

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA VEŘEJNÉ EKONOMIKY

Hospodaření praktického lékaře

Financial Management of the General Practitioner

Student: Lenka Slováková

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Mgr. Hana Fachinelli, Ph.D.

Ostrava 2011

VŠB - Technická univerzita Ostrava
Ekonomická fakulta
Katedra veřejné ekonomiky

Zadání bakalářské práce

Student: **Lenka Slováková**

Studijní program: B6202 Hospodářská politika a správa

Studijní obor: 6202R055 Veřejná ekonomika a správa

Specializace: 01 Veřejná ekonomika a správa

Téma: **Hospodaření praktického lékaře**
Financial Management of the General Practitioner

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
 2. Financování péče o zdraví v ČR se zaměřením na ambulantní péči
 3. Analýza hospodaření vybraného praktického lékaře
 4. Zhodnocení výsledků hospodaření praktického lékaře
 5. Závěr
- Seznam použité literatury
Seznam zkratk
Prohlášení o využití výsledků bakalářské práce
Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

- BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví - Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a. s., 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
- GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

Formální náležitosti a rozsah bakalářské práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr.Mgr. Hana Fachinelli, Ph.D.**

Datum zadání: 26.11.2010

Datum odevzdání: 11.05.2011



doc. Ing. Petr Tománek, CSc.
vedoucí katedry



prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová
děkanka fakulty

Místopřísežně prohlašuji, že jsem celou práci, včetně všech příloh, vypracovala samostatně.

V Ostravě dne 11. května 2011

.....

Lenka Slovákova

OBSAH

1	ÚVOD.....	1
2	FINANCOVÁNÍ PÉČE O ZDRAVÍ V ČR SE ZAMĚŘENÍM NA AMBULANTNÍ PÉČI.....	3
2.1	System zdravotnictví a jeho vývoj v ČR.....	3
2.1.1	Zdravotní péče v ČR.....	5
2.1.2	Zdravotnická zařízení.....	8
2.2	Financování zdravotnictví.....	10
2.2.1	Veřejné zdravotní pojištění.....	10
2.2.2	Ambulantní zdravotní péče.....	13
2.2.3	Zásady hospodaření praktických lékařů.....	15
3	ANALÝZA HOSPODAŘENÍ VYBRANÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE.....	21
3.1	Analýza hospodaření v letech 2006 - 2007.....	24
3.1	Analýza hospodaření v letech 2008 - 2010.....	34
4	ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ HOSPODAŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE.....	46
4.1	Zhodnocení hospodaření praktického lékaře v letech 2006 - 2007.....	46
4.2	Zhodnocení hospodaření praktického lékaře v letech 2008 - 2010.....	47
4.3	Návrhy na opatření.....	49
5	ZÁVĚR.....	50
	Seznam použité literatury.....	53
	Seznam zkratk	
	Seznam tabulek	
	Seznam grafů	
	Prohlášení o využití výsledků bakalářské práce	
	Seznam příloh	

1 ÚVOD

Zdraví je to nejcennější, co v životě máme. Je jednou ze základních hodnot života každého člověka. Z toho vychází základní principy všech evropských zdravotních systémů – solidarita, rovnost, dostupnost. Důraz je kladen na humanitu, demokratičnost a zajištění co nejlepší péče v souvislosti s ekonomickým růstem. Tuto péči jako veřejnou službu garantuje stát a vytváří pro její uskutečňování právní, organizační a ekonomické prostředí. Plní tak povinnosti dané mj. Ústavou ČR a Listinou základních práv a svobod, které stanoví zákonný nárok občanů na rovnou dostupnost péče patřičné kvality a bezplatnou zdravotní péči v rámci veřejného zdravotního pojištění za podmínek stanovených zákonem. To znamená, že každý občan je pojištěn a bude mu poskytnuta veškerá péče, kterou vyžaduje jeho zdravotní stav. Tato základní oprávnění vyplývají ze tří nejdůležitějších zákonů - zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění a zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, v platném znění. Ochrana a podpora zdraví je tak společným zájmem a odpovědností celé společnosti.¹

Zdraví se udržuje, podporuje, chrání a rozvíjí pomocí zdravotnických služeb, které jsou poskytovány prostřednictvím zdravotnických zařízení, mezi něž patří i ordinace praktických lékařů, na jejichž hospodaření je zaměřena bakalářská práce. V České republice je téměř 4 a půl tisíce těchto ordinací, v nichž pracuje asi 68% žen.² Ordinace praktických lékařů jsou téměř všechny v rukou fyzických nebo právnických osob.

Cílem bakalářské práce je na základě provedené analýzy hospodaření praktického lékaře zhodnotit jeho hospodaření a podat případná opatření.

¹ KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. 4.vyd., Praha: ASPI, 2007. 504 s. ISBN 978-80-7357-276-1.

² ÚZIS [on-line] 2009 [cit. 2011-02-23]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2009>

Pro vypracování je použita metoda analýza, popis a komparace hospodaření praktického lékaře ve sledovaném období 2006 – 2010.³

Práce je rozdělena do pěti kapitol, které zahrnují úvod a závěr. Obsah druhé kapitoly tvoří teoretická část práce. V kapitole je popsán systém zdravotnictví a jeho vývoj v ČR, rozdělení zdravotní péče, zdravotnických zařízení, je zmíněno financování zdravotnictví, veřejné zdravotní pojištění, ambulantní péče a zásady hospodaření praktických lékařů.

Třetí a čtvrtá kapitola jsou praktické části bakalářské práce.

Obsahem třetí kapitoly je analýza hospodaření konkrétní ordinace praktického lékaře v časovém úseku pěti let. Analýza je provedena zvlášť za roky 2006 – 2007 a 2008 – 2010, protože lékař vedl do roku 2007 daňovou evidenci a od roku 2008 účetnictví. Je proveden rozbor celkového výsledku hospodaření, rozbor výdajů, příjmů, nákladů a výnosů a dalších ekonomických ukazatelů ve sledovaném období. Ve čtvrté kapitole je provedeno zhodnocení hospodaření praktického lékaře na základě jeho analýzy v předchozí kapitole. Je proveden rozbor časových období a jejich vzájemná komparace.

Bakalářská práce je zpracována na základě dostupné literatury, platných právních předpisů a vyhlášek a interních dokumentů poskytnutých lékařem a účetní.

³ RŮČKOVÁ, P. *Finanční analýza – metody, ukazatele, využití v praxi*. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2007. 118 s. ISBN 978-80-247-1386-1.

2 FINANCOVÁNÍ PÉČE O ZDRAVÍ V ČR SE ZAMĚŘENÍM NA AMBULANTNÍ PÉČI

Péče o zdraví v ČR je založena na principu solidarity, vysokého podílu samosprávy, vícezdrojového financování, kde převažuje podíl veřejného zdravotního pojištění, na svobodné volbě lékaře a zdravotnického zařízení, svobodné volbě zdravotní pojišťovny v rámci systému veřejného zdravotního pojištění, stejné dostupnosti poskytovaných služeb pro všechny pojištěnce.

Péčí o zdraví se rozumí souhrn sociálních, ekonomických, politických, kulturních a zdravotnických prostředků, opatření a aktivit, jejichž smyslem je upevňovat, chránit a také navracet lidem zdraví. Při péči o zdraví se prolínají individuální, rodinné a společenské aktivity a zájmy.⁴

2.1 Systém zdravotnictví a jeho vývoj v ČR

Na zdravotní systém v ČR, lze v podstatě pohlížet ze dvou pohledů. Na jedné straně je to soubor institucí a činností v nich probíhajících, jejichž účelem a cílem je zlepšovat zdravotní stav občanů, například formou prevence nebo okamžitým lékařským zásahem. Na straně druhé jde o zajišťování optimálního chodu zdravotnických zařízení z hlediska organizace činností a finančního zajištění. Zejména otázky spojené s optimalizací sítě zdravotnických zřízení a způsobem jejich financování, tj. zejména způsobem financování zdravotní péče, byly vždy velmi často a velmi bouřlivě skloňovanou problematikou.

Zdravotnictví je odbornou částí péče o zdraví. Bývá nejčastěji chápáno jako soustava zařízení a pracovníků, jejichž posláním je poskytování odborných zdravotnických služeb, chránit, upevňovat a navracet zdraví. Jedná se o systém, který zahrnuje různé složky, zejména zdravotnické služby.⁵ Představuje souhrn všech činností, které slouží k uspokojování zdravotnických potřeb obyvatelstva. Zahrnuje orgány a instituce / Ministerstvo zdravotnictví, Zdravotní pojišťovny, apod./ organizace a společnosti / Lékařská komora/, pracovníky

⁴ REKTORÍK, J. a kol. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. Praha: Ekopress, 2002. 264 s. ISBN 80-86119-60-2.

⁵ REKTORÍK, J. a kol. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. Praha: Ekopress, 2002. 264 s. ISBN 80-86119-60-2.

ve zdravotnictví / lékaři, zdravotní sestry, laboranti/ a služby / léčebně preventivní péče, hygienické služby, lékařenské služby/. Patří sem i další činnosti /zdravotnické školství a vědecký výzkum/.⁶

Od 1. 1. 1992 nabyly účinnosti zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. S účinností od 1. 7. 1992 byl přijat zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, který vnesl do zdravotního pojištění konkurenční prostředí. Přijetí nedokonalé legislativy se projevilo nejprve rychlým nárůstem počtu zdravotních pojišťoven, až na 27 v roce 1992. Bez jakékoliv regulace a kontroly ze strany státu se však brzy ocitly ve značných finančních potížích. To vedlo ke krachu a následnému zániku některých pojišťoven, případně ke sloučení s jinými, finančně úspěšnějšími. Postupně byl počet fungujících zdravotních pojišťoven zredukován na současných devět. V prvních třech letech existence zdravotních pojišťoven byla poskytnutá léčebná péče financována výkonovými platbami, což vedlo k honbě za body a ke značnému plýtvání finančními prostředky. Od roku 1997 přešly zdravotní pojišťovny u praktických lékařů pro děti, dorost a dospělé na kapitační platby za každého registrovaného pacienta a na zálohové platby odvozené od minulého období v lůžkové péči. Výkonový (regulovaný) systém zůstal zachován jen u ambulantních specialistů.

Privatizace zdravotnictví byla v České republice zahájena v druhé polovině roku 1992 přijetím zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované v nestátních zdravotnických zařízeních. Rozbíhala se z počátku velmi nesměle a týkala se v první fázi jen malého počtu samostatných ambulantních ordinací, v lůžkové péči pak malých soukromých porodnic.

K výraznějšímu posílení privátního sektoru došlo až v roce 1993. Zahájení privatizace vedlo k rychlému nárůstu počtu zdravotnických zařízení. Zatímco v roce 1989 jich bylo evidováno necelých 8 tisíc, do konce roku 1993 stoupl jejich počet na 17 tisíc, do roku 2000 pak na 25 tisíc. V roce 2009 bylo v České republice necelých 28 tisíc zdravotnických zařízení, ve kterých pracovalo více jak 45 tisíc lékařů (včetně zubních lékařů) a necelých 107 tisíc zdravotnických nelékařských pracovníků s odbornou způsobilostí.⁷ Výraznější změny

⁶ DOLANSKÝ, H. *Veřejné zdravotnictví*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 223 s. ISBN 978-80-7248-494-2.

⁷ ÚZIS [on-line] 2009 [cit. 2011-02-23]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cr-kraje>

se nevyhnuly ani lůžkové péči. Od začátku roku 2003, kdy podle zákona č. 290/2002 Sb. přešlo do kompetence krajů 82 okresních nemocnic, do konce roku 2004 bylo převedeno na akciové společnosti (jediným akcionářem je kraj) celkem 17 zařízení. Hlavní příčinou převodů těchto zařízení byla vysoká zadluženost původně okresních nemocnic. Převody krajských, později městských nemocnic, na obchodní společnosti pokračovaly i v následujících letech. V roce 2009 pracovalo v privátních zdravotnických zařízeních přes 69 % lékařů a 58 % zdravotnických nelékařských pracovníků. Dle úvazků lékařů byla v roce 2009 ambulantní péče již z více než 81 % poskytována v soukromých zařízeních.⁸

2.1.1 Zdravotní péče v ČR

V České republice poskytují zdravotní péči zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob. Podmínky, za jakých je zdravotní péče poskytována ve zdravotnických zařízeních, stanovují zvláštní zákony. Zdravotní péči dále poskytují zařízení sociálních služeb s pobytovými službami, jedná-li se o ošetrovatelskou a rehabilitační zdravotní péči o pojištěnce, kteří jsou v nich umístěni. Zdravotní péče se poskytuje bez přímé úhrady na základě všeobecného zdravotního pojištění nebo na základě smluvního zdravotního pojištění, dále bez přímé úhrady z prostředků státního rozpočtu ČR, charitativních, církevních a dalších právnických a fyzických osob. Dále se zdravotní péče poskytuje za plnou nebo částečnou finanční úhradu. Za plnou nebo částečnou finanční úhradu jsou poskytovány zdravotní péče, které přesahují rámec stanovený zvláštními předpisy, jako jsou vyšetření, prohlídky a jiné výkony, které nesledují léčebný účel, léčiva, zdravotnické prostředky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, zaopatření v zařízeních ústavní péče, v dětských domovech a kojeneckých ústavech, hygienické služby, pobyt v zařízeních ústavní péče z jiných než zdravotních důvodů, pokud se nejedná o sociální péči. Ve zdravotnických zařízeních mohou výkony zdravotní péče vykonávat pouze oprávnění zdravotničtí pracovníci. Zdravotnická zařízení musí být personálně, věcně a technicky vybavena pro druh a rozsah zdravotní péče, která je poskytována a musí splňovat hygienické požadavky na svůj provoz.⁹

Pod pojmem zdravotní péče rozumíme aktivity, které jsou zaměřené k léčení, posilují zdraví, zabraňují onemocnění, léčí již vzniklá onemocnění, snižují následky nemocí,

⁸ ÚZIS [on-line].2009. [cit. 2011-02-23]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-zdravotnictvi-2009>

⁹ BARTÁK, M., *Ekonomika zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

kteřé jsou zabezpečovány zdravotnickým systémem. Zdravotní péči je věnován zákon č. 20/1966 Sb., o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Zákon vymezuje zabezpečování zdravotní péče, účast občanů, profesních organizací, profesních a jiných občanských sdružení v péči o zdraví, poskytování zdravotní péče /kdo zdravotní péči poskytuje a způsob, jakým je poskytována z hlediska financování/, dále upravuje podmínky, povinnosti a poslání pracovníků ve zdravotnictví, úkoly vědy a výzkumu v péči o zdraví lidu a další záležitosti, které se týkají zdravotní péče.¹⁰

Členit zdravotní péči lze z různých hledisek. V praxi se nejčastěji setkáváme s členěním podle místa poskytování zdravotní péče na ambulantní a ústavní. Tímto členěním se sledují zdravotnická zařízení. Ambulantní péči zajišťují odborní a praktičtí lékaři v jednotlivých ordinacích a ambulantních zařizeniích. Ordinance praktických lékařů, popřípadě ordinace dalších odborných lékařů jsou základním článkem zdravotnických zařizenií.¹¹

Podle typu zařizenií a specializace se zdravotní péče člení na zdravotní péči primární, specializovanou sekundární zdravotní péči a terciární zdravotní péči.

Primární zdravotní péče - je místo prvního kontaktu s lidmi, které poskytuje opatření ke zlepšení zdraví v komunitě. Jde o poskytování nezbytné, základní zdravotní péče. V České republice je tato péče poskytována na obecní nebo lokální úrovni. Na obecní úrovni jsou praktičtí lékaři pro dospělé, pro děti a dorost, případně stomatologové. Na lokální úrovni jsou to kromě praktických lékařů pro dospělé, děti a dorost, stomatologů i odborní lékaři, např. oční, kožní, plicní, apod. Lidé se registrují u jimi zvoleného lékaře primární péče. V ČR rozeznáváme čtyři druhy lékařů primární péče – prvního kontaktu: praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, gynekolog a stomatolog. Všechny kontakty, které jsou prováděny zdravotnickým personálem s pacientem v těchto ordinacích, se nazývají primární péči. Téměř všichni primární lékaři v ČR jsou soukromí, ale jejich péče je převážně hrazena z veřejných zdrojů. Vstup lékaře do primární péče je podmíněn udělením licence Českou lékařskou komorou, popř. stomatologickou komorou a registrací příslušným krajským úřadem. Primární zdravotnické služby v ČR zahrnují poskytování všeobecné lékařské péče, gynekologické péče, péče o matku a děti, zubní péče, některé druhy preventivní péče /pravidelné preventivní prohlídky/, screening vybraných nemocí a očkování a domácí

¹⁰ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

¹¹ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

péče. Praktičtí lékaři pro dospělé, děti a dorost jsou financováni smíšeným způsobem a to platbou za registrovaného pacienta a platbou za výkony. Gynekologové a stomatologové jsou placeni za výkony.¹²

Sekundární zdravotní péče – zahrnuje specializovanou ambulantní a odbornou nemocniční /ambulantní a lůžkovou/ péči. Do sekundární péče jsou odesíláni pacienti z primární péče. Ambulantní sekundární péče je hrazena platbou za výkon, lůžková péče je hrazena výkonovým systémem s paušály.

Terciární zdravotní péče – jsou vysoce specializované, komplexní a obvykle mimořádně nákladné lékařské a další odborné služby. Pacienty jsou zpravidla do terciární péče odesíláni ze sekundární péče pro složitou diagnostiku a terapii, která není dostupná nebo by neměla být realizována z veřejných zdrojů v sekundární péči. Jsou to fakultní a krajské nemocnice, které mají zpravidla kolem tisíc lůžek. Terciární péče je také poskytována ve výzkumných ústavech, které jsou zřizovány Ministerstvem zdravotnictví, např. IKEM.¹³

Nejvíce pacientů, asi 80 – 95%, vyhledává a potřebuje péči prvního kontaktu, tj. primární péči, jejímž základem jsou praktičtí lékaři, stomatologové, gynekologové, optici a další zdravotničtí pracovníci, např. rehabilitační sestry a fyzioterapeuti. Nejméně pacientů, asi 10%, využívá péči terciární, která je poskytována v nadregionálních zdravotnických zařízeních pro velkou spádovou oblast populace.¹⁴

Strukturu zdravotnických institucí v ČR tvoří:

- Ministerstvo zdravotnictví
- Zdravotní pojišťovny
- Zdravotnická zařízení

Tato struktura institucí informuje o hlavních tocích finančních i jiných potřebných zdrojů.

¹² GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

¹³ GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

¹⁴ BARTÁK, M., *Ekonomika zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

2.1.2 Zdravotnická zařízení

Soustava zdravotnických institucí a zařízení je založena na systému zdravotního pojištění. Je výsledkem velké decentralizace původního socialistického modelu zdravotnictví a privatizace značné části ambulantních zařízení. Většina zdravotnických zařízení funguje v režimu veřejných zdravotnických služeb. V České republice bylo koncem roku 2009 celkem 27 959 zdravotnických zařízení.¹⁵

Zdravotnická zařízení se dělí podle zřizovatele do dvou základních skupin:

- Státní
- nestátní (soukromá)

Zřizovatelem státního zdravotnického zařízení je Ministerstvo zdravotnictví nebo jiný státní orgán. Právní rámec je dán zákonem o péči o zdraví lidu a vyhláškou MZ 394/1991 Sb., o postavení, organizaci a činnosti fakultních nemocnic a dalších nemocnic, vybraných odborných léčebných ústavů a krajských hygienických stanic v řídicí působnosti MZ ČR.¹⁶

Zřizovatelem nestátního zdravotnického zařízení je fyzická osoba, církev, jiná právnická osoba včetně obchodních společností vlastněných výlučně krajem, městem nebo obcí. Vznikly z původní centralisticky vytvořené sítě zdravotnických zařízení státního charakteru. Smyslem provedení reformy bylo především odstranit monopol státu v poskytování zdravotní péče, zainteresovat občany na ochraně svého zdraví a zvýšit tak motivaci zdravotnických pracovníků na zkvalitňování služeb.¹⁷ Nestátní zdravotnická zařízení poskytují péči ambulantní, ústavní, lázeňskou, lékárenskou, rehabilitační nebo službu k dopravě nemocných. Podmínky pro vznik, změnu nebo zánik a kontrolní činnost zdravotnického zařízení stanoví zákon.¹⁸ Nově vzniklá soustava zdravotnických zařízení je charakterizována především tím, že majitelem je nejen stát, obec, město, ale postupně se také rozrůstá privátní sektor v ambulantních službách /fyzické a právnické osoby, akciové společnosti, charitativní organizace, apod./, což s sebou přináší konkurenční prostředí. Zdravotnická zařízení mají

¹⁵ ÚZIS [on-line]. 2009. [cit. 2011-04-25]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-zdravotnictvi-2009>

¹⁶ ÚZIS[on-line]. 2009. [cit. 2011-02-23]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cr-kraje>

¹⁷ BARTÁK, M., *Ekonomika zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

¹⁸ § 39 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

svoji právní subjektivitu, jsou zřizována krajskými úřady. Poskytují obyvatelstvu léčebnou péči ambulantní, nemocniční, následnou a také se podílejí na postgraduální výchově lékařů a farmaceutů.¹⁹

Zdravotnická zařízení se dále dělí do skupin podle způsobu poskytování zdravotní péče:

Zařízení léčebně - preventivní péče:

- 1) Zařízení ambulantní péče
 - a) Zdravotnická zařízení praktických odborných ambulantních lékařů (ambulace praktických lékařů pro dospělé, praktických lékařů pro děti a dorost, stomatologů, internistů atd.)
 - b) Vyšetřovací a léčebné složky (laboratoře, rentgenová pracoviště, rehabilitační pracoviště)
- 2) Lůžková zařízení
 - a) Nemocnice (fakultní nemocnice, krajské nemocnice, městské nemocnice)
 - b) Odborné léčebné ústavy
 - c) Psychiatrické léčebny
 - d) Léčebny dlouhodobě nemocných
 - e) Rehabilitační léčebny
 - f) Lázeňské léčebny
- 3) Zvláštní dětská zařízení
 - a) Kojenecké ústavy
 - b) Dětské domovy
 - c) Jesle
- 4) Zařízení lékárenské péče
 - a) Lékárny
 - b) Výdejny prostředků zdravotnické techniky
- 5) Zdravotnická záchranná služba

¹⁹ DOLANSKÝ, H. *Veřejné zdravotnictví*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 223 s. ISBN 978-80-7248-494-2.

Zařízení hygienické služby:

- a) Státní zdravotní ústav
- b) Krajské hygienické stanice

Výzkumné ústavy.²⁰

2.2 Financování zdravotnictví

Financování zdravotnictví v příslušném státě je přímo odvozené od zdravotní politiky státu, která vychází ze stanovených priorit určité vládní politiky, z určitého společenského uspořádání a historických tradic a z příslušné ekonomické úrovně státu.²¹

Zdravotnické služby jsou jednou z částí zdravotnického resortu a v podstatě tvoří samostatné odvětví národního hospodářství.²²

Úroveň zdravotnických služeb, které může stát poskytnout svému občanovi, je měřítkem jeho celkové, hospodářské, ale i kulturní vyspělosti. Celkové náklady na zdravotnictví ve všech vyspělých státech všeobecně stoupají. Neustálý růst potřeb zdravotnických služeb má souvislost se zhoršováním celkového stavu životního prostředí člověka a také s růstem nároků na množství a kvalitu poskytovaných služeb. Současná medicína je schopna pomoci nemocnému člověku i při velmi komplikovaných zdravotních situacích, ale zároveň k tomu vyžaduje nákladnější zdravotní techniku, léčiva i vysoce kvalifikovaný zdravotnický personál.²³

2.2.1 Veřejné zdravotní pojištění

V České republice je převážná část výdajů na zdravotnictví hrazena systémem veřejného zdravotního pojištění. Tento systém je postaven na několika základních principech. Především

²⁰ BARTÁK, M., *Ekonomika zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

²¹ PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, M. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. Praha: ASPI, 2008. 712 s. ISBN 978-80-7357-351-5.

²² REKTOŘÍK, J. a kol. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. Praha: Ekopress, 2002. 264s .ISBN 80-86119-60-2.

²³ PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, M. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. Praha: ASPI, 2008. 712 s. ISBN 978-80-7357-351-5.

je veřejné zdravotní pojištění povinné pro všechny občany, které mají trvalý pobyt v České republice a pro všechny cizince, kteří pracují u zaměstnavatele se sídlem v ČR. Toto pojištění lze přerušit jedině při dlouhodobém pobytu v zahraničí. Sazba zdravotního pojištění z vyměřovacího základu je 13,5% a je určena zákonem. V konstrukci zdravotního pojistného se uplatňuje prvek solidarity bohatších s chudšími, protože osoby s menším příjmem odvádějí do fondu zdravotního pojištění méně, než osoby s vyšším příjmem. V případě zaměstnanců se o platbu zdravotního pojistného dělí zaměstnanec - 4,5% se zaměstnavatelem - 9%. Od roku 2008 platí strop vyměřovacího základu i pro zaměstnance, z příjmů nad stropem pro vyměřovací základ se již zdravotní pojistné neplatí. Za některé skupiny osob, které nemají vlastní příjem, platí zdravotní pojistné stát. Jedná se o děti do věku, než ukončí přípravu na své povolání, osoby v důchodovém věku, nezaměstnané, kteří jsou registrováni na úřadech práce, ženy na mateřské dovolené, ženy v domácnosti, které pečují o menší děti, apod.²⁴

V současné době provádí veřejné zdravotní pojištění tyto zdravotní pojišťovny:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
- Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna
- Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE
- Média zdravotní pojišťovna

Největší z nich, VZP ČR, je zřízena na základě samostatného zákona č. 551/1991 Sb., o zdravotním pojištění a má ze zákona některé zvláštní úlohy, které souvisí s administrací celého systému veřejného zdravotního pojištění, např. vedení registru všech pojištěných osob a správu tzv. účtu přerozdělování. Ostatní zaměstnanecké zdravotní pojišťovny získávají licenci ke své činnosti od Ministerstva zdravotnictví, pokud splní stanovené podmínky, jednou z nich je složení kauce v určité výši. Pravidla pro činnost těchto pojišťoven se významně neliší od pravidel činnosti VZP ČR. Mezi zdravotními pojišťovnami dochází

²⁴NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

k přerozdělování příjmů. Od roku 2006 probíhá v českém veřejném zdravotním pojištění přerozdělování všech vybraných prostředků na pojistném podle věku a pohlaví pojištěnců. Tím se odstranila motivace zdravotních pojišťoven k získávání příjmově silnějších pojištěnců v aktivním věku, která převládala při předchozím způsobu přerozdělování.

Zajištění veřejného zdravotního pojištění v českém systému je založeno na několika mechanismech:

- Zdravotní pojišťovny jsou povinny tvořit rezervní fond ve výši 1,5% svých ročních příjmů
- Každá zdravotní pojišťovna má nárok na náhradu části nákladů na zvlášť nákladné pojištěnce
- Zdravotní pojišťovna odvádí povinně do fondu určitým procentem svých příjmů a tento fond pak slouží při případném bankrotu pojišťovny k uspokojení pohledávek poskytovatelů zdravotní péče²⁵

Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče, která je poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav. Zdravotní péče hrazená v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem o veřejném zdravotním pojištění zahrnuje:²⁶

- Léčebnou péči ambulantní a ústavní,
- Pohotovostní a záchrannou službu,
- Preventivní péči,
- Dispenzární péči,
- Odběr tkání nebo orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi,
- Poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků,
- Potraviny pro zvláštní lékařské účely,
- Závodní preventivní péči,
- Dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů,

²⁵ NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

²⁶ BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

- Dopravu žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa, do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních nákladů,
- Dopravu zemřelého dárce do místa odběru,
- Dopravu odebraných tkání a orgánů,
- Posudkovou činnost,
- Prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu, včetně dopravy.²⁷

Zdravotní péči hradí zdravotní pojišťovny na základě smluv s poskytovateli zdravotní péče. Základní atributy těchto smluv jsou dány tzv. rámcovými smlouvami, které jsou výsledkem tzv. dohodovacího řízení mezi zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče. Předmětem těchto jednání jsou také ceny zdravotní péče na období 6 - 12 měsíců. Výsledky dohodovacího jednání musí schválit Ministerstvo zdravotnictví, které může za určitých okolností ceny zdravotní péče stanovit samo. Systém veřejného zdravotního pojištění je v ČR dominantním plátcem zdravotní péče.²⁸

2.2.2 Ambulantní zdravotní péče

Tento druh zdravotní péče je nejčastěji využíván. Patří sem všichni lékaři, kteří provozují soukromé ordinace či pracují v ambulantních ordinacích, které spadají pod větší zdravotnická zařízení, např. nemocnice. Soukromí lékaři nyní často mění své podnikání z formy osoby samostatně výdělečně činné na společnost s ručením omezeným, stávají se z nich tedy zaměstnavatelé.

Na začátku devadesátých let připadalo na 10 tisíc obyvatel téměř 20 ambulantních lékařů, v roce 2009 to bylo již 31 ambulantních lékařů.²⁹ K výraznému nárůstu počtu ambulantních lékařů došlo v důsledku privatizace a financování zdravotní péče formou výkonových plateb ze zdravotního pojištění především v letech 1992 až 1997. Specializovaná ambulantní péče, která byla do té doby vázána převážně na nemocnice, se začala přenášet do samostatných ordinací lékařů specialistů, kteří zůstávali zaměstnaní na část úvazku v nemocnicích a současně si zřizovali soukromou praxi. Tím docházelo ke zdvojení ambulantních služeb,

²⁷ BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

²⁸ NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

²⁹ ÚZIS [on-line] 2009 [cit. 2011-03-28]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2009>

k dvojímu poskytování ambulantní péče včetně laboratorních vyšetření a k navyšování výdajů na ambulantní péči. Po změně financování ambulantní péče ze strany zdravotních pojišťoven, kdy bylo zavedeno kapitační a zálohové proplácení léčby, se podařilo nárůst soukromých praxí zpomalit.³⁰

Způsob financování ambulantní zdravotní péče, ambulantních specialistů, se v průběhu devadesátých let několikrát změnil. Několik let byl systém založen na provádění plateb za poskytnuté zdravotní výkony. Jednalo se o zachování předcházejícího jednotného systému úhrad za provedené výkony, který byl od počátku devadesátých let po určitou dobu jediným systémem platným v celém zdravotnictví.

Platba za poskytnuté zdravotní výkony spočívala ve vytvoření sazebníku – Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, vytvořeného Ministerstvem zdravotnictví ČR. Ten měl každý ambulantní specialista, podle kterého vykazoval své výkony. Těmto výkonům byl přiřazen v sazebníku určitý počet bodů. Pro vyšší financí byla podstatná korunová výše jednoho bodu. Hodnota bodu byla záležitostí dohodovacího řízení mezi pojišťovnami a Lékařskou komorou a byla vyhlášována vždy na nadcházející čtvrtletí. Často se stávalo, že se strany nedohodly, nevyhlásily včas bodové ohodnocení a lékaři tak nevěděli, jak je ohodnocen určitý výkon. Pokud se strany nedohodly, vstupovala do jednání vláda, která rozhodla většinou kompromisem. Tento systém platí stále, jen vláda už se nekládá do rozhodování a nechává vše na pojišťovnách a Lékařské komoře, které se musí dohodnout.

Dalším systémem, uplatněným u ambulantních specialistů, bylo hrazení výkonů do maximální úhrady, kdy lékaři měli určitou sumu peněz, kterou nemohli překročit. Pokud by ji překročili, léčili by zdarma. Tento systém financování byl nevyhovující, bylo potřeba ho změnit a v současné době jsou maximální úhrady upraveny tak, že se počítají na jednoho ošetřeného pojištěnce.

Financování ambulantních specialistů představovalo a stále představuje z hlediska financování jejich výkonů asi nejvíce problémovou oblast, protože systém financování

³⁰NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

neuspokojuje lékaře ani pojišťovny. Předpokládá se, že část odborných lékařů přejde v budoucnosti na systém kapitačních plateb,³¹ o kterém je pojednáno v následující kapitole.

2.2.3 Zásady hospodaření praktických lékařů

Každé zdravotnické zařízení musí vycházet z platných právních norem našeho státu. Mezi hlavní požadavky a podmínky pro vznik zdravotnického zařízení praktického lékaře patří:

- Licence České lékařské komory, kterou získá lékař na základě lékařského diplomu a předepsané lékařské praxe;
- Schválení Provozního řádu příslušnou hygienickou stanicí;
- Schválení technického a personálního vybavení Českou lékařskou komorou;
- Registrace a schválení dané zdravotnické instituce příslušným krajským úřadem;
- Uzavření smluv se zdravotními pojišťovnami;
- Lékaři jsou také povinni uzavřít profesní pojištění odpovědnosti za škody (profesně pojištěný musí být i zdravotnický personál lékaře).

Základním článkem zařízení ambulantní péče jsou ordinace praktických lékařů. Praktičtí lékaři jsou téměř všichni samostatnými, privátními osobami – fyzickými osobami. Jejich financování prošlo několika změnami v devadesátých letech. Na začátku devadesátých let byli PL financováni pouze výkonovou platbou, což znamenalo, že každý zdravotní výkon měl taxativně přidělený určitý počet bodů a hodnota bodu se pohybovala mezi 0,50 a 0,60 Kč. Tento způsob financování měl určité nevýhody pro pacienta i pro lékaře. Lékaři tak mohli provádět i nadbytečné výkony, aniž by poslali pacienta ke specializovanému lékaři. Tak mohlo docházet u lékařů k tomu, že se „honili“ za body, proto tento systém nebyl optimální. Z těchto důvodů se později přešlo na systém tzv. kombinované kapitačně výkonové platby, kdy jedna část odměny lékaře je založena na kapitační platbě – fixní části a druhá část odměny je v závislosti na provedených výkonech. V současné době je zdravotní péče praktickým lékařům hrazena tak, že lékař uzavírá smlouvy s příslušnými zdravotními

³¹ ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, Z. *Ekonomika zdravotnictví*. Brno, 2005. 206 s. ISBN 80-7013-429-1.

pojišťovnami v závislosti na výběru pojišťovny svými pacienty. Pravidelně každý měsíc lékař příslušným pojišťovnám účtuje úhradu za poskytnutou zdravotní péči. Zdravotní pojišťovny lékaři posílají úhrady dle termínů, které mají určeny ve smlouvě.³²

První složkou plateb praktických lékařů je fixní část odměny lékaře. Spočívá ve formě měsíční úhrady za každého pacienta, pojištěnce dané pojišťovny, kterého má ve své registraci. Tuto část odměny dostává pouze za registraci pojištěnce, bez ohledu na to, zda pacient navštívil lékaře v průběhu měsíce nebo nenavštívil. Tato pevná část platby je v závislosti na věku pacienta, vykazuje se tzv. jednicový pojištěnec neboli kapitační jednotka. Každý občan ČR má právo si vybrat svého praktického lékaře a u toho se musí zaregistrovat. Touto registrací se lékař vykazuje při uplatnění této části svých nároků vůči dané zdravotní pojišťovně. Pojišťovna má právo kontroly. Pokud pacient změní svého lékaře, pojišťovna to ve svém informačním systému zachytí. Tím dochází ke kontrole, aby jeden pacient nebyl současně zaregistrován u dvou či více praktických lékařů. Fixní, kapitační poplatek uhradí jen jednomu lékaři a to tomu, u kterého je pacient zaregistrován k poslednímu dni v měsíci, za který se kapitační platba počítá. Na jednoho praktického lékaře pro dospělé připadalo v roce 2009 více jak 1600 dospělých pojištěnců.³³ Pro lékaře je důležité, jaká je věková struktura jeho pacientů, což je uvedeno v následující tabulce 2.1.

³² GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

³³ ÚZIS [on-line] 2009 [cit. 2011-03-28]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2009>

2.1 Věkové skupiny pacientů a jejich indexy

Věková skupina	Index
0 - 4	3,91
5 - 9	1,70
10 - 14	1,35
15 - 19	1,00
20 - 24	0,90
25 - 29	0,95
30 - 34	1,00
35 - 39	1,05
40 - 44	1,05
45 - 49	1,10
50 - 54	1,35
55 - 59	1,45
60 - 64	1,50
65 - 69	1,70
70 - 74	2,00
75 - 79	2,40
80 - 84	2,90
85 a více	3,40

Zdroj: Vyhláška č. 471/2009. ³⁴ Vlastní zpracování

Z tabulky je patrné, že předpokládanou nejzdravější skupinou jsou lidé od 20 – 24 let, za něž lékař dostane základní sazbu danou vyhláškou násobenou koeficientem 0,90 Kč měsíčně. Naopak za věkovou skupinu nad 85 let dostane více než trojnásobek. Je zřejmé, že velmi záleží na věkové struktuře pacientů daného praktického lékaře, což lékař ale ovlivnit nemůže.

³⁴ Vyhláška č. 471/2009 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2010.

Kapitační platba se provádí na jednicového pojištěnce – na kapitační jednotku, ne na registrovaného pacienta. Pokud počet jednicových pacientů – kapitačních jednotek, překročí u některého lékaře průměrný počet o více než 30%, fixní část plateb se lékaři krátí. Tak se limituje horní hranice možných pacientů jednoho praktického lékaře. Tento systém lékaře nemotivuje k tomu, aby měli velký počet registrovaných pacientů na úkor času věnovanému pacientovi. Skutečností je, že dobrý lékař má klientelu vyšší, což má pozitivní vliv na dobrou pověst lékaře.³⁵

Výše kapitační platby je dána Dodatkem ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče, který je lékaři zasílán na každý rok. K základní kapitační platbě, která činila v roce 2010 téměř u všech pojišťoven 47,-- Kč na pojištěnce, může být přiznán příplatek. Např. u ZP MV se jedná o příplatek na jednoho registrovaného pojištěnce:

- 3,-- Kč za zdravotní péči poskytovanou praktickým lékařem pro dospělé v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,
- 2,-- Kč za zdravotní péči poskytovanou praktickým lékařem pro dospělé v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin,
- 2,-- Kč v případě, že zdravotnické zařízení umožňuje pojištěncům objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu.³⁶

Výše kapitační platby se vypočítá podle počtu přepočtených pojištěnců ZP, násobeného přiznanou kapitační sazbou na jednoho registrovaného pojištěnce ZP za kalendářní měsíc, která je součtem hodnoty základní kapitační sazby a příplatku k základní kapitační sazbě.

Počet přepočtených pojištěnců ZP se vypočítá vynásobením počtu registrovaných pojištěnců pojišťovny v jednotlivých skupinách, násobených indexem příslušné věkové skupiny. Index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce ZP v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ZP ve věkové skupině 15 – 19 let.

³⁵ GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

³⁶ Interní dokumenty lékaře – *Dodatek ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče se ZP MV pro rok 2010*.

Na základě vyhodnocení komplexní finanční nákladovosti zdravotní péče poskytnuté registrované klientele a porovnáním s obdobnými náklady na zdravotní péči u jiných zařízení praktických lékařů může být kapitační platba smluvně upravena.³⁷

Druhou složkou plateb praktických lékařů je platba za výkony. Rozsah těchto výkonů je zdravotní pojišťovnou oznámen předem soupisem hrazených výkonů ve vyhlášce. Pojišťovna také pravidelně oznamuje eventuální změny. Praktický lékař je mnohdy povinen poskytnout pomoc při ošetření pacientům, kteří u něho nejsou registrovaní. Jedná se o zdravotní potíže nebo úrazy pacientů, kteří se nacházejí mimo své bydliště, kde mají svého praktického lékaře. V tomto případě praktický lékař neregistrované pacienty ošetří, vykazuje zdravotní pojišťovně výkony a dostane od ní za tyto pacienty úhradu. Pojišťovna však limituje počet takto ošetřených lidí určitou hranicí či procentem.

Praktičtí lékaři vykazují svou činnost na základě vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR, která obsahuje Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kdy hodnota bodu je vyhláškou pevně stanovena. Výše základní sazby na jednicového pojištěnce je upravena koeficientem, protože v závislosti na věku pacienta dochází ke změně nákladů na léčbu pacienta. Čím je pacient starší, tím náklady na pacienta rostou. U dětí je tomu tak, že jsou náklady nejvyšší u těch nejmenších dětí. Proto se registrovaní pacienti přepočítávají dle určitých koeficientů podobně, jak je tomu u zdravotních pojišťoven.

Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů přinesl placení **regulačních poplatků** od 1. 1. 2008. Každý občan je povinen v souvislosti s poskytováním hrazené péče uhradit zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči poskytlo:

Regulační poplatek ve výši 30 Kč – za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření u praktického lékaře, za návštěvu u lékaře, který poskytne specializovanou ambulantní zdravotní péči, za návštěvu u klinického psychologa a za vydání každého, ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného, léčivého přípravku nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu.

³⁷ Vyhláška MZ ČR č. 471/2009 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2010.

Regulační poplatek ve výši 90 Kč – za pohotovostní službu poskytnou zdravotnickým zařízením poskytujícím lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři.

Regulační poplatek ve výši 60 Kč – za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách. Pokud celková částka uhrazená pojištěncem za regulační poplatky a za doplatky za předepsané ze zdravotního pojištění částečně hrazené léčivé přípravky překročí v kalendářním roce limit ve výši 5 tisíc Kč, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci částku, o kterou je tento limit překročen. U dětí do 18 let a u osob starších 65 let je tato částka ve výši 2 a půl tisíce Kč.³⁸

³⁸ BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

3 ANALÝZA HOSPODAŘENÍ VYBRANÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Za účelem analýzy hospodaření praktického lékaře je vybrána ordinace praktického lékaře, který zahájil soukromou praxi 1. 1. 2003 jako fyzická osoba. V roce 2007 změnil právní formu na společnost s ručením omezeným a založil společnost UNIMED Jeseník, spol. s r. o. se sídlem Haškova 558, 790 81 Česká Ves, IČO: 479 75 270. Spolumajitelkou společnosti je i manželka lékaře.

Předmětem činnosti této společnosti je:

Léčebně preventivní činnost a preventivní péče v níže vyjmenovaných oborech. Poskytování zdravotní péče v níže vyjmenovaných medicínských oborech:

- praktické lékařství pro dospělé
- endokrinologie
- vnitřní lékařství

Praktické lékařství je odvětví medicíny, zaměřeno na primární péči o pacienty. Praktický lékař léčí akutní a chronická onemocnění, poskytuje preventivní péči a jeho činnost spočívá v péči o pacienty s více zdravotními potížemi a s komplikacemi. **Endokrinologie** je odvětví medicíny, které se zabývá diagnózou a léčbou žláz s vnitřní sekrecí. **Vnitřní lékařství** se zabývá diagnózou a léčbou onemocnění vnitřních orgánů.³⁹

Lékař má dvě ordinace:

- Jedna ordinace se nachází v Jeseníku, Fučíkova 1236/18, IČZ: 95 473 001, odbornost 001, kde v roce 2010 pracují dvě lékařky, tři všeobecné zdravotní sestry a referentka.

- Druhá ordinace se provozuje ve Vidnavě, Smetanova ulice 235, IČZ: 95 473 002, odbornost 001, vzdálené necelých 20 km od Jeseníku. Zde ordinuje jeden lékař, jedna lékařka a jedna všeobecná zdravotní sestra.

³⁹ Interní materiály lékaře - *Společenská smlouva o založení společnosti s ručením omezeným*

Pro obě dvě ordinace je vedeno společné účetnictví a analyticky není rozlišeno. V letech 2006 až 2007 byla vedena daňová evidence⁴⁰, která je upravena zákonem č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů a od roku 2008 podvojně účetnictví, které se řídí zákonem č. 563/1991 Sb., o účetnictví a Českými účetními standardy.

Struktura pacientů - k 31. 12. 2010 bylo u lékaře registrováno celkem 6 092 pacientů. Celkem je v evidenci 15 656 pacientů. Do této velké skupiny pacientů se počítají i lidé, kteří navštívili ordinaci jednorázově, tzn., že měli akutní příhodu a nejsou zaregistrovaní, ale musí být ošetřeni. I za tyto pacienty lékař úhradu za poskytnutou zdravotní péči od zdravotní pojišťovny dostane. Zdravotní pojišťovna však počet neregistrovaných pacientů limituje vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 471/2009 Sb., kterou se stanoví hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Zaregistrovaní pacienti jsou pojištěnci sedmi pojišťoven:

- Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR,
- České průmyslové ZP,
- Vojenské ZP,
- Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra ČR,
- Oborové ZP zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví,
- Revírní bratrské pokladny, ZP,
- Zdravotní pojišťovny Média.

Z následující tabulky 3.1 je možné vyčíst, kolik pacientů je zaregistrováno u jednotlivých ZP. Je zřejmé, že nejvíce pacientů je u VZP ČR 2 863, což činí 47% z celkového počtu zaregistrovaných pacientů a u ČP ZP 1 94 pacientů, představující téměř 32% všech registrovaných pacientů. U Vojenské ZP je zaregistrováno 441 pacientů, což je 7 %, u Oborové ZP je 314 pacientů, to představuje 5%, u ZP Ministerstva vnitra ČR je 343

⁴⁰ Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmu, ve znění pozdějších předpisů.

pacientů, což je necelých 6%, u ZP Revírní bratrská pokladna je 97 pacientů, což odpovídá 1,5% a u ZP Média je zaregistrováno 85 pacientů, což odpovídá 1,5%.⁴¹

Tab. 3.1 Počet registrovaných pacientů u pojišťoven k 31. 12. 2010

Název zdravotní pojišťovny	Číslo pojišťovny	Počet zaregistrovaných pacientů
Všeobecná ZP ČR	111	2 863
Česká průmyslová ZP	205	1 949
Vojenská ZP	201	441
O ZP zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	207	314
ZP Ministerstva vnitra ČR	211	343
Revírní bratrská pokladna, ZP	213	97
ZP Média	228	85

Zdroj: Interní - počítačový program MEDICUS KOMFORT, smlouvy se ZP, vlastní zpracování.

S těmito pojišťovnami má lékař uzavřené Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. K těmto smlouvám se uzavírají na každý rok nové dodatky, jejichž obsahem je seznam nasmlouvaných kódů zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a výše základní kapitační sazby na aktuální rok.

Jednotlivé podkapitoly práce jsou věnovány hospodaření praktického lékaře v letech 2006 - 2010, které jsou rozděleny na dvě části. V první podkapitole je provedena analýza první části hospodaření let 2006 - 2007, protože v tuto dobu lékař vedl daňovou evidenci. Je zde proveden rozbor celkového výsledků hospodaření, výdajů a příjmů. V druhé

⁴¹ Interní doklady - *Smlouvy se Zdravotními pojišťovnami*

podkapitole je provedena analýza druhé části hospodaření let 2008 – 2010, protože v těchto letech lékař vedl účetnictví. Je zde proveden rozbor celkového výsledku hospodaření, nákladů a výnosů.

3.1 Analýza hospodaření v letech 2006 - 2007

V roce 2006 a 2007 vedl lékař daňovou evidenci příjmů a výdajů. Ordinaci měl zřízenou ve svém rodinném domě. Uplatňoval daňový odpis na část své nemovitosti, ve které provozoval ordinaci. V roce 2006 měl zaregistrováno 1 568 pacientů a v roce 2007 to bylo 1 649 registrovaných pacientů, což bylo 5%ní navýšení oproti roku 2006. Po oba dva roky zaměstnával dvě osoby - všeobecnou zdravotní sestru na hlavní pracovní poměr a paní na úklid, která byla zaměstnána na Dohodu o provedení práce.

Výsledkem hospodaření byl ve sledovaném období vždy kladný výsledek, což je patrné z následující tabulky 3.2. V roce 2007 byl rozdíl mezi příjmy a výdaji o 64,5% vyšší než v roce 2006. Dílčí základ daně byl o 54,2% vyšší než v předchozím.⁴² Tabulka 3.2 ukazuje výši rozdílu mezi příjmy a výdaji, dílčí základ daně a hospodářský výsledek po zdanění sledovaného období.

Tab. 3.2 Hospodářský výsledek po zdanění v letech 2006 - 2007

	2006	2007
Rozdíl mezi P a V	422 708,00	655 337,00
Uplatněné odpisy	108 111,00	75 172,00
Dílčí základ daně	314 597,00	580 165,00
Daň z příjmů po slevách	26 987,00	61 596,00
HV po zdanění	287 610,00	518 569,00

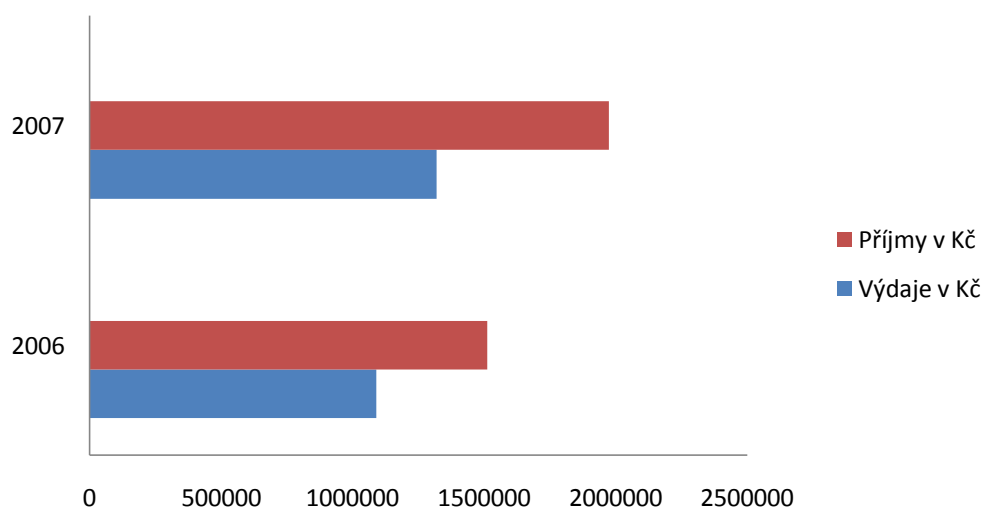
Zdroj: Interní materiály lékaře – Daňová přiznání z příjmu FO za období 2006 - 2007, vlastní zpracování

⁴² Interní materiály lékaře – Peněžní deník za období 2006 - 2007

Od dílčího základu daně byly odečteny nezdanitelné části základu daně - částka 12 000,--Kč na penzijní připojištění a poté odečteny slevy - částka na poplatníka 7 200,--Kč a na dvě děti ve výši 12 000,--Kč. Daň po uplatnění slev byla v roce 2007 o 43% vyšší než v předchozím roce. Hospodářský výsledek po odečtení odčitatelných položek a slev byl v roce 2007 o 80% vyšší než v roce 2006. Zlepšený výsledek hospodaření byl každým rokem poukázán lékaři.

Lékař hospodařil vždy s kladným výsledkem hospodaření. Znamená to, že se mu každý rok podařilo pokrýt výdaje dostatečnými příjmy, což znázorňuje následující graf 3.1.

Graf 3.1 Vývoj výše výdajů a příjmů lékaře v letech 2006 – 2007 v Kč



Zdroj: Interní materiály lékaře – Peněžní deník za období 2006 - 2007, vlastní zpracování

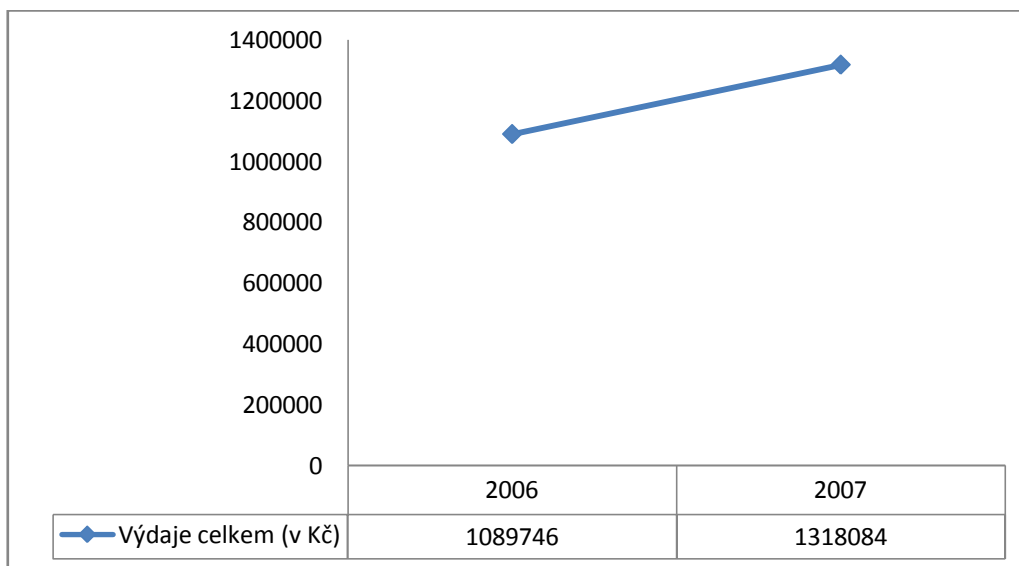
Výdaje tvoří nákup materiálu, mzdy, spotřeba energie, zákonné sociální pojištění, provozní režie, odpisy atd. Veškeré výdajové položky v letech 2006 – 2007 jsou uvedeny v příloze č. 1⁴³ a v příloze č. 2.⁴⁴

⁴³ Příloha č. 1: Příjmy, výdaje a výsledek hospodaření lékaře za rok 2006 v Kč

⁴⁴ Příloha č. 2: Příjmy, výdaje a výsledek hospodaření lékaře za rok 2007 v Kč

V průběhu let 2006 – 2007 jsou celkové výdaje sledovaného období rostoucí, znázorněné následujícím grafem 3.2. V roce 2007 vzrostly výdaje oproti předchozímu roku o 21%. Důvodem jejich navýšení jsou rostoucí náklady, jako je nákup materiálu, kde došlo k výraznému navýšení cen oproti předchozímu roku, dále mzdové náklady a provozní režie.⁴⁵

Graf 3.2 Vývoj celkových výdajů v letech 2006 – 2007 v Kč



Zdroj: *Interní materiály lékaře – Peněžní deník za období 2006 - 2007, vlastní zpracování*

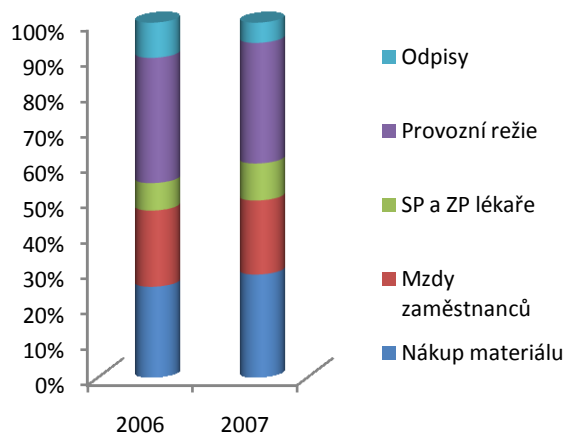
Nejpodstatnějšími výdajovými položkami z hlediska jejich podílu na celkových výdajích jsou:

- nákup materiálu,
- mzdy zaměstnanců,
- provozní režie,
- sociální a zdravotní pojištění lékaře,
- odpisy.

⁴⁵ Interní materiály lékaře – Peněžní deník za období 2006 - 2007

Podíl výše uvedených výdajových položek na celkových výdajích lékaře je zobrazen v následujícím grafu 3.3.

Graf 3.3 Podíl jednotlivých výdajů na celkových výdajích v letech 2006 - 2007 v %



Zdroj: Interní materiály lékaře – Peněžní deník za období 2006 - 2007 , vlastní zpracování

Z grafu je patrné, že v letech 2006 i 2007 se největší podíl výdajů týkal provozní režie, což bylo v obou letech více jak 30% z celkových výdajů.

Nákup materiálu odpovídá 25,5% celkových nákladů v roce 2006, ale v roce 2007 nákup materiálu vzrostl na 29%, což bylo zapříčiněno především zvýšením cen zdravotnického materiálu a jeho vyšší spotřebou. Nákup materiálu sledovaného období se meziročně navýšil o více jak 37%, viz tab. 3.3. Lékař nakupoval a doplňoval zásoby zdravotnického materiálu přibližně dvakrát do týdne. Jedná se o nákup očkovacích látek, roztoků do infuzí, receptů, tiskopisů, náplastí, injekčních stříkaček a dalšího jednorázového spotřebního zdravotnického materiálu.⁴⁶

⁴⁶ Interní materiály lékaře – Peněžní deník za období 2006 - 2007

Tab. 3.3 Vývoj nákupu materiálu v letech 2006 - 2007

Název položky	2006	2007
Nákup materiálu v Kč	278 324,00	382 098,00
Meziroční změna nákupu materiálu v %	x	37,3

Zdroj: *Interní materiály lékaře – Peněžní deník za období 2006 - 2007, vlastní zpracování*

V položce nákup materiálu má lékař zahrnutý i nákupy drobného hmotného majetku, kdy částka za jednotlivé položky nepřesáhla 40 tisíc Kč. Nákup drobného majetku v roce 2007 byl téměř o 6% vyšší než v roce 2006.

Mezi drobný hmotný majetek jsou zahrnuty:

- tlakoměr digitální,
- tonometr rtuťový,
- fonendoskop,
- osobní váha,
- přístroj na procentuální měření tuku v lidském těle,
- glukometr – přístroj na měření cukru v krvi,
- přístroj na měření CRP – provádí se před nasazením antibiotik,
- přístroj na vyšetření stolice na okultní krvácení do střeva,
- přístroj na měření QUICK – sledování pacientů po plicní embolii a žilní trombóze,
- nové vybavení čekárny – minivěž rádio s CD přehrávačem, křesla, stojan na časopisy, věšák na kabáty a deštníky.

Mzdové výdaje mají ve sledovaném období rostoucí charakter, což vypovídá o tom, že lékař navyšuje mzdy svým zaměstnancům každý rok. V roce 2007 se mzdy meziročně navýšily o 17,5%, což je znázorněno v tabulce 3.4. Mzdy zaměstnanců jsou mzdy za všeobecnou zdravotní sestru a paní na úklid, která byla zaměstnána na Dohodu o pracovní činnosti jako důchodkyně. Na mzdy a odvody sociálního a zdravotního pojištění vynaložil lékař v roce 2006 i 2007 částku, která odpovídá 21% celkových výdajů. Odvody na sociální

a zdravotní pojištění za lékaře v roce 2006 činily necelých 8%, ale v roce 2007 to bylo více než 10%.⁴⁷

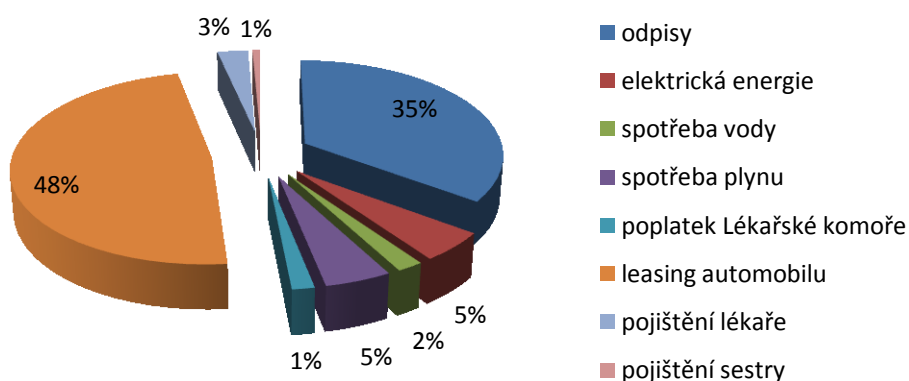
Tab. 3.4 Vývoj mzdových nákladů v letech 2006 - 2007

Název položky	2006	2007
Mzdové náklady v Kč	234 230,00	275 150,00
Meziroční změna mzdových nákladů v %	x	17,5

Zdroj: Interní materiály – Peněžní deník za období 2006 - 2007, vlastní zpracování

Do položky **provozní režie** a ostatní výdaje patří celá řada výdajů, které jsou nezbytné pro fungování lékařské praxe. Níže jsou v grafu 3.4 uvedeny nejvýznamnější výdaje roku 2006, které se podílejí největší částkou na celkových výdajích.

Graf 3.4 Nejvýznamnější výdaje lékaře v roce 2006



Zdroj: Interní materiály – Peněžní deník za období 2006 - 2007, vlastní zpracování

⁴⁷ Interní materiály lékaře – Peněžní deník za období 2006 - 2007

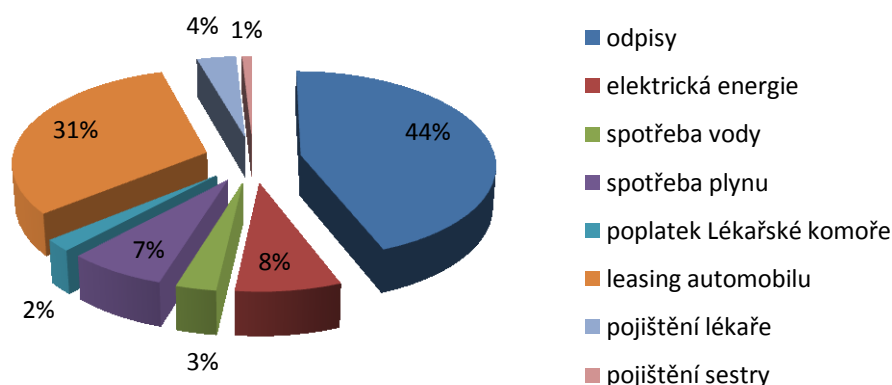
Z grafu je zřejmé, že největším výdajem byla částka za leasing osobního automobilu 48% a druhý největší výdaj odpisy ve výši 35%. Elektrická energie a spotřeba plynu se podílí na celkových výdajích 5ti%.

Mezi další roční výdaje patří:

- roční příspěvek České lékařské komoře,
- profesní pojištění podnikatele, pojištění podnikatelských rizik pro případ přerušeni provozu,
- profesní pojištění zdravotní sestry,
- svoz a likvidace nebezpečného odpadu, který je zabezpečen smluvně firmou SITTA, s. r. o., platby za telefony, za účetní práce, poštovné, nákup čistících hygienických prostředků, bankovní poplatky, pohonné hmoty,
- nákup tonerů a papírů do tiskárny a kopírovacího stroje, nákup a výměna zářivek, nákup pohonných hmot, drobné opravy, malířské práce, nákup tiskopisů, atd.

V následujícím grafu 3.5 jsou uvedeny nejvýznamnější výdaje v roce 2007, které se podílejí největší částkou na celkových výdajích.

Graf 3.5 Nejvýznamnější výdaje lékaře v roce 2007



Zdroj: Interní materiály – Peněžní deník za období 2006 - 2007, vlastní zpracování

Z grafu 3.5 je zřejmé, že největším výdajem v tomto roce je částka za odpisy 48% a druhý největší výdaj patří leasingu ve výši 31%. Elektrická energie se podílí na celkových výdajích

8% a spotřeba plynu 7%. V následující tabulce 3.5 je zachycen vývoj provozní režie v letech 2006 – 2007.

Tab. 3.5 Vývoj provozní režie v letech 2006 - 2007

Název položky	2006	2007
Provozní režie v Kč	384 758,00	448 089,00
Meziroční změna provozní režie v %	x	16,5

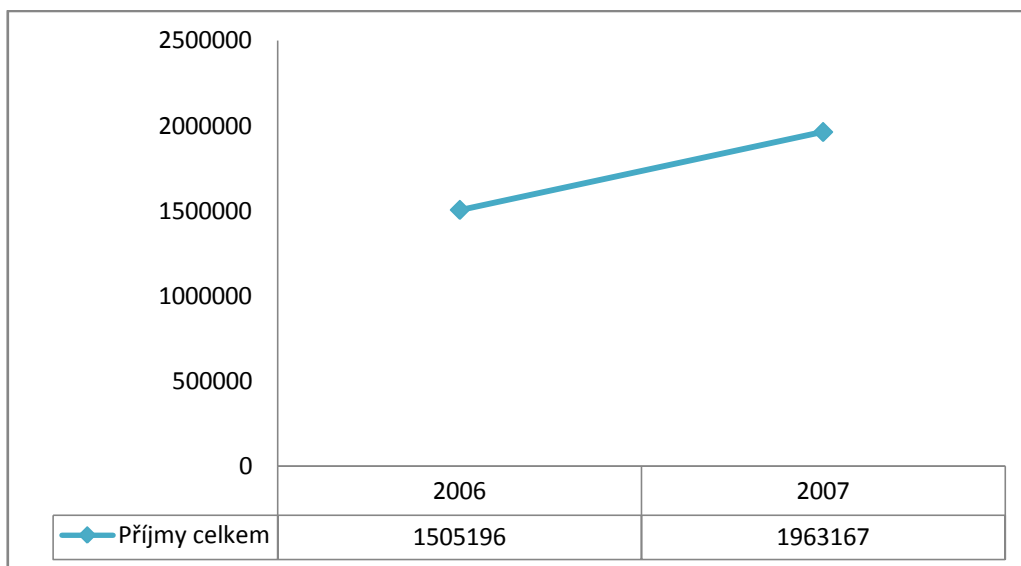
Zdroj: *Interní materiály lékaře – Peněžní deník za období 2006 - 2007, vlastní zpracování*

Z tabulky je zřejmé, že výdaje na provozní režii v roce 2007 vzrostly o 16,5%, což dokládá i výpočet meziroční změny. Toto navýšení bylo zapříčiněno dobudováním ordinace, která se stavěla a zařizovala již od roku 2006 v rodinném domě lékaře.

Příjmy z prodeje služeb odpovídají v letech 2006 i 2007 více než 99% celkových příjmů. V roce 2007 bylo o 30% více příjmů, než v roce předchozím, což znázorňuje graf 3.6. Příjmy lékaře jsou v posuzovaných letech součtem kapitačních plateb (viz tab. 3.6), úhrad za výkony zahrnuté do kapitační platby, náhrad cestovních nákladů v rámci návštěv u pacientů, úhrad za výkony, které nejsou zahrnuty do kapitační platby, úhrad za zdravotní péči, která je poskytnutá neregistrovaným pacientům. Největší příjmovou položkou jsou příjmy plynoucí ze zdravotních pojišťoven (z poskytování zdravotní péče) – kapitační platby a platby za výkony, které nejsou součástí kapitačních plateb. Mezi výkony, které jsou zahrnuty do kapitačních plateb, patří např. odběry krve, preventivní prohlídky, akutní a opakované ošetření pacienta, injekce do svalů, obstríky kloubů, měření EKG a další.⁴⁸

⁴⁸ Interní materiály lékaře – Peněžní deník za období 2006 - 2007

Graf 3.6 Vývoj celkový příjmů v letech 2006 - 2007



Zdroj: *Interní materiály lékaře – Peněžní deník za období 2006 - 2007, vlastní zpracování*

Z grafu je zřejmé, že příjmy v letech 2006 – 2007 mají vzrůstající charakter, až o 30% v roce 2007. Příčinou zvýšení je nárůst příjmové položky tržby z prodeje služeb.

Pro výpočet kapitační platby je důležitá věková struktura pacientů. Tato platba je uskutečňována každý měsíc jako součin počtu registrovaných pojištěnců s příslušným věkovým indexem a sazbou, která je stanovena na jednoho registrovaného pojištěnce. V následující tabulce 3.6 je výpočet kapitační platby pro všechny pojišťovny za měsíc prosinec v roce 2007. Je zde zobrazena věková struktura pacientů pro všechny pojišťovny a vypočtena kapitační platba se sazbou pro rok 2007/36,--Kč za jednicového pojištěnce.⁴⁹

⁴⁹ Interní materiály lékaře – *Dodatky ke smlouvě se zdravotními pojišťovnami*

Tab. 3.6 Výpočet kapitační platby pro všechny pojišťovny za prosinec 2007

Věková kategorie	Index I	Počet pacientů P	Kapitační platba v Kč P x I x 36
15 - 19	1,00	21	756,00
20 - 24	0,90	39	1263,60
25 - 29	0,95	83	6258,60
30 - 34	1,00	76	2838,60
35 - 39	1,05	198	7484,40
40 - 44	1,05	133	5027,40
45 - 49	1,10	187	7405,20
50 - 54	1,35	255	12393,00
55 - 59	1,45	112	5846,40
60 - 64	1,50	103	5562,00
65 - 69	1,70	89	5446,80
70 - 74	2,00	98	7056,00
75 - 79	2,40	85	7344,00
80 - 84	2,90	83	8665,20
85 - 89	3,40	79	9669,60
90 - 94	3,40	8	979,20
Celkem	x	1 649	93 996,00

Zdroj: Vyhláška 471/2009⁵⁰, interní materiály, vlastní zpracování

Z tabulky 3.6 lze vyčíst, že nejpočetnější skupinou je věková kategorie 50 – 54 let, kdy počet pacientů je 255, naopak nejméně početnou skupinou je věková kategorie 90 – 94 let s počtem pacientů 8. V pořadí desátou nejpočetnější skupinou je věková kategorie 85 – 89 let, přesto má nejvyšší kapitační platbu a pro lékaře je proto, co se týče kapitačních plateb, nejvýnosnější.

⁵⁰ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 471/2009 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2010

Do ostatních příjmů, které činí necelé 1% z celkových příjmů, jsou zahrnuty platby od pacientů, které nehradí pojišťovny. V roce 2007 bylo těchto příjmů o 41% více, než v předchozím roce. Lékař prováděl tyto výkony na žádost pacienta a od téhož pacienta za poskytnuté výkony získal úhradu. Jedná se o vystavení potvrzení o způsobilosti řídit vozidlo, potvrzení k přijetí na školu, potvrzení o bezinfekčnosti, vydávání potvrzení na zbrojní průkaz, potravinářský průkaz, vstupní a výstupní prohlídka do a ze zaměstnání, úhrady od OSSZ – příprava žádostí o invalidní důchod, o přiznání bezmocnosti, o přiznání stupně závislosti sociálních služeb, vypracování posudků pro policii, soud a komerční pojišťovny. Dále cestovní náhrady při návštěvní službě lékařem. Jsou hrazeny podle příslušného výkonu dopravy zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči v návštěvní službě poskytlo. Zdravotní pojišťovna uzavřela s lékařem smlouvu o paušální náhradě cestovních nákladů, které byly dohodnuty sazbou za navštíveného pojištěnce. Lékař navštěvuje pacienty pravidelně. Jedná se o pacienty, kteří se nemohou dostavit do ordinace a jejichž zdravotní stav vyžaduje ošetření nebo kontrolu.

3.1 Analýza hospodaření v letech 2008 – 2010

V roce 2007 lékař založil společnost s ručením omezeným a od roku 2008 vedl podvojně účetnictví. Ordinace si pronajal v prostorách nad místní lékárnou od majitele lékárny. V příloze č. 3, 4 a 5 jsou uvedeny podrobnější informace o výnosech, nákladech a výsledcích hospodaření společnosti v letech 2008 – 2010.⁵¹

Výsledek hospodaření – společnost hospodařila vždy k 31. 12. daného roku ve sledovaném období s kladným výsledkem hospodaření. Každým rokem se jí podařilo pokrýt náklady dostatečnými výnosy. Výsledkem hospodaření za sledované období je zisk, který je v roce 2008 a 2009 převeden na účet nerozděleného zisku minulých let a v roce 2010 byl vyplacen majitelům společnosti.

⁵¹ Příloha č. 3: Rozbor hospodaření za rok 2008 v Kč,
Příloha č. 4: Rozbor hospodaření za rok 2009 v Kč
Příloha č. 5: Rozbor hospodaření za rok 2010 v Kč

Vývoj celkových výsledků hospodaření společnosti je uveden v následující tabulce 3.7.

Tab. 3.7 Vývoj výsledků hospodaření v letech 2008 – 2010 v Kč

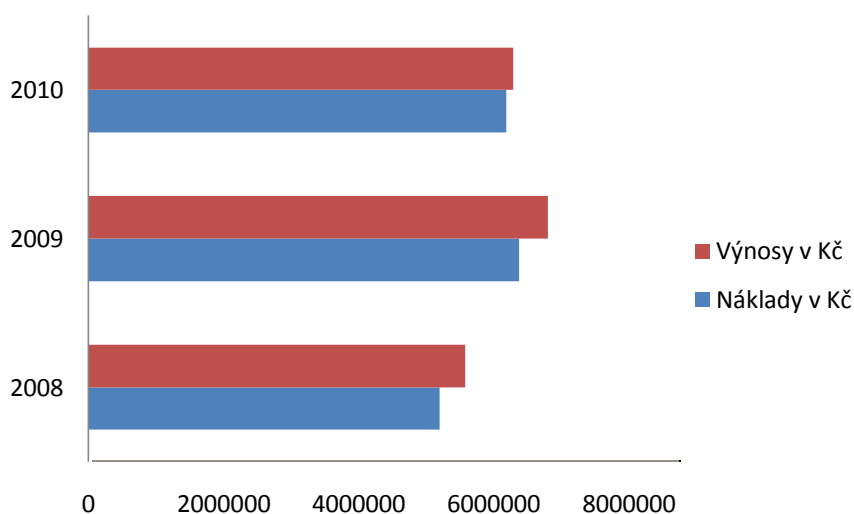
Název	2008	2009	2010
Výnosy	5 574 948,00	6 800 465,00	6 286 961,00
Náklady	5 197 247,00	6 370 693,00	6 185 761,00
HV před zdaněním	377 701,00	429 772,00	101 200,00
Daň z příjmů	79 318,00	85 955,00	19 228,00
HV po zdanění	298 383,00	343 817,00	81 972,00

Zdroj: Interní materiály lékaře – Výsledovka za období 2008 - 2010, vlastní zpracování

V průběhu sledovaného období let 2008 – 2010 měl výsledek hospodaření po zdanění kolísající charakter. Nejvyššího výsledku hospodaření po zdanění dosáhla společnost v roce 2009, což bylo o 14,3% více než v předchozím roce.

V následujícím grafu 3.7 je znázorněn rozdíl mezi výší výnosů a výší nákladů v letech 2008 - 2010. Z grafu je zřejmé, že nejmenší rozdíl mezi výnosy a náklady je v roce 2010, což je zapříčiněno vysokými mzdovými náklady a vyšší spotřebou zdravotnického materiálu.

Graf 3.7 Vývoj výše výnosů a nákladů společnosti v letech 2008 - 2010



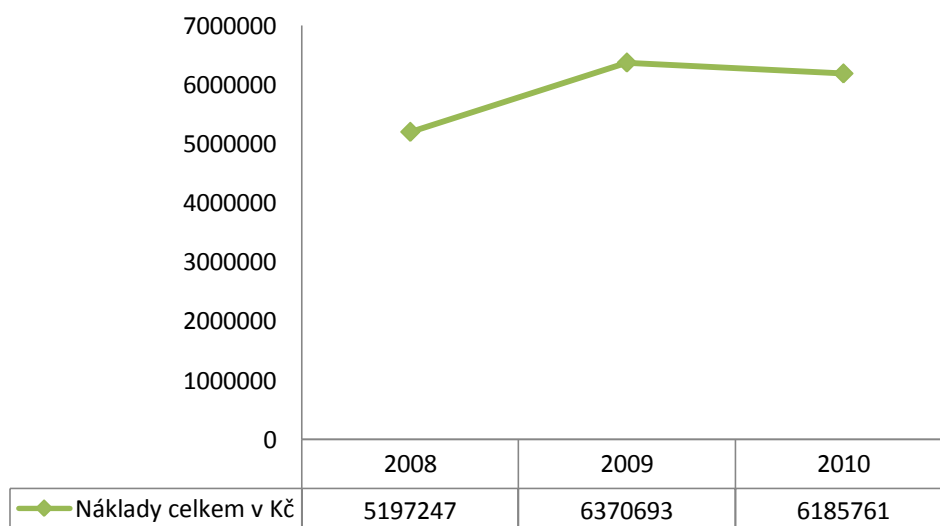
Zdroj: Interní materiály lékaře – Výkaz zisku a ztráty za období 2008 - 2010, vlastní zpracování

Mezi **náklady** patří mzdy, spotřeba energie, zákonné sociální pojištění, spotřeba materiálu, výdaje, které byly vynaloženy k provozu služebního automobilu atd. Veškeré nákladové položky za sledovaná období jsou uvedeny v příloze č. 3 – 5.

Vývoj celkových nákladů je v průběhu sledovaného období proměnlivý, viz graf 3.8.

V průběhu let 2008 – 2010 mají celkové náklady kolísající charakter. K nejvýraznější změně došlo v roce 2009, kdy oproti předchozímu roku vzrostly tyto náklady o necelých 23%. Důvodem jejich zvýšení je rostoucí spotřeba materiálu a navyšování mzdových nákladů.⁵²

Graf 3.8 Vývoj celkových nákladů v letech 2008 - 2010



Zdroj: Interní materiály – Výsledovka za období 2008 - 2010, vlastní zpracování

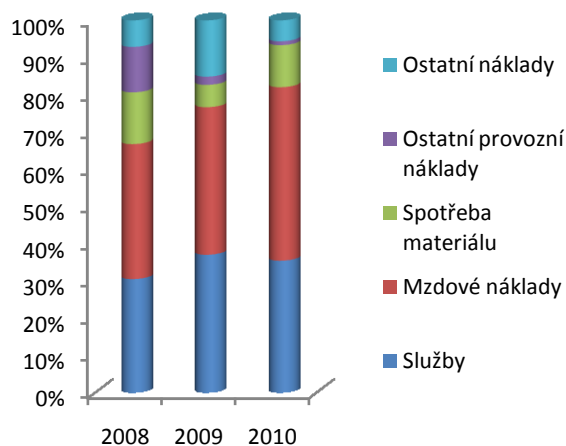
Nejpodstatnějšími nákladovými položkami z hlediska jejich podílu na celkových nákladech jsou:

- služby
- mzdové náklady
- spotřeba materiálu a energie
- ostatní provozní náklady

Podíl výše uvedených nákladových položek na celkových nákladech společnosti je zobrazen v následujícím grafu.

⁵² Interní materiály – Výsledovka za období 2008 - 2010

Graf 3.9 Podíl jednotlivých nákladů na celkových nákladech v letech 2008 – 2010 v %



Zdroj: Interní materiály lékaře – Výsledovka za období 2008 -2010, vlastní zpracování

Z grafu je zřejmé, že v letech 2008 - 2010 se největším podílem na nákladech podílela položka mzdové náklady, což bylo v letech 2008 a 2009 více jak 30% a v roce 2010 více jak 40%.

Mzdové náklady mají ve sledovaném období rostoucí charakter, což vypovídá o tom, že každým rokem dochází k navyšování mezd zaměstnanců společnosti. Zvyšování mzdových nákladů je také způsobeno narůstajícím počtem zaměstnanců společnosti, jak je patrné z následující tabulky 3.8.

Tab. 3.8 Počet zaměstnanců ve společnosti podle profese v letech 2008 - 2010

Zaměstnanci	2008	2009	2010
Lékaři	2	3	4
Zdravotní sestry	3	4	4
THP	1	1	1
Zaměstnanci celkem	6	8	9

Zdroj: Interní materiály lékaře, vlastní zpracování

Jak dokazuje tabulka, v roce 2010 bylo o tři zaměstnance více, než v roce 2008.

V roce 2009 je navýšení mzdových nákladů o 271 778,-- Kč, což je o 19,9% více než v předchozím roce. V roce 2010 je navýšení o 424 671,-- Kč oproti předchozímu roku, což je necelých 26%, viz tabulka 3.9.

Tab. 3.9 Mzdové náklady, zákonné sociální pojištění a náklady v letech 2008 - 2010

Název	2008	2009	2010
Mzdové náklady	1 366 535,00	1 638 313,00	2 062 984,00
ZSP - OSSZ	355 305,00	373 098,00	490 750,00
ZSP - VZP	80 528,00	98 854,00	114 201,00
ZSP – HZP⁵³	42 480,00	45 584,00	56 749,00
ZSP - OZP	x	x	5 715,00
ZS náklady	40 000,00	120 000,00	120 000,00

Zdroj: *Interní materiály lékaře – Výsledovka 2008 - 2010, vlastní zpracování*

Z tabulky je patrné, že se každým rokem navyšovalo zákonné sociální pojištění se zdravotními pojišťovnami a s okresní sociální správou zabezpečení. Na OSSZ bylo průměrně za sledované období zapláceno 406 384,--Kč, na ZP VZP 97 861,-- Kč a na ZP HZP (ČPZP) 48 271,--Kč. Zákonné sociální náklady jsou příspěvky zaměstnavatele zaměstnancům na penzijní připojištění.

Spotřeba materiálu jsou náklady na běžný provoz. Je zde zahrnuto nakupování a doplňování zásob zdravotnického materiálu přibližně třikrát týdně. Jedná se o nákup očkovacích látek, léků, roztoků do infuzí, receptů, tiskopisů, náplastí, jehel, injekčních stříkaček, obvazového materiálu, dezinfekčních roztoků a dalšího jednorázového spotřebního zdravotnického materiálu. Do spotřeby materiálu je také zahrnutý nákup drobného majetku. Bylo nakoupeno zařízení nových ordinací (kancelářský a lékařský nábytek), počítačové vybavení, tiskárny, vybavení čekáren (židle, věšáky), vybavení funkční ordinace,

⁵³Na základě žádosti HZP a ČNZP bylo rozhodnutím MZ ČR povoleno sloučení HZP s ČNZP k datu 1.10.2009. Současně se sloučením mění HZP svůj název na Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP).

kde se poskytují pacientům infuze (stojany na infuze, dvě křesla, kamerový systém, kuchyňka).

Přehled o vývoji spotřeby materiálu a o jeho meziroční změně je zobrazen v následující tabulce.

Tab. 3.10 Vývoj spotřeby materiálu v letech 2008 - 2010

Spotřeba materiálu	2008	2009	2010
Spotřeba materiálu v Kč	722 802,00	382 188,00	698 801,00
Meziroční změna spotřeby materiálu v %	x	-47,1	82,8

Zdroj: *Interní materiály lékaře – Výsledovka 2008 - 2010, vlastní zpracování*

K výraznému nárůstu spotřeby materiálu došlo v roce 2010 oproti roku 2009, kdy meziroční změna této nákladové položky činila nárůst o 82,8%. V roce 2009 došlo k výraznému poklesu spotřeby materiálu. Největší spotřeba materiálu byla v roce 2008.

Do položky **ostatní služby** patří služby na běžný provoz, dále leasing na vybavení ordinace (kancelářský nábytek, počítačové vybavení), leasing na ultrazvuk UF750XT na vyšetření srdce a cév a leasing osobních automobilů.

Přehled o vývoji nákladové položky ostatní služby a její meziroční změny podává tab. 3.11.

U nákladové položky ostatní služby dochází v roce 2009 k nárůstu o téměř 49%, v roce 2010 naopak k poklesu o více jak 7%. Nárůst v roce 2009 byl zapříčiněn leasingem na vybavení ordinací.

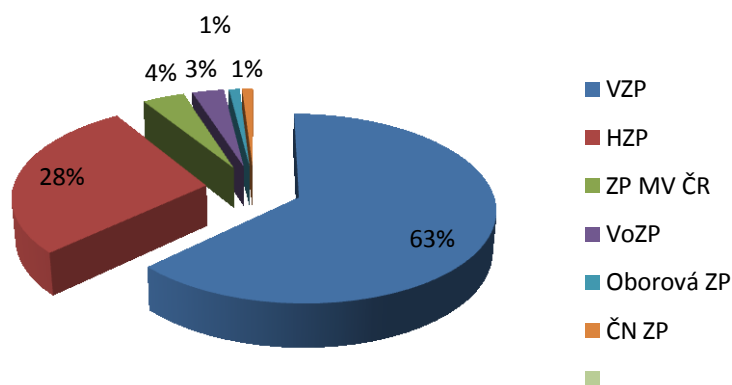
Tab. 3.11 Vývoj ostatních služeb v letech 2008 - 2010

Ostatní služby	2008	2009	2010
Ostatní služby v Kč	1 584 882,00	2 359 108,00	2 191 334,00
Meziroční změna ostatních služeb v %	x	48,9	-7,1

Zdroj: *Interní materiály lékaře – Výsledovka 2008 - 2010, vlastní zpracování*

Výnosy společnosti (viz příloha č. 3) byly v průměru za sledované období z více než 96% tvořeny příjmy plynoucí ze zdravotních pojišťoven (příjmy z poskytování zdravotní péče). Jsou součtem kapitačních plateb, úhrad za výkony zahrnuté do kapitační platby, náhrad cestovních nákladů v rámci návštěv u pacientů, úhrad za výkony, které nejsou zahrnuty do kapitační platby, úhrad za zdravotní péči, která je poskytnutá neregistrovaným pacientům. Největší položku výnosů činí příjem od zdravotních pojišťoven za kapitační a fakultativní platby – platby za výkony. Procentuální vyjádření plateb od jednotlivých pojišťoven v roce 2008 je patrné z následujícího grafu.⁵⁴

Graf 3.10 Platby od zdravotních pojišťoven v roce 2008



Zdroj: Interní – Počítačový program MEDICUS KOMFORT, vlastní zpracování

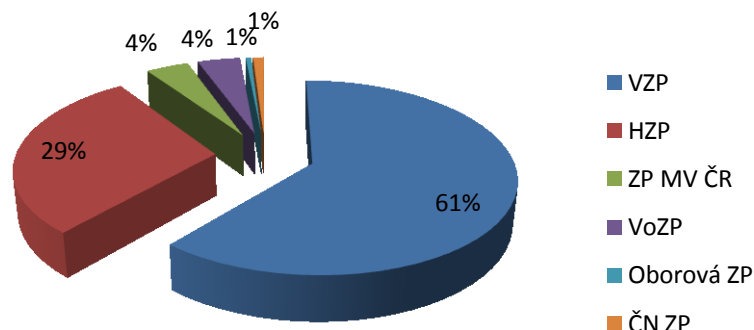
Největší částka byla přijata od VZP 3 149 657,-- Kč, tj. 63% z celkové částky plateb. Druhou největší částkou je příjem od Hutnické zdravotní pojišťovny ve výši 1 398 441,-- Kč, tj. 28%. Od Vojenské zdravotní pojišťovny bylo přijato 146 183,-- Kč, což činí 3%, od ZP Ministerstva vnitra ČR platby činily 214 204,-- Kč, tj. 4%, od Oborové ZP byla přijata částka 50 109,-- Kč, tj. 1% a od České národní ZP částka 40 937,-- Kč, tj. 1%.⁵⁵

⁵⁴ Příloha č. 4: Rozbor hospodaření za rok 2008 v Kč

⁵⁵ Interní – Počítačový program MEDICUS KOMFORT

Procentuální vyjádření plateb od jednotlivých pojišťoven v roce 2009 je patrné z následujícího grafu.⁵⁶

Graf 3.11 Platby od zdravotních pojišťoven v roce 2009



Zdroj: Interní - Počítačový program MEDICUS KOMFORT, vlastní zpracování

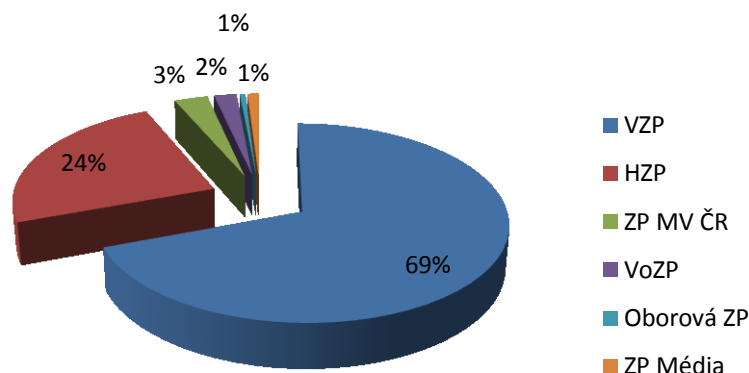
Největší částka byla přijata od Všeobecné ZP 4 147 345,-- Kč, tj. 61% z celkové částky plateb. Druhou největší částkou je příjem od Hutnické ZP ve výši 1 895 071,-- Kč, tj. 29%. Od ZP Ministerstva vnitra bylo přijato 287 383,-- Kč, což činí 4%, od Vojenské ZP platby činily 243 551,-- Kč, tj. 4%, od Oborové ZP byla přijata částka 78 892,-- Kč, tj. necelé 1% a od České národní ZP částka 30 650,-- Kč, tj. necelé 1%.⁵⁷

⁵⁶ Příloha č. 4: Rozbor hospodaření za rok 2009 v Kč

⁵⁷ Interní - Počítačový program MEDICUS KOMFORT

V následujícím grafu je znázorněno procentuální vyjádření plateb od jednotlivých pojišťoven v roce 2010.⁵⁸

Graf 3.12 Platby od zdravotních pojišťoven v roce 2010



Zdroj: Interní - Počítačový program MEDICUS KOMFORT, vlastní zpracování

V tomto roce byla největší částka přijata opět od Všeobecné ZP 4 122 047,-- Kč, tj. 69% z celkové částky plateb. Druhou největší částkou je příjem od Hutnické ZP ve výši 2 052 180,-- Kč, tj. 24%. Od ZP Ministerstva vnitra bylo přijato 342 737,-- Kč, což činí 4%, od Vojenské ZP platby činily 232 379,-- Kč, tj. 1%, od Oborové ZP byl příjem částky 76 566,-- Kč, tj. necelé 1% a od ZP Média částka 29 652,-- Kč, tj. necelé 1%.⁵⁹

Nejvyšší výnosovou položkou společnosti ve sledovaném období jsou tržby z prodeje služeb. **Tržby z prodeje služeb** jsou stanovené platby od zdravotních pojišťoven, které jsou příjmem společnosti za poskytnuté služby zdravotní péče. Jsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Součástí výnosové položky tržby z prodeje služeb jsou příjmy od pacientů a státní správy.

⁵⁸ Příloha č. 4: Rozbor hospodaření za rok 2010 v Kč

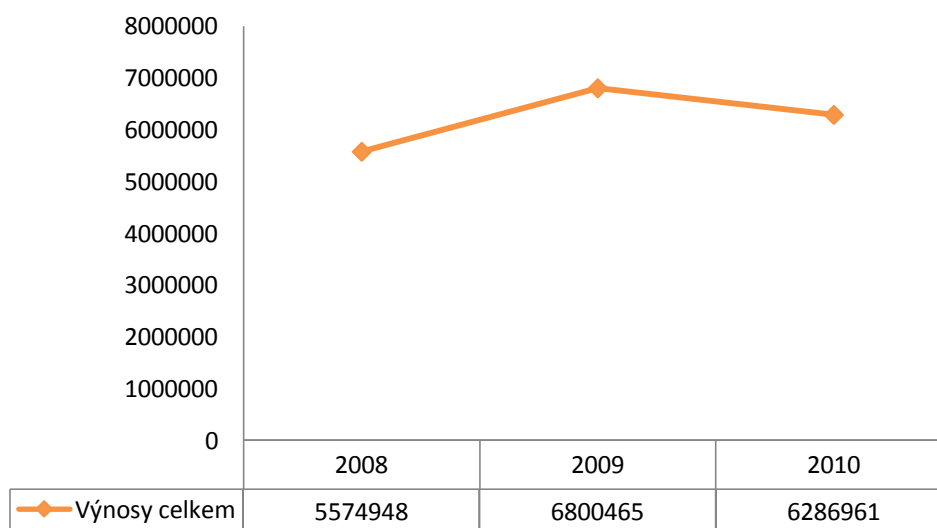
⁵⁹ Interní - Počítačový program MEDICUS KOMFORT

Jedná se o příjmy za vystavení:

- potvrzení o způsobilosti řídit vozidlo,
- potvrzení k přijetí na školu,
- potvrzení o bezinfekčnosti,
- potvrzení na vydání zbrojního průkazu,
- potravinářský průkaz,
- vstupní a výstupní prohlídka do a ze zaměstnání,
- příprava žádostí o invalidní důchod, o přiznání bezmocnosti, o přiznání stupně závislosti sociálních služeb,
- vypracování posudků pro policii, soud a komerční pojišťovny.

V následujícím grafu je znázorněn vývoj celkových výnosů v průběhu sledovaného období.

Graf 3.13 Vývoj celkových výnosů v letech 2008 - 2010



Zdroj: Interní materiály – Výkaz zisku a ztráty za období 2008 - 2010, vlastní zpracování

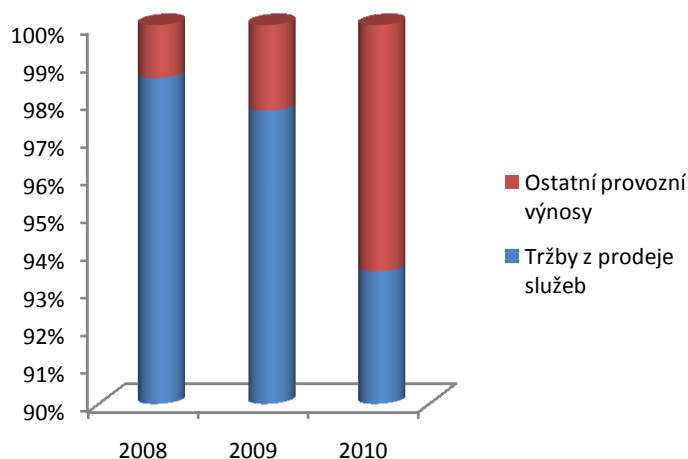
Celkové výnosy ve sledovaném období mají kolísavý charakter. V roce 2009 došlo k jejich výraznějšímu nárůstu, a to o necelých 22% oproti předchozímu roku. Příčinou zvýšení je nárůst výnosové položky tržby z prodeje služeb.

Zásadními výnosovými položkami z hlediska jejich podílu na celkových výnosech jsou:

- tržby z prodeje služeb,
- ostatní provozní výnosy.

Podíl těchto výnosových položek na celkových výnosech společnosti znázorňuje následující graf.

Graf 3.14 Podíl jednotlivých výnosů na celkových výnosech v letech 2008 - 2010



Zdroj: Interní materiály – Výkaz zisku a ztráty za období 2008 - 2010, vlastní zpracování

Z celkových průměrných výnosů tvoří v průměru za sledované období největší podíl tržby z prodeje služeb 96% a ostatní provozní výnosy v průměru 4%, zahrnující např. dotace na mzdy pro referentku a jednu lékařku.

Tržby z prodeje služeb jsou ve sledovaném období kolísavé, což je doloženo i výpočtem meziroční změny této výnosové položky v tab. 3.12.

Tab. 3.12 Vývoj tržeb z prodeje služeb v letech 2008 - 2010

Tržby z prodeje služeb	2008	2009	2010
Tržby z prodeje služeb v Kč	1 584 882,00	2 359 108,00	2 191 334,00
Meziroční změna ostatních služeb v %	x	48,9	-7,1

Zdroj: Interní materiály lékaře – Výsledovka za období 2008 - 2010, vlastní zpracování

K nejvyššímu nárůstu došlo v roce 2009, kdy tržby z prodeje služeb vzrostly o necelých 49%. V roce 2010 byl pokles tržeb z prodeje služeb o více jak 7%.

Do výnosové položky **ostatní provozní výnosy** je v letech 2008 a 2009 zahrnuta dotace od Úřadu práce v Jeseníku na část mzdy referentky. V roce 2010 je zde zahrnuta ještě dotace od Olomouckého kraje na část mzdy lékařky, která byla přijata v roce 2010. Dále je zde zahrnuto pojistné plnění za náhradu škody od pojišťovny za škodu způsobenou na vozidle.⁶⁰

V následující tabulce 3.8 je znázorněn vývoj ostatních provozních výnosů a jejich meziroční změny.

Tab. 3.13 Vývoj ostatních provozních výnosů v letech 2008 - 2010

Ostatní výnosy	2008	2009	2010
Ostatní provozní výnosy v Kč	77 844,00	153 823,00	409 076,00
Meziroční změna ostatních provozních výnosů v %	x	97,6	165,9

Zdroj: Interní materiály lékaře - Výsledovka za období 2008 - 2010 , vlastní zpracování

Ostatní provozní výnosy ve sledovaném období mají rostoucí charakter, což znázorňuje výpočet meziročních změn ostatních provozních výnosů. K nejvyššímu nárůstu ostatních provozních výnosů došlo v roce 2010. Příčinou jejich nárůstu je položka dotace na mzdy, která v předchozím roce činila 52,5% a v roce 2010 71,3% z celkových ostatních provozních výnosů.

⁶⁰ Interní materiály – Výsledovka za období 2008 - 2010

4 ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ HOSPODAŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

V souladu s cílem bakalářské práce je tato kapitola zaměřena na zhodnocení výsledků hospodaření praktického lékaře a na případné návrhy, týkající se hospodaření praktického lékaře. V předcházející části bakalářské práce byla analýza rozdělena do dvou částí. V první byla provedena analýza hospodaření praktického lékaře v letech 2006 – 2007 z důvodu vedení daňové evidence. V druhé části byla provedena analýza hospodaření praktického lékaře v letech 2008 – 2010 z důvodu vedení účetnictví. V této kapitole budou tyto dvě části sledovaných období zhodnoceny také rozděleně za každé sledované období zvlášť.

4.1 Zhodnocení hospodaření praktického lékaře v letech 2006 - 2007

Lékař v každém roce sledovaného období hospodařil k 31. 12. s kladným výsledkem hospodaření.

Veškeré příjmy lékaře převyšují jeho výdaje, což znamená, že hospodařil vždy s kladným výsledkem hospodaření. V roce 2007 je rozdíl mezi příjmy a výdaji o necelých 65% vyšší než v roce 2006. Dílčí základ daně byl o více jak 52% vyšší než v předchozím roce. Hospodářský výsledek po zdanění byl o 80% vyšší v roce 2007 než v roce předchozím. Zlepšený hospodářský výsledek byl po zdanění v letech 2006 i 2007 poukázán lékaři.

Výdaje mají rostoucí tendenci a tomuto vývoji odpovídá i vývoj příjmů. Důvodem rostoucích výdajů je rostoucí nákup materiálu, který odpovídá necelým 26% celkových nákladů v roce 2006. V roce 2007 výdaje vzrostly na 29%. Zvýšení výdajů bylo zapříčiněno především zvýšením cen zdravotnického materiálu (tj. spotřební zdravotnický materiál, léky apod.) a jeho větší spotřebou. Na spotřebě zdravotnického materiálu se výrazně šetřit nedá, pokud má být zajištěna kvalitní zdravotní péče. Mzdové náklady se také podílely nemalou částí na zvýšení výdajů. V roce 2007 vzrostly o téměř 18%. Odvody na sociální a zdravotní pojištění za lékaře se zvýšilo v roce 2007 o 2% oproti předchozímu roku. Nejvýznamnějšími výdaji v provozní režii byl leasing, který se podílí 48% z celkových výdajů a odpisy ve výši 35%. Výdaje na provozní režii vzrostly v roce 2007 o téměř 17%.

Hlavními příjmy lékaře v letech 2006 - 2007 jsou příjmy z prodeje služeb, které mají v průběhu sledovaného období rostoucí charakter. Podílejí se v průměru 99% na celkových

příjmech. Jejich nárůst je v roce 2007 o 30% oproti předchozímu roku. Jednou z příčin růstu těchto příjmů je skutečnost, že zdravotní pojišťovny navyšují platby za poskytnuté služby zdravotní péče. Je navyšována nejen částka za kapitační platbu na jednicového pojištěnce (počet pojištěnců vynásobený koeficientem pro určitou věkovou skupinu), ale i zvyšující se platby za výkony. Zvýšení celkových příjmů bylo také ovlivněno vyšším počtem zaregistrovaných pacientů. V roce 2007 bylo zaregistrováno o 81 pacientů více než v roce předchozím. Bez příjmů z prodeje služeb by lékař nemohl fungovat. Příjmy z prodeje služeb totiž tvoří ve sledovaném období většinu veškerých příjmů.

Dalším příjmem lékaře jsou ostatní příjmy, které se podílejí v průměru pouze necelým 1% na celkových příjmech. Přesto v roce 2007 byl nárůst těchto příjmů o 41% oproti předešlému roku. Toto navýšení bylo zapříčiněno větším počtem vystavování potvrzení, která žádají pacienti po lékaři a stanovenou vyšší částkou od státní správy za vyhotovení žádostí o invalidní důchod, o přiznání bezmocnosti, o přiznání stupně závislosti sociálních služeb apod.

4.2 Zhodnocení hospodaření praktického lékaře v letech 2008 - 2010

Ve sledovaném období společnost hospodařila v každém roce k 31. prosinci daného roku s kladným výsledkem hospodaření. Je důkazem dobrého vedení společnosti a dobrého hospodaření. V průběhu sledovaného období měl výsledek hospodaření kolísavý charakter. Největšího zisku společnost dosáhla v roce 2009, což bylo o více jak 14% více než v předchozím roce. V roce 2010 byl nejmenší zisk a byl zapříčiněn velmi malým rozdílem mezi výší výnosů a výší nákladů. Průměrný roční zisk za sledované období činil 241 391,-- Kč. Zisk byl v roce 2008 a 2009 převeden na účet nerozděleného zisku minulých let a v roce 2010 byl vyplacen majitelům společnosti.

Náklady sledovaného období mají kolísající charakter a tomuto vývoji odpovídá i vývoj výnosů. K nejvýraznější změně došlo v roce 2009, kdy náklady vzrostly oproti předchozímu roku o necelých 23%. Důvodem rostoucích nákladů jsou zejména rostoucí mzdové náklady, což vypovídá o tom, že každý rok dochází k navyšování mezd zaměstnanců společnosti. Zvyšování mzdových nákladů je také způsobeno narůstajícím počtem zaměstnanců společnosti, který je o tři zaměstnance vyšší v roce 2010 oproti roku 2008. V souvislosti s rostoucími mzdami roste i výše odváděného zákonného sociálního pojištění, na které

bylo odvedeno v průměru ročně 554 528,-- Kč. Spotřeba materiálu navyšuje nákladovou položku průměrně ročně částkou 601 264,-- Kč. K nejvýraznějšímu nárůstu došlo v roce 2008, kdy se položka spotřeba materiálu podílela na celkových výdajích necelými 14%. V roce 2009 došlo k poklesu spotřeby materiálu o více jak 47% oproti předchozímu roku. V roce 2010 byl nárůst spotřeby materiálu o více jak 82% z důvodu provádění a vykazování vyššího množství výkonů. Byla přijata nová lékařka, která pacienty nezná, proto musí provádět více výkonů než lékař, který je už s pacientem obeznámen.

Hlavním příjmem společnosti jsou tržby z prodeje služeb, které mají v průběhu sledovaného období kolísavý charakter. Nejvyšší výnosy byly v roce 2009, které výrazně narostly oproti předchozímu roku o necelých 22%. Jednou z příčin růstu tržeb je navyšování plateb od zdravotních pojišťoven za poskytnuté služby zdravotní péče. Každá pojišťovna se snaží o navýšení těchto plateb různou bonifikací. Např. k základní kapitační platbě se připočítává další částka za ordinaci otevřenou jednou týdně do 18 hodin, ordinační doba je zaručena minimálně 30 hodin týdně a 5 dní v týdnu, pokud jde o akreditované zařízení praktických lékařů a podílí se reálně na školení adepta praktického lékaře. Společnost je akreditovaným zařízením a v roce 2010 přijala jednu lékařku – školence, kterého školí v oboru všeobecného praktického lékařství. Bez tržeb z prodeje služeb by společnost nemohla provozovat činnost. Tržby z prodeje služeb tvoří ve sledovaném období v průměru 96% veškerých výnosů společnosti.

Dalším příjmem společnosti je položka ostatní provozní výnosy, která se podílí v průměru částkou 213 581,--Kč ročně na celkových výnosech společnosti, což činí 4%. K nejvýraznějšímu nárůstu došlo v roce 2010 o více jak 160% oproti předchozímu roku, což bylo zapříčiněno přijetím dotací, které v roce 2010 činily více jak 71% z celkových ostatních provozních výnosů. V letech 2008 a 2009 byla přijata dotace od Úřadu práce v Jeseníku na část mzdy referentky, kterou lékař přijal z úřadu práce. V roce 2010 byla přijata dotace na část mzdy referentky i na část mzdy lékařky od Olomouckého kraje.

Příjmem lékaře jsou také registrační poplatky u lékaře, které jsou použity na technický provoz ordinace.

4.3 Návrhy na opatření

Jedním z návrhů na zvýšení příjmů společnosti jsou pozvánky pacientů na preventivní prohlídky. Každý pacient, který dosáhl věku čtyřiceti let, má nárok na preventivní prohlídku jednou za dva roky. Tyto prohlídky jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami a jsou příjmem lékaře.

Dalším návrhem je snížení počtu zaměstnanců, čímž se sice sníží mzdové náklady, ale menší počet zaměstnanců by mohl vést ke snížení kvality poskytované zdravotní péče.

Třetí návrh, jak snížit náklady, souvisí s omezením množství vykazovaných výkonů.

Čtvrtým návrhem na zvýšení příjmů je zapojení společnosti do různých bonifikačních programů.

Posledním návrhem k získání finančních prostředků by mohlo být rozšíření činnosti o jinou činnost, o prodej potravinových doplňků a vitamínů.

5 ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na hospodaření praktického lékaře v letech 2006 – 2010. Cílem práce bylo na základě provedené analýzy hospodaření praktického lékaře zhodnotit jeho hospodaření a podat případné návrhy na zlepšení hospodaření.

V teoretické části práce je popsán systém a vývoj zdravotnictví v České republice, rozdělení zdravotní péče a zdravotnických zařízení, financování zdravotnictví, veřejné zdravotní pojištění, ambulantní péče, zásady hospodaření praktických lékařů. Jsou popsány požadavky a podmínky pro vznik zdravotnického zařízení praktického lékaře. Je zmíněna kapitální platba a platba za výkony a popsány jsou regulační poplatky u lékaře.

V praktické části byla prováděna analýza hospodaření praktického lékaře. V úvodu této části byly zmíněny základní údaje o praktickém lékaři a struktura jeho pacientů. Následovala analýza období let 2006 – 2007 a poté analýza let 2008 – 2010.

Z provedené analýzy hospodaření praktického lékaře v letech 2006 – 2010 vyplynulo, že lékař hospodařil za sledované období v každém roce s kladným výsledkem.

Celkové příjmy i výnosy lékaře v každém roce převyšovaly jeho celkové výdaje a náklady. Dosažený kladný výsledek hospodaření v letech 2006 – 2007 byl vyplacen lékaři, v letech 2008 a 2009 byl převeden na účet nerozděleného zisku minulých let a v roce 2010 byl vyplacen majitelům společnosti.

Nejvyšší výdajovou položkou v letech 2006 – 2007 byla provozní režie. V průměru představuje více jak třetinu celkových výdajů a v průběhu sledovaného období má rostoucí charakter. Růst provozní režie je způsoben hlavně dobudováním ordinace lékaře v jeho vlastním domě.

Nejvyšší nákladovou položkou v letech 2008 – 2010 byly mzdové náklady, které v průměru představují více jak třetinu celkových nákladů. V průběhu sledovaného období mají rostoucí charakter. Růst mzdových nákladů je způsoben navyšováním počtu zaměstnanců, který stoupl za poslední tři roky o tři zaměstnance.

Hlavním příjmem lékaře v období 2006 – 2010 jsou tržby z prodeje služeb, tj. úhrady plateb od zdravotních pojišťoven, které v každém roce sledovaného období tvoří větší část celkových příjmů a výnosů. V průměru se na celkových příjmech a výnosech podílejí 96%.

Dalším příjmem lékaře jsou ostatní příjmy, jež se v průměru ve sledovaném období podílí 4% na celkových příjmech a výdajích.

Z provedené analýzy vyplývá, že nejvíce problematickou oblastí hospodaření lékaře posledních let jsou mzdové náklady a položka ostatní služby. Snížení mzdových nákladů by se dalo řešit snížením počtu zaměstnanců. Počet zaměstnanců je však adekvátní množství vykonávané práce a jeho snížení by vedlo ke snížení kvality poskytované zdravotní péče. Proto se možnost snížit mzdové náklady snížením počtem zaměstnanců jeví jako nereálná.

Dalším návrhem, jak zvýšit příjmy společnosti, je zvat pacienty na preventivní lékařské prohlídky. Každý pacient má nárok po dovršení čtyřiceti let každé dva roky na preventivní prohlídku, kde je mu odebrána krev, změřený krevní tlak, cukr v krvi a případně je odeslán na další vyšetření. Přesné a pravidelné zvaní pacientů by lékaři zabezpečoval stávající počítačový program MEDICUS KOMFORT. Tyto preventivní prohlídky zdravotnickému zařízení hradí zdravotní pojišťovny, což by vedlo ke zvýšení příjmů společnosti. Tento návrh se mi jeví jako realizovatelný.

Dalším návrhem na zvýšení příjmů praktického lékaře je snížení vykázaných výkonů, kdy se některé výkony provádějí nadbytečně. Zdravotní pojišťovny jako plátcí zdravotní péče velmi ostře sledují tzv. vyžádanou péči (počet pacientů odeslaných praktickým lékařem k rentgenovému vyšetření, do laboratoře, na ultrazvuk, ke specialistovi, atd.). Velmi často dochází k duplicitě zdravotní péče, kdy řada pacientů absolvuje stejné vyšetření několikrát ročně, aniž by o tom jejich praktický lékař věděl. Tomuto plýtvání prostředků na zdravotní péči, které v konečném důsledku vede k sankcionování a finančnímu postihu lékaře, by měl zabránit systém elektronických zdravotních knížek IZIP, která VZP ČR promuje. Systém IZIP předchází provádění nadbytečných a duplicitních zdravotních výkonů, brání nekoordinovanému předepisování léků a vyšetření. Díky tomu by docházelo k výrazným úsporám v systému veřejného zdravotního pojištění. VZP vypsala bonifikaci k motivování lékařů. Za každý údaj, kterým praktický lékař přispěje do tohoto systému, je oceněn až 3,--Kč. Tento návrh se zdá být zatím nerealizovatelný, protože širšímu zapojení do systému IZIP brání odmítavý postoj ostatních pojišťoven a technologická a internetová negramotnost řady praktických lékařů, především lékařů ve vyšším věku.

Další návrh, který se mi zdá realizovatelný, je zapojení společnosti do bonifikačního programu. VZP od 1. 1. 2011 spustila bonifikační program AKORD, kdy u praktického lékaře

pro dospělé je navýšení kapitační platby o 4,--Kč na jednoho přepočteného registrovaného pojištěnce VZP na kalendářní měsíc. Podmínkou pro vstup do programu je zavést objednávkový systém a objednávání pacientů u příslušného specialisty.

Posledním návrhem, jak získat finanční prostředky, je prodávání potravinových doplňků v prostorách čekáren. Toto se mi jeví také nerealizovatelné, protože by lékař musel přijmout zaměstnance, který by tyto doplňky prodával, tím by ale docházelo k navýšení mzdových nákladů. Řešením tohoto návrhu by mohlo být umístění automatu na nápoje v prostorách čekárny, který by pacienti při čekání rádi uvítali.

Na základě provedené analýzy a zhodnocení hospodaření praktického lékaře lze říci, že lékař hospodaří dobře, což je kromě jiného dáno dobrým vedením společnosti.

Lékař pracuje neustále na svém vzdělávání v oboru i na vzdělávání svých zaměstnanců, což se kladně odráží vysokou kvalitou poskytované zdravotní péče, o čemž svědčí i spokojení pacienti a také to, že dnes už musí lékař pacienty k zaregistrování do své ordinace odmítat. Jeho vize do budoucna je společnost rozšířit o další odborné lékaře, kteří by byli odborníky různé ambulantní péče.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví – Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a. s., 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

DOLANSKÝ, H. *Veřejné zdravotnictví*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 223 s. ISBN 978-80-7248-494-2.

GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. 4.vyd., Praha: ASPI, 2007. 504 s. ISBN 978-80-7357-276-1.

NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, M. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. Praha: ASPI, 2008. 712 s. ISBN 978-80-7357-351-5.

REKTORČÍK, J. a kol. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. Praha: Ekopress, 2002. 264 s. ISBN 80-86119-60-2.

RŮČKOVÁ, P. *Finanční analýza – metody, ukazatele, využití v praxi*. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2007. 118 s. ISBN 978-80-247-1386-1.

ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, Z. *Ekonomika zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 206 s. ISBN 80-7013-429-1.

LEGISLATIVA

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 471/2009 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2010.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

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

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, v platném znění.

Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění.

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmu, ve znění pozdějších předpisů.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví*. [on-line]. 2009, [cit. 2011-04-25]. Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-zdravotnictvi-2009>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnická ročenka ČR 2009*. [on-line]. 2009, [cit. 2011-03-28]. Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2009>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnictví ČR ve statistických údajích*. [on-line]. 2009, [cit. 2011-02-23]. Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/cr-kraje>

INTERNÍ DOKUMENTY

Dodatek ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče s VZP ČR pro rok 2010.

Dodatek ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče se ZP MV pro rok 2010.

Peněžní deník za období 2006.

Peněžní deník za období 2007.

Přiznání k dani z příjmů fyzických osob za zdaňovací období 2006.

Přiznání k dani z příjmů fyzických osob za zdaňovací období 2007.

Smlouvy se zdravotními pojišťovnami.

Výkaz zisku a ztráty, Výsledovka, Rozvaha za období 2008.

Výkaz zisku a ztráty, Výsledovka, Rozvaha za období 2009.

Výkaz zisku a ztráty, Výsledovka, Rozvaha za období 2010.

SEZNAM ZKRATEK

ZP	Zdravotní pojišťovna
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
HZP	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna
ČNZP	Česká národní zdravotní pojišťovna
ZP MV	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna
ZSP	zákonné sociální pojištění
IČO	identifikační číslo organizace
IČZ	identifikační číslo zdravotního zařízení
PL	praktický lékař
KÚ	krajský úřad
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny

SEZNAM TABULEK

Tab. 2.1 Věkové skupiny pacientů a indexy.

Tab. 3.1 Počet registrovaných pacientů u zdravotních pojišťoven k 31. 12. 2010.

Tab. 3.2 Hospodářský výsledek po zdanění v letech 2006 – 2007.

Tab. 3.3 Vývoj nákupu materiálu v letech 2006 – 2007.

Tab. 3.4 Vývoj mzdových nákladů v letech 2006 – 2007.

Tab. 3.5 Vývoj provozní režie v letech 2006 – 2007.

Tab. 3.6 Výpočet kapitální platby pro všechny pojišťovny za prosinec 2007.

Tab. 3.7 Vývoj výsledků hospodaření v letech 2008 – 2010 v Kč.

Tab. 3.8 Počet zaměstnanců ve společnosti podle profese v letech 2008 – 2010.

Tab. 3.9 Mzdové náklady, zákonné sociální pojištění a náklady v letech 2008 – 2010.

Tab. 3.10 Vývoj spotřeby materiálu v letech 2008 – 2010.

Tab. 3.11 Vývoj ostatních služeb v letech 2008 – 2010.

Tab. 3.12 Vývoj tržeb z prodeje služeb v letech 2008 – 2010.

Tab. 3.13 Vývoj ostatních provozních výnosů v letech 2008 – 2010.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 3.1 Vývoj výše výdajů a příjmů lékaře v letech 2006 – 2007 v Kč.

Graf 3.2 Vývoj celkových výdajů v letech 2006 – 2007 v Kč.

Graf 3.3 Podíl jednotlivých výdajů na celkových výdajích v letech 2006 - 2007 v %.

Graf 3.4 Nejvýznamnější výdaje lékaře v roce 2006.

Graf 3.5 Nejvýznamnější výdaje lékaře v roce 2007.

Graf 3.6 Vývoj celkový příjmů v letech 2006 – 2007.

Graf 3.7 Vývoj výše výnosů a nákladů společnosti v letech 2008 – 2010.

Graf 3.8 Vývoj celkových nákladů v letech 2008 – 2010.

Graf 3.9 Podíl jednotlivých nákladů na celkových nákladech v letech 2008 – 2010 v %.

Graf 3.10 Platby od zdravotních pojišťoven v roce 2008.

Graf 3.11 Platby od zdravotních pojišťoven v roce 2009.

Graf 3.11 Platby od zdravotních pojišťoven v roce 2010.

Graf 3.13 Vývoj celkových výnosů v letech 2008 – 2010.

Graf 3.14 Podíl jednotlivých výnosů na celkových výnosech v letech 2008 – 2010.

Prohlášení o využití výsledků bakalářské práce

Prohlašuji, že

- jsem byla seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, bakalářskou práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že bakalářská práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucí bakalářské práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o bakalářské práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, bakalářskou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 11. května 2011

.....
Lenka Slovákova

Adresa trvalého pobytu studenta:

kpt. Jaroše 460

790 81 Česká Ves

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Příjmy, výdaje a výsledek hospodaření lékaře za rok 2006 v Kč.

Příloha č. 2: Příjmy, výdaje a výsledek hospodaření lékaře za rok 2007 v Kč.

Příloha č. 3: Rozbor hospodaření za rok 2008 v Kč.

Příloha č. 4: Rozbor hospodaření za rok 2009 v Kč.

Příloha č. 5: Rozbor hospodaření za rok 2010 v Kč.

Příloha č. 1: Příjmy, výdaje a výsledek hospodaření lékaře za rok 2006 v Kč

Položka	Rok 2006
Prodej výrobků a služeb	1 505 196,00
Ostatní příjmy	7 258,00
Příjmy celkem	1 512 454,00
Nákup materiálu	265 435,00
Mzdy zaměstnanců	234 230,00
SP a ZP lékaře	84 323,00
Provozní režie	384 758,00
Odpisy	108 111,00
Výdaje celkem	1 089 746,00
Výsledek hospodaření	422 708,00

Zdroj: Interní materiály lékaře, vlastní zpracování

Příloha č. 2: Příjmy, výdaje a výsledek hospodaření lékaře za rok 2007 v Kč

Položka	Rok 2007
Prodej výrobků a služeb	1 963 167,00
Ostatní příjmy	10 254,00
Příjmy celkem	1 973 421,00
Nákup materiálu	325 475,00
Mzdy zaměstnanců	275 150,00
SP a ZP	137 575,00
Provozní režie	448 089,00
Odpisy	75 172,00
Výdaje celkem	1 318 084,00
Výsledek hospodaření	655 337,00

Zdroj: Interní materiály lékaře, vlastní zpracování

Příloha č. 3: Rozbor hospodaření za rok 2008 v Kč

Výnosy	Kč	Náklady	Kč
Tržby z prodeje služeb	5 496 700,00	Spotřeba materiálu	722 802 ,00
Ostatní provozní výnosy	77 844,00	Opravy a udržování	40 993,00
Úroky	404,00	Ostatní služby	1 584 882,00
		Mzdové náklady	1 884 848,00
		Ostatní finanční náklady	41 102,00
		Mimořádné náklady	22 121,00
		Ostatní provozní náklady	634 863,00
		Daně, poplatky a pokuty	97 656,00
		Odpisy DHM	167 980,00
Výnosy celkem	5 574 948,00	Náklady celkem	5 197 247,00
Hospodářský výsledek před zdaněním			377 701,00

Zdroj: Výkaz zisku a ztráty ke dni 31. 12. 2008

Příloha č. 4: Rozbor hospodaření za rok 2009 v Kč

Výnosy	Kč	Náklady	Kč
Tržby z prodeje služeb	6 646 549,00	Spotřeba materiálu	382 188 ,00
Ostatní provozní výnosy	153 823,00	Opravy a udržování	516 563,00
Úroky	93,00	Ostatní služby	2 359 108,00
		Mzdové náklady	2 525 849,00
		Ostatní finanční náklady	69 453,00
		Mimořádné náklady	2 608,00
		Ostatní provozní náklady	140 360,00
		Daně, poplatky a pokuty	105 796,00
		Odpisy DHM	268 768,00
Výnosy celkem	6 800 465,00	Náklady celkem	6 370 693,00
Hospodářský výsledek před zdaněním			429 722,00

Zdroj: Výkaz zisku a ztráty ke dni 31. 12. 2009

Příloha č. 5: Rozbor hospodaření za rok 2010 v Kč

Výnosy	Kč	Náklady	Kč
Tržby z prodeje služeb	5 877 880,00	Spotřeba materiálu a energie	698 801 ,00
Ostatní provozní výnosy	409 076,00	Opravy a udržování	74 001,00
Úroky	5,00	Ostatní služby	2 191 334,00
		Mzdové náklady	2 884 099,00
		Ostatní finanční náklady	41 102,00
		Mimořádné náklady	1 273,00
		Ostatní provozní náklady	64 562,00
		Daně, poplatky a pokuty	29 013,00
		Odpisy DHM	201 576,00
Výnosy celkem	6 286 961,00	Náklady celkem	6 185 761 ,00
Hospodářský výsledek před zdaněním			101 200,00

Zdroj: Výkaz zisku a ztráty ke dni 31. 12. 2010