s vyhláškou nadstandardní. V tabulce 6.26 je uveden výčet základního vybavení, kterým obě ordinace disponují.

Tabulka 6.26: Technické a věcné vybavení

Položka	Počet (ks)	
	Ordinace A	Ordinace B
<b>Přístrojové vybavení</b>		
Tonometr	4	3
Fonendoskop	2	3
Pulzní oxymetr	1	1
Glukometr	2	0
Bezkontaktní teploměr	1	1
Osobní váha	1	1
Světelný optotyp	0	1
Tiskárna	4	5
PC	3	2
Pevná linka	1	1
PC Software	1	1
Lednice	1	1
Agregát	1	0
Rychlovarná konvice	1	1
Kamera v čekárně	1	0
Osobní automobil	1	1
<b>Věcné vybavení</b>	<b>Ordinace A</b>	<b>Ordinace B</b>
Papírový optotyp	1	0
Vyšetřovací lehátko	2	2
Kartotéka	1	1
Židle	10	4
Pracovní stůl	2	2
Kuchyňská linka	0	1
<b>DHM</b>	<b>Ordinace A</b>	<b>Ordinace B</b>
POCT analyzátor	2	0
Kuchyňská linka	1	0



Z tabulky můžeme vyčíst, že vybavení obou ordinací je četnější než stanovuje vyhláška.

Jedním z úkolů praktického lékaře je zjišťovat základní informace o zdravotním stavu zdravých i nemocných pacientů a na základě těchto informací dále pacienta léčit, vykonat další základní vyšetření, vypsát žádanku pro vyšetření specialistou, vydat předpis na výdej léčiv, uchovávat některé biologické vzorky, skladovat a vést záznamy o zdravotním stavu pacientů atp. Dovolím si tvrdit, že pokud chce praktický lékař tyto úkony provádět, chce poskytovat kvalitní zdravotní služby a zamezit tak propustnosti pacientů do vyšších sfér zdravotního systému, potřebuje k tomu téměř všechny položky, které jsou zaznamenány ve výše uvedené tabulce. Zbytným vybavením, které se může jevit nadstandardním, bych označil položky: agregát, rychlovarná konvice, kamera v čekárně, osobní automobil, POCT analyzátor a kuchyňská linka.

Téměř veškerý hmotný majetek obou ordinací při jeho nákupu nespĺňoval podmínku přesažení pořizovací ceny 40 000 Kč. Z účetního pohledu proto většina majetku nepodléhá amortizaci a firmy si tak nemohou tímto způsobem snížit daňový základ. Za sledované období jsou v kartách dlouhodobého hmotného majetku ordinace A vedeny pouze dvě položky, a to POCT analyzátor a kuchyňská linka, k jejichž pořízení došlo 6. prosince 2019. Pořizovací cena tohoto typu majetku činila 48 158 Kč. Druhou, zároveň poslední zmíněnou položkou dlouhodobého hmotného majetku ordinace A je POCT analyzátor BODITECH i-Chroma Reader. Ten byl pořízen 4. června 2015 s pořizovací cenou 29 024 Kč a kompletně odepsán ke konci účetního období roku 2017. Ordinance B žádným dlouhodobým hmotným majetkem nedisponuje.

Jako o dlouhodobém nehmotném majetku by se dalo uvažovat v případě obou ordinací o softwaru, který využívají k poskytování zdravotních služeb. I ten však svou pořizovací cenou, za platnosti tehdejší legislativy, nepřesáhl částku 60 000 Kč, proto do karet dlouhodobého majetku nebyl zařazen. Obě zdravotnická zařízení využívají informační systém mezinárodní společnosti CGM (CompuGroup Medical). Jedná se konkrétně o informační systém MEDICUS (ordinace A) a informační systém PC DOKTOR (ordinace B). Faktury ohledně pořízení tohoto majetku nebylo možné pro účely diplomové práce obstarat. Pouhým odhadem však oba lékaři uvedli, že se cena pořízení těchto informačních softwarů pohybovala kolem částky 40 000 Kč. Lékař ordinace A dále uvedl, že se roční náklady na správu a servis spjatý s technickou údržbou systému pohybuje v rozmezí 10–15 tis. Kč. V případě ordinace B je potom částka kalkulována intervalem 15–20 tis. Kč.

## 6.6 SWOT analýza

Jedním z dílčích cílů diplomové práce je předložení návrhu pro jednotlivé ordinace VPL, vedoucích ke stabilizaci jejich pozice v systému poskytování zdravotní péče. Jedním z nástrojů, použitých k naplnění tohoto cíle, byla SWOT analýza s vlastním scoring modelem. Společně s oběma lékaři byl zhotoven výčet deseti nejdůležitějších charakteristik interního a externího prostředí, kterému lékaři posléze udělili váhu a počet bodů. Váha v analýze značí, s jakou důležitostí lékař jednotlivé položky vnímá. Jejich součet v každé ze čtyř oblastí je roven 1 (100 %). Následně jim udělil počet bodů, který znázorňuje dopad těchto položek na jejich podnikatelskou činnost. O oblasti silných stránek a příležitostí je použita stupnice 1–5 v kladných celých číslech. Slabé stránky a hrozby externího prostředí jsou také hodnoceny stupnicí 1–5, ale v číslech záporných. Vyhodnocením této analýzy byla navržena jedna z možných strategií, kterou by ordinace mohly využít pro svůj budoucí rozvoj a upevnění svého postavení v daném odvětví.

Tabulka 6.27: SWOT analýza ordinace A

SWOT analýza ordinace A		Váha	Body	Součin	Suma
S	Silná finanční pozice	0,3	3	0,9	3,75
	Vysoká kvalita poskytovaných služeb	0,15	3	0,45	
	Moderní přístrojové a softwarové vybavení	0,25	4	1	
	Vysoce kvalifikovaní zaměstnanci	0,2	5	1	
	Široký sortiment poskytovaných zdravotních služeb	0,1	4	0,4	
W	Konzervativní přístup k inovacím a adaptacím na nové trendy odvětví	0,35	-4	-1,4	-3,2
	Absence ekonomického myšlení	0,3	-4	-1,2	
	Neaktivní snaha o růst společnosti	0,15	-2	-0,3	
	Ordinace se nachází v obytném domě	0,1	-1	-0,1	
	Izolovanost ordinace	0,1	-2	-0,2	
O	Zapojení do programu rezidenčních míst	0,2	2	0,4	3,2
	Akvizice nového vybavení	0,1	1	0,1	
	Digitalizace	0,2	4	0,8	
	Navázání spolupráce s dalším lékařem	0,3	3	0,9	
	Restrukturalizace systému úhrad zdravotní péče	0,2	5	1	
T	Odchod zdravotní sestry do důchodu	0,35	-4	-1,4	-3,5
	Legislativní změny	0,25	-2	-0,5	
	Vyšší regulace ze stran zdravotních pojišťoven	0,1	-3	-0,3	
	Nedostatek finančních prostředků ve fondech zdravotních pojišťoven	0,2	-5	-1	
	Fyzické a psychické vyčerpání VPL	0,1	-3	-0,3	

Pokud bereme v potaz váhu jednotlivých položek společně s jejich dopadem na podnikání, je nejsilnější stránkou ordinace A nejen silná finanční pozice, ale i vysoká kvalita poskytovaných služeb. Naopak dominujícími slabými stránkami jsou v případě tohoto ZZ konzervativní přístup k inovacím a absence ekonomického myšlení, které by potenciálně mohlo vést k dalšímu rozvoji společnosti.

Jako největší příležitost vnímá lékař ordinace A restrukturalizaci úhrad zdravotní péče. Tím je konkrétně myšleno uzavření nové smlouvy s pojišťovnami a přechod na čistě výkonový systém hrazení zdravotních služeb, který by mohl být pro podnikatele lukrativnější.

Největší hrozbou ordinace A je odchod zdravotní sestry do starobního důchodu. Jako hrozbu externího prostředí to tímto způsobem vnímá lékař A z důvodu nedostatku zdravotních sester na trhu práce. Další obavou lékaře A je nedostatek finančních prostředků ve fondech zdravotních pojišťoven z důvodu nadměrných výdajů na boj s pandemií COVID-19. To by v budoucnu mohlo způsobit snížení úhrad zdravotní péče a jeho ziskovost by byla ohrožena.

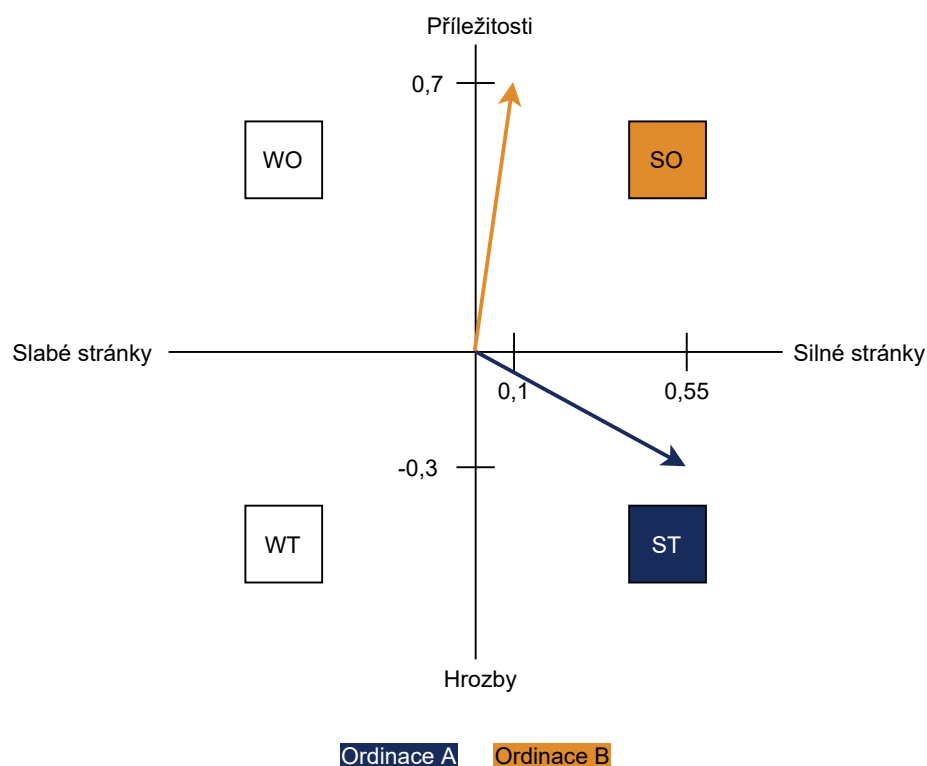
Tabulka 6.28: SWOT analýza ordinace B

SWOT analýza ordinace B		Váha	Body	Součin	Suma
S	Silná finanční pozice	0,2	3	0,6	3,55
	Vysoká kvalita poskytovaných služeb	0,25	3	0,75	
	Vhodné umístění ordinace v rámci polikliniky, bezbariérový přístup	0,4	5	2	
	Možnost jezdit za pacienty vlastním vozem	0,05	2	0,1	
	Nulová dlouhodobá zadluženost	0,1	1	0,1	
W	Nedostatečné zajištění kontinuity péče v případě nepřítomnosti VPL	0,35	-4	-1,4	-3,45
	Nevyhovující prostory čekárny polikliniky	0,2	-2	-0,4	
	Konzervativní přístup k inovacím a adaptacím na nové trendy odvětví	0,05	-3	-0,15	
	Absence vybraného technického vybavení	0,1	-3	-0,3	
	Absence ekonomického myšlení	0,3	-4	-1,2	
O	Zapojení do programu rezidenčních míst	0,05	2	0,1	4,35
	Akvize nového vybavení	0,1	3	0,3	
	Navýšení podílu vstupních lékařských prohlídek	0,3	4	1,2	
	Navázání spolupráce s novým administrativním zaměstnancem	0,35	5	1,75	
	Restrukturalizace systému úhrad zdravotní péče	0,2	5	1	
T	Vyšší regulace ze stran zdravotních pojišťoven	0,3	-3	-0,9	-3,65
	Nedostatek finančních prostředků ve fondech zdravotních pojišťoven	0,35	-5	-1,75	
	Ukončení pracovněprávního vztahu se zdravotní sestrou	0,1	-4	-0,4	
	Legislativní změny	0,15	-2	-0,3	
	Nepříznivý demografický vývoj	0,1	-3	-0,3	

Svou největší silnou stránku vnímá ordinace B taktéž ve vysoké kvalitě poskytovaných služeb a silné finanční pozici. Dále z analýzy vzešlo, že bezbariérový přístup v rámci polikliniky je pro podnikání velice výhodný z hlediska dostupnosti pro osoby staršího věku. Oproti ordinaci A je zde převládající slabou stránkou nedostatečné zajištění zástupu v době nepřítomnosti lékaře, což může významným způsobem narušit kontinuitu poskytované péče. Absence ekonomického smýšlení je vnímána totožně jako v případě ordinace A.

Příležitosti, které ordinace B pozoruje, jsou například navázání spolupráce s dalším administrativním pracovníkem, který by mohl pomoci se lékaři zaměřit na odbavení více pacientů ve stejném časovém horizontu než doposud. Druhou největší příležitostí, jak zvýšit obrát společnosti, je výkon většího počtu vstupních lékařských prohlídek, které již v současné době ordinace provádí. Restrukturalizace systému úhrad zdravotní péče je taktéž pro toto ZZ zajímavou příležitostí. Tuto příležitost však číselně převažuje hrozba snížení úhrad poskytované péče důsledkem pandemie COVID-19. Vyšší regulace ze stran pojišťoven a ukončení pracovněprávního vztahu se zdravotní sestrou vnímá jako ohrožení podnikání stejně jako ordinace A.

Sečtením výsledných hodnot externího a interního prostředí SWOT analýz byly zjištěny výsledné pozice, ve kterých se obě firmy nachází. Jejich grafické znázornění je uvedeno v obrázku 6.1. Pro každý kvadrant grafu existuje doporučená strategie, kterou by firmy měly využít k rozvoji svého podnikání.



Obrázek 6.1: Pozice SWOT analýzy

Ordinance A se nachází ve čtvrtém kvadrantu, který je charakterizován zkratkou „ST“. Z obrázku je patrné, že silné stránky ordinace dosahují vyšších hodnot než stránky slabé. Hrozby jsou však větších rozměrů než skýtané příležitosti. Podnikům, nacházejícím se v oblasti tohoto kvadrantu, jinak také označovaném názvem „maxi-mini“, je obecně doporučována strategie, kdy by firma měla využít svých silných stránek k eliminaci potenciálních hrozeb.

## Doporučení ordinace A

V případě ordinace A bylo k minimalizaci případných hrozeb navrženo následující:

- S dostatečným předstihem vyhlásit výběrové řízení pro obsazení pozice zdravotní sestry, aby se eliminovaly budoucí provozní ztráty. Zvážit navýšení finančního ohodnocení této pracovní pozice, aby se zvýšila atraktivita práce a došlo ke snížení případné fluktuace zaměstnanců.
- Zachovat současný systém financování hrazených služeb. Vzhledem k současné situaci považují za vysoce riskantní přechod na pouze výkonovou složku úhrad, vzhledem k tomu, že světová pandemie COVID-19 částečně omezuje výkonové kompetence VPL. Kapitální složka úhrad je pro praktické lékaře jistotou příjmů, a to i v případě, pokud by došlo k jejímu snížení.
- Navázat spolupráci s dalším lékařem, a to alespoň na částečný úvazek. Při pokrytí alespoň 1/5 pracovní doby předpokládám, že dojde k psychickému i fyzickému ozdravení lékaře, který tak bude mít více času na administrativní úkony, či osobní život. Předpokládám, že tato skutečnost se pozitivně projeví v kvalitě poskytovaných služeb, výši jejich úhrad i osobním zdraví lékaře.
- Využít potenciál již vysoce kvalifikovaného personálu k prostudování zákonitostí úhradového mechanismu a následně znalosti aplikovat v praxi. Předpokládaný efekt se projeví ve zvýšení celkových tržeb, pokud dojde k efektivnímu snížení regulovaných výkonů, které pojišťovna odmítá hradit.
- Využít finanční prostředky k přizpůsobení se novým trendům v odvětví a aktivně řídit změny v podniku. Těmito úkony dojde ke snížení hrozby sankcí či pozastavení podnikání, plynoucích z potenciálních legislativních změn.

Ordinace B se nachází v kvadrantu prvním. Ten je charakterizován zkratkou „SO“. Z obrázku 6.1 vyplývá, že silné stránky taktéž převyšují stránky slabé, ale v případě tohoto ZZ jsou hrozby podnikání menší než příležitosti odvětví. Firmám, nacházejícím se v této pozici, je obecně doporučována **ofenzivní strategie**. V tomto případě by měla firma využívat svých silných stránek k realizaci příležitostí.

## Doporučení ordinace B

V případě ordinace B bylo k využití skýtajících se příležitostí navrženo následující:

- Aktivně oslovit nové firmy a navýšit tak četnost vykonaných vstupních lékařských prohlídek.
- Rozšířit portfolio poskytovaných služeb o další položky; například o rehabilitační služby či tejpování, které hradí sami pacienti z vlastních příjmů.

- Zvážit akvizici nového přístrojového vybavení, například POCT analyzátor, jehož využíváním by došlo k navýšení úhrad od pojišťoven.
- V době, kdy se zdravotní systém ČR zotaví z dopadů pandemie COVID-19, zvážit transformaci úhradového mechanismu z kapitačně-výkonového na výkonový, který by mohl být pro ZZ lukrativnější cestou podnikání.
- S předchozím bodem se částečně pojí i navázání spolupráce s novým administrativním pracovníkem, který by se zasloužil o zvládnutí složité administrativy odvětví. Lékař by poté měl více času věnovat se hlavní činnosti svého oboru.
- Zapojit se do programu rezidenčních míst, ze kterého ZZ plyne jistá výše finanční odměny. Noví medici by mohli v budoucnu s lékařem dále spolupracovat a vyřešit tak problém se zástupem v jeho nepřítomnosti.
- Zapojit se do programu kvality péče VZP – AKORD. S pomocným administrativním pracovníkem, který by se mimo jiné staral i o vykazování péče v rámci tohoto programu, by došlo k potencionálnímu navýšení tržeb ve výši 0–100 tisíc Kč ročně.

### **Doporučení pro obě ordinace**

Z výsledků provedených analýz vyplývají následující příležitosti podnikání v tomto oboru činnosti:

- Vzhledem k dosavadní finanční stabilitě, nižším cenám nemovitostí a nižším úrokovým sazbám důsledkem pandemie COVID-19 zvážit investici do nemovitostí a zřídit vlastní prostory pro podnikání.
- Fúze s dalším lékařem a vznik sdružené praxe. Vybraný model by mohl být složen kupříkladu ze dvou lékařů, dvou sester, jednoho administrativního pracovníka a pomocného personálu.
- Efektivněji využívat zisk společnosti a vytvářet nové dlouhodobé investice.
- Lepší rozdělení pracovní doby a vymezení přesných časů pro odlišné výkony
  - Ošetření objednaných pacientů
  - Ošetření neobjednaných pacientů
  - Preventivní prohlídky
  - Vstupní lékařské prohlídky
  - Tejpování a rehabilitace
- Zřídit on-line objednávací systém pro pacienty
- Zvážit zapojení do programu uLékaře.cz či podobných programů
- Konzultovat s dalšími lékaři preferovanou preskripci v rámci pozitivních listů a nadále se vzdělávat v programu celoživotního vzdělávání.

## 7 Diskuse

Východiskem diplomové práce je dokument „Koncepce změn primární péče“, jež popisuje nové trendy a chtěný směr rozvoje primární péče v ČR. V rámci důkladné analýzy dvou vybraných pracovišť praktických lékařů (VPL), byly nejprve zkoumány kompetence praktických lékařů, a to jak kompetence výkonové, tak kompetence vzdělávací či preskripční.

Ve srovnání s vyššími výkonovými kompetencemi VPL západní Evropy byly v květnu 2019 po dohodě mezi pojišťovnami ČR a sdružením praktických lékařů ČR některé výkony přidány na seznam těch, které může český praktický lékař vykazovat pojišťovně k úhradě. Současný systém je však velice rigidní a praktičtí lékaři, kteří se často brání novým trendům, jsou zahlceni administrativou a často sami tápou v úhradovém systému, nemají na zavádění nových trendů kapacitu. Obě analyzované ordinace mají již od svého založení nasmlouvaný specifický počet výkonů, které vykazují a ze smlouvy s pojišťovnami není patrné, že by se za necelých deset let jejich existence tento seznam jakkoliv aktualizoval. Principiálním problémem tohoto oboru je nedostatek motivace, a to především motivace praktických lékařů další výkony realizovat a motivace mladých mediků stát se praktickým lékařem.

Zásadním nedostatkem je motivace finanční. V současné době neexistuje žádný systém, který by odměňoval aktivní a iniciativní lékaře, a naopak postihoval ty, kteří se změnám brání a zamezují tak přiblížení se západním zemím, kde jsou praktičtí lékaři považováni za jedny z nejdůležitějších, a kde tvoří pevnou základnu celého zdravotního systému. Značný dopad na motivovanost českých praktiků má i negativní mínění ambulantních specialistů, resp. celé společnosti, o jejich působení. Praktičtí lékaři jsou mnohdy vnímáni jako pouzí „kurýři“, kteří odesílají své pacienty k dalším lékařům, aby se jim dostalo potřebné péče. Tato skutečnost je umocňována zmíněnými restrikcemi ve výkonových kompetencích, ale především také finančním ohodnocením za výkony, které dosahují u ambulantních specialistů vyšších částek, a to leckdy za stejný provedený zdravotní výkon. Namotivování mladých mediků pro výkon povolání praktického lékaře je stěžejní pro udržitelnost současného zdravotního systému. Pro vybrané studenty nebude nikdy práce VPL či ambulantního specialisty tak zajímavá, jako práce v nemocnicích na úzce specializovaných pracovištích. Je ale nutné zajistit vhodné podmínky pro studenty, kteří se rozhodují mezi působením v primárním nebo sekundárním sektoru zdravotnictví. Zde je žádoucí mimo činnost zdravotních pojišťoven i aktivita krajů, obcí a dalších územně samosprávních celků. Pro zvýšení popularity oboru praktického lékařství je nutné zajistit také příhodné ekonomické, sociální, kulturní a politicko-právní zázemí pro mediky nejen ve městech, ale především na venkově.

Výše zmíněné popisuje rovněž MUDr. Martin Dušek, předseda středočeské organizace Sdružení praktických lékařů ČR: „*Současné omezení kompetencí praktických lékařů je z pohledu celosvětového přístupu k primární péči neudržitelné. Časté argumenty o odborné zdatnosti jsou pouze zástěrkou pro ochranu partikulárních zájmů určitých skupin. Pohled na kompetence by měl být zcela opačný, tj. stanovit minimální požadavky na spektrum výkonů, lékaře, kteří to nesplňují, postupně vytlačit ze sítě a novým bez daného vybavení smlouvy nedávat. Omezení předpisu léků a provádění výkonů poškozuje pacienty, a to zejména na venkově a v menších městech. Není obhajitelné, aby lékař, který dvacet let provádí určité úkony v nemocnici, má atestaci např. z diabetologie, a nakonec se z nějakého důvodu rozhodne pro práci praktického lékaře a uzavře smlouvu s pojišťovnou jako praktický lékař, nemohl léčit diabetiky. Omezení kompetencí, tj. rozsahu poskytované péče, by nemělo vůbec existovat, a pokud daný lékař má erudici, tak nechť to dělá. Dalším hlediskem jsou finance, protože současné nastavení moc nemotivuje lékaře provádět něco navíc, např. za stejný léčebný úkon dostane zlomek platby oproti lékaři-specialistovi (např. sutura rány apod.). Je nepochybně v zájmu celé společnosti, aby lékaři primární péče byli motivováni poskytovat co nejširší spektrum péče, protože to zlevňuje celý systém. A je velmi pokrytecké se tvářit, že to u nás je jinak, ačkoli ve světě na toto přišli již dávno!*“ [20]

Obě ordinace analyzované v této diplomové práci fungují na principu osvědčeného kapitálně-výkonového systému úhrad, kde je největší část příjmů tvořena právě kapitální složkou. Ta se na výši celkových tržeb ordinace A podílí průměrně z 69 % (1 539 tis. Kč), v případě ordinace B dokonce z 83 % (700 tis. Kč). Úhrada za výkony ordinace B dosahuje necelé pětiny celkových tržeb a je pochopitelné, že z ekonomického hlediska nedává poskytovateli zdravotní péče smysl výkony restrukturalizovat, pokud mu přinesou ve srovnání s přínosy spíše administrativní nebo časovou zátěž, či indukují náklady z nově pořízeného vybavení, jehož ekonomická návratnost není v blízké době zaručena. Většina zdravotních služeb, poskytovaných oběma ordinacemi, je však již zahrnuta v rámci kapitace. Kvůli nespokojenosti s úhradovým systémem ordinace B aktivně zvažuje realizaci služeb mimo kapitálně-výkonový systém, což by mělo vést ke zvýšení její obrátivosti. Jedná se především o tejpování a další rehabilitační služby, jež by pacienti platili ze svých zdrojů. Zajímavým podnětem pro další práce se jeví analýza úhradového mechanismu jako takového. Nově vznikajícím trendem mezi praktickými lékaři je přechod na čistě výkonový systém úhrad, který se za současných legislativních podmínek zdá být pro praktické lékaře mnohem lukrativnější. Jeho nevýhodou je však vysoké riziko spjaté s legislativními změnami a provozními výpadky, například důsledkem současně probíhající pandemie COVID-19 a restrikcemi v oblasti poskytování služeb, a to i těch zdravotních.



Dalším podstatným zjištěním v rámci analýzy výnosů bylo čerpání úhrad za pozitivní preskripci. V této oblasti zaujímá vedoucí postavení ordinace A, která ročně od VZP obdrží bonusy v rozmezí 85–105 tis. Kč ročně. Oproti tomu ordinace B čerpá bonus ve výši roční úhrady pouhých 34–41 tis. Kč. Oba lékaři v polostrukturovaném rozhovoru uvedli, že při předpisu léčiv upřednostňují medikaci, která je spolehlivá a o které jsou přesvědčeni, že pacienta nejpravděpodobněji uzdraví či stabilizuje. Bonifikace, které jim z pozitivní preskripce plynou, nejsou ani pro jedno ZZ významně motivující. Zajímavou skutečností jsou však výstupy tabulky 6.20, ze které vyplývá, že oba lékaři jsou přesvědčeni o (ne)účinnosti uvedených léčiv odlišným způsobem. Zcela rozdílný postoj byl zaznamenán celkem u čtyř uvedených léčiv, jejichž preskripce je v případě obou ordinací reciproká. Jedním z doporučení pro praktikující lékaře je sledování klinických studií a vzájemná výměna informací mezi sebou, čímž může dojít k navýšení platby z těchto bonifikačních programů.

V rámci následující analýzy prevence bylo zjištěno, že ani jedna z ordinací nemá nárok na navýšení kapitační platby o 0,50 Kč za jednoho pojištěnce, a to z důvodu nenaplnění požadavků zdravotních pojišťoven. Aby poskytovatelé primární péče dosáhly na výše zmíněnou bonifikaci, musely by vykázat preventivní prohlídku alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců ve věkovém rozmezí 40–80 let. V případě ordinace A bylo shledáno, že procentuální podíl provedených preventivních prohlídek nemá konzistentně rostoucí či klesající trend, avšak každoročně kolísá mírně pod požadovanou hodnotou 30 %. Dalo by se proto hovořit o neexistenci jakékoliv strategie pro naplnění požadavků zdravotních pojišťoven, týkajících se těchto výkonů. Ordinace B vykazuje podíl vykonaných preventivních prohlídek ještě nižší, a to konkrétně u 10–12 % pojištěnců z výše zmíněné věkové kategorie. Na místě je však diskutovat, čím je tento významný rozdíl způsoben a proč praktičtí lékaři aktivně nezmíní své pacienty k těmto výkonům. Ordinace B se již od svého založení nachází v místní poliklinice a směřuje svou péči především k osobám staršího věku. Lékař B zmínil, že vzhledem k časté polymorbiditě registrovaných pojištěnců vnímá jako nemravné své pacienty zvat na všeobecné preventivní prohlídky, pokud ví, že pravidelně dochází na žádoucí vyšetření k ambulantním specialistům, ke kterým je sám odesílá. Díky své lokalitě a velmi dobrým vztahům s kolegy v poliklinice je na pracovišti zajištěna skvělá komunikace a praktický lékař s čistým svědomím ví, že péči nezanedbává a o svých pacientech má přehled.

Dále bych zmínil další morální stránku vykazování preventivních výkonů, která se zapříčiňuje o zkreslení získaných výsledků. V běžné praxi je z důvodu finančního obohacení některých lékařů vykazováno větší množství prevencí, než je v ordinacích VPL nezbytně nutné. Některá pracoviště vnímají navýšení kapitační platby o 50 haléřů jako značně motivující finanční faktor. Z tohoto důvodu potom vykazují i běžné vyšetření pro získání řidičských či zbrojních průkazů jako preventivní výkony, v rámci kterých je ale prevence vykonána pouze částečně. Lékaři B však silné morální přesvědčení toto konání znemožňuje a výsledné hodnoty se tak mohou jevit podprůměrně v rámci

analyzovaného odvětví. Poslední limitací pro důkladnější analýzu prevence byla dostupnost potřebných výkazů ordinace B, v jejímž případě nebylo možné v interním systému lékaře dohledat potřebné podklady k rozboru let 2016 a 2020.

V oblasti celkových nákladů lze konstatovat, že ordinace B vykazuje oproti ordinaci A nižší náklady, a to konkrétně v průměru o 703 tis. Kč ročně. Důvodem je nižší spektrum poskytovaných služeb, oblast ostatních provozních nákladů, a především náklady mzdové. Drobným nedostatkem provedené analýzy je vysoká agregovanost účetních výkazů ordinace B, ze kterých nebylo možné detailně vydedukovat dílčí složení jednotlivých nákladových položek, jako jsou například nájemné ordinace, soukromé pojištění či náklady na servis a údržbu informačního systému.

Nestandardní oblastí jsou bezesporu osobní náklady, které na první pohled neodpovídají reálnému finančnímu ohodnocení zdravotnických pracovníků. Pokud bychom hovořili o veřejném sektoru, plat lékařů obou ordinací, vypočtený na základě odpovídajících platových tabulek, by se pohyboval v rozmezí 45–55 tis. Kč. Vzhledem ke skutečnosti, že jsou praktičtí lékaři obou ordinací zároveň majiteli firmy, je pochopitelné, že si lékaři každý měsíc nárokují zisk, který jim z podnikání plyne. Výše nízkého finančního ohodnocení je tedy odůvodnitelná. Ordinace B má kromě samotného lékaře jediného dalšího stálého zaměstnance, kterým je zdravotní sestra. Mezi oběma stranami je uzavřen hlavní pracovní poměr na dobu neurčitou s příslušným finančním ohodnocením zdravotní sestry částkou 27 tis. Kč hrubé mzdy. V případě lékaře je ale situace jiná, neboť se dle nařízení vlády o minimální mzdě a o nejvyšších úrovních zaručené mzdy (567/2006 Sb.) nachází v sedmém mzdovém tarifu. Ze zmíněné legislativy vyplývá, že pobíraná minimální mzda 15 200 Kč nemůže být uplatněna a výše finanční odměny vzhledem ke složitosti, namáhavosti a odpovědnosti povolání lékaře je stanovena mzdou zaručenou, která v tomto konkrétním případě dosahuje výše 27 500 Kč. V roce 2016 činila zaručená mzda lékaře 16 800 Kč a do konce sledovaného období, roku 2020, vzrostla o 10 700 Kč. V případě korekce hrubé mzdy lékaře na zmíněnou částku 27 500 Kč je však nutné zároveň uvažovat i navýšení odvodů zdravotního a sociálního pojištění, což má přímý dopad na ziskovost ordinace. Roční navýšení, by znamenalo vzrůst osobních nákladů o 49 884 Kč a zároveň snížení zisku před zdaněním na konečnou hodnotu 632 tis. Kč v roce 2020.

Ordinace A oproti tomu zjevně volí jinou strategii, kterou je aktivní snaha o snižování osobních nákladů. Tato skutečnost je patrná v tabulce 6.24, kde je zmíněná strategie evidentní. Největším rozdílem je uzavření dvou pracovněprávních vztahů v rámci stejné pracovní pozice, a to jak samotné lékařky, tak zdravotní sestry. Nabízí se však otázka, do jaké míry je toto konání v souladu se zákoníkem práce. Obecně platí, že zákoník práce souběh dvou pracovních smluv jednoho zaměstnance u téhož zaměstnavatele nevyklučuje. Musí být ale dodržena jasná pravidla, a to především distinkce pracovní náplně. Je to z toho důvodu, aby nedocházelo k obcházení uzákonění v oblasti dodržování pracovní doby, práce přesčas či během doby odpočinku.

Práce zdravotní sestry je téměř vždy přímo závislá na přítomnosti lékaře na pracovišti, proto je zjevné, že za plného pracovního úvazku nezbyvá čas pro zdravotní sestru potřebné hodiny odpracovat a tím pádem za vykonanou práci čerpat příslušné finanční odměny. Za současné situace, kdy má zdravotní sestra uzavřeny dvě pracovní smlouvy (HPP a DPP), je čistá mzda sestry kalkulována na 23 295 Kč a odvody zaměstnavatele výši 5 138 Kč. Hrubá mzda ze souběhu těchto smluv činí 25 200 Kč. V případě zrušení duplicity pracovních úvazků zdravotní sestry a uzavření smlouvy jediné, a to na HPP s finančním ohodnocením 25 200 Kč, klesne čistá mzda zdravotní sestry měsíčně o pouhých 1 060 Kč a odvody zaměstnavatele se zvýší o 3 380 Kč měsíčně, tedy 40 560 Kč za rok. Je proto potřeba tyto zmíněné korekce v oblasti osobních nákladů zohlednit a dále uvažovat jejich negativní dopad na výši zisku společnosti a jejich poměrových ukazatelů.

Výsledky finanční analýzy potvrdily předpokládanou stabilitu odvětví, tedy primárního sektoru zdravotnictví. Altmanova diskriminační analýza, která souhrnně hodnotí poměrové ukazatele a finanční zdraví obou ordinací, vykazuje až značně nadprůměrné hodnoty, které převyšují kritickou hodnotu 3. Bankrot obou zdravotnických zařízení je velice nepravděpodobný, což dokazuje i konstantní růst tohoto ukazatele v průběhu téměř celého sledovaného období. Dopady pandemie COVID-19 lze obtížně diskutovat, z důvodu nedostatku potřebných dat. Z aktuálních účetních výkazů je možné však usuzovat, že současná pandemie nemá zatím na poskytování zdravotních služeb v tomto sektoru významný vliv. V případě ordinace B je vývojový trend výnosů stále rostoucí, stejně jako zisk před i po zdanění. Zisk ordinace A ale oproti roku 2019 zaznamenal pokles o 88 tis. Kč. Ordinace A inkasuje oproti ordinaci B více plateb z výkonové složky úhrad kapitačně-výkonové platby. Právě v této oblasti byla zaznamenána stagnace oproti roku předchozímu a při neměnicím se trendu růstu nákladů lze pokles zisku přisuzovat právě současné pandemii, kdy byla činnost praktických lékařů, stejně jako v ostatních podnicích poskytující služby, alespoň částečně omezena. Otázkou však zůstává, v jaké finanční situaci se budou po skončení pandemie nacházet zdravotní pojišťovny a jaký vliv bude mít tato skutečnost na hrazení zdravotních služeb nejen v primární péči.

Značným limitujícím faktorem diplomové práce byl nedostatek dostupných informací ohledně hodnot průměrné výše ukazatelů finanční analýzy zkoumaného odvětví. V případě znalosti těchto hodnot je zároveň předpokládán i jejich vysoký rozptyl od průměru odvětví, důsledkem vysoké variability vstupujících proměnných. Příslušné průměry odvětví tak nemusí být vždy relevantní k dané formě podnikání. Diplomová práce byla sepsána na základě benchmarkingu, tedy porovnávání dvou analogických ordinací, které spojuje podobná organizační struktura, portfolio poskytovaných služeb, právní forma podnikání, geografické umístění atp. Existuje však mnoho dalších podob ordinací praktických lékařů, pro něž výstupy této práce nemusí být zcela relevantní.

## 8 Závěr

Diplomová práce byla úzce soustředěna na primární sektor zdravotnictví, v rámci kterého bylo zhodnoceno současné postavení dvou vybraných ordinací praktických lékařů. Hlavním cílem diplomové práce bylo zhodnotit aktuální roli praktických lékařů v tomto odvětví pomocí finanční analýzy a tu dále podrobit externímu benchmarkingu. Plnění tohoto cíle předcházely důkladný výběr dvou analogických zdravotnických zařízení, která mají podobné personální složení, technické vybavení, geografické umístění a poskytují obdobně široké spektrum zdravotních služeb.

Hlavním zjištěním finanční analýzy byla skutečnost, že obě ordinace v podstatě nedisponují žádnými dlouhodobými aktivy a veškerý majetek společnosti je evidován ve formě aktiv oběžných. Ta bývají zpravidla kumulována na bankovních účtech podniku v podobě krátkodobých finančních prostředků, aniž by docházelo k jejich dalšímu zhodnocení. Z tohoto důvodu se také všechny tři stupně likvidity pohybují v nestandardně vysoké výši. Z analýzy pasiv vyplynulo, že žádná z ordinací není dlouhodobě zadlužena. V rámci analyzovaného odvětví lze předpokládat, že využívání dlouhodobých cizích zdrojů k financování podnikatelské činnosti není ze stran praktických lékařů příliš využíváno. Průměrná míra zadlužení ordinace A činí 11 %. V případě ordinace B dosahuje výše ukazatele celkové zadluženosti v průměru 22 %. Jedná se však pouze o závazky krátkodobé. Z analýzy poměrových ukazatelů dále vyplynulo, že ordinace B je z pohledu rentability vlastního i celkového kapitálu téměř 4x rentabilnější než ordinace A.

Jedním z dílčích cílů práce bylo též navržení úprav směřujících ke stabilizaci pozice praktického lékaře v systému poskytování zdravotní péče. Na základě výstupů provedené SWOT analýzy byly navrženy vhodné strategické postupy pro zajištění udržitelnosti současného stavu, eliminaci potenciálních hrozeb a využití skýtaných příležitostí. V rámci analýzy personálního modelu byla pozornost blíže zaměřena na rozbor osobních nákladů, kde byly shledány drobné rozdíly ve výši finančního ohodnocení a způsobu uzavření pracovněprávních vztahů se zaměstnanci ordinací, který je v rámci ordinace A z právního hlediska diskutabilní.

Analýza technického vybavení odhalila pouze drobnou rozdílnost v oblasti vlastnictví vybraného technického vybavení. Jedná se například o POCT analyzátor pro testování in vitro v místě péče o pacienta. Vzhledem ke vhodnému umístění ordinace B v poliklinice s dostupnou místní laboratoří tento přístroj není v účetních výkazech této společnosti evidován, jako je tomu v případě ordinace A. Vzhledem k pořizovacím cenám technického a věcného vybavení ordinací VPL, které většinou nepřesáhly dříve stanovenou cenovou hranici 60 000 Kč (hmotný majetek) nebo 40 000 Kč (nehmotný majetek), je pochopitelné, že ordinace VPL v účetních výkazech disponují velice malou částí stálých aktiv.

Na základě ročních výkazů od pojišťoven byl vypracován dílčí cíl spočívající v analýze úhradového mechanismu, který je založen na kapitálně-výkonových platbách. Průměrná ziskovost před zdaněním a úroky byla kalkulována částkou 210 tis. Kč (ordinace A) a 510 tis. Kč (ordinace B), přičemž výkonová složka úhrad se na celkovém obratu ordinací podílí z pouhých 17 % (ordinace B) a 31 % (ordinace A). Práce došla k závěrečnému zjištění, že za celou dobu existence obou ordinací nebyl seznam nasmlouvaných výkonů jakkoliv modifikován a navyšování výkonových či preskripčních kompetencí VPL z roku 2018 nebylo ze stran lékařů téměř zaregistrováno.

## Seznam použité literatury

- [1] ČELEDVÁ, Libuše a Jan HOLČÍK. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví* [online]. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2017 [vid. 2020-04-29]. ISBN 978-80-246-3819-5. Dostupné z: <https://play.google.com/books/reader?id=olRQDwAAQBAJ&pg=GBS.PA141>
- [2] MZČR. *Koncepce změn primární péče v ČR*. 2018.
- [3] Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. In: . B.m.: World health organization, 1978, s. 3.
- [4] GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. B.m.: BizBooks, 2003. ISBN 978-80-7226-996-9.
- [5] ČELEDVÁ, Libuše. *Primární péče - postavení a úloha v systému zdravotní péče: současný stav a vývojové trendy* [online]. 1998. Dostupné z: <http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=59>
- [6] KOŠTA, Oto. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. 1. vyd. Praha 7: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-7835-8.
- [7] BJÖRNBERG, Arne a Ann Yung PHANG. *Euro Health Consumer Index 2018 Report* [online]. 2018. ISBN 978-91-980687-5-7. Dostupné z: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>
- [8] OECD. *State of Health in the EU Česko Zdravotní profil země 2019* [online]. 2019. Dostupné z: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019\\_chp\\_cs\\_czech.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_cs_czech.pdf)
- [9] ČSÚ. *Pohyb obyvatelstva - vybrané území* [online]. 2020 [vid. 2020-06-10]. Dostupné z: [https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/index.jspx?\\_af=vystup-objekt&pvo=DEM05&z=T&f=TABULKA&skupId=546&katalog=30845&pvo=DEM05&str=v94](https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/index.jspx?_af=vystup-objekt&pvo=DEM05&z=T&f=TABULKA&skupId=546&katalog=30845&pvo=DEM05&str=v94)
- [10] ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2018* [online]. 2018. Dostupné z: doi:1210-9991
- [11] ČSÚ. *Výsledky zdravotnických účtů ČR* [online]. 2020, 63 [vid. 2020-06-21]. Dostupné z: doi:260005-20
- [12] *Promoting mental health in Europe: Why and how?* [online]. 2018. ISBN 9789264303348. Dostupné z: doi:10.1787/health\_glance\_eur-2018-4-en
- [13] SEIFERT, Bohumil. *Výuka ve všeobecném praktickém lékařství ovlivňuje všechny budoucí lékaře. Practicus* [online]. 2015, (7), 6–7. Dostupné z: doi:1213-8711
- [14] BERTHIER, Déborah. *Europe has a shortage of doctors* [online]. 2018 [vid. 2020-06-04]. Dostupné z: <https://www.europeandatajournalism.eu/eng/News/Data-news/Europe-has-a-shortage-of-doctors>
- [15] *Germany: Lack of doctors on the countryside* | [online]. 2018 [vid. 2020-06-04]. Dostupné z: <https://planet-bpm.eu/2018/09/09/doctors/>
- [16] SCHARER, Sebastian a Andreas FREITAG. *Physicians' exodus: Why medical graduates leave Austria or do not work in clinical practice* [online]. B.m.: Springer-Verlag Wien. 28. květen 2015. ISSN 16137671. Dostupné z: doi:10.1007/s00508-015-0786-7

- [17] VOJTĚCH, Adam, Zdeněk KABÁTEK, Radovan KOUŘIL, Jaroslava KUNOVÁ, Michal ČARVAŠ, Vladimír DRVOTA, Roman ŠMUCLER, Zorjan JOJKO, Vladimír DVOŘÁK a Petr ŠONKA. Úhrady na rok 2019 domluveny , pojišťovny i zdravotníci našli po 21 letech společnou řeč. *MEDICAL TRIBUNE* [online]. 2018, (13), 1–4. Dostupné z: doi:1214-8911
- [18] 268/2019 Sb. Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020 [online]. 2020 [vid. 2020-05-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-268#p1>
- [19] ŠONKA, Petr. Změna postavení praktiků je kontinuální proces. *MEDICAL TRIBUNE* [online]. 2018, (21), 1–2. Dostupné z: doi:1214-8911
- [20] DUDEK, Martin, Lukáš VELEV, Vladimír DVOŘÁK a Svatopluk BÝMA. Proč by měli praktici mít vyšší kompetence? *MEDICAL TRIBUNE* [online]. 2018, (21), 1–5. Dostupné z: doi:1214-8911
- [21] BĚLOBRÁDEK, Jan. výkony VPL. *MEDICAL TRIBUNE* [online]. 2016, (21), 3–5. Dostupné z: doi:1214-8911
- [22] HESS, Zdeněk. Organizace a kompetence praktických lékařů v Německu. *MEDICAL TRIBUNE* [online]. 2018, (8), 3–5. Dostupné z: doi:1214-8911
- [23] REED, Mark, Bianca LEHMANN a Markus HERRMANN. The Evolving State of General Practice and GP Education in Germany. *Health Care: Current Reviews* [online]. 2017, 5(3). Dostupné z: doi:2375-4273
- [24] GOETZ, Katja, Janis MAHNKOPF, Anna KORNITZKY a Jost STEINHÄUSER. Difficult medical encounters and job satisfaction - Results of a cross sectional study with general practitioners in Germany. *BMC Family Practice* [online]. 2018, 19(1), 1–8. ISSN 14712296. Dostupné z: doi:10.1186/s12875-018-0747-0
- [25] ŠIMKOVÁ, Marcela. Netreba so všetkým chodiť ku špecialistovi. Viacero úkonov by mohlo prejsť na všeobecných lekárov, hovorí odborníčka. In: [online]. 2018 [vid. 2020-06-11]. Dostupné z: [https://slovensko.hnonline.sk/1848448-netreba-so-vsetkym-chodit-ku-specialistovi-viacero-ukonov-by-mohlo-prejst-na-vseobecnych-lekarov-hovori-odbornicka?fbclid=IwAR0Gc21Hh5QsrGakedej8JcCcxnGBuSOYqWo\\_VDK3tLmQddIM\\_SoZMqI5U](https://slovensko.hnonline.sk/1848448-netreba-so-vsetkym-chodit-ku-specialistovi-viacero-ukonov-by-mohlo-prejst-na-vseobecnych-lekarov-hovori-odbornicka?fbclid=IwAR0Gc21Hh5QsrGakedej8JcCcxnGBuSOYqWo_VDK3tLmQddIM_SoZMqI5U)
- [26] PROKEŠ, Michal a Petr ŠONKA. Zprávy z XXXVIII. výroční konference Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. *Practicus* [online]. 2019, 18(10). Dostupné z: doi:1213-8711
- [27] *Conditions de prescription* [online]. [vid. 2020-06-06]. Dostupné z: <http://www.meddispar.fr/Medicaments-a-prescription-restreinte/Medicaments-a-prescription-reservee-a-certains-medecins-specialistes/Conditions-de-prescription#nav-buttons>
- [28] DREES. *Part du médicament dans les dépenses de santé en France* [online]. 2019 [vid. 2020-06-06]. Dostupné z: <https://pharmacomedicale.org/pharmacologie/enjeux-financiers-du-medicament/91-part-du-medicament-dans-les-depenses-de-sante-en-france>
- [29] *Prescription medicines (ordonnances) in France and their levels of reimbursement* [online]. 2020 [vid. 2020-06-06]. Dostupné z: <https://www.french-property.com/guides/france/public-services/health/prescription-medicines>
- [30] *Mezinárodní nechráněné jméno* [online]. 2020 [vid. 2020-06-06]. Dostupné z: [https://fr.wikipedia.org/wiki/Dénomination\\_commune\\_internationale](https://fr.wikipedia.org/wiki/Dénomination_commune_internationale)
- [31] HELBLING, Jasmine. *Man muss nicht immer zum Arzt* [online]. 2019 [vid. 2020-06-11]. Dostupné z: <https://www.beobachter.ch/gesundheit/medizin-krankheit/rezeptpflichtige-medikamente-man-muss-nicht-immer-zum-arzt>

- [32] SEIFERT, Bohumil. Kolorektální screening je v ČR opřen hlavně o praktické lékaře. *MEDICAL TRIBUNE* [online]. 2017, (20), 1–2. Dostupné z: doi:1214-8911
- [33] KYSELÝ, Z., J. ŠEVČÍKOVÁ, K. AZEEM, H. TOMÁŠKOVÁ, J. VLČKOVÁ, D. HORÁKOVÁ a H. KOLLÁROVÁ. Karcinom prostaty a sekundární prevence v ordinacích praktických lékařů. *Praktický Lekar* [online]. 2017, 97(5), 215–222. ISSN 00326739. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=bmc17033368>
- [34] KUČERA, Zdeněk, Alena ŠTEFLOVÁ, Petr STRUK, Bohumil SEIFERET a Markéta PFEIFEROVÁ. Zdravotní gramotnost a role lékařů v jejím zvyšování. *Tempus Medicorum* [online]. 2017, 14–15. Dostupné z: doi:1214-7524
- [35] ROMPELBERG, Cathy a Matthijs VAN DEN BERG. Monitoring the Dutch National Prevention Program. *EuroHealthNet Magazine* [online]. 2017, (9) [vid. 2020-06-06]. Dostupné z: <http://eurohealthnet-magazine.eu/monitoring-the-dutch-national-prevention-program/>
- [36] HAMBERG-VAN REENEN, H. H., D. VAN DALE, P. F. VAN GILS a M. VAN DEN BERG. *The Netherlands country review in the field of health promotion and primary prevention* [online]. 2014. Dostupné z: [http://www.chrodis.eu/wp-content/uploads/2014/10/JA-CHRODIS\\_The-Netherlands-country-review-in-the-field-of-health-promtion-and-primary-prevention.pdf](http://www.chrodis.eu/wp-content/uploads/2014/10/JA-CHRODIS_The-Netherlands-country-review-in-the-field-of-health-promtion-and-primary-prevention.pdf)
- [37] NZIS. *Stručný přehled činnosti oboru praktický lékař pro dospělé 2007–2017* [online]. 2018. Dostupné z: [https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis\\_rep\\_2018\\_K17\\_A040\\_prakticky\\_lekar\\_pro\\_dospela\\_2017.pdf](https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_K17_A040_prakticky_lekar_pro_dospela_2017.pdf)
- [38] KADEŘÁVKOVÁ, Lenka a Petr ŠUBRT. Model ordinace 1 lékař + 1 sestra je v Evropě neobvyklý. *Terapie* [online]. 2018, (9), 24. Dostupné z: doi:2570-8759
- [39] ČABANOVÁ, Adéla. Praktikem na zaměstnanec poměr. *MEDICAL TRIBUNE* [online]. 2018, (20), 3–5. Dostupné z: doi:1214-8911
- [40] 92/2012 Sb. *Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních...* [online]. [vid. 2020-05-16]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92#prilohy>
- [41] Praxisformen: Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft? [online]. 2020 [vid. 2020-06-10]. Dostupné z: <https://mediorbis.de/2020/02/26/praxisformen/>
- [42] JÄGER, Christoph. Datenschutz: Praxisgemeinschaft vs. Gemeinschaftspraxis. *ZWP online* [online]. 2018 [vid. 2020-06-10]. Dostupné z: <https://www.zwp-online.info/zwpnews/wirtschaft-und-recht/praxismanagement/unterschiede-im-datenschutz-zwischen-der-gemeinschaftspraxis-und-einer-praxisgemeinschaft>
- [43] *Immer weniger Einzelpraxen* [online]. 2018 [vid. 2020-06-10]. Dostupné z: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17020.php>
- [44] *APQC's Benchmarking Methodology | APQC* [online]. [vid. 2020-11-12]. Dostupné z: <https://www.apqc.org/resource-library/resource-listing/apqcs-benchmarking-methodology>
- [45] JAROSLAV, Nenadál, Vykydal DAVID a Petra HALFAROVÁ. *Benchmarking – mýty a skutečnost: model efektivního učení se a zlepšování*. B.m.: Vyd. 1. Praha: Management Press, 2011. ISBN 978-80-7261-224-6.
- [46] *Teoretická část | Databáze nejlepších praktik* [online]. [vid. 2020-11-12]. Dostupné z: <https://bestpractices.cz/seznam-praktik/vyuziti-benchmarkingu-v-male-a-stredni-firme/teoreticka-cast/>
- [47] NENADÁL, Jaroslav. *Měření v systémech managementu jakosti. 2. doplněné vydání*. B.m.: Praha : Management Press, 2004. ISBN 80-7261-110-0.



- [48] SCHOLLEOVÁ, Hana. *Ekonomické a finanční řízení pro neekonomy 3., aktualizované vydání*. B.m.: Grada Publishing, a.s., 2017. ISBN 978-80-271-0413-0.
- [49] PETRA, Ručková. *Finanční analýza - 4. rozšířené vydání*. B.m.: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-7111-3.
- [50] KNÁPKOVÁ, Adriana, Drahomíra PAVELKOVÁ, Daniel REMEŠ a Karel ŠTEKER. *Finanční analýza Komplexní průvodce s příklady 3., kompletně aktualizované vydání*. B.m.: Grada Publishing, a.s., 2017. ISBN 978-80-271-0563-2.
- [51] FOTR, Jiří, Emil VACÍK, Ivan SOUČEK, Miroslav ŠPAČEK a Stanislav HÁJEK. *Tvorba strategie a strategické plánování Teorie a praxe*. B.m.: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3985-4.
- [52] MRŠTNÁ, Aneta. *Benchmarking vybrané společnosti* [online]. B.m., 2013 [vid. 2020-11-17]. b.n. Dostupné z: [https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/53896/MrstnaA\\_BenchmarkingVybrane\\_MK\\_2013.pdf;jsessionid=28F1C849461EF06799B5B8A039ABF404?sequence=3](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/53896/MrstnaA_BenchmarkingVybrane_MK_2013.pdf;jsessionid=28F1C849461EF06799B5B8A039ABF404?sequence=3)
- [53] *Finanční páka Seminární práce do předmětu MPH\_FMAN Finanční management*. 2064.
- [54] GRASSEOVÁ, Monika. *Využití Swot Analýzy Pro Dlouhodobé Plánování* [online]. 2004, 48–55. Dostupné z: [https://www.mocr.army.cz/mo/obrana\\_a\\_strategie/2-2006cz/grasseova.pdf](https://www.mocr.army.cz/mo/obrana_a_strategie/2-2006cz/grasseova.pdf)

# Seznam obrázků, grafů, tabulek a rovnic

## Seznam obrázků

Obrázek 5.1:Fáze benchmarkingu .....	37
Obrázek 6.1: Pozice SWOT analýzy .....	100

## Seznam grafů

Graf 3.1: demografický vývoj v ČR .....	14
Graf 3.2:Přehled evropských zdravotnických výdajů vzhledem k HDP .....	16
Graf 3.3:Vývoj četnosti individuálních praxí v Německu.....	34
Graf 6.1: Počet jednicových pacientů.....	51
Graf 6.2: Vývoj výsledků hospodaření ordinace A za sledované období.....	57
Graf 6.3:Vývoj vybraných položek výsledovky ordinace A za sledované období..	59
Graf 6.4: Vývoj výsledků hospodaření ordinace B za sledované období.....	63
Graf 6.5: Vývoj vybraných položek výsledovky ordinace B za sledované období.	65
Graf 6.6: Rentabilita aktiv .....	66
Graf 6.7: Rentabilita vlastního kapitálu.....	67
Graf 6.8: Rentabilita tržeb .....	68
Graf 6.9: L3, běžná likvidita.....	69
Graf 6.10: L2, pohotová likvidita .....	70
Graf 6.11: L1, okamžitá likvidita .....	71
Graf 6.12: Doba obratu zásob.....	72
Graf 6.13: Doba splatnosti pohledávek .....	73
Graf 6.14: Doba splatnosti závazků.....	74
Graf 6.15: Zadluženost ordinace A.....	75
Graf 6.16: Zadluženost ordinace B.....	76
Graf 6.17: Index finanční páky.....	77
Graf 6.18: Altmanova diskriminační analýza.....	78
Graf 6.19: Vývoj kapitálních plateb za sledované období.....	80
Graf 6.20: Vývoj výkonových plateb za sledované období.....	82

Graf 6.21: Vývoj celkových tržeb za sledované období.....	83
Graf 6.22: Podíl kapitační a výkonové úhrady .....	83
Graf 6.23: Roční bonusy za pozitivní preskripci léčiv .....	84
Graf 6.24: Výše vypočtených regulačních omezení .....	87
Graf 6.25: Podíl preventivních prohlídek sledovaného výběru pacientů VZP .....	88
Graf 6.26: Vývoj celkových nákladů za sledované období .....	89
Graf 6.27: Osobní náklady za sledované období.....	91
Graf 6.28: Ostatní náklady za sledované období.....	92
Graf 6.29: Spotřeba materiálu za sledované období.....	93

## Seznam tabulek

Tabulka 3.1: Výše úhrady léků o různé účinnosti .....	27
Tabulka 5.1: Vybrané ukazatele finanční analýzy a doporučení.....	46
Tabulka 5.2: Interpretace výsledné hodnoty Altmanova indexu .....	47
Tabulka 6.1: Přehled základních náležitostí úhradové vyhlášky 2016–2020.....	50
Tabulka 6.2: Průměrný počet fyzických pojištěnců .....	50
Tabulka 6.3: Průměrný počet jednicových pojištěnců.....	51
Tabulka 6.4: Horizontální analýza rozvahy ordinace A .....	53
Tabulka 6.5: Vertikální analýza rozvahy ordinace A .....	54
Tabulka 6.6: Horizontální analýza VZZ ordinace A .....	56
Tabulka 6.7: Vertikální analýza VZZ ordinace A .....	58
Tabulka 6.8: Horizontální analýza rozvahy ordinace B .....	60
Tabulka 6.9: Vertikální analýza rozvahy ordinace B .....	61
Tabulka 6.10: Horizontální analýza VZZ ordinace B .....	62
Tabulka 6.11: Vertikální analýza VZZ ordinace B .....	64
Tabulka 6.12: Vybrané ukazatele rentability.....	66
Tabulka 6.13: Vybrané ukazatele likvidity.....	69
Tabulka 6.14: Vybrané ukazatele aktivity .....	71
Tabulka 6.15: Vybrané ukazatele zadluženosti .....	75
Tabulka 6.16: Vybraný ukazatel bankrotního modelu .....	78

Tabulka 6.17: Výše kapitačních plateb za sledované období .....	80
Tabulka 6.18: Výše výkonových plateb za sledované období.....	81
Tabulka 6.19: Výše celkových tržeb za sledované období.....	82
Tabulka 6.20: Přehled úhrad z pozitivních listů VZP.....	85
Tabulka 6.21: AKORD – Program kvality péče VZP .....	86
Tabulka 6.22: Nákladové účty ordinace A (tis. Kč) .....	90
Tabulka 6.23: Nákladové účty ordinace B (tis. Kč) .....	90
Tabulka 6.24: Personální zabezpečení roku 2021 .....	94
Tabulka 6.25: Systém zaměstnaneckých benefitů roku 2021 .....	95
Tabulka 6.26: Technické a věcné vybavení.....	96
Tabulka 6.27: SWOT analýza ordinace A.....	98
Tabulka 6.28: SWOT analýza ordinace B.....	99

## Seznam rovnic

ROA (5.1) .....	41
ROE (5.2).....	41
ROS (5.3).....	41
Běžná likvidita (5.4) .....	42
Pohotová likvidita (5.5) .....	42
Okamžitá likvidita (5.6).....	42
Doba obratu zásob (5.7).....	43
Doba splatnosti pohledávek (5.8) .....	43
Doba splatnosti závazků (5.9).....	44
Celková zadluženost (5.10) .....	44
Ukazatel vlastnického rizika (5.11) .....	44
Ukazatel celkového rizika (5.12).....	44
Ukazatel úrokového krytí (5.13).....	45
Finanční páka (5.14) .....	45
Index finanční páky (5.15).....	45
Altmanova analýza (5.16).....	47

## Příloha A: Rozvaha ordinace A

Rozvaha k 31.12. (v tisících Kč)	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Aktiva celkem</b>	<b>730</b>	<b>1 047</b>	<b>1 245</b>	<b>1 513</b>	<b>1 716</b>
<b>Dlouhodobý majetek</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>43</b>	<b>32</b>
Hmotný	6	0	0	43	32
Nehmotný	0	0	0	0	0
Finanční	0	0	0	0	0
<b>Oběžná aktiva</b>	<b>683</b>	<b>1 030</b>	<b>1 228</b>	<b>1 453</b>	<b>1 665</b>
Zásoby	18	10	10	7	25
Dlouhodobé pohledávky	0	0	0	0	0
Krátkodobé pohledávky	262	172	177	191	263
Krátkodobý finanční majetek	403	848	1041	1255	1377
<b>Časové rozlišení aktiv</b>	<b>41</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>19</b>
<b>Pasiva celkem</b>	<b>730</b>	<b>1 047</b>	<b>1 245</b>	<b>1 513</b>	<b>1 716</b>
<b>Vlastní kapitál</b>	<b>659</b>	<b>881</b>	<b>1 115</b>	<b>1 357</b>	<b>1 550</b>
Základní kapitál a kapitálové fondy	200	200	200	200	200
Fondy ze zisku a převedené VH minulých let	394	459	680	915	1156
VH běžného účetního období	65	222	235	242	194
<b>Cizí zdroje</b>	<b>71</b>	<b>166</b>	<b>128</b>	<b>154</b>	<b>134</b>
Rezervy	0	0	0	0	0
Dlouhodobé závazky	0	0	0	0	0
Krátkodobé závazky	71	166	128	154	134
Dlouhodobé bankovní úvěry	0	0	0	0	0
Krátkodobé bankovní úvěry	0	0	0	0	0
<b>Časové rozlišení pasiv</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>32</b>

## Příloha B: Výkaz zisku a ztráty ordinace A

Výkaz zisku a ztráty k 31.12. (v tisících Kč)	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Výnosy</b>	<b>2 128</b>	<b>2 275</b>	<b>2 349</b>	<b>2 587</b>	<b>2 792</b>
Tržby z prodeje výrobků a služeb	2 128	2 275	2 349	2 587	2 792
<b>Náklady</b>	<b>2 058</b>	<b>2 014</b>	<b>2 076</b>	<b>2 301</b>	<b>2 593</b>
<b>Výkonová spotřeba</b>	<b>886</b>	<b>895</b>	<b>892</b>	<b>1 035</b>	<b>1 153</b>
Spotřeba materiálu a energie	285	307	271	357	486
Služby	601	588	621	678	667
<b>Osobní náklady</b>	<b>1 145</b>	<b>1 098</b>	<b>1 169</b>	<b>1 235</b>	<b>1 420</b>
<b>Mzdové náklady</b>	<b>881</b>	<b>856</b>	<b>944</b>	<b>994</b>	<b>1 061</b>
<b>Náklady na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění</b>	<b>264</b>	<b>242</b>	<b>225</b>	<b>241</b>	<b>359</b>
Náklady na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění	214	206	200	199	209
Ostatní náklady	50	36	25	42	150
<b>Úpravy hodnot v provozní oblasti</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>11</b>
<b>Ostatní provozní náklady</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>26</b>	<b>9</b>
Daně a poplatky	6	6	6	7	8
Jiné provozní náklady	7	9	9	19	1
<b>Provozní výsledek hospodaření (+/-)</b>	<b>70</b>	<b>261</b>	<b>273</b>	<b>286</b>	<b>199</b>
Ostatní finanční náklady	5	5	4	4	5
<b>Finanční výsledek hospodaření (+/-)</b>	<b>-5</b>	<b>-5</b>	<b>-4</b>	<b>-4</b>	<b>-5</b>
<b>Výsledek hospodaření před zdaněním (+/-)</b>	<b>65</b>	<b>256</b>	<b>269</b>	<b>282</b>	<b>194</b>
Daň z příjmů	1	34	35	40	0
<b>Výsledek hospodaření po zdanění (+/-)</b>	<b>64</b>	<b>222</b>	<b>234</b>	<b>242</b>	<b>194</b>
<b>Výsledek hospodaření za účetní období (+/-)</b>	<b>64</b>	<b>222</b>	<b>234</b>	<b>242</b>	<b>194</b>

## Příloha C: Rozvaha ordinace B

Rozvaha k 31.12. (v tisících Kč)	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Aktiva celkem</b>	<b>774</b>	<b>730</b>	<b>720</b>	<b>812</b>	<b>915</b>
<b>Dlouhodobý majetek</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Hmotný	0	0	0	0	0
Nehmotný	0	0	0	0	0
Finanční	0	0	0	0	0
<b>Oběžná aktiva</b>	<b>744</b>	<b>719</b>	<b>709</b>	<b>801</b>	<b>904</b>
Zásoby	0	0	0	0	0
Dlouhodobé pohledávky	0	0	0	0	0
Krátkodobé pohledávky	205	150	145	164	180
Krátkodobý finanční majetek	539	569	564	637	724
<b>Časové rozlišení aktiv</b>	<b>30</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>
<b>Pasiva celkem</b>	<b>774</b>	<b>730</b>	<b>720</b>	<b>812</b>	<b>915</b>
<b>Vlastní kapitál</b>	<b>559</b>	<b>561</b>	<b>553</b>	<b>662</b>	<b>764</b>
Základní kapitál a kapitálové fondy	200	200	200	200	200
Fondy ze zisku a převedené VH minulých let	20	20	20	20	20
VH běžného účetního období	339	341	333	442	544
<b>Cizí zdroje</b>	<b>215</b>	<b>169</b>	<b>167</b>	<b>150</b>	<b>151</b>
Rezervy	0	0	0	0	0
Dlouhodobé závazky	0	0	0	0	0
Krátkodobé závazky	215	169	167	150	151
Dlouhodobé bankovní úvěry	0	0	0	0	0
Krátkodobé bankovní úvěry	0	0	0	0	0
<b>Časové rozlišení pasiv</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## Příloha D: Výkaz zisku a ztráty ordinace B

Výkaz zisku a ztráty k 31.12 (v tisících Kč)	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Výnosy</b>	<b>1 752</b>	<b>1 822</b>	<b>1 942</b>	<b>2 173</b>	<b>2 347</b>
<b>Tržby z prodeje výrobků a služeb</b>	<b>1 752</b>	<b>1 822</b>	<b>1 942</b>	<b>2 173</b>	<b>2 347</b>
<b>Náklady</b>	<b>1 328</b>	<b>1 395</b>	<b>1 518</b>	<b>1 619</b>	<b>1 665</b>
<b>Výkonová spotřeba</b>	<b>319</b>	<b>375</b>	<b>369</b>	<b>390</b>	<b>450</b>
Spotřeba materiálu a energie	101	159	153	156	207
Služby	218	216	216	234	243
<b>Osobní náklady</b>	<b>970</b>	<b>973</b>	<b>1 102</b>	<b>1 184</b>	<b>1 182</b>
<b>Mzdové náklady</b>	<b>695</b>	<b>742</b>	<b>829</b>	<b>871</b>	<b>863</b>
<b>Náklady na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění</b>	<b>275</b>	<b>231</b>	<b>273</b>	<b>313</b>	<b>319</b>
Náklady na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění	197	213	222	234	232
Ostatní náklady	78	18	51	80	87
<b>Úpravy hodnot v provozní oblasti</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Ostatní provozní náklady</b>	<b>39</b>	<b>47</b>	<b>47</b>	<b>45</b>	<b>33</b>
Daně a poplatky	9	8	11	11	11
Jiné provozní náklady	30	39	36	34	22
<b>Provozní výsledek hospodaření (+/-)</b>	<b>426</b>	<b>428</b>	<b>425</b>	<b>552</b>	<b>682</b>
Ostatní finanční náklady	0	0	0	0	0
<b>Finanční výsledek hospodaření (+/-)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Výsledek hospodaření před zdaněním (+/-)</b>	<b>426</b>	<b>428</b>	<b>425</b>	<b>552</b>	<b>682</b>
Daň z příjmů	87	87	92	111	137
<b>Výsledek hospodaření po zdanění (+/-)</b>	<b>339</b>	<b>341</b>	<b>333</b>	<b>442</b>	<b>544</b>
<b>Výsledek hospodaření za účetní období (+/-)</b>	<b>339</b>	<b>341</b>	<b>333</b>	<b>442</b>	<b>544</b>