

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra ekonomiky



**Česká
zemědělská
univerzita
v Praze**

Diplomová práce

**Využití finanční analýzy
při zhodnocení ekonomické situace
zdravotnického zařízení**

Marcela Peremská

© 2022 ČZU v Praze

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

MUDr. Marcela Peremská

Veřejná správa a regionální rozvoj – k.s. Most

Název práce

Využití finanční analýzy při zhodnocení ekonomické situace ambulantního zdravotnického zařízení

Název anglicky

Financial Analysis of Medical Facility

Cíle práce

Cílem diplomové práce je zhodnocení hospodaření vybraného ambulantního zdravotnického zařízení, popsat majetkovou a finanční strukturu podniku s následnou ekonomickou optimalizací, která by měla vést ke zlepšení ekonomických výsledků a rozvoji zdravotnického zařízení.

Metodika

Diplomová práce je zaměřena na zhodnocení ekonomické situace vybraného zdravotnického zařízení na základě finanční analýzy.

Teoretická část se zabývá podstatou finanční analýzy, kde bude popsán i základní systém zdravotní péče v ČR a systém zdravotních pojišťoven.

Praktická část pak analyzuje konkrétní zdravotnického zařízení – ambulance urologie. Analýza vychází z účetních výkazů společnosti, ale i ze zkušenosti práce v tomto zařízení od jejího založení. Analytická vyústí v syntézu výsledků a celkové zhodnocení a návrhy na zlepšení finančního řízení daného zdravotnického zařízení.

Doporučený rozsah práce

60 – 80 stran

Klíčová slova

finanční analýza, rozvaha, výkaz zisku a ztrát, zdravotní pojištění

Doporučené zdroje informací

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

RŮČKOVÁ, P. *Finanční analýza : metody, ukazatele, využití v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2028-4.

SLOUKA, D. *Vedení a marketing malých zdravotnických zařízení*. Praha, Grada 2017. ISBN 978-80-271-9814-6

SYNEK, M. *Manažerská ekonomika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1992-4.

SYNEK, M. *Podniková ekonomika*. V Praze: C.H. Beck, 2006. ISBN 80-7179-892-4.

VOCHOZKA, M. *Metody komplexního hodnocení podniku*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1701-7.

Předběžný termín obhajoby

2021/22 LS – PEF

Vedoucí práce

doc. Ing. Karel Tomšík, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra ekonomiky

Elektronicky schváleno dne 7. 3. 2022

prof. Ing. Miroslav Svatoš, CSc.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 8. 3. 2022

doc. Ing. Tomáš Šubrt, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 12. 03. 2022

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Využití finanční analýzy při zhodnocení ekonomické situace zdravotnického zařízení" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 31.3.2022

Poděkování

Ráda bych touto cestou velmi poděkovala svému vedoucímu práce doc. Ing. Karlu Tomšíkovi, Ph.D., za trpělivost a cenné rady a své rodině za podporu.

Využití finanční analýzy při zhodnocení ekonomické situace zdravotnického zařízení

Abstrakt: Diplomová práce mapuje systém zdravotní péče v České republice, úhradové mechanismy za zdravotní péči a s využitím finanční analýzy hodnotí vybrané zdravotnické zařízení – poskytovatele ambulantních služeb. V teoretické části je popsán systém zdravotního pojištění, základní systémy úhradových mechanismů a aktuální situace ve zdravotnictví v České republice. Dále je teoreticky popsána finanční analýza a její základní pojmy. V praktické části je představena analyzovaná firma – ambulance urologie a pomocí metod finanční analýzy je zhodnocena její ekonomická situace a hospodaření v posledních třech letech.

Klíčová slova: finanční analýza, rozvaha, výkaz zisku a ztrát, zdravotní pojištění

Financial Analysis of Medical Facility

Abstract: My diploma thesis maps the health care system in Czech Republic, the mechanism of payments for health care and by using financial analysis evaluates selected medical facility provider. The theoretical part describes the health insurance system, basic reimbursement mechanisms and actual situation in health care in the Czech Republic. Then I theoretically described financial analysis and its basic concepts. The practical part presents the analysed company – outpatient urology facilities and by using the methods of financial analysis, its economic situation and management in the last three years is evaluated.

Keywords: financial analysis, balance sheet, profit and loss statement, health insurance

Obsah

1	Úvod.....	11
2	Cíl práce a metodika	12
2.1	Cíl práce	12
2.2	Metodika	12
3	Zdravotní pojištění.....	13
3.1	Historie.....	13
3.2	Principy zdravotního pojištění	14
3.2.1	Systemy a modely zdravotního pojištění	14
3.2.2	Ekonomické hodnocení zdravotní péče	15
3.2.3	Pojistné.....	17
3.2.4	Klasifikační systémy.....	18
3.2.5	Úhrada zdravotní péče	21
3.2.6	Zdravotní pojištění v České republice	22
3.2.7	Závěr	29
4	Podnikání ve zdravotnictví	30
4.1	Specifika podnikání ve zdravotnictví.....	30
4.2	Etika podnikání ve zdravotnictví	31
4.2.1	Lékařský slib.....	31
4.2.2	Marketing a reklama	31
4.3	Trh se zdravotnickými službami	32
5	Finanční analýza	34
5.1	Historie finanční analýzy	34
5.2	Teorie finanční analýzy.....	35
5.2.1	Význam finanční analýzy	35

5.2.2	Vstupy pro finanční analýzu	36
5.2.3	Rozvaha	36
5.2.4	Výkaz zisků a ztrát.....	41
5.2.5	Výkaz cash flow.....	43
5.2.6	Příloha k účetní závěrce	44
5.3	Metody finanční analýzy.....	45
5.3.1	Volba metody.....	45
5.3.2	Finanční ukazatele	45
5.3.3	Elementární metody	46
5.3.4	Další metody	51
6	Vlastní práce	54
6.1	Charakteristika analyzovaného zdravotnického zařízení	54
6.1.1	Základní údaje.....	54
6.1.2	Vstupní a provozní náklady	55
6.2	Finanční analýza.....	57
6.2.1	Vertikální a horizontální analýza	58
6.2.2	Ukazatele rentability	62
6.2.3	Ukazatele aktivity	64
6.2.4	Ukazatele zadluženosti	66
6.2.5	Ukazatele likvidity	67
6.2.6	Ukazatelé cash flow	68
6.2.7	Du Pontův rozklad	69
6.2.8	Bonitní modely	71
6.2.9	Bankrotní modely	73
7	Zhodnocení a doporučení.....	75
	Závěr	78

Seznam použitých zdrojů.....	79
Seznam tabulek	81
Seznam grafů	82
Seznam příloh	83

1 Úvod

Finanční analýza slouží k rozboru finanční situace firmy. Jakékoliv finanční rozhodování by mělo být podloženo na základě rozboru dané situace.

Pro svou diplomovou práci jsem si vybrala firmu Urologie Peremský, s. r. o. Jedná se o ambulantní zařízení jednoho lékaře. Firma je v provozu teprve od roku 2019 a zatím nikdy finanční analýzu neprováděla. Zdravotnická zařízení jsou specifickým odvětvím, sice je i jejich cílem produkovat zisk, ale financování zde probíhá především prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění. Platby od pojišťoven jsou různým způsobem regulovány. Není zde tedy zcela přímá úměra mezi výkonem firmy a jejím ziskem. Rozvoj firmy je také omezen regulacemi pojišťoven. V posledních dvou letech kvůli pandemii Covid-19 navíc probíhalo mnoho změn v poskytování péče, a to často zde dne na den. Finanční analýza má ukázat, jak se s těmito nenadálými situacemi firma vyrovnala a současně doporučit na základě finanční analýzy další postup, aby se podpořilo finanční zdraví firmy.

V rámci teoretické části práce byly charakterizovány pojmy s tématem související, byl popsán systém zdravotního pojištění, základní systémy úhradových mechanismů a aktuální situace ve zdravotnictví v České republice. Vzhledem k tématu práce byla samostatná kapitola věnována finanční analýze, v rámci které byly představeny její teorie a metody. Poznatky byly čerpány z odborných monografií renomovaných autorů a z adekvátních elektronických zdrojů. V úvodu praktické část práce je nejprve představeno místo šetření – ambulance urologie. Hlavní metodou použitou v této části práce je finanční analýza, pomocí které je hodnocena ekonomická situace ambulance a její hospodaření v posledních třech letech. Na základě zjištěných poznatků jsou s využitím metody syntézy vyslovena vlastní doporučení.

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

Cílem této diplomové práce je zhodnocení hospodaření vybraného ambulantního zdravotnického zařízení, popsat majetkovou a finanční strukturu podniku s následnou ekonomickou optimalizací, která by měla vést ke zlepšení výsledků a rozvoji zdravotnického zařízení.

2.2 Metodika

Diplomová práce je zaměřena na zhodnocení ekonomické situace vybraného zdravotnického zařízení na základě finanční analýzy. Teoretická část se zabývá podstatou finanční analýzy, kde bude popsán i základní systém zdravotní péče v ČR a systém zdravotních pojišťoven. Praktická část pak analyzuje konkrétní zdravotnického zařízení – ambulance urologie. Tato analytická část by měla vést k celkovému zhodnocení a návrhům na řešení situace daného zdravotnického zařízení.

3 Zdravotní pojištění

3.1 Historie

Možnost pojištění vznikla s průmyslovou revolucí v 19. století kvůli nárůstu sociálně slabé dělnické třídy. Zpočátku se jednalo o různé charitativní spolky, příspěvkové fondy zaměstnavatelů i komunit. Nejprve vzniklo pojištění proti ztrátě příjmu, tj. nemocenské. Později vzniklo i zdravotní pojištění určené ke krytí výdajů na zdravotní péči.

První povinné zdravotní pojištění bylo zavedeno pro horníky roku 1849 v Prusku (Němec, 2008) s. 14). Povinnost platit toto pojištění se vztahovala na zaměstnavatele i zaměstnance. Od této doby začala vznikat řada nemocenských pojišťoven. Zákon o povinném zdravotním pojištění byl v Německu schválen r. 1883. Příspěvky na pojištění hradil ze $\frac{2}{3}$ zaměstnavatel a z $\frac{1}{3}$ zaměstnanec. Pojištěný zaměstnanec měl nárok na bezplatné ošetření u lékaře, na léky a od třetího dne nemoci i na nemocenské dávky. U řady pojištění šlo připojistit rodinné příslušníky. V r. 1886 byl obdobný zákon přijat v Rakousku-Uhersku, kdy se postupně vztahoval nejenom na zaměstnance, ale na všechny zaměstnané osoby, i živnostníky. V r. 1887 byl přidán zákon o úrazovém pojištění. Podobné zákony postupně vznikaly po celé Evropě, i když třeba ve Francii až v r. 1928.

Důležitou změnou v legislativě bylo ustanovení, že pracovní úraz je rizikem zaměstnavatele. Kvůli tomu vstoupily na trh komerční pojišťovny, které nabízely zaměstnavatelům produkty pojišťující toto riziko.

Po druhé světové válce řada západoevropských zemí nahrazuje systém statutárního pojištění národní zdravotní službou, tak aby se pojistná ochrana rozšířila na celou populaci a dosáhlo se větší rovnosti v přístupu k péči. V zemích bývalého socialistického bloku byl systém většinově nahrazen modelem zestátněného poskytování zdravotní péče a státem zajištěného pojistného krytí.

Hlavní zásady současného systému zdravotní péče byly nastaveny v 90. letech po přechodu od socialismu k demokracii. Od této doby máme svobodnou volbu ve výběru poskytovatele zdravotních služeb (neexistuje žádná spádovost). Většina poskytovatelů primární péče a specializované ambulantní péče se zprivatizovala, stejně jako lékárny a lázeňská zařízení. Nemocnice zůstaly ve veřejném vlastnictví. Základními zákony jsou zákon o všeobecném zdravotním pojištění (1991), o Všeobecné zdravotní pojišťovně

(1991) a zákon o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (1992).

3.2 Principy zdravotního pojištění

3.2.1 Systémy a modely zdravotního pojištění

Pojištění slouží k přenesení rizika relativně velkých nepředvídatelných výdajů spojených s nutností poskytnutí zdravotní péče. Lidé se sice mohou snažit riziko snížit např. zdravým životním stylem či se vyhýbat rizikovým situacím (sportům), ale i tak riziko zůstává poměrně vysoké. Pojištění přenesení rizika platby za zdravotní péči na pojišťovnu.

Rozlišujeme dva základní typy zdravotního pojištění: statutární a privátní.

Statutární zdravotní pojištění je na základě zákona povinné pro všechny občany v dané zemi nebo je povinné alespoň pro určité skupiny obyvatel. Tyto skupiny mohou být definovány věkem, zaměstnáním či výší svého příjmu.

Privátní zdravotní pojištění je naopak dobrovolné. Využívají ho lidé, kteří nespádají pod statutární zdravotní pojištění nebo lidé, kteří chtějí svou ochranu zvýšit pomocí komplementárního zdravotního pojištění.

V České republice vycházíme z Bismarckova modelu sociálního zdravotního pojištění, který je financovaný z povinných odvodů pojistného z příjmu pojištěnců. Je provozovaný samosprávnými zdravotními pojišťovnami. Výše pojistného je obvykle stanovena dle velikosti příjmu pojištěnce. Poskytovatelé zdravotní péče jsou smluvně vázáni na zdravotní pojišťovny (Němec, 2008, s. 20).

Ve světě se uplatňují i další modely statutárního zdravotního pojištění, základní přehled a rozdíly shrnuje tabulka (Němec, 2008, s. 21). Uvedené modely se v praxi většinou neuplatňují v jejich čisté podobě, ale využívají prvky i z jiných systémů, velkou roli hraje regulace státem, a to i v modelech privátního pojištění. V Evropě pokrývá statutární zdravotní pojištění přibližně $\frac{3}{4}$ nákladů na zdravotní péči. Výzkum OECD potvrzuje, že neexistuje žádný nejlepší model zdravotní péče, každý model má své silné a slabé stránky (OECD, 2022).

Tabulka 1: Modely statutárního pojištění

Model	Bismarckův	Beveridgeův	Semaškův	Privátního pojištění
Financování	příspěvky zaměstnavatelů a pojištěnců	daně, státní nebo municipální rozpočet	státní rozpočet	pojistné privátního pojištění
Řízení	samospráva ze zástupců zaměstnavatelů a pojištěnců	stát a jeho úřady	centrální vláda, ministerstvo zdravotnictví	privátní organizace - pojišťovny
Rozhodování o právech a povinnostech	zdravotní pojišťovny v rámci svých zákonných kompetencí	stát a jeho úřady	centrální vláda	práva nejsou zaručena, záleží na vztahu nabídky a poptávky
Pojistné pokrytí obyvatelstva	veškeré obyvatelstvo s možnými výjimkami	veškeré obyvatelstvo	veškeré obyvatelstvo	svobodné rozhodnutí jednotlivce
Solidarita	určená konstrukcí pojistného	určená daňovým systémem	určená daňovým systémem	neexistuje nebo velmi omezená
Plánování sítě	stát a zdravotní pojišťovny	stát	stát	neexistuje

Zdroj: Němec, 2008, s. 21

3.2.2 Ekonomické hodnocení zdravotní péče

V současné době prudký rozvoj technologií a sdílení informací umožňuje jeden medicínský problém řešit vícero způsoby. Neexistuje tedy jediná optimální cesta léčby. Z tohoto důvodu nabývá na významu ekonomické hodnocení jednotlivých alternativ zdravotní péče. Hodnocení slouží k porovnání jednotlivých alternativ, zda má daný postup stále smysl vzhledem k jiným postupům, které vyžadují srovnatelné zdroje. Toto ekonomické hodnocení musí být však až po medicínském hodnocení, tedy zda tento postup

je odborně v pořádku. Ekonomické hodnocení můžeme provádět z hlediska pacienta, pojišťovny či celospolečenského (Němec, 2008, s. 35). Jako vstupy obvykle uvádí náklady spojené s poskytováním příslušné služby. Hodnocení výstupů, tedy důsledku poskytnutí zdravotní služby, je již složitější. Můžeme srovnávat některé veličiny (např. doba přežití) pro různé alternativy léčby, jedná se o **analýzu nákladů a efektivnosti** (*cost-effectiveness analysis*). Můžeme hodnotit výstupy zdravotní péče i ze širšího hlediska preferencí vůči výstupům zdravotní péče, pak se jedná o **analýzu nákladů a užitečnosti** (*cost-utility analysis*). Typickou veličinou pro hodnocení výstupu je tzv. počet roků kvalitního života (*QALY-quality adjusted life-year*) (Němec, 2008) s. 35). Tato veličina ukazuje jak snížení úmrtnosti, tak snížení nemocnosti i následné zvýšení kvality života. Třetím typem hodnocení je založen na peněžním vyjádření prostřednictvím tzv. **analýzy nákladů a přínosů** (*cost benefit analysis*). Příkladem může být hodnocení hospitalizace či ambulantního řešení ve vztahu k možnosti zachovat si zaměstnání, jehož přínos lze vyjádřit v penězích.

3.2.2.1 Analýza nákladů

Pro všechny tři výše uvedené analýzy je společná analýza nákladů. Můžeme uvažovat náklady zdravotnického sektoru, náklady zdravotního pojištění, náklady dalších sektorů jako třeba sociálního, náklady pacienta a jeho rodiny, ale i náklady vzniklé ztrátou produktivity pacienta. Při analýze nákladů musíme započítat i náklady investiční, pro zdravotnickou techniku je obvyklá doba použití pět let. Ale ne vždy odpisy dle daňových předpisů odráží amortizaci zdravotnické techniky. Do analýzy musíme zohlednit i časový faktor, kdy poskytnutá péče dnes bude mít větší benefit pro pacienta, než je-li mu stejná péče poskytnuta za dva roky. Příkladem může být snížená mobilita po dobu čekání na ortopedickou operaci, ale i další náklady vzniklé kvůli bolesti a řetězení zdravotních obtíží.

3.2.2.2 Analýza výstupů

Hodnocení výstupů se liší dle použité metody ekonomického hodnocení.

Efektivitu můžeme hodnotit v jednoduchých veličinách jako je počet roků přežití, pokles hodnoty cholesterolu (mmol/l) či krevního tlaku (mmHg) nebo počet měsíců bez progresse onemocnění apod.

Užitečnost hodnotí komplexní ukazatele jako je QALY, HYE a DALY.

Ukazatel **QALY** (*Quality adjusted life year*) porovnává hodnocení kvality života s danou intervencí nebo bez ní a současně dožití. Hodnocení samotné kvality života se provádí speciálními technikami při individuálních rozhovorech s hodnotící skupinou. V současné době je vytvořeno několik standardizovaných škál hodnotící zdravotní stav z hlediska mobility člověka, jeho sociální i fyzické aktivity a symptomů nemoci. Při analýze nákladové efektivity pak zjišťujeme, jaké jsou náklady, abychom získaly jednu jednotku QALY navíc. Výhodou je možnost srovnávat napříč diagnózami, ale i to, zda např. zvýšení efektivity léčby má odraz v pocíťované kvalitě života a dožití (např. zda další pokles hodnot tlaku či hladiny cukru v krvi má ještě vliv na kvalitu života). Ukazatel QALY má i své nedostatky. Kritika se zaměřuje především na nedokonalost nástrojů měření kvality, ale i etické principy či nezohlednění některých dalších parametrů.

Používají se i složitější hodnotící ukazatele, jako třeba HYE (*Healthy year equivalent*), který je založen na vnímání kvality života, jeho hodnocení je tedy i složitější. DALY (*Disability-adjusted life year*) je obdobou QALY a je doporučováno WHO (Světovou zdravotnickou organizací), na rozdíl od QALY počítá s nejdelsí očekávanou délkou života (t.č. to je délka života žen v Japonsku), pracuje jen se sedmi diskrétními hodnotami a věkovými indexy, které snižují váhu roků ve stáří (Němec, 2008, s. 40).

Analýza nákladů a přínosů se snaží vyjádřit výstupy zdravotní péče finančně (Němec, 2008, s. 40). Přínos zdravotní péče můžeme hodnotit podle produktivity člověka na trhu práce, která je umožněna hodnocenou zdravotní péčí. Jinou možností je porovnání pravděpodobnosti pracovního úrazu s trvalými následky či smrtí k jednotlivým zaměstnáním a průměrné mzdě. Obdobně lze použít judikáty s přiznaným odškodným.

Ekonomické hodnocení poskytování zdravotních služeb potřebuje specializované státní programy či instituce.

3.2.3 Pojistné

Ve zdravotním pojištění převažuje průběžný princip financování, pojistné sazby se stanovují na principu ekvivalence. Ve statutárním pojištění se pracuje s principem kolektivní ekvivalence. Ten stanovuje, že očekávaná hodnota všech plnění a administrativních výdajů v daném systému statutárního zdravotního pojištění odpovídá očekávané hodnotě příjmů za stejné období. Tímto obdobím bývá většinou jeden rok, nevytváří se tak významnější rezervy pro budoucí období (Němec, 2008, s. 42).

Částka, kterou nakonec platí pojistník, resp. pojištěnec se nazývá hrubé pojistné, jedná se o součet čistého pojistného s bezpečnostní přírůzkou, správní náklady a zisk zdravotní pojišťovny. V některých zemích je nutné ještě připočíst daň, v České republice je pojistné od daně osvobozeno.

Nejjednodušším typem pojistného je plošně stanovená pojistná sazba, tzv. komunitní pojistné. Komunitní pojistné nezohledňuje další faktory, jako je příjem pojištěnce nebo faktory mající vliv na potřebu čerpání zdravotní péče. Dalším typem pojistného je pojištění na základě tříd – rizikových faktorů (věk, pohlaví), bydliště apod. Podobně funguje skupinové pojištění, kde je pojistné počítáno na základě rizik dané skupiny jako celku (věkové složení, průmyslové odvětví, kde skupina působí apod.). Posledním typem je pojistné odvozené od příjmu pojištěnce, bez ohledu na jeho individuální rizikové faktory. Tento typ je typický pro solidární statutární systémy zdravotního pojištění (Němec, 2008, s. 43).

Dále můžeme rozdělit pojistné podle toho, kdo sazbu stanovuje. Pojistné může stanovovat vláda, parlament, regulující autorita nebo zdravotní pojišťovna sama. Sazby mohou být platné v celém státě nebo se mohou lišit. Pojistné může pokrývat pouze pojištěnou osobu nebo se může vztahovat i na jeho rodinné příslušníky, pak může být sazba pojištění odlišná. V případě privátních pojištění hradí pojištěnec plně své pojistné. V případě statutárních pojištění může být platba rozdělena mezi pojištěnce a jeho zaměstnavatele, tato platba může být zastropovaná. Stejně tak z hlediska daňového je možné pojistné rozdělit na daňové uznatelná a daňově neuznatelná, a to jak na straně zaměstnance, tak na straně zaměstnavatele (Němec, 2008, s. 43).

Výše pojistných sazeb se liší i dle politické preference. Např. v České republice byla velká snaha v 90.-tých letech podpořit podnikání, proto pro osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) byl snížen vyměřovací základ pro platbu pojistného a to natolik, že vybrané pojistné sotva pokrylo výdaje na zdravotní péči u těchto osob. Díky solidárnímu financování tak byl naopak zatížen sektor zaměstnanců a zaměstnavatelů. V první dekádě 21. století se vyměřovací základ pro OSVČ postupně vrátil na původní úroveň.

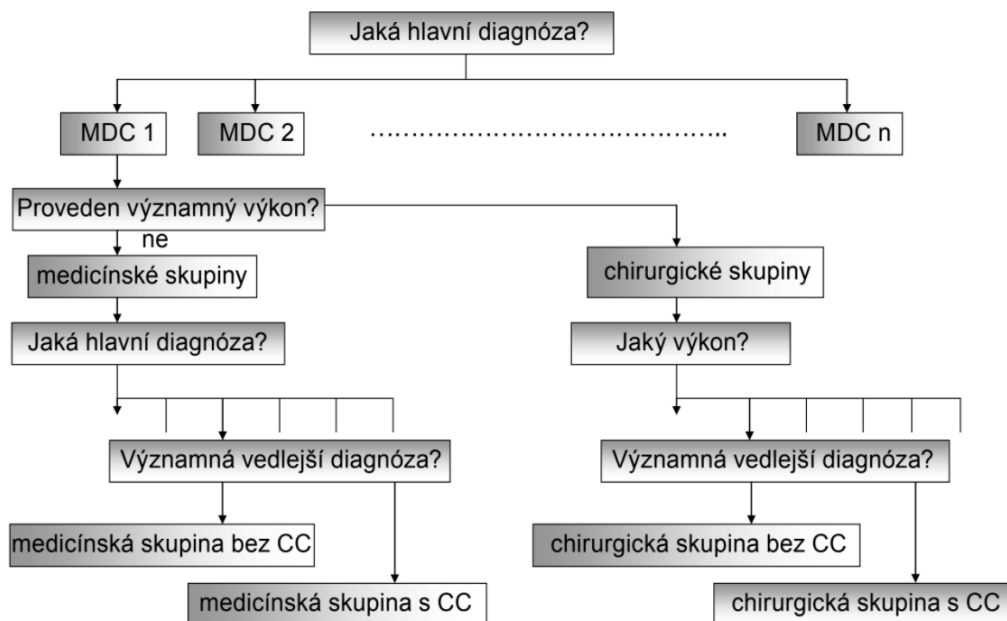
3.2.4 Klasifikační systémy

Ve zdravotnictví se používají klasifikace případů zdravotní péče založené na podobnosti nákladů a kliniky. Klasifikační systémy musí být srozumitelné pro zdravotníky a náklady

podobných případů pak mají za cíl odhadnout výdaje spojené s poskytováním péče. Pro řešení se hledají takové atributy vážící se k pojištěncům, které co nejlépe vysvětlují variabilitu jejich výdajů na zdravotní péči. Klasifikačních systémů existuje celá řada, v České republice je nejpoužívanějším systémem DRG.

Klasifikační systém **DRG** (*Diagnostic Related Group*) je nejznámější klasifikační systém, také byl také historicky první (Němec, 2008, s. 87). Tento systém je zaměřen na epizody léčení v akutní nemocniční péči. Tento systém začal vznikat v 60.-tých letech minulého století v USA, jeho primárním úkolem bylo především srovnávat nemocnice a monitorovat léčbu za hospitalizace. Jeho používání se rozšířilo v 80.-tých letech, kdy program Medicare (USA) začal tento klasifikační systém používat pro úhradu nemocniční péče. V České republice se začal tento systém používat od r. 1996 pojišťovnou VZP. Většího rozšíření se tento systém v ČR dočkal v r. 2003, kdy Ministerstvo zdravotnictví koupilo licenci na využívání verze IR DRG (*International Refined DRG*). Tento systém je nyní využíván zatím pouze pro potřeby hospitalizovaných pacientů. Klasifikace do DRG skupin se provádí na základě několika příznaků. Mezi hlavní posuzované příznaky patří hlavní diagnóza, vedlejší diagnózy, chirurgické výkony, věk, pohlaví pacienta a v případě péče o novorozence jejich porodní hmotnost. Na základě těchto kritérií spadá každý případ do jedné z 25 hlavních kategorií MDC (*Major Diagnostic Categories*) nebo do pre-MDC (zahrnuje výjimečné případy typu transplantace). Tyto kategorie se dále dělí na 319 základních DRG skupin, ty mají většinou další dělení na skupinu bez komplikací, s komplikacemi (*Complication and Comorbidities*) a s většími komplikacemi (*major CC*). Pro případ chybných údajů existují dvě chybové skupiny MDC. Celkem má systém IR DRG 941 DRG skupin. Zařazování do skupin je voleno tak, aby si byly případy podobné jak klinicky, tak nákladově. V současné době používají nemocnice software, který zařazuje pacienta do skupiny DRG automatizovaně. Lékař musí správně vypsát všechny relevantní diagnózy, výkony a identifikační údaje pacienta. Systém DRG dokáže objektivizovat hodnocení ukazatelů nemocniční péče jako je produkce či nákladovost, můžeme pak jednoduše porovnávat jednotlivá zdravotnická zařízení mezi sebou (Němec, 2008, s. 87, 88).

Schéma 1: Systém DRG



Zdroj: Němec, 2008, s. 88

Klasifikační systém PIPDCG (*Principal Inpatient Diagnostic Cost Groups*) je založen na poznatku, že významný vliv na potřebu zdravotní péče u jednotlivce má užívání zdravotní péče v minulých obdobích. Např. u pacienta léčeného v jednom roce pro nádorové onemocnění můžeme předpokládat vyšší náklady v roce následujícím, oproti pacientovi, který hospitalizován vůbec nebyl (Němec, 2008, s. 83). Tento systém je nejvíce používán v USA, příkladem je federální fond Medicare. Dále se používá tento klasifikační systém pro přerozdělování prostředků mezi zdravotními pojišťovnami působícími v rámci statutárního zdravotního pojištění. Ke každé skupině diagnóz je přiřazena relativní váha, která vyjadřuje, kolikrát větší či menší výdaje na zdravotní péči lze očekávat v následujícím období pro osoby klasifikované dle jednotlivých DCG skupin ve srovnání s průměrnými výdaji na pojištěnce.

Klasifikační systém **ACG** (*Adjusted Clinical Groups*) se také používá i v Evropě, je základem pro další používané systémy. Primárně byl zaměřen na rozdíl od výše jmenovaných klasifikačních systémů na poskytování ambulantní zdravotní péče. V současné době tento klasifikační systém a systémy z něho vycházející zařazují pacienty do jednotlivých skupin dle věku, pohlaví a agregovaných diagnostických skupin, které vychází ze všech diagnóz pacienta z ambulantního i nemocničního prostředí.

Klasifikační systém **APG** (*Ambulatory Patients Group*) klasifikuje ambulantní návštěvy z hlediska nákladovosti i klinické příbuznosti. Nejedná se jen o náklady dané ambulantním vyšetřením, ale i spojené náklady jako jsou další diagnostická vyšetření či předepsané léky. Všechny klasifikační systémy se musí neustále kultivovat, tedy přizpůsobovat měnícímu se prostředí i měnícímu se použití. V medicíně neustále probíhají změny, vznikají nové přístroje, nové postupy, jsou k dispozici nová léčiva. Příkladem může být i vznik nové diagnózy jako třeba nemoc Covid-19, kdy bylo třeba vytvořit novou diagnózu, nové postupy a nové kódy zdravotnických vyšetření i léčiv. Veškeré klasifikační systémy musely na tuto změnu rychle reagovat. V České republice je kultivací klasifikačního systému IR DRG pověřeno Národní referenční centrum, které bylo založeno zdravotními pojišťovnami a asociacemi poskytovatelů zdravotní péče (Němec, 2008, s. 93).

3.2.5 Úhrada zdravotní péče

Zdravotní pojišťovny se snaží hradit jen takovou péči, která odpovídá pojistným podmínkám a je nezbytná z hlediska zdravotního stavu pojištěnce. Tato oblast je však natolik komplikovaná, že umožňuje spekulativní chování jak pojištěnců, tak poskytovatelů zdravotní péče. Pojišťovny se snaží tomuto chování samozřejmě předcházet, využívají možností kontrol, ale i různá opatření k omezování nákladů na zdravotní péči. Neustále je řešena otázka spoluúčasti pojištěnců na úhradě jim poskytnuté zdravotní péče, které má především ovlivnit chování pojištěnců.

Mechanismy úhrady zdravotní péče se snaží zohlednit více faktorů. Kromě spotřeby vstupních faktorů a objemu zdravotní péče se započítává i výsledek, tj. užitek pro pacienta (Němec, 2008, s. 96). Mezi vstupní faktory patří rozpočet na krytí nákladů jak ambulantní, tak nemocniční péče. Do objemu zdravotní péče se započítává v případě ambulantní péče úhrada jednotlivých výkonů, úhrada agregovaných výkonů, úhrada za ambulantní případ. Do objemu zdravotní péče v případě hospitalizace se počítá úhrada jednotlivých výkonů, rozpočet na určitý objem výkonů, úhrada za den pobytu a úhrada za nemocniční případ.

Úhradový mechanismus by tak měl motivovat k poskytování žádoucí struktury a objemu zdravotní péče (Němec, 2008, s. 97). Pokud bychom hradili pouze na základě výkonů, byl by systém “tlačen” k nadprodukcii, která z hlediska zdravotní péče pak bude působit negativně. Dále Němec (2008, s. 97) uvádí, že současně by úhradový systém „*měl motivovat k prevenci, neměl by být administrativně náročný, neměl by vytvářet prostor pro*

podvodné jednání ani pro nežádoucí výběr pacientů“. Výsledkem je vždy kompromis, protože ideální systém neexistuje. Do budoucna vidíme tendence k většímu důrazu na výsledky poskytované zdravotní péče. Různé možnosti úhrad, které jsou v praxi používány a různě kombinovány, jsou popsány v příloze č. 1.

3.2.6 Zdravotní pojištění v České republice

3.2.6.1 Principy zdravotního pojištění

Český systém je postaven na těchto základních principech:

- je povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem na území České republiky a pro všechny cizince pracující u zaměstnavatele se sídlem v České republice
- každá osoba je pojištěna samostatně
- sazba zdravotního pojištění z vyměřovacího základu je pevně daná a určená zákonem
- uplatňuje se prvek solidarity bohatších s chudými (při vyšších příjmech jsou vyšší odvody)
- zaměstnanec a zaměstnavatel se o platbu zdravotního pojištění dělí
- za některé skupiny osob bez příjmů platí pojistné stát (děti, důchodci apod.)
- zdravotní péče je hrazena prostřednictvím zdravotních pojišťoven, kdy rozsah hrazených služeb je pro všechny pojišťovny závazný

Ve vztahu k pojištěncům mohou pojišťovny regulovat svou smluvní politiku vůči poskytovatelům zdravotní péče a příspěvky z fondu prevence. Objem prostředků pro fond prevence je však velmi malý, maximálně 3% objemu svých příjmů. Mezi jednotlivými pojišťovnami dochází k přerozdělování příjmů na základě věku a pohlaví pojištěnců. Z fondu přerozdělení se také provádí náhrady zdravotním pojišťovnám za zvláště nákladné pojištěnce, což je takový pojištěnec, jehož náklady za zdravotní péči přesáhnou 30násobku průměrných nákladů na jednoho pojištěnce.

Zdravotní pojišťovny hradí zdravotní péči na základě smluv s jednotlivými poskytovateli zdravotní péče. Základem těchto smluv je vždy tzv. rámcová smlouva, která je domluvena v rámci kolektivních vyjednávání v tzv. dohodovacím řízení mezi zástupci asociací poskytovatelů zdravotní péče a mezi zástupci pojišťoven. Toto dohodovací řízení musí potvrdit dle zákona Ministerstvo zdravotnictví.

V České republice byl do roku 1997 používán jako základní úhradový mechanismus platba za jednotlivý výkon. Od roku 1997 se v primární péči zavedl kombinovaný princip kapitačně výkonové platby. Služby ambulantních specialistů jsou hrazeny platbou za výkon, ale s omezením celkové výše úhrady. Tento strop je dán normativním časem odpovídající vykázaným výkonům a také průměrné úhradě v předchozích obdobích na pacienta.

3.2.6.2 Smlouva se zdravotní pojišťovnou

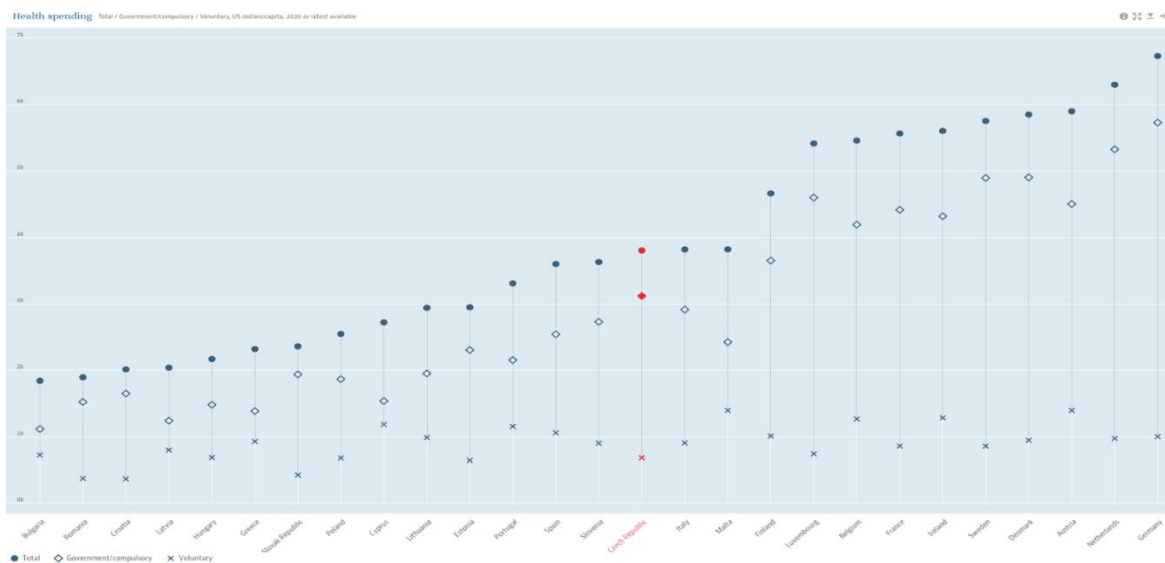
Před každým uzavřením smlouvy mezi poskytovatelem a pojišťovnami se koná výběrové řízení. Smlouva je individuální a vychází z rámcové smlouvy, která je vydána Ministerstvem zdravotnictví. Obecně lze tedy shrnout, že celý systém se výrazně spoléhá na regulace a objemová omezení. Seznamy omezení jsou jak negativní (z hrazené péče jsou vyloučeny např. potraty, vyšetření na žádost zaměstnavatele, tedy taková, která nezlepšují zdravotní stav pacienta), tak pozitivní, kam patří seznam schválených léků, zdravotnických pomůcek apod., které naopak mohou být hrazené z veřejného pojištění. Nevýhodou je i velmi přísná regulace u některých ošetření a nadstandardní péče, kdy není povolena spoluúčast pacienta na úhradě. Pacient nemůže doplatit rozdíl mezi hrazenou variantou a nadstandardem (někdy i efektivnější, ale nákladnější variantou), ale tuto dražší variantu musí uhradit celou sami. Velkému tlaku bude české zdravotnictví vystaveno do budoucna kvůli stárnutí populace, a to i kvůli tomu, že systém veřejného zdravotního pojištění je závislý na pojistném ze mzdy.

3.2.6.3 Statistická data

Základní statistická data porovnávající země mezi sebou lze najít na webu OECD.

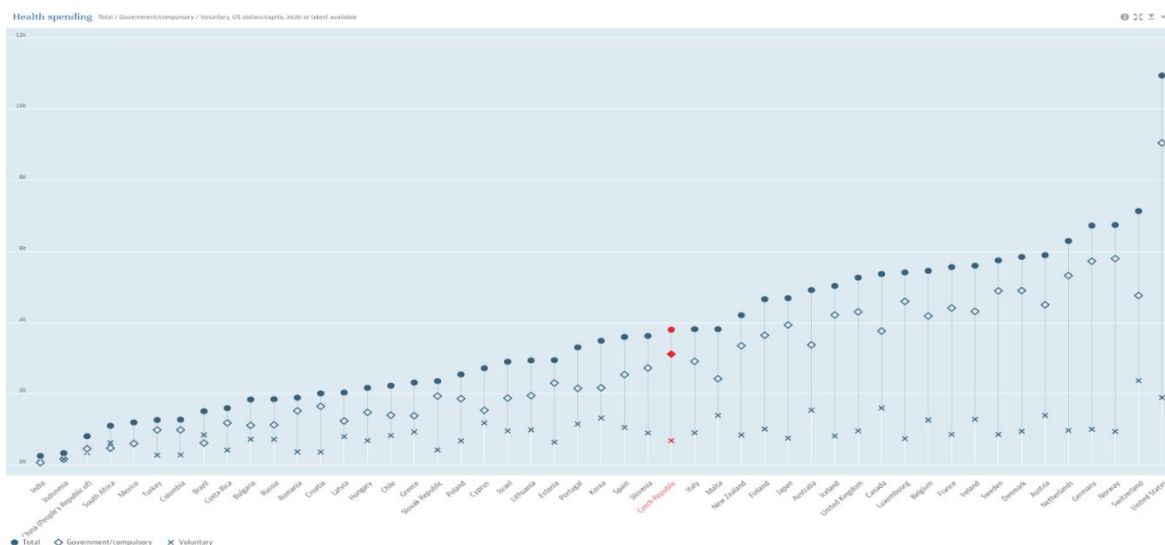
V České republice byly v roce 2020 výdaje na zdravotnictví 3 804 dolarů na obyvatele, z toho 3 119 dolarů bylo hrazeno z veřejného zdravotního pojištění (OECD, 2022). Uvádím zde grafy (OECD, 2022) s vyznačením pozice České republiky (červeně) v rámci Evropské unie a v rámci světového srovnání zemí OECD. V obou grafech se Česká republika pohybuje uprostřed, přesto je vidět, že zdravotní péče hrazená pacientem tvoří poměrně malý podíl na celkových úhradách.

Graf 1: Poměr celkových výdajů na zdravotnictví, výdajů hrazených ze statutárního pojištění a vládou a výdajů hrazených soukromě v r. 2020 – země EU



Zdroj: OECD, 2022

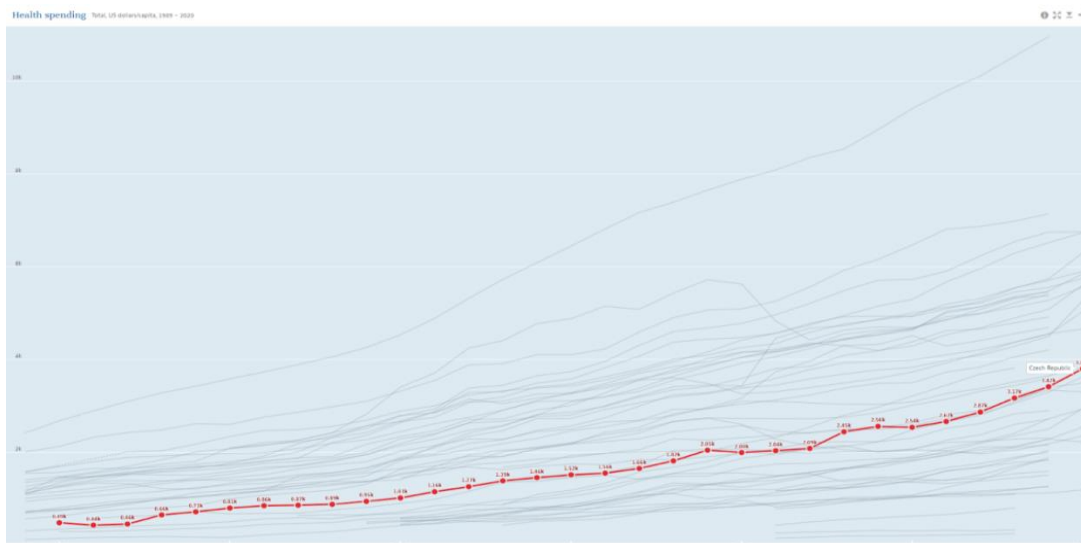
Graf 2: Poměr celkových výdajů na zdravotnictví, výdajů hrazených ze statutárního pojištění a vládou a výdajů hrazených soukromě v r. 2020 – celosvětové porovnání



Zdroj: OECD, 2022

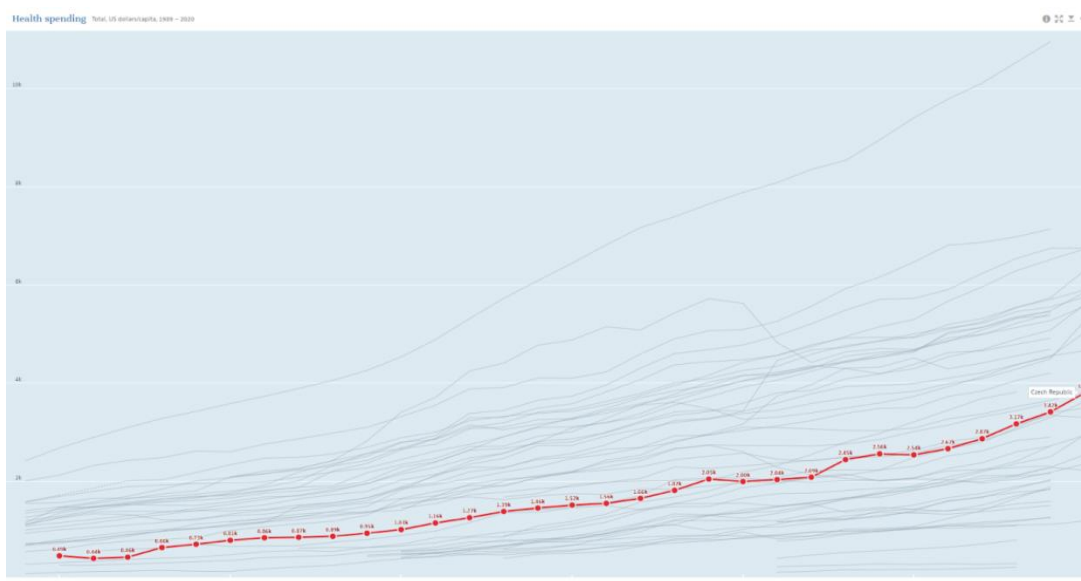
Pokud se podíváme na časovou řadu od r. 1989, i zde vidíme, že se Česká republika drží ve středu hodnot. Nejvyšší linie je USA, nejnižší hodnoty vykazuje Indie. V rámci Evropské unie patřily výdaje za zdravotnictví v České republice k nejnižším v rámci zemí současné Evropské unie, během 30 let se naše výdaje opět dostávají do průměrných hodnot v Evropské unii. V roce 2020 mělo nejvyšší výdaje na zdravotnictví v rámci Evropské unie Německo a to 6 731 dolarů na obyvatele.

Graf 3: Výdaje na zdravotnictví od r. 1989 do r. 2020 - statistika OECD



Zdroj: OECD, 2022

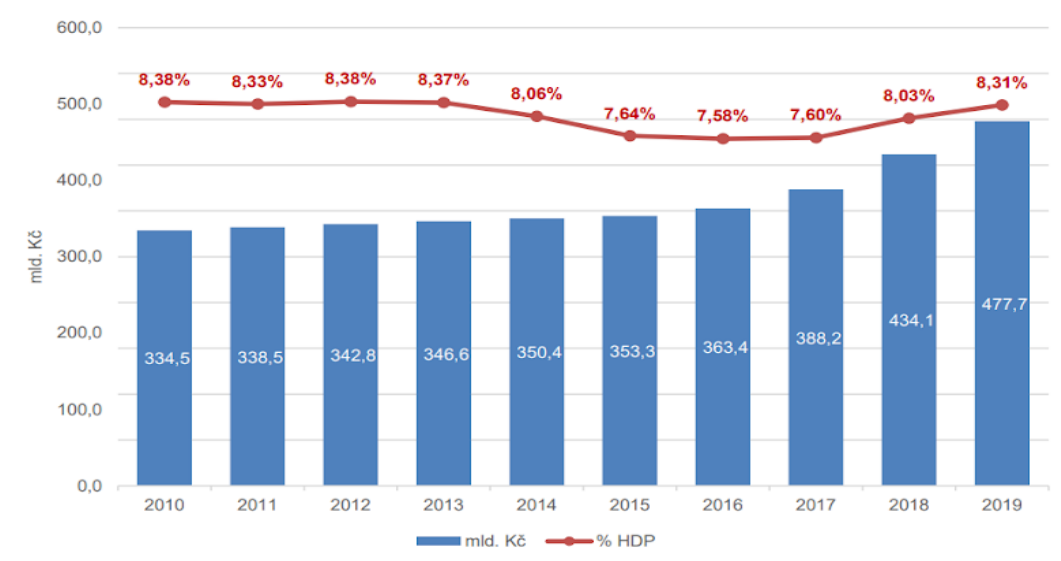
Graf 4: Výdaje na zdravotnictví na obyvatele v rámci EU v letech 1989-2020



Zdroj: OECD, 2022

V časové řadě od r. 2010 do r. 2019 (před pandemií covid-19) je vidět stoupající objem finančních prostředků za zdravotní péči, ale vyjádření v % HDP je spíše konstantní (ČSÚ, 2022).

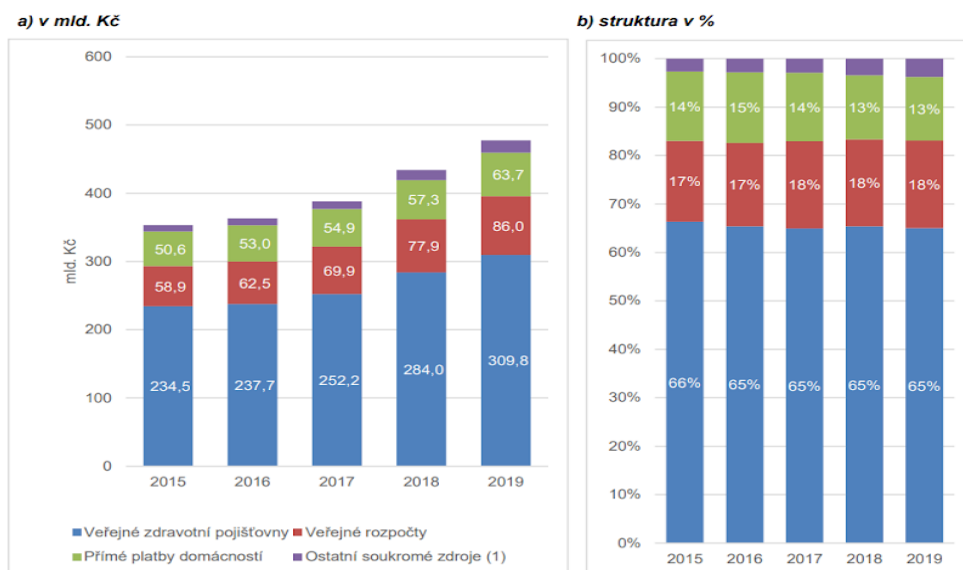
Graf 5: Objem finančních prostředků na zdravotní péči v ČR 2010-2019 v mld. Kč a % HDP



Zdroj: ČSÚ, 2022

Struktura financování je v České republice dlouhodobě stabilní. Na grafu je vidět podíl financování z veřejných zdrojů, především prostřednictvím pojišťoven, podíl přímých plateb a ostatních soukromých zdrojů. Soukromé zdroje tvoří cca 13-14 % ze všech výdajů na poskytnuté zdravotní služby. Většinu těchto plateb tvoří výdaje za léčiva a ostatní zdravotnický materiál, dále platby u stomatologů za nadstandardní služby a materiál.

Graf 6: Výdaje na zdravotní péči v ČR podle hlavních zdrojů financování 2015-2019



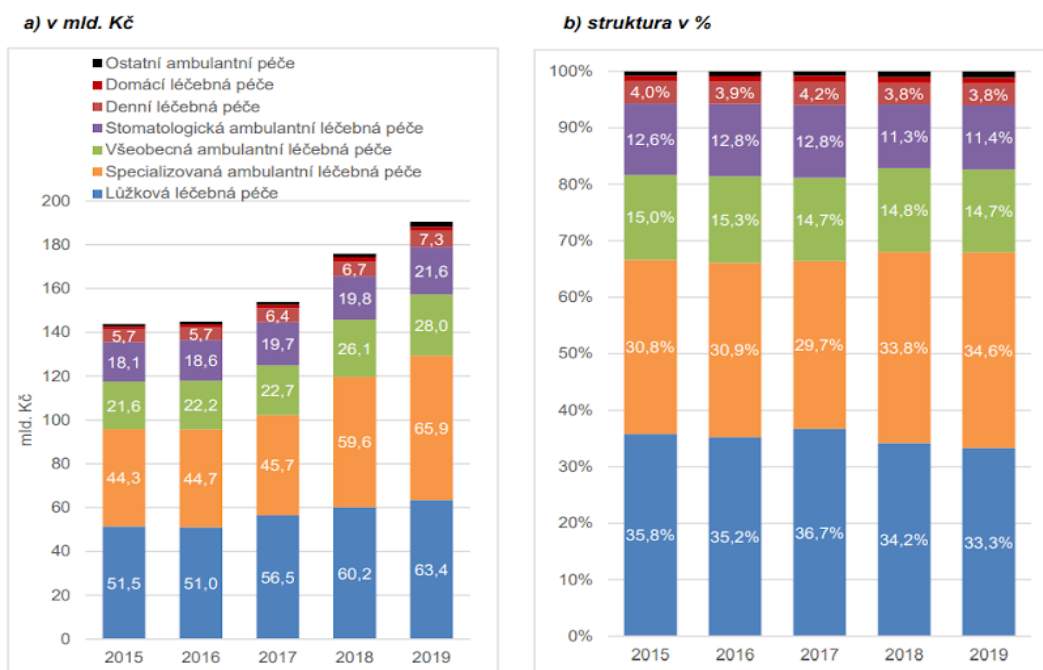
(1) zahrnují soukromé zdravotní pojištění, neziskové organizace a závodní preventivní péči v podnicích

Zdroj: ČSÚ, 2022

Podíváme-li se na strukturu výdajů na léčebnou péči podle jejího typu v letech 2015-2019 je vidět významný nárůst výdajů na specializovanou ambulantní péči. Tento nárůst je dán několika faktory – odchodem lékařů z nemocnic do ambulantní sféry, preferencí pacientů i preferencí pojišťoven, a především rozšiřováním možností ambulantní péče díky technickému pokroku. Např. díky novým anestetikům lze část operačních výkonů přesunout do tzv. jednodenní chirurgie bez nutnosti hospitalizace pacienta přes noc.

Graf 7: Výdaje na léčebnou péči v ČR podle jejího typu 2015-2019

Graf č. 1.9. Výdaje na léčebnou péči v Česku podle jejího typu, 2015–2019



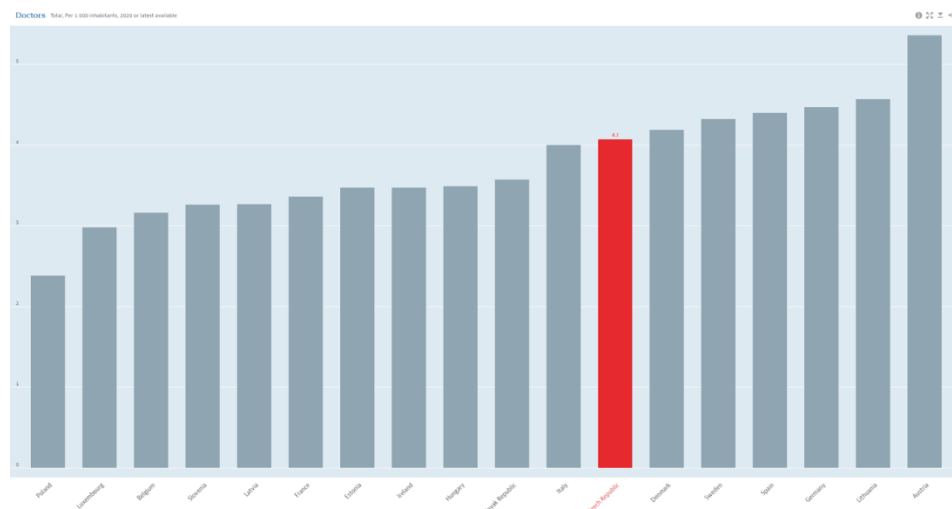
Zdroj: ČSÚ, 2022

3.2.6.4 Personální krize ve zdravotnictví

V posledních letech se v České republice stále více poukazuje na prohlubující se personální krizi ve zdravotnictví, níže uvedené grafy ukazují, jaká je pozice české republiky v rámci zemí Evropské unie v počtu lékařů a v počtu nelékařských zdravotních pracovníků. V roce 2020 bylo v České republice 4,1 lékaře na 1 000 obyvatel, nejnižší počet lékařů je v Polsku 2,4 (údaj z r. 2017), nejvyšší počet je v Rakousku 5,4 lékařů na 1 000 obyvatel (rok 2020) (OECD, 2022). Z toho tedy vyplývá, že Česká republika disponovala v r. 2020 dostatečným počtem lékařů. V absolutních hodnotách se jednalo v r. 2020 o 43 475 lékařů (resp. počet úvazků), oproti roku 2019 se jednalo o nárůst o 311

lékařů (ÚZIS, 2022). Počty lékařů v ambulantní péči od r. 2017 postupně mírně stoupají, v r. 2020 to bylo 19 983.

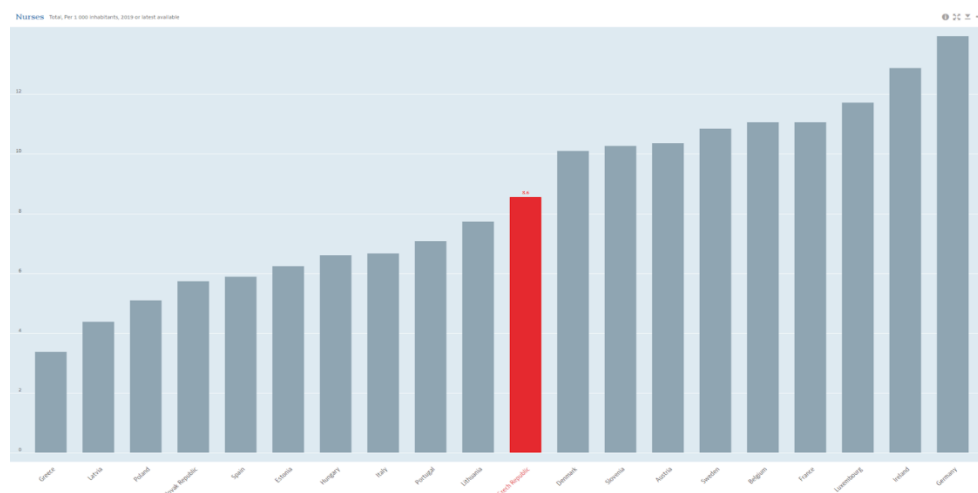
Graf 8: Počet lékařů v roce 2020 na 1 obyvatel v zemích Evropské unie



Zdroj: OECD, 2022

Podíváme-li se na srovnání počtu nelékařských pracovníků, především tedy zdravotních sester, pak měla Česká republika 8,6 těchto zdravotníků na 1000 obyvatel v r. 2019. Srovnání v grafu však musíme brát s rezervou kvůli tomu, že každá země Evropské unie počítá tyto pracovníky jinak. Někteří do těchto počtů zařazují porodní asistentky, jiní jen pracovníky v nemocnicích. Ale i přes tyto odchylky je vidět, že počet těchto pracovníků je spíše nižší, než je průměr hodnot v Evropské unii. V absolutních hodnotách to bylo v roce 2020 celkem 82 576 všeobecných sester a porodních asistentek (ÚZIS, 2022).

Graf 9: Počet zdravotních sester na 1000 obyvatel v rámci Evropské unie



Zdroj: OECD, 2022

3.2.7 Závěr

Hlavním problémem personální krize ve zdravotnictví tedy nejsou samotné absolutní počty zdravotníků, ale stárnutí zdravotnických pracovníků, které bude v nejbližších letech ohrožovat dostupnost zdravotní péče. Podíl lékařů starších 55 let se z 20 % v r. 2000 zvýšil na 37 % v r. 2015 (OECD, 2022). A nedokonalé využití stávajících kapacit, máme především nedostatek lékařů zajišťujících ústavní a ambulantní pohotovostní službu. Do budoucna však budou chybět i lékaři primární péče, kde je průměrný věk mezi lékaři nejvyšší.

4 Podnikání ve zdravotnictví

4.1 Specifika podnikání ve zdravotnictví

Ve své diplomové práci jsem se rozhodla analyzovat privátní ordinaci lékaře urologa. Mnoho lékařů nevnímá svou lékařskou praxi jako firmu, což je chybou. Většina lékařů se zaměřuje pouze na své pacienty, chtějí dělat kvalitní medicínu. V současné době, ale tento pohled nestačí, i ordinace funguje jako firma a jako taková musí být i řízena. Protože i ordinace může být přivedena k bankrotu, pokud nebude vlastník – lékař pečovat o finanční zdraví své ordinace.

Podnikání ve zdravotnictví má mnohá specifika. Lékař navíc většinou není zvyklý působit jako vlastník i manažer a často se učí až svými omyly. Lékaři jsou navíc poměrně vytížení, k otázkám financí mají často nechuť, většinou nerozumí nepřehlednému vyúčtování pojišťoven a také je někdy frustrující velký rozpor mezi možnostmi medicíny a reálného postupu v ambulantním sektoru. Velmi demotivující je také Damoklův meč hrozících žalob na lékaře z důvodu špatného postupu, ale i neúmyslného poškození pacienta. Na provoz zdravotnického zařízení se navíc vztahuje poměrně četná legislativa, která se i často mění.

V průběhu vzdělávání lékařů není ekonomice podnikání ve zdravotnictví věnována pozornost, přesněji není zmíněna vůbec. Podnikání ve zdravotnictví se bude lišit v případě, je-li vázáno na smlouvy se zdravotními pojišťovnami, nebo zda se jedná o volný trh, tedy s přímou platbou klienta (např. estetická medicína). Pokud chce zdravotnické zařízení uzavřít smlouvu se zdravotní pojišťovnou, musí splnit náročné podmínky, projít výběrovým řízením a teprve pak může o smlouvu zažádat. Na druhou stranu, pojišťovna má představu, kde je lékaře potřeba, uzavře tedy smlouvu s lékařem v oblasti, kde je “zajištěn” dostatečný počet pacientů. V případě volného trhu naopak není zdravotnické zařízení vázáno smlouvou s pojišťovnou, provozovat ho lze, kde uzná vlastník za vhodné, ale nemá jistotu “spádového” pacienta. Výhodou je svoboda v rozhodování, možnost chovat se komerčně, příjem se odvozuje od provedené práce. Pojišťovny naopak své platby regulují, zjednodušeně lze říci, že práce nad určitou mez tzv. referenčního období je hrazena méně.

V medicíně by však nikdy nemělo platit rčení „peníze až na prvním místě“, proto skloubit vedení zdravotnického zařízení jako podniku a současně kvalitní medicíny není vždy tak

jednoduché, jak se na první pohled zdá. Manažersky to nelze postavit jako volbu „buď anebo“, ale nutnost skloubení dvou hledisek podnikání, tedy na prvním místě mít péči o klienta/pacienta, která však bude současně zisková.

Ve zdravotnictví je samostatnou kapitolou i účetnictví, zdravotnické zařízení musí spolupracovat s účetní firmou, která má zkušenosti a dostatek vědomostí v problematice vykazování zdravotních výkonů (ty jsou osvobozeny od DPH), dále jsou zde různá dorovnání, pokuty či naopak doplatky zdravotních pojišťoven dle referenčních období. Dále musí být zdravotnické zařízení dostatečně pojištěno (bez pojištění nelze ani zdravotnické zařízení registrovat). Problémem pak může být podpojištění ordinace nebo chybějící pojištění např. pro krádeže v čekárně. Pojištění odpovědnosti musí mít platnost určitou dobu i po zániku zdravotnického zařízení. Do budoucna musíme počítat s nárůstem kauz ve zdravotnictví.

4.2 Etika podnikání ve zdravotnictví

4.2.1 Lékařský slib

Mezi lékařem a pacientem existuje jiný vztah než mezi klasickou firmou a jejím zákazníkem. Dříve byl normou vztah patriarchální, nyní by měl být normou vztah partnerský. Někdy je tedy pacient nazýván klientem. Přesto zde není a nemůže být rovno mezi postavením klienta a pacienta. Klient si částečně diktuje podmínky a ev. může snadno zvolit jiného poskytovatele potřebných služeb. Pacient je naopak spíše v nevýhodném postavení, nemůže si diktovat podmínky, je vždy slabší stranou, co se odbornosti týká a nemůže snadno zvolit jiného poskytovatele zdravotních služeb. Pacienta chrání etický kodex lékaře, který je součástí stavovského předpisu č. 10 České lékařské komory a Lékařský slib, který skládá na promoci každý úspěšný student české lékařské fakulty (ČLK) Jeho znění je součástí Přílohy 2.

4.2.2 Marketing a reklama

V etickém kodexu ČLK je omezení pro reklamu (ČLK, 2022):

- *§2 (16) Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých*

důsledcích jsou agitační činnosti, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.

- *§2 (14) Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.*
- *§2 (15) Lékař se podle svého uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, v televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení ve svůj prospěch.*

Toto omezení však neznamená, že by lékař neměl využívat marketingové nástroje. Marketing má směřovat i ke kvalitní komunikaci mezi zdravotnickým zařízením a jeho pacienty i dalšími zdravotnickými zařízeními, ev. dalšími spolupracujícími podniky (např. domovy sociálních služeb, domovy důchodců, ...). Dobře vedený marketing pak zvyšuje prosperitu firmy.

Zdravotnické zařízení poskytuje služby. Specifickými vlastnostmi služeb je jejich nehmotnost, neskladovatelnost, nedělitelnost a nestálost (Slouka, 2017, s. 23). Specifikem zdravotnictví je pak i to, že klient jako laik není schopen objektivně posoudit kvalitu poskytovaných služeb. Pro pacienta je tak často rozhodující subjektivní pocit, kvalitu hodnotí podle přístupu zdravotníků k jeho osobě, hodnotí jejich komunikační schopnosti apod. Kvalitní komunikace vede i k reálnému očekávání pacienta, tedy neočekává nemožné, ale ví, jaký bude pravděpodobný výsledek. Pověst zařízení se pak mezi pacienty šíří především sdílením mezi pacienty. Tedy pozitivní i negativní recenze se šíří od “úst k ústům”. Zdravotnické zařízení by tedy mělo usilovat o zpětnou vazbu od svých klientů, nečekat až svou nespokojenost budou pacienti ventilovat na sociálních sítích.

4.3 Trh se zdravotnickými službami

Zdravotní služby mají za úkol naplnění zdravotních potřeb obyvatelstva. Proces řízení zdravotnických zařízení tak musí vycházet z potřeb veřejnosti a jejich uspokojováním, pak může také zdravotnické zařízení dosahovat svých cílů (Slouka, 2017, s. 28). Posláním zdravotníků je pomáhat, zachraňovat životy a zlepšovat jejich kvalitu. Je tedy zřejmé, že je zde výrazný vliv etický pravidel.

Mezi základní rysy trhu se zdravotnickými službami patří (Slouka, 2017, s. 29):

- *koexistence státních a soukromých zařízení*
- *majoritní spektrum služeb je hrazeno zdravotními pojišťovnami a regulovanými cenami (jen minoritní část má smluvní ceny s přímou platbu klienta)*
- *vývoj zdravotnictví je závislý na politice zdravotních pojišťoven*
- *zdravotnictví se týká každého člověka*
- *společnost reaguje citlivě na problémy zdravotnictví, což má výrazný politický dopad*
- *stát silně ovlivňuje oblast zdravotnictví, čímž dochází k ovlivnění tradičních tržních mechanismů.*

Z toho vyplývá, že zdravotnická zařízení musí monitorovat potřeby svých cílových zákazníků stejně jako v jiných oborech podnikání, ale současně musí reagovat na potřeby a plány zdravotních pojišťoven.

5 Finanční analýza

5.1 Historie finanční analýzy

Nedá se obecně určit, kdy finanční analýza jako nástroj vznikla. Obecně se dá říci, že prvky finanční analýzy jsou tak staré jako je samotné obchodování. I v rámci směnného obchodu si musel být obchodník vědom nákladů pro podnikání a hodnoty obchodovaného majetku. Na základě svých zkušeností a své analýzy pak plánoval trasu své cesty nebo obměňoval obchodní artikl a ceny.

Nejstarším tištěným spisem o podvojném účetnictví je *Summa de Arithmetica, Geometria, Proportioni & Proportionalita* z roku 1494, který sepsal Luca Bartolomeo de Pacioli. Jeden z cca 1500 výtisků je i v Moravské zemské knihovně v Brně. Tento františkánský mnich, matematik je nazýván otcem účetnictví. Je zajímavé, že s matematikou a geometrií se setkal při svém vzdělávání v malířské dílně. V jednu dobu žil spolu s Leonardem da Vincim, který jednu z jeho knih ilustroval (*Divina proportione* o zlatém řezu). Jeho spis se stal základem podvojného účetnictví pro západní Evropu, ale měl minimální dopad na účetnictví zbytku Evropy, tedy i Čechy.

V Čechách jsou první spisy o účetnictví z roku 1587 a to účetní návody žateckého měšťana a vysokoškolsky vzdělaného pedagoga Mikuláše Černobýla a rožmberského úředníka Jana Brtvína z Ploskovic, které vyšly v tisku Daniela Adama z Veleslavína pod titulem: *Hospodář, knížka velmi užitečná...* (část od Jana Brtvína z Ploskovic) a *Jiná, kratší zpráva jednomu každému Pánu velmi užitečná, kterak statek svůj i úředníky své řídit, spravovati i k nim dohlédati má* (část od Mikuláše Černobýla). Nejdetailnější popis účetnictví je zřejmě ve spisu Kryštofa Fischera, který byl vydán nejprve latinsky (*Operis Oeconomici* 1679), poté v českém překladu Jana Barnera (*Oko páně aneb dobře spořádané hospodářství a Knihy hospodářské* 1706). Tyto spisy nijak nezmiňují podvojný účetnictví či práci Lucy Pacioliho (Slavíčková, 2019).

První teoretické práce o finanční analýze v moderním pojetí vznikly ve Spojených státech amerických, dále se vyvíjely podle doby, ve které měly fungovat (Růčková, 2021, s.9). Pro rozvoj finanční analýzy byl důležitý rozvoj počítačů. Rozvoj technologií pak umožnil lépe aplikovat teoretické přístupy a různé matematické modely v praxi.

V Čechách je první spis o finanční analýze z roku 1906. Jedná se o spis *Bilance akciových společností* od prof. JUDr. Josefa Pazourka, ředitele obchodní akademie v Hradci Králové. Již v samotném úvodu vysvětluje prof. Pazourek, že při bilancích čili rozvahách účetních se uplatňuje trojí vliv: „*vliv techniky účetní, vliv norem právních a vliv ideí ekonomických*“ (Pazourek, 1906). Myslím, že i v dnešní době, o více než století později tento poznatek stále platí.

5.2 Teorie finanční analýzy

5.2.1 Význam finanční analýzy

Finanční analýza je rozbor finanční situace firmy. Existuje více možností, jak finanční analýzu definovat. Jednou z nich je definice: „*finanční analýza je systematický rozbor získaných dat, která jsou obsažena především v účetních výkazech*“. Finanční analýzy v sobě zahrnují hodnocení firemní minulosti, současnosti a předpovídání budoucích finančních podmínek (Růčková, 2021, s. 9).

Finanční analýza je formalizovanou metodou, která hodnotí finanční zdraví podniku (Vochozka, 2020, s. 32). Výhodou finanční analýzy je její analytický a systematický přístup k jednotlivým činnostem a porovnáváním jednotlivých ukazatelů v čase pak podává informace o výkonnosti podniku i o potenciálních rizicích. Z finanční analýzy pak lze usuzovat na další vývoj podniku a lze tak naplánovat budoucí kroky. Je tedy jasné, že mezi finanční analýzou a finančním plánováním je těsná souvislost.

K hodnocení podniku a provádění analýz, a to nejen finančních dochází z různých důvodů. Nejčastější je hodnocení podniku podnikem samotným, jedná se o potřebu managementu a vlastníků společnosti, aby věděli, jak se podnik vyvíjí, zda nastavené strategie jsou efektivní nebo ne, a dle výsledků mohli svou strategii upravit.

Finanční analýza však není jen vnitřní informací pro management firmy a majitele, má i mnoho dalších uživatelů. Uživatele můžeme rozdělit na interní a externí (Vochozka, 2020, s. 32). Mezi externí uživatele patří stát a jeho orgány, investoři, banky a jiní věřitelé, obchodní partneři, konkurence apod. Mezi interní uživatele patří manažeři, odbory, zaměstnanci. Různé zájmové skupiny využívají finanční analýzu různě vzhledem k svým zájmům. Stát se zaměřuje na kontrolu vykazovaných daní, pro statistické účely, ale i jako podklad pro různé subvence, dotace či v rámci svěřování státních zakázek. Investoři nebo

banky potřebují dostatek informací pro rozhodování o svých investicích nebo úvěru. Z interních uživatelů má finanční analýza největší význam pro vedení podniku a jeho majitele, kteří využívají finanční analýzu jako podklad pro strategické řízení podniku.

5.2.2 Vstupy pro finanční analýzu

Hlavním zdrojem informací pro provedení finanční analýzy je účetní závěrka, která je tvořena účetními výkazy (Vochozka, 2020, s. 34). Vstupy musí být vedeny tak, aby zobrazovaly co nejvíce skutečnost, tedy byly vedené úplně a pravdivě.

Účetní závěrka může být řádná, mimořádná a mezitimní. Řádná závěrka je vždy zpracována k poslednímu dni účetního období (většinou roku). Mimořádná závěrka (konečná) se sestavuje v případech jako jsou likvidace či konkurz. Mezeitimní účetní závěrka se sestavuje v průběhu účetního období.

Jednotlivé části účetní závěrky jsou:

- rozvaha,
- výkaz zisků a ztrát,
- výkaz cash flow,
- příloha k účetní uzávěrce.

5.2.3 Rozvaha

5.2.3.1 Struktura rozvahy

Rozvaha je účetním výkazem, který bilanční formou představuje stav majetku a jeho financování. Přesněji se jedná o písemný přehled majetku a zdrojů podniku k určitému datu. Zachycuje majetkovou a zdrojovou strukturu podniku. Aktiva jsou majetkem, kterým podnik disponuje. Pasiva jsou pak zdrojem kapitálu, ze kterého byl majetek pořízen (Vochozka, 2020, s. 34). Vzhledem k tomu, že se jedná o přehled k určitému datu, jedná se o statickou podobu přehledu majetku. Výsledkem má být pak věrný obraz ve třech základních okruzích – majetkové situaci podniku, zdroje financování a finanční situace podniku (Růčková, 2021, s. 24). Majetková situace podniku udává, v jakých konkrétních druzích je majetek vázán a jak je oceněn, nakolik je opotřeben, jak rychle se obrací, optimálnost složení majetku apod. Zdroje financování, z nichž byl majetek pořízen, udává výši vlastních a cizích zdrojů financování a jejich strukturu. Finanční situace podniku nás

pak informuje, jakého zisku podnik dosáhl, jak jej rozdělil, i informaci o tom, jak je podnik schopen dostát svým závazkům (Růčková, 2021, s. 24).

Konstrukce rozvahy má být udělána přehledně, aby ukazovala, co podnik vlastní (tj. strukturu majetku), z jakých zdrojů svůj majetek pořídil (tj. struktura kapitálu), jaká je jeho finanční situace, stupeň jeho zadlužení a likvidity aj. (Synek, 2011, s. 62).

Rozvahu lze sestavit ve tvaru bilance T nebo ve vertikální formě (viz tab 2):

Tabulka 2: Struktura rozvahy

Aktiva		Pasiva	
Hodnota všech položek, do kterých podnik investoval	Dlouhodobý majetek (stálá aktiva)	Všechny zdroje, ze kterých byla aktiva pořízena	Vlastní kapitál
	- Dlouhodobý nehmotný majetek		- Základní kapitál
	- Dlouhodobý hmotný majetek		- Fondy
	- Dlouhodobý finanční majetek		- Nerozdělený zisk minulých let
	Oběžná aktiva		- Výsledek hospodaření běžného roku (+/-)
	- Zásoby		Cizí zdroje
	- Pohledávky		- Dlouhodobé závazky a úvěry
	- Investice (krátkodobý finanční majetek)		- Krátkodobé závazky a úvěry
	- Peníze		

Zdroj: Synek, 2011, s. 62

Základním vztahem v rozvaze je princip bilanční rovnosti, tedy součet aktiv se musí rovnat součtu pasiv, protože rozvaha představuje vlastně dva různé úhly pohledu na tentýž majetek. Tuto bilanční rovnici pak lze vyjádřit vzorci:

$$aktiva = pasiva$$

$$aktiva = pasiva \text{ bez zisku} + zisk$$

$$aktiva = vlastní kapitál + cizí zdroje (dluhy)$$

5.2.3.2 Aktiva

Aktiva jsou vložené prostředky, které mají podniku přinést ekonomický efekt a vznikly na základě minulých rozhodnutí (Vochozka, 2020, s. 34)). Struktura aktiv viz tabulka (Vochozka, 2020, s. 35).

Pro zajímavé srovnání uvádím i text z roku 1906 (Pazourek, 1906, s.5): „*Pojem bilance či rozvaha jmění jest srovnalý přehled obchodníkovy majetku i dluhů a jich poměru. Zřizuje se v podobě účtu, na jehož jedné straně piší se aktiva, na druhé straně pasiva; vyšetřeným jich rozdílem (zůstatkem, saldem) se slabší strana účtu zarovná se stranou druhou, takže součty obou stran se vyvažují, bilancují. Má-li převahu strana aktiv nad stranou passiv (bilance aktivná), udává vyšetřený rozdíl čisté jmění podniku toho dne, ke kterému rozvaha byla zřízena. Převažuje-li strana passiv (bilance passivná), je podnik passivním, je předlužen, a vyšetřený rozdíl je ryzím dluhem podniku. Jsou-li aktiva a passiva na rovni, nemá závod ani čistého jmění, ani ryzích dluhů.*“

Tabulka 3: Aktiva

	Aktiva celkem	Běžné účetní období			Minulé období
		bruto	korekce	netto	netto
A	Pohledávky za upsaný vlastní kapitál				
B	Dlouhodobý majetek (stálá aktiva)				
B.I	Dlouhodobý nehmotný majetek				
B.II	Dlouhodobý hmotný majetek				
B.III	Dlouhodobý finanční majetek				
C	Oběžná aktiva				
C.I	Zásoby				
C.II	Dlouhodobé pohledávky				
C.III	Krátkodobé pohledávky				
C.IV	Krátkodobý finanční majetek				
D	Časové rozlišení aktiv				

Zdroj: Vochozka, 2020, s. 35

Základním hlediskem dělení aktiv je doba jejich upotřebitelnosti, tedy dle jejich likvidity. Aktiva dělíme na dlouhodobý majetek (stálá aktiva) - tedy položky nejméně likvidní až po položky nejlikvidnější, tedy oběžná aktiva a časové rozlišení (přechodná aktiva).

Dlouhodobý majetek (stálá aktiva) mají dobu přeměny na hotové prostředky delší než jeden rok. Dlouhodobý majetek rozdělujeme na nehmotný, hmotný a finanční:

- nehmotný nemá fyzickou podstatu, jsou to zřizovací výdaje, nehmotné výsledky vědy a výzkumu, software a ocenitelná práva s dobou užití déle než 1 rok
- hmotný jako jsou nemovitosti (pozemky, stavby, budovy), technické rekultivace, předměty z drahých kovů a ložiska, jiné movité věci s užitnou dobou delší než 1 rok
- finanční je tvořen cennými papíry a podíly s dobou držení déle jak 1 rok, majetkové účasti a realizované cenné papíry a podíly, dlužné cenné papíry

Nespotřebovávají se většinou najednou, ale postupně nejčastěji ve formě odpisů a svou hodnotu přenáší úměrně opotřebením do nákladů firmy. Odpisy se netýkají veškerého dlouhodobého majetku, u pozemků, uměleckých předmětů se naopak počítá s jejich zhodnocením v čase, stejně tak s položkami finančních investic (Růčková, 2021, s. 27).

Oběžná aktiva jsou buď v podobě věcné (materiál, suroviny, rozpracovaná výroba, výrobky hotové) a v podobě peněžní (peníze v pokladně, na účtu, pohledávky a krátkodobé cenné papíry). Lze u nich předpokládat, že se přemění na finanční prostředky během jednoho roku. Oběžná aktiva jsou součástí hodnocení likvidity firmy. Přestože jsou oběžná aktiva z hlediska finančního neefektivní způsob uložení financí, tak určitá míra je nezbytně nutná pro kontinuální provoz firmy.

5.2.3.3 Pasiva

Pasiva můžeme označit za stranu zdrojů financování firmy. Jsou tvořena třemi základními položkami: vlastní kapitál, cizí zdroje a časové rozlišení.

Tabulka 4: Pasiva

	Pasiva celkem	Běžné účetní období	Minulé období
A	Vlastní kapitál		
A.I	-Základní kapitál		
A.II	-Kapitálové fondy		
A.III	-Rezervní fondy		
A.IV	-Výsledek hospodaření minulých let		
A.V	- Výsledek hospodaření běžného účetního období		
B	Cizí zdroje		
B.I	- Rezervy		
B.II	- Dlouhodobé závazky		
B.III	- Krátkodobé závazky		
B.IV	- Bankovní úvěry		
C	Časové rozlišení pasiv		

Zdroj: Vochozka, 2020, s. 36

Vlastní kapitál je složen ze základního kapitálu, kapitálových a rezervních fondů.

- **Základní kapitál** je hodnota vkladu vlastníků do společnosti, většinou se tvoří při zakládání společnosti a zůstává často neměnný. Tento základní kapitál vytváří obchodní společnosti dle obchodního zákoníku – zákon č. 513/1991 Sb. Povinný je pro společnost s ručením omezeným (min. 1,- Kč), v akciové společnosti (min. 2 000 000,-Kč), komanditní společnosti (minimální hodnota vkladu je dána společenskou smlouvou) a v družstvu (minimální hodnota vkladu je dána stanovami družstva).
- **Kapitálové fondy**
- **Rezervní fondy**
- **Výsledek hospodaření let minulých** je nerozdělený zisk z minulých období (případně neuhrazená ztráta)

- **Výsledek hospodaření běžného účetního období** je zisk ze současného uzavíraného účetního období.

Cizí kapitál představuje dluh, který musí být v určitém časovém horizontu uhrazen. Se získáním tohoto kapitálu se pojí většinou i úroky a další výdaje s tím spojené. Levnější bývá zpravidla krátkodobý než dlouhodobý kapitál. Navíc cizí kapitál bývá levnější než kapitál vlastní. Cizí kapitál tak obsahuje rezervy, dlouhodobé závazky (splatnost delší než jeden rok v okamžiku, kdy je závěrka sestavena), krátkodobé závazky, bankovní úvěry a výpomoci.

Časové rozlišení je poslední položkou, patří sem náklady příštích období (např. nájem placený dopředu), příjmy příštích období (výnosy běžného období, které zatím nebyly přijaty) apod. Z analytického hlediska mají malý podíl na celkovém objemu aktiv a jejich změny se příliš neprojeví v analýze podniku.

V rámci finanční struktury se analyzuje relace mezi vlastním a cizím kapitálem. Tato relace je závislá především na nákladech spojených se získáním příslušného druhu kapitálu, které jsou odvislé od doby jeho splatnosti a rizika spojeného s jeho použitím. Za optimální finanční strukturu se pak považuje takové rozložení kapitálu, které je spojeno s minimalizací veškerých nákladů na jeho pořízení a které je zároveň v souladu s předpokládaným vývojem tržeb a zisku a majetkovou strukturou podniku (Růčková, 2021, s. 30).

5.2.4 Výkaz zisků a ztrát

Výkaz zisků a ztrát je písemný přehled o výnosech, nákladech a výsledku hospodaření za určité období (Růčková, 2021, s. 33). V rámci analýzy pak sledujeme strukturu a dynamiku jednotlivých položek. Výkaz se sestavuje pravidelně, většinou 1x ročně, ale lze zvolit i kratší intervaly. Výkaz lze sestavovat v členění druhovém nebo účelovém:

V druhovém členění:

- tržby z prodeje výrobků a služeb,
- tržby z prodeje zboží,
- výkonový spotřeba,
- změna stavu zásob vlastní činnosti,
- aktivace,

- osobní náklady,
- úprava hodnot v provozní oblasti,
- ostatní provozní náklady,
- **provozní výsledek hospodaření.**

V účelovém členění:

- tržby z prodeje výrobků, zboží a služeb,
- náklady na prodeje (včetně úpravy hodnot)
- **hrubý zisk nebo ztráta,**
- odbytové náklady (včetně úprav hodnot),
- správní náklady (včetně úprav hodnot),
- ostatní provozní výnosy,
- ostatní provozní náklady,
- **provozní výsledek hospodaření.**

Výkaz zjišťuje, jak jednotlivé položky ovlivňují, resp. ovlivňovaly výsledek hospodaření podniku. Jsou tedy podkladem pro hodnocení firmy z hlediska ziskovosti. Obsahuje tokové veličiny, sleduje časový interval (na rozdíl od rozvahy, která se vztahuje k určitému okamžiku). Z výkazu lze odvodit, zda je podnik ziskový v důsledku své hlavní činnosti, než z důvodu např. získání externího zdroje financování. Hodnoty obsažené ve výkazu zisků a ztrát jsou založeny na kumulativní bázi, jejich změny v čase nemusí být rovnoměrné. Nevýhodou je skutečnost, že položky se neopírají o skutečné peněžní toky (příjmy a výdaje), výsledný čistý zisk tak neodráží zcela skutečnost. Náklady a výnosy se zahrnují do období, do kterého časově a věcně patří bez ohledu na samotný tok peněz, tento koncept se nazývá akruální princip. Náklady tak nemusí být zaplacený ve stejném období, kdy jsou hodnoceny v daném výkazu.

Vztah mezi náklady a výnosy a příjmy a výdaji je tedy tento (Růčková, 2021, s. 35-36):

- *náklady běžného účetního období obsahují i položky, které nebyly uhrazeny v daném účetním období (i když s ním souvisí),*
- *náklady běžného účetního období obsahují položky, které neznamenají faktický úbytek finančních prostředků (odpisy, tvorba rezerv),*
- *výnosy běžného účetního období obsahují položky, které nebyly skutečným příjmem běžného účetního období (tržby za fakturované zboží),*

- *výkaz zisku a ztráty nebere na vědomí některé výdaje běžného období (tam, kde se jednalo o úbytek peněz běžného období, ale ne o náklad běžného období),*
- *výkaz zisku a ztrát nezohledňuje některé příjmy běžného období (přijaté nájemné předem), ale není to výnos běžného období.*

5.2.5 Výkaz cash flow

Sledování finančních toků je analyzováno poměrně moderní metodou výkazu o tvorbě a použití peněžních prostředků, častěji označováno jako výkaz cash flow. Výkaz cash flow srovnává bilanční formou zdroje tvorby peněžních prostředků (příjmy) a jejich užití (výdaje) za určité období k posouzení skutečné finanční situace. Je rozpisem vybraných položek majetku a podává informaci o přírůstcích a úbytcích peněžních prostředků a peněžních ekvivalentů v členění na **provozní, investiční a finanční činnost** v průběhu účetního období. Výhodou je, že není ovlivněn metodou odpisování majetku a není zde zkrácení časovým rozlišením.

Mezi peněžní prostředky patří peníze v hotovosti, ceniny, peněžní prostředky na účtu (i v případě pasivního zůstatku na běžném účtu) a peníze na cestě. Za peněžní ekvivalent pak považujeme krátkodobý likvidní majetek, u něhož se nepředpokládají významné změny hodnoty v čase a je možno je s nízkými náklady přeměnit na peněžní částku (předem známou). Výkaz provozní činnosti zjišťuje, jak výsledek hospodaření za běžnou činnost odpovídá skutečně vydělaným penězům a jak je produkce peněz ovlivněna změnami pracovního kapitálu a jeho složkami. Výkaz investiční činnosti sleduje výdaje na pořízení a příjmy z prodeje investičního majetku. Výkaz finanční činnosti hodnotí pohyb dlouhodobého kapitálu a vnější financování, jako je splácení a přijímání dalších úvěrů, peněžní toky související s pohybem vlastního jmění apod. Výkaz cash flow tak umožňuje posoudit schopnost dosáhnout stanovených cílů, tím že poskytuje informace o struktuře finančních zdrojů, o finančně hospodářské politice podniku v daném období (Růčková, 2021, s. 39).

Výkaz cash flow lze psát bilanční formou, kdy na jedné straně obsahuje tvorbu peněžních prostředků a na druhé straně jejich užití, a sloupcové “retrogradní” pojetí. Cash flow se kvantifikuje nejčastěji dvěma způsoby:

- přímo – pomocí sledování příjmů a výdajů podniku za dané období,
- nepřímo – pomocí transformace zisku do pohybu peněžních prostředků.

Struktura cash flow (Růčková, 2021, s. 39):

- *zisk po úhradě úroků a zdanění*
 - + *odpisy*
 - + *jiné náklad*
 - - *výnosy, které nevyvolávají pohyb peněz*
- *cash flow ze samofinancování*
 - + - *změna pohledávek (+ úbytek; - přírůstek)*
 - + - *změna krátkodobých cenných papírů (+ úbytek)*
 - + - *změna zásob (+ úbytek)*
 - + - *změna krátkodobých závazků (+ přírůstek)*
- *cash flow z provozní činnosti*
 - + - *změna fixního majetku (+ úbytek)*
 - + - *změna nakoupených obligací a akcií (+ úbytek)*
- *cash flow z investiční činnosti*
 - +- *změna dlouhodobých závazků (+ přírůstek)*
 - + *přírůstek vlastního jmění z titulu emise akcií*
 - - *výplata dividend*
- *cash flow z finanční činnosti*

5.2.6 Příloha k účetní závěrce

Příloha k účetní závěrce se sestavuje ve formě tabulek nebo popisným způsobem, vychází z účetních i dalších písemností. Cílem přílohy je vysvětlit nebo doplnit informace obsažené v rozvaze a výkazu zisku a ztráty. Uvádí údaje, které nejsou uvedeny v účetních výkazech, nebo uvedené údaje zpřesňuje, pokud jsou z hlediska uživatelů významné. Vedle údajů za sledované období se v příloze uvádějí srovnatelné údaje za minulé účetní období. Uvádí se informace o použitých účetních metodách, jejich změnách apod. Informace se v příloze píše dle pořadí, v jaké jsou řazeny související položky v rozvaze a ve výkazu zisku a ztrát. Rozsah zveřejňovaných informací se liší v závislosti na kategorii účetní jednotky, a zda tyto jednotky mají povinnost nechat ověřit účetní závěrku auditorem.

5.3 Metody finanční analýzy

5.3.1 Volba metody

Metody finanční analýzy se mění, zdokonalují s rozvojem matematických, statistických i ekonomických věd. Zpracování pomocí moderních softwarových programů analýzu na jednu stranu zjednoduší, na druhou stranu je pak důležitější správný výběr metod analýzy. Volba metody musí být učiněna dle těchto základních podmínek (Růčková, 2021, s. 45):

- **účelnost**
 - *metoda musí odpovídat předem zadanému cíli, tedy k jakému účelu má analýza sloužit,*
 - *nesmí se opomenout rizika, která plynou ze špatné volby metody a její následné interpretace.*
- **nákladnost**
 - *náklady na tvorbu analýzy by měly odpovídat přiměřené návratnosti,*
 - *hloubka a rozsah analýzy musí odpovídat očekávanému zhodnocení rizik spojených s rozhodováním.*
- **spolehlivost**
 - *rozhodující je kvalitní využití dostupných dat, tedy čím spolehlivější jsou vstupní informace, tím spolehlivější budou i výsledky plynoucí z analýzy.*

Obecně pak platí, čím lépe zvolené metody, tím lze udělat kvalitnější závěry a tím je i následné rozhodnutí děláno s nižším rizikem chyby. Vzhledem k uživateli dané analýzy je pak i přizpůsobena prezentace daných údajů, neboť pro zadavatele není podstatné, jak se k výsledkům došlo, ale co výsledky znamenají pro podnik. Proto jsou velmi vhodné vizualizace, grafy, komentáře apod., tak aby výsledky byly použitelné i pro někoho bez znalostí finanční analýzy. Výsledkem by mělo být zjištění silných a slabých stránek firmy v oblasti „finančního zdraví“.

5.3.2 Finanční ukazatele

Finanční analýza pracuje s ukazateli, kterými jsou položky účetních výkazů, údaje z dalších zdrojů nebo čísla z nich odvozená (Růčková, 2021, s. 46). Z analytického hlediska je důležité vytváření časových řad, na základě jejich hodnocení pak lze teprve formulovat

závěry. Čím kratší je doba, za kterou firmu posuzujeme, tím více nepřesností pak může vzniknout při hodnocení.

Finanční ukazatele se člení na **absolutní, rozdílové, poměrové a speciální** (Růčková, 2021, s. 46):

- **absolutní** – vychází přímo z hodnot jednotlivých položek,
- **rozdílové** – rozdíl určité položky aktiv a pasiv,
- **poměrové** – podíl dvou položek, jedná se o nejvyužívanější skupinu ukazatelů, pomocí nichž se provádí časová srovnání, průřezové a srovnávací analýzy, jsou základem i pro regresní a korelační metody.

Jiné členění dělí ukazatele na **extenzivní** (objemové) a **intenzivní** (relativní) (Růčková, 2021, s. 47):

- **extenzivní ukazatele** – informují o rozsahu, jsou uváděny v objemových jednotkách, v případě analýzy účetních výkazů se jedná o kvantitu v peněžních jednotkách,
 - stavové veličiny – zachycují stav majetku a zdrojů jeho krytí,
 - rozdílové ukazatele – představují rozdíl stavu určitých skupin,
 - tokové ukazatele – informují o změně extenzivních ukazatelů za určitý časový interval,
 - nefinanční – vychází z údajů vnitropodnikových a evidence, např. počet zaměstnanců, množství zásob a výrobků, spotřeba energie apod.
- **intenzivní ukazatele** – informují o míře využívání zdrojů, charakterizují míru, v jaké jsou extenzivní ukazatele využívány a jak silně či rychle se mění,
 - stejnorodé – poměry extenzivních ukazatelů vyjádřené ve stejných jednotkách,
 - nestejnorodé – poměr extenzivních ukazatelů vyjádřených v různých jednotkách.

5.3.3 Elementární metody

Elementární metody finanční analýzy lze členit do několika skupin, jako celek pak jsou komplexním hodnocením hospodaření podniku (Růčková, 2021, s. 48):

- **analýza stavových absolutních ukazatelů**
 - horizontální analýza,

- *vertikální analýza.*
- ***analýza rozdílových a tokových ukazatelů***
 - *analýza fondů,*
 - *analýza cash flow.*
- ***přímá analýza intenzivních ukazatelů***
 - *ukazatele rentability,*
 - *ukazatele aktivity,*
 - *ukazatele zadluženosti,*
 - *ukazatele likvidity,*
 - *ukazatele kapitálového trhu,*
 - *ukazatele cash flow.*
- ***analýza soustav ukazatelů***
 - *Du Pontův rozklad,*
 - *pyramidové rozklady.*

5.3.3.1 Horizontální analýza

Horizontální analýza se zabývá časovými změnami absolutních ukazatelů, čím lépe a déle vedené časové řady, tím přesnější hodnocení. Výsledek zjistíme rozdílem dané hodnoty v obdobích (letech, měsících apod.). Můžeme počítat jak absolutní hodnoty, tak procentní podíl. Výsledek je informací o absolutní změně dané sledované veličiny.

výsledek = finanční ukazatel sledovaného období – finanční ukazatel předchozího období

*změna v % = absolutní výše změny/ ukazatel předchozího období * 100%*

V případě procentuálního hodnocení musíme vzít v potaz, zda se jedná o velkou procentní změnu v málo významné položce (malé v absolutních číslech) nebo se jedná o významnou položku, kde i menší procentní změna může mít větší dopad.

5.3.3.2 Vertikální analýza

Vertikální analýza neboli procentní rozbor analyzuje vnitřní strukturu absolutních ukazatelů. Porovnává jednotlivé položky základních účetních výkazů k celkové sumě aktiv nebo pasiv. Usnadňuje tak srovnávání s předchozími obdobími i s podobnými firmami v tomtéž oboru podnikání.

5.3.3.3 Analýza fondů

Analýza fondů finančních prostředků využívá rozdílové ukazatele, zaměřena je na čistý pracovní kapitál. Slouží k určení optimální výše oběžných aktiv i při hledání vhodného způsobu financování oběžných aktiv. Mezi nejčastěji používané fondy ve finanční analýze patří:

- čistý pracovní kapitál,
- čisté pohotové prostředky,
- čisté peněžně pohledávkové finanční fondy.

5.3.3.4 Analýza cash flow

Analýzou cash flow zjišťujeme finanční sílu podniku, jeho schopnost vytvářet z vlastní činnosti prostředky k financování základních potřeb. Tedy zda je podnik schopen hradit své závazky a financovat investice.

5.3.3.5 Ukazatele rentability

Ukazatele rentability (výnosnosti) poměrují zisk s dalšími veličinami. Slouží k hodnocení úspěšnosti dosahování podnikových cílů. Rentabilita je měřítkem schopnosti podniku vytvářet nové zdroje, dosahovat zisku použitím investovaného kapitálu (Růčková, 2021, s. 49). V praxi se nejčastěji používají následující ukazatele:

- ukazatel rentability vlastního kapitálu,
- ukazatel rentability celkového vloženého kapitálu,
- rentabilita nákladů,
- rentabilita odbytu (Růčková, 2021, s. 61).

5.3.3.6 Ukazatele aktivity

Ukazatele aktivity jsou vhodné k hodnocení efektivnosti podnikatelské činnosti. Hodnotí využití zdrojů podle rychlosti obratu vybraných položek rozvahy. Mezi nejvyužívanější patří:

- obrat aktiv – kolikrát se celková aktiva obrátí za rok,

- obrat dlouhodobého majetku – kolikrát se dlouhodobý majetek přemění za rok v tržby,
- obrat zásob – kolikrát se zásoby přemění za rok v tržby,
- doba obratu zásob – kolik dní jsou v podniku zásoby do okamžiku jejich spotřeby,
- doba splatnosti pohledávek – kolik dní uplyne od vystavení faktury za prodej zboží nebo služeb do připsání ceny na účet podniku (Vochozka, 2020, s. 43).

5.3.3.7 Ukazatele zadluženosti

Ukazatele zadluženosti posuzují finanční strukturu firmy z dlouhodobého hlediska (Růčková, 2021, s. 49). Hodnotíme míru schopnosti podniku znásobit své zisky využitím vlastního kapitálu. Z pohledu zadluženosti se rozlišují následující tři ukazatele (Máče, 2006, s. 37):

- Celková zadluženost – jedná se o ukazatel z kolika procent jsou celková aktiva financována z cizího kapitálu. Čím je hodnota tohoto ukazatele nižší, tím je nižší míra zadluženosti.
- Zadluženost vlastního kapitálu (též finanční nezávislost) – je zde vyjádřeno jaký je podíl vlastního kapitálu na krytí aktiv. Tento ukazatel tvoří společně s ukazatelem cizího kapitálu hodnotu 1.
- Úrokové krytí – tento ukazatel vysvětluje schopnost podniku pokrýt své úroky ze zisku. Je žádoucí, aby tato hodnota byla co nejvyšší.

5.3.3.8 Ukazatele likvidity

Ukazatelé likvidity zjišťují schopnost podniku splácet krátkodobé závazky. Rozlišujeme tyto druhy likvidity:

- okamžitá – vyjadřuje schopnost firmy okamžitě splatit závazky, a to z finančního majetku,
- pohotová likvidita – k finančnímu majetku jsou přidány pohledávky, a to krátkodobé i dlouhodobé,
- běžná likvidita – vyjadřuje, jak jsou krátkodobé závazky kryty oběžnými aktivy (Máče, 2006, s. 35).

5.3.3.9 Ukazatele kapitálového trhu

Ukazatele kapitálového trhu se zabývají hodnocením činnosti z hlediska zájmů akcionářů.

Mezi nejdůležitější ukazatele patří:

- účetní hodnota akcií,
- čistý zisk na akcii,
- dividendový výnos,
- dividendové krytí (Růčková, 2021, s. 71).

5.3.3.10 Ukazatele cash flow

Ukazatele cash flow pracují s reálnými toky, zpravidla zpracovávají část peněžních prostředků, která vznikla v provozní oblasti.

5.3.3.11 Analýza soustav ukazatelů

Analýza soustav využívá předchozí rozbory a vzájemně je kombinuje. Podstatou je sestavení jednoduchého modelu, který zobrazí vzájemné vztahy mezi dílčími ukazateli vyššího řádu. Model pak vytváří souhrn ukazatelů, které lze rozkládat na další dílčí ukazatele až k detailům (Růčková, 2021, s. 50). Mezi základní funkce modelu patří:

- vysvětlit vliv změny jednoho ukazatele nebo více ukazatelů na celkové hospodaření firmy,
- ulehčit a zpřehlednit analýzu dosavadního vývoje firmy,
- poskytnout podklady pro výběr rozhodnutí z hlediska firemních či externích cílů.

5.3.3.12 Du Pontův rozklad

Du Pontův rozklad ukazatele rentability je nejznámější ze skupiny analýzy soustav ukazatelů. Je založen na odvozování ziskové marže a obratu celkových aktiv.

5.3.3.13 Pyramidové rozklady

Pyramidové soustavy ukazatelů názorně vystihují postupné rozšiřování počtu dílčích ukazatelů v podrobnějších rozkladech. Využívají se dva hlavní postupy (Růčková, 2021, s. 50):

- **aditivní** – výchozí ukazatel se rozkládá do součtu nebo rozdílu dvou a více dalších ukazatelů,
- **multiplikativní** – výchozí ukazatel je součinem nebo podílem dvou či více ukazatelů.

Další metody účelově vybraných ukazatelů mají firmě přiřadit jeden výsledný hodnotící koeficient, který usnadní rozhodování o stabilitě či nestabilitě finančního zdraví firmy (Růčková, 2021, s. 50).

5.3.3.14 Bonitní modely

Bonitní modely jsou založeny na teoretických poznacích, umožňují posuzovat firmu s větším souborem obdobných firem. Jsou logicky závislé na množství dat o výsledcích v daném oboru. Jejich výhodou je možnost stanovení pozice v oboru.

5.3.3.15 Bankrotní modely

Bankrotní modely, jak vyplývá z názvu, mají včas informovat o možnosti hrozícího bankrotu v blízké budoucnosti. Vychází z předpokladu, že ve firmě dochází již několik let před bankrotem k určitým anomáliím, které signalizují budoucí problémy.

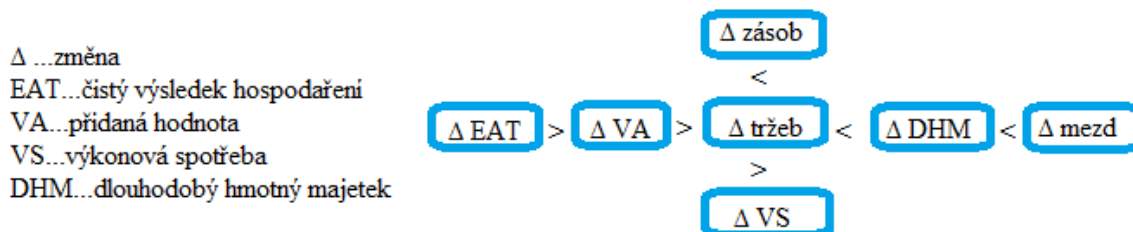
5.3.4 Další metody

Existují i další metody vycházející z elementární finanční analýzy, umožňují snazší interpretaci výsledků nebo i vizualizaci. Mezi tyto metody se řadí ekonomický normál a spider analýza.

5.3.4.1 Ekonomický normál

Jedná se o rychlou metodu pro posouzení dynamiky v ekonomice firmy. Ekonomický normál je postaven na soustavě nerovnic indexů. Indexy jsou charakteristické změnou daného ukazatele mezi dvěma obdobími. Nerovnice jsou sestaveny tak, aby při ekonomicky žádoucím vývoji ukazatelů hodnoty jejich indexů (meziročních temp růstu) zleva doprava klesaly (Růčková, 2021, s. 51).

Schéma 2: Základní schéma ekonomického normálu

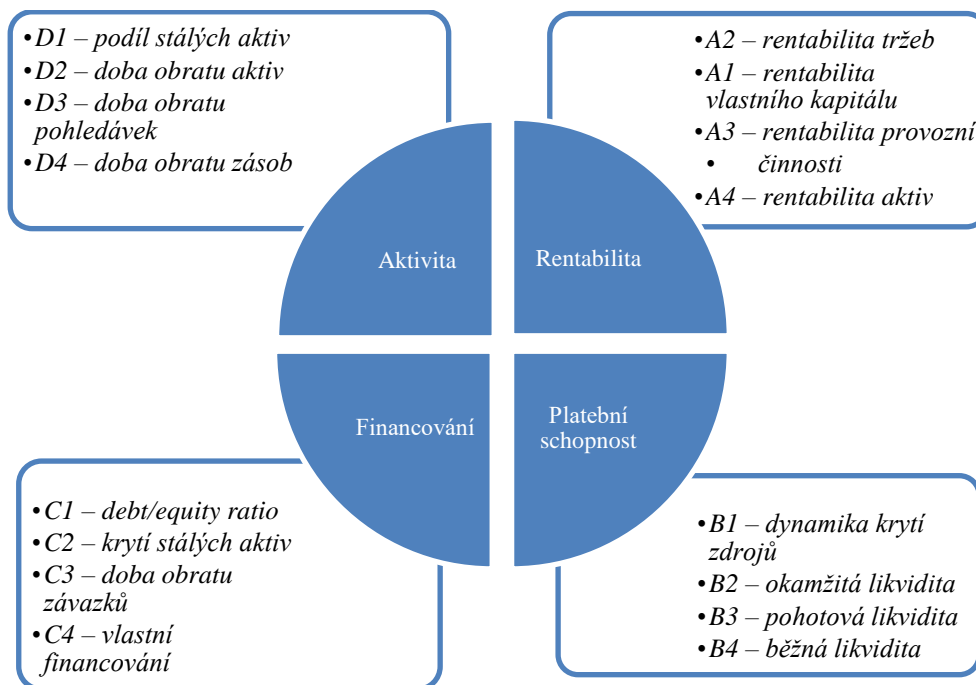


Zdroj: Růčková, 2021, s. 51

5.3.4.2 Spider analýza

Spider analýza vychází také z elementárních metod finanční analýzy a to z grafického hodnocení ukazatelů. Pavučinové grafy jsou snadno zkonstruovatelné díky použití softwaru. Na 16-ti paprscích je sledováno 16 základních poměrových ukazatelů, které je možno vztáhnout k oborovým hodnotám, hodnotám konkurenčních podniků či nějakému období. Na paprscích hodnotíme tyto ukazatele (Růčková, 2021, s. 52) – viz schéma 3:

Schéma 3: Rozdělení sektorů pro Spider analýzu



Zdroj: Růčková, s.52

Ve vztahu k námi vybranému základu pak většinou pozitivně hodnotíme ty ukazatele, které jsou vyšší než vztažná hodnota. Zatímco u rentability budeme nadprůměrnost vyžadovat,

tak u likvidity už to nemusí jednoznačně platit, zde tedy je optimální být přibližně na úrovni vztažné hodnoty. Stejně tak to platí pro ukazatele C3 – doba obratu závazků, D3 – doba obratu pohledávek a D4 – doba obratu zásob, zde naopak by ukazatel měl být nižší než vztažná hodnota. Ukazatele můžeme eventuálně zaměnit dle našich priorit, stejně tak můžeme měnit základ, se kterým se podnik porovnává. Základem však je mít přehled v daném oboru podnikání a schopnost zajistit si tak adekvátní vztažné hodnoty (Růčková, 2021, s. 53).

5.3.4.3 Moderní metody finanční analýzy

Moderní metody finanční analýzy se snaží odstranit nedostatky elementárních metod. Jedná se především o to, že metody elementární analýzy jsou zaměřeny především pro potřeby manažerů a plnění manažerských cílů. Oproti tomu moderní metody berou v potaz i zájmy vlastníků, a současně neberou v potaz jen účetní ukazatele. Do vyhodnocování se zahrnuje kalkulace rizika a také rozsah vázaného kapitálu. Cílem těchto metod je pak zvyšování tržní hodnoty podniku. Mezi moderní metody řadíme:

- ekonomická přidaná hodnota (EVA),
- hodnota přidaná trhem (MVA),
- diskontované cash flow (DCF).

EVA metoda ekonomické přidané hodnoty

Metoda je závislá na veřejné obchodovatelnosti podniku, což v podmínkách České republiky splňuje jen málo podniků. Dalším jejím omezením je i hodnocení, kdy není z její hodnoty zřejmé, zda změna vznikla činností samotného podniku nebo vlivem ekonomiky.

DCF diskontované cash flow

Tato metoda je vhodná při hodnocení výhodnosti investic do daného podniku. Pracuje se všemi relevantními hotovostními toky v průběhu celé existence zvažovaného projektu, nikoliv s kategorií zisku (Růčková, 2021, s. 54). Jedná se tedy o metodu plánování, ex ante, není vhodná pro retrospektivní použití.

6 Vlastní práce

6.1 Charakteristika analyzovaného zdravotnického zařízení

6.1.1 Základní údaje

Ambulantní zdravotnické zařízení Urologie Peremský, s. r. o. vzniklo v r. 2017 s plánem poskytovat služby ambulantní urologie pro Litvínov a okolí (spádová oblast přes 30 tisíc obyvatel). V této oblasti byl pouze jeden urolog na dva dny v týdnu, což bylo důvodem pro výběr této lokality pro vznik nové ordinace. Firma Urologie Peremský je společnost s ručením omezeným, základní kapitál je 1,- Kč, společnost je zapsána u Krajského soudu v Ústí nad Labem. Jejím jediným majitelem a jednatelem s. r. o. je MUDr. Zdeněk Peremský. Následující dva roky trvalo, než ambulance získala smlouvu s dominantním poskytovatelem zdravotnické péče v dané oblasti, což je Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP). Ordinace tedy byla otevřena pro pacienty 1. dubna 2019 a to zpočátku jen tři dny v týdnu, čemuž odpovídal úvazek 0,6 domluvený s pojišťovnou VZP. Nyní funguje všech pět dní v týdnu, z toho 4 dny s lékařem, jeden je vyhrazen pro péči poskytovanou zdravotní sestrou. V analýze budeme tedy hodnotit necelé tři roky plného provozu ordinace. Z toho dva roky významně poznamenané nečekanou událostí – pandemií Covid-19.

Ordinace vznikla tzv. „na zelené louce“, byla tedy zcela bez pacientů a zcela bez historie. Pro úhradový mechanismus pojišťoven to znamená, že chybí tzv. referenční období, ke kterému by mohli vztahovat zastropování hrazené péče. Většinou bylo tedy využito referenční období průměrné pro danou odbornost v dané lokalitě.

Budeme-li vycházet z počtu ošetřených pacientů a z počtu výkonů daří se ordinaci dobře (tab. 5). Počet pacientů i vykázané bodové ohodnocení výkonů postupně stoupá. Mírný pokles v třetích kvartálech je dán slabším provozem v době letních dovolených i dovolenou lékařů. Současně s tím však ordinaci stoupají náklady. Ordinace musí tedy nyní začít vyhodnocovat, jaký počet ošetřených pacientů ještě přinese zisk a zda další přijímání pacientů je ještě efektivní jak z pohledu poskytované kvality zdravotní péče, tak ze stránky ekonomické. Současně musí vyhodnotit, jaké přístrojové vybavení se ekonomicky vyplatí, které je nutné pravidelně obměňovat a zda se ev. specializovat na některé typy výkonů a jiné směřovat do jiných zdravotnických zařízení.

Tabulka 5: Počet ošetřených pacientů a bodové ohodnocení výkonů

Kvartál/rok	Ošetření pacienti za kvartál	Ošetření pacienti za rok	Bodové ohodnocení výkonů za kvartál	Bodové ohodnocení výkonů za rok
2Q 2019	478	1 947	491 902	1 759 402
3Q 2019	619		534 765	
4Q 2019	850		732 735	
1Q 2020	946	3 938	845 178	3 388 490
2Q 2020	941		859 635	
3Q 2020	908		719 575	
4Q 2020	1143		964 102	
1Q 2021	1086	4 483	919 360	3 596 098
2Q 2021	1212		1 001 997	
3Q 2021	1004		761 900	
4Q 2021	1181		912 841	
1Q 2022 (ke dni 30.3.2022)	1125		968 711	

Zdroj: vlastní zpracování, 2022

6.1.2 Vstupní a provozní náklady

6.1.2.1 Požadavky na vybavení ordinace

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 92/2012 Sb. předepisuje minimální technické a věcné vybavení ordinací dle jejich odbornosti (č.92/2012 Sb.). Pro odbornost urologie je závazná příloha č. 1 a 2 k dané vyhlášce. Relevantní část pro urologickou ambulanci je součástí Přílohy 3. Z této vyhlášky vyplývá, že vstupní náklady byly poměrně vysoké. Firma je řešila jednak půjčkou jednatele (tedy vložení soukromých prostředků majitele) a dále půjčkou bankovního ústavu. Snížení vstupních nákladů bylo dosaženo i pořízením repasovaného ultrazvukového přístroje, kde však bylo nutno počítat s mnohem kratší dobou funkčnosti a již během těchto tří let došlo k jeho výměně za modernější a kvalitnější ultrazvuk. Stejně tak uroflowmetr a urodynamická aparatura byly zakoupeny až v průběhu, nikoliv ihned na začátku. To však přináší nutnost vždy nových jednání s pojišťovnami se

změnami ve smlouvách, aby byly nasmlouvány nové výkony, které jsou vázány na daný přístroj. Dalším přístrojem z výše jmenovaných, který ještě ordinace nemá je sterilizátor. Sterilizace je v současné době řešena smlouvou s oddělením sterilizace v Krajské zdravotní a.s. Vzhledem ke zvyšujícím se nákladům a potřebě sterilizace je však již objednan sterilizační přístroj a bude zařazen do provozu v 2. polovině roku 2022. Pomocnou ruku na začátku provozu poskytl i majitel objektu, kde je ordinace umístěná. Na vlastní náklady zajistil označení ordinace a poskytl slevu na nájemném v prvních měsících nájmu a poskytl základní nábytek (skříně, kartotéky, stoly).

6.1.2.2 IT

Dalším nutným nákladem ordinace je software a IT služby. Výběr lékařského softwaru se liší dle potřeb daného zdravotnického zařízení. Ordinace si vybrala takový software, který má kvalitní vzdálenou podporu, pravidelné zálohování dat a zajišťuje bezpečnost ukládaných dat i bezpečný přenos dat pro vyúčtování péče pojišťovně. Dalším důležitým kritériem je aktualizace softwaru podle měnících se podmínek ve zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že veškerá data o zdravotním stavu jsou daty citlivými, je jejich bezpečnost na prvním místě. Pro další IT služby je smluvně zajištěn IT specialista. To, že si firma vybrala kvalitní software s kvalitní podporou, bylo ověřeno v průběhu pandemie covid-19, kdy se měnily podmínky prakticky ze dne na den, vznikaly nové výkony, nasmlouvávány bývaly často automaticky, ale s různými daty počátku i ukončení. Software na tyto změny reagoval velmi rychlými aktualizacemi a v provozu prakticky nebyl zaznamenaný problém a pokud ano, byl vždy řešen pomocí vzdálené podpory bez větších obtíží.

Běžným nákladem ordinace je webová stránka a její provoz, pro eliminaci vstupních nákladů byla vytvořena svépomocí a jediným nákladem tak je platba za webhosting a vzdálenou podporu. Vzhledem k tomu, že ordinaci stačí statická stránka, bylo by neúčelné mít stránky vytvořené specializovanou firmou. Pokud by však do budoucna firma uvažovala o dynamických stránkách např. pro možnost objednávání pacientů, pak je vhodné především kvůli zabezpečení zvolit placené služby.

6.1.2.3 Reklama

Náklady na reklamu jsou pro ordinaci zcela minimální, jednak je reklama ve zdravotnictví výrazně regulovaná (viz výše) a v místním prostředí funguje nejlépe reklama “od úst k

ústům”. Ordinance tedy zainvestovala pouze do dopisů všem lékařům a zdravotnickým zařízením, kteří běžně odesílají pacienta k urologickému vyšetření – v tomto případě se jedná o místní praktické lékaře pro dospělé i pro děti a dorost, gynekology a zařízení sociální péče. Těmto zařízením byla nabídnuta i nadstandardní služba návštěvy lékaře v zařízení. Vzhledem k tomu, že jsou zde umístěni často pacienti imobilní, většina těchto zařízení tuto službu přijala s radostí a lékař tak pravidelně jezdí do několika domovů důchodců a domovů sociálních služeb. Další využitou formou reklamy byl článek v místních novinách, který informoval o vzniku nové ordinace. A v průběhu sledovaného období pak článek informující o získání příspěvku z nadace Muži proti rakovině na nové vybavení, a tedy i na nově poskytovaný výkon (biopsie prostaty).

6.1.2.4 Odpady

Ve zdravotnictví je produkován nejen odpad směsný, ale i nebezpečný, kontaminovaný či ostrý. Nakládání se zdravotnickými odpady tedy podléhá zákonným úpravám, které mají za cíl bezpečnost procesu. Ordinance řeší toto smlouvou s firmou Aeskulab, a. s., která vede i veškerou evidenci produkováných odpadů.

6.1.2.5 Mzdové náklady

Firma zpočátku zaměstnávala jen jednoho lékaře a jednu zdravotní sestru na dohodu o pracovní činnosti. Jak rostl počet pacientů, a tedy i výkonů, bylo potřeba přijmout sestru na plný úvazek a současně část práce delegovat na další osoby. T. č. firma zaměstnává jednoho lékaře na hlavní pracovní poměr a dle potřeby využívá služeb dalších lékařů formou dohod o provedení práce (DPP). Zdravotní sestru zaměstnává jednu na hlavní pracovní poměr a dle potřeby dvě až tři další, především na výpomoc při specializovaných výkonech, kdy je vhodná přítomnost dvou zdravotních sester. Dále jsou zaměstnáváni další pracovníci formou DPP na pomoc s administrativou a dalšími provozními činnostmi. Mzda je určena dohodou.

6.2 Finanční analýza

Pro analýzu byly použity účetní závěrky, pokladní knihy a znalost dané firmy, pro kterou již druhým rokem pracuji. Grafy byly zpracovány pomocí softwaru FinAnalysis 2.20 CZ.

6.2.1 Vertikální a horizontální analýza

Společnost měla celková aktiva v r. 2019 celkem 2 829 tis. Kč, v r. 2020 stoupla na hodnotu 3 486 tis. Kč. a v r. 2021 jen mírně poklesla na 3 032 tis. Kč. Firma měla v r. 2019 44% aktiv v hodnotě 1 242 tis. Kč v dlouhodobém hmotném majetku a 55% tvořily oběžná aktiva v hodnotě 1 565 tis. Kč (z většiny – 44% - se jednalo o krátkodobé pohledávky), hodnoty zásob jsou stabilně nízké, stejně jako časové rozlišení aktiv, které je zastoupeno méně než 1%, je tedy zcela zanedbatelné.

V roce 2020 aktiva v hodnotě 3 486 tis. - jedná se zde o vzestup o 657 tis. Změnil se však poměr dlouhodobého majetku a oběžných aktiv. Hodnota dlouhodobého majetku poklesla na 967 tis. Kč, pokles je zde jak v absolutní hodnotě, tak v relativních číslech (pokles na 28%). Rozdíl v absolutních hodnotách je 275 tis. Kč a 16%. Tento pokles lze vysvětlit snížením hodnoty majetku o odpisy, tedy majetek brutto zůstal prakticky stejný, ale kvůli amortizaci jeho hodnota poklesla. Vzhledem k tomu, že firma pořídila základní majetek a většinu přístrojů nutných pro provoz ordinace právě na začátku svého provozu, nebylo nutné v roce 2020 pořizovat nový dlouhodobý majetek. Až v r. 2021 byl zakoupen nový ultrazvukový přístroj a pro rok 2022 je v plánu investice do koupě sterilizátoru. Do budoucna však musí firma počítat s nákupem nového vybavení a přístrojů dle jejich pravděpodobné životnosti. Nárůst jak v absolutních, tak relativních číslech se přesunul do oběžných aktiv. V r. 2020 oběžná aktiva tvořila hodnotu 2 502 tis. Kč, tedy 72 % aktiv. Jedná se o nárůst o 937 tis. Kč, celkem o 16 %. Tento vzestup je dán větším počtem ošetřených pacientů v roce 2020 oproti roku 2019 a tedy postupným navýšením plateb od pojišťoven. Hodnota zásob, peněžních prostředků a časové rozlišení aktiv i v r. 2020 zůstaly nízké.

Rok 2021 je co do hodnocení podobný roku 2020, hodnota celkových aktiv jen mírně poklesla, dlouhodobý majetek tvoří 34% a oběžná aktiva 66%. Nárůst je v peněžních prostředcích, tento nárůst vznikl jako rezerva pro nákup sterilizátoru, který byl plánován na začátek roku 2022. Tabulka 6 ukazuje hodnoty aktiv v absolutních hodnotách i v procentuálním vyjádření.

Tabulka 6: Vertikální analýza rozvahy – aktiva

	Aktiva	2019		2020		2021	
		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
	Aktiva celkem A+B+C+D	2 829	100%	3 486	100%	3 032	100%
A	Pohledávky za upsaný vlastní kapitál	0	0%	0	0%	0	0%
B	Dlouhodobý majetek (stálá aktiva)	1 242	43,9%	967	27,7%	1 019	33,6%
B.I	Dlouhodobý nehmotný majetek	0	0%	0	0%	0	0%
B.II	Dlouhodobý hmotný majetek	1 242	43,9%	967	27,7%	1 019	33,6%
B.III	Dlouhodobý finanční majetek	0	0%	0	0%	0	0%
C	Oběžná aktiva	1 565	55,3%	2 502	71,8%	1 986	65,5%
C.I	Zásoby	13	0,5%	23	0,7%	0	0%
C.II	Dlouhodobé pohledávky	9	0,3%	0	0%	0	0%
	Krátkodobé pohledávky	1 237	43,7%	2 227	63,9%	891	29,4%
C.III	Krátkodobý finanční majetek	0	0%	0	0%	0	0%
C.IV	Peněžní prostředky	306	10,8%	252	7,2%	1 095	36,1%
D	Časové rozlišení aktiv	22	0,8%	17	0,5%	27	0,9%

Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Tabulka 7 je zpracovává rozdíly v jednotlivých položkách aktiv v meziročním srovnání. Za hodnocené období došlo k mírnému zvýšení celkových aktiv. Hodnota dlouhodobého hmotného majetku v prvním meziročním srovnání zaznamenala pokles v hodnotě 22%, v druhém meziročním srovnání pak nárůst o 5%, v absolutních hodnotách se nejedná o výraznou změnu. Zásoby v procentuálním vyjádření sice vykazují velké rozdíly (nejprve nárůst o 77%, poté pokles o 100%), ale v absolutních hodnotách je tato část oběžných aktiv zanedbatelná. Obdobné pak platí pro dlouhodobé pohledávky. Naopak je důležitá změna v části krátkodobých pohledávek. V prvním meziročním srovnání je vidět nárůst o 80%, v absolutních hodnotách to je 990tis. Kč, naopak v dalším období je rozdíl mezi roky 2021 a 2020 záporný, došlo k poklesu o 1 336 tis. Kč, tedy o 60%. Peněžní prostředky dopad krátkodobých pohledávek na celkovou hodnotu oběžných aktiv mírní. V prvním období došlo i při poklesu peněžních prostředků o 18% o navýšení oběžných aktiv o 60%.

V druhém období přes vzestup peněžních prostředků o 335%, tedy 843 tis. Kč došlo k poklesu oběžných aktiv o 21%. V případě časového rozlišení aktiv jsou absolutní hodnoty nízké a celkový objem aktiv výrazně ovlivnit nemohou.

Tabulka 7: Horizontální analýza rozvahy – aktiva

	Aktiva	změna 2019-2020		změna 2020-2021	
		Abs.	%	Abs.	%
	Aktiva celkem A+B+C+D	657	23%	-454	-13%
A	Pohledávky za upsaný vlastní kapitál	0	0%	0	0%
B	Dlouhodobý majetek (stálá aktiva)	-275	-22%	52	5%
B.I	Dlouhodobý nehmotný majetek	0	0%	0	0%
B.II	Dlouhodobý hmotný majetek	-275	22%	52	5%
B.III	Dlouhodobý finanční majetek	0	0%	0	0%
C	Oběžná aktiva	937	60%	-516	-21%
C.I	Zásoby	10	77%	-23	-100%
C.II	Dlouhodobé pohledávky	-9	-100%	0	0%
	Krátkodobé pohledávky	990	80%	-1336	-60%
C.III	Krátkodobý finanční majetek	0	0%	0	0%
C.IV	Peněžní prostředky	-54	-18%	843	335%
D	Časové rozlišení aktiv	-5	-23%	10	59%

Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Tabulka č. 8 pak ukazuje rozvržení pasiv firmy. Základní kapitál firmy je jedna koruna, tedy v procentuálním vyjádření se jedná o zanedbatelnou částku. Stejně tak firma nevyužívá kapitálové a rezervní fondy. Vlastní kapitál je tak především tvořen z hodnoty výsledku hospodaření minulých let a aktuálního účetního období, procentuální zastoupení vlastního kapitálu na celkových pasivech v čase narůstá a to z 18% v r. 2019 na 64% v r. 2021. Financování z cizích zdrojů pak má naopak sestupnou tendenci z 81% v r. 2019 na konečných 36% v r. 2021. Jedná se především o dlouhodobé závazky – tedy především úvěr využitý na rozjezd firmy. Časové rozlišení pasiv je zastoupené jen minimálním podílem, jeho hodnota je ve všech třech letech zanedbatelná.

Je vhodné zvážit do jaké míry je ještě pokles dlouhodobých závazků pro firmu efektivní. Financování z vlastních zdrojů a ze zdrojů cizích je vhodné vybalancovat. Financování

z cizích zdrojů může být levnější kvůli nižším transakčním nákladům, dále lze využít efekt daňového štítu, kdy úrok z cizího kapitálu (úvěru) je daňově uznatelnou položkou. Na druhou stranu vysoká zadluženost má také svá rizika, mezi které patří např. snížení úvěruschopnosti.

Tabulka 8: Vertikální analýza rozvahy – pasiva

	Pasiva	2019		2020		2021	
		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
	Pasiva celkem	2 829	100%	3 486	100%	3 032	100%
A	Vlastní kapitál	514	18,2%	1 454	41,7	1 928	63,6
A.I	Základní kapitál	0	0%	0	0%	0	0%
A.II	Kapitálové fondy	0	0%	0	0%	0	0%
A.III	Rezervní fondy	0	0%	0	0%	0	0%
A.IV	Výsledek hospodaření minulých let	-74	-2,6%	515	14,8%	1 454	48%
A.V	Výsledek hospodaření běžného účetního období	588	20,8%	939	26,9%	474	15,6%
B+C	Cizí zdroje	2 286	80,8	2 017	57,9%	1 103	36,4%
B.I	Rezervy	0	0%	0	0%	0	0%
C.I	Dlouhodobé závazky	1 681	59,4%	1 678	48,1%	849	28%
C.II	Krátkodobé závazky	605	21,4	339	9,7%	254	8,4%
D	Časové rozlišení pasiv	29	1%	15	0,4%	1	0%

Zdroj: vlastní zpracování, 2022

V tabulce 9 je zpracována horizontální analýza rozvahy pasiv. Pasiva celkem se nejdříve zvýšila o 23%, poté došlo k mírnému poklesu o 13%. Pozitivně se na růstu projevil nárůst vlastního kapitálu a to především díky dobrému hospodaření z minulých let. Pokles je zaznamenán jen ve výsledku hospodaření běžného účetního období v rozdílu let 2021 a 2020 a to o 50%, což je v absolutní hodnotě -465 tis. Kč. Pokles je také v oblasti cizích zdrojů a to o 12%, resp. 45% v analyzovaném období. V případě dlouhodobých závazků je rozdíl mezi lety 2019 a 2020 zanedbatelný, k poklesu o 49%, resp. o -829 tis. Kč došlo mezi roky 2020 a 2021. U krátkodobých závazků je pokles v obou sledovaných obdobích a to nejprve o -266 tis. Kč, resp. 44% mezi lety 2019 a 2020 a poté o -85 tis. Kč, resp. 25%. Mezi roky 2020 a 2021. V procentuálním vyjádření došlo i k velkému poklesu časového

rozlišení pasiv, ale tak jako v případě aktiv, jde v absolutní hodnotě o údaj nízký a to -14 tis. Kč.

Tabulka 9: Horizontální analýza rozvahy – pasiva

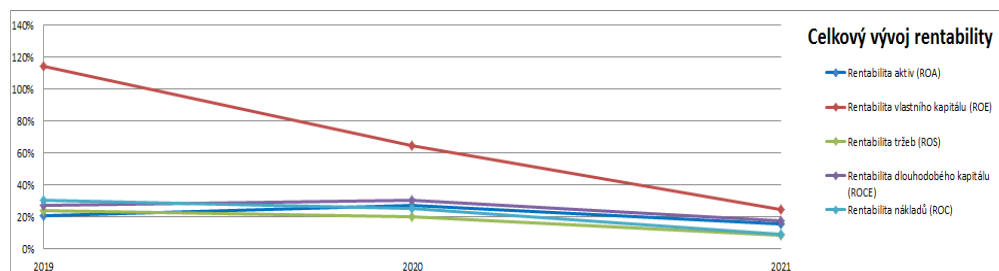
	Pasiva	změna 2019-2020		změna 2020-2021	
		Abs.	%	Abs.	%
	Pasiva celkem	657	23%	-454	-13%
A	Vlastní kapitál	940	183%	474	33%
A.I	Základní kapitál	0	0%	0	0%
A.II	Kapitálové fondy	0	0%	0	0%
A.III	Rezervní fondy	0	0%	0	0%
A.IV	Výsledek hospodaření minulých let	589	796%	939	182%
A.V	Výsledek hospodaření běžného účetního období	351	60%	-465	-50%
B+C	Cizí zdroje	-269	-12%	-914	-45%
B.I	Rezervy	0	0%	0	0%
C.I	Dlouhodobé závazky	-3	0%	-829	-49%
C.II	Krátkodobé závazky	-266	-44%	-85	-25%
D	Časové rozlišení pasiv	-14	-48%	-14	-93%

Zdroj: vlastní zpracování, 2022

6.2.2 Ukazatele rentability

Ukazatele rentability představují schopnost podniku vytvářet nové zdroje a dosahovat zisku. Ukazatele rentability jsou uvedeny v tabulce a grafu 10. Tyto ukazatele by měly ideálně mít růstový trend, sledované období je však zatím pro dlouhodobé hodnocení nedostatečné.

Graf 10: Celkový vývoj rentability



Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Tabulka 10: Ukazatelé rentability

Ukazatelé rentability	2019	2020	2021
Rentabilita aktiv (ROA)	21%	27%	16%
Rentabilita vlastního kapitálu (ROE)	114%	65%	25%
Rentabilita tržeb (ROS)	24%	20%	9%
Rentabilita dlouhodobého kapitálu (ROCE)	27%	30%	17%
Rentabilita nákladů (ROC)	30%	25%	9%
Čisté ziskové rozpětí	23%	20%	8%
Nákladovost tržeb	0,78	0,80	0,95

Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Rentabilita celkových aktiv (ROA – return on assets)

ROA je základním měřítkem rentability, hodnotí výnosnost podniku bez ohledu na použité zdroje. V hodnocených letech dosahuje ROA 21-27-16%. Všechny tyto tři hodnoty jsou vyšší než úrok z použitého úvěru pro financování začátku firmy. Obecně vzato by měl ukazatel ROA v čase spíše postupně narůstat. Z grafu i tabulky je však zřejmé, že zde ukazatelé rentability mají spíše sestupnou tendenci. Důvodem vyšších hodnot v r. 2020 než v r. 2021 bude pandemie covid-19. V r. 2020 první čtvrtletí probíhalo běžně, jak se zhoršovala epidemická situace, bylo nutné v nemocnicích uzavírat běžná oddělení a stávaly se z nich tzv. covidová lůžka. Tím se významně zatížil ambulantní sektor, který musel převzít do péče i pacienty z nemocnic. Další reakce byla ze strany státu a pojišťoven, byla navýšena platba za distanční konzultace, vznikly nové kódy a dále byla zdravotnickým zařízením, která vykazala určitou úroveň péče poskytnuta dotace na mzdy zaměstnanců. Tedy jednak se navýšil objem práce, ale i za stejný objem práce bylo získáno více finančních zdrojů. Stát se tak snažil reagovat na situaci, kdy během chvíle výrazně stouply ceny za materiál ve zdravotnictví (u některých položek i několikanásobně jako třeba zdravotnické rukavice, dezinfekce apod.), ale i to, že do ambulantního sektoru se přesunula péče o náročnější pacienty, kteří by jinak byli ošetřováni za hospitalizace v nemocnicích. V roce 2021 již tyto mimořádné dotace nebyly a i nemocnice fungovaly již v relativně normálním režimu, a pokud byla některá oddělení uzavírána, tak již jen krátkodobě. Abychom mohli rentabilitu hodnotit lépe, bude potřeba delší časová řada. Obdobně lze hodnotit i další ukazatele rentability uvedené v tabulce č. 8.

Rentabilita tržeb (ROS = return on sales)

Hodnota ROS vypovídá, kolik korun zisku připadá na 1 korunu tržeb, což je vhodné při srovnávání s jinými podniky v daném odvětví. Pokud je hodnota tohoto ukazatele nižší, než je průměr v daném odvětví, může mít buď podnik vysoké náklady nebo relativně nízké ceny. V případě zdravotnických zařízení nelze předpokládat vysokou výnosnost, je požadována pouze minimální výnosnost cca 5%. Tato hranice byla ve všech třech letech přesáhnutá.

6.2.3 Ukazatele aktivity

Ukazatelé aktivity hodnotí, jak je hospodařeno s aktivy společnosti. Hodnotíme na prvním místě obrat celkových aktiv, ten udává, kolikrát se celková aktiva během daného roku obrátí, jedná se tedy o podíl tržeb a celkových aktiv. Doporučenou hodnotou je minimálně hodnota 1. Vypočtené hodnoty jsou zobrazeny v tabulce 11.

Tabulka 11: Ukazatele aktivity

Ukazatelé aktivity	2019	2020	2021
Obrat aktiv	0,88	1,34	1,82
Obrat stálých aktiv	2,00	4,84	5,41
Obrat dlouhodobého hmotného majetku	2,00	4,84	5,41
Obrat oběžných zásob	1,59	1,87	2,78
Obrat zásob	191,54	203,48	
Doba obratu aktiv (ve dnech)	415	272	201
Doba obratu stálých aktiv (ve dnech)	182	75	67
Doba obratu závazků (ve dnech)	335	157	73
Doba obratu oběžných aktiv (ve dnech)	229	195	131
Doba obratu zásob (ve dnech)	2	2	0
Doba obratu pohledávek (ve dnech)	183	174	59
Obchodní deficit (ve dnech)	-16	22	30
Doba samoreprodukce (roky)	0,7	1,2	2,5

Zdroj: vlastní zpracování, 2022

V hodnocených letech se ukazatel obratu celkových aktiv postupně zvyšoval od 0,88 v r. 2019 až na 1,82 v r. 2021. Tento vzestupný trend ukazuje zlepšující se hospodaření podniku.

Obrat stálých aktiv je podílem tržeb a stálých aktiv, vypovídá o efektivitě využívání stálých aktiv, je vhodné tento ukazatel porovnávat s odvětvovým průměrem. Vypovídá o efektivnosti využívání dlouhodobého majetku, jako jsou zdravotnické přístroje nebo automobil. Analyzované zdravotnické zařízení dosáhlo v r. 2019 hodnotu tohoto ukazatele 2,00, v roce 2020 stoupl ukazatel na hodnotu 4,84 a v r. 2021 se ještě mírně vylepšil na hodnotu 5,41.

Obrat zásob hodnotí intenzitu využití zásob, obecně se udává, že čím vyšší obratovost zásob, tím lépe pro podnik. Pokud hodnotím toto konkrétní zdravotnické zařízení, je třeba si uvědomit, že celková hodnota zásob je zastoupena cca jen 1% z celkové hodnoty aktiv. Zásoby jsou vázány ve zdravotnickém materiálu a lécích. V tomto případě pak zdravotnické zařízení zvažuje i dobu expirace a odhaduje počet pacientů, kteří daný materiál a léky bude potřebovat a současně zvažuje, jak velké zásoby mít pro případ výpadku dodávek. Výpadky dodávek především v materiálech byly bohužel v době pandemie covid-19 poměrně velké a časté. Mimo pandemii pak mohou říci, že běžně dochází ke krátkodobým výpadkům v distribuci léčiv, o kterých se často ví dopředu a zdravotnické zařízení má tak možnost se předzásobit. Druhou skupinou je materiál a léky, které zdravotnické zařízení mít musí a to bez ohledu na to, zda je někdy využije, jedná se např. o léky a materiál pro poskytnutí první pomoci. V této druhé skupině pak obrat je prakticky nehodnotitelný. Z výše jmenovaných důvodů dosahuje obrat zásob poměrně vysokých hodnot přibližně 200.

Doba obratu aktiv udává počet dní, za které se aktiva obrátí. V r. 2019 to bylo 415 dní, tato doba se postupně zkracuje a v r. 2021 se jedná o 201 dní. Toto zkracování hodnotím jako pozitivní trend, který je vhodné udržovat.

Zajímavým ukazatelem aktivity z hlediska zdravotnického zařízení je doba obratu pohledávek. Vyjadřuje období ve dnech, od vzniku pohledávky do její úhrady. V případě zdravotnictví je majoritním odběratelem zdravotní pojišťovna. Analyzované zdravotnické zařízení má smlouvy se všemi pojišťovnami působícími na českém trhu. Dvě pojišťovny hradí na základě domluvených měsíčních záloh s ev. doplacením rozdílu až po ročním zúčtování. Zbýlé pak na základě vystavených faktur, kde je účtována práce a materiál za celý měsíc. Dominantní postavení má na trhu Všeobecná zdravotní pojišťovna, která hradí formou měsíčních záloh a následným doplatkem po ročním zúčtování. Rok 2019 byl prvním rokem provozu, VZP v tomto roce neměla na základě jakých dat odhadnout

vhodnou výši zálohové platby, proto byla nastavena jen na minimální částku a to 100 tis měsíčně. Prakticky již během několik týdnů provozu však podnik tyto hodnoty přesáhl a doplatek za roční zúčtování pak byl poměrně vysoký. Proto pro r. 2020 a r. 2021 byla domluvena zálohová platba vyšší tak, aby již odpovídala průměrným hodnotám, které podnik pak měsíčně produkuje. To je vidět pak na výrazném poklesu v ukazateli doby obratu pohledávek a to z 183 dní na 59 dní. Pozitivně lze hodnotit i to, že doba obratu pohledávek je nižší než doba obratu závazků.

6.2.4 Ukazatele zadluženosti

Ukazatelé zadluženosti jsou vyjádřením vztahu financování vlastními a cizími zdroji. Celková zadluženost zahrnuje závazky krátkodobé i dlouhodobé, včetně bankovního úvěru, který podnik čerpá. Ve sledovaných letech celková zadluženost klesá z 81% v r. 2019 na 36% v r. 2021 (viz tabulka 12), tento pokles je dán snížením čerpaného úvěru i zkrácením doby obratu závazků. Dlouhodobá stabilita podniku lze hodnotit na základě koeficientu samofinancování, jedná se o podíl vlastního kapitálu k celkovým aktivům. V r. 2019 byl tento koeficient 18% a postupně se zlepšil na 42%, resp. 64%, podnik je tedy schopen svým kapitálem financovat svá aktiva a úvěr je nyní jen doplňkovým zdrojem financování.

Index finanční páky je poměrem mezi celkovými aktivy a vlastním kapitálem, vyjadřuje, zda podnik dokáže efektivně zhodnotit vložený cizí kapitál, tedy zda cizí kapitál je zhodnocen více než je úroková sazba dluhu. Index finanční páky ve sledovaném období klesá. Při dlouhodobé zadluženosti 59% v r. 2019 by index 5,5, firma tedy velmi efektivně úvěr využila, postupně tento index klesá současně s klesající dlouhodobou zadlužeností, která je v r. 2021 28% a index je finanční páky klesl na 1,57, což stále značí efektivní využívání cizího kapitálu.

Dlouhodobý majetek má být krytý dlouhodobým kapitálem, což vyjadřuje ukazatel dlouhodobého krytí aktiv, pokud by tomu tak bylo, tak bude hodnota ukazatele vyšší než 1. Podnik ve sledovaném tento ukazatel postupně navyšoval z hodnoty 0,78 v r. 2019 na hodnotu 0,92 v r. 2021. Ale je třeba tento ukazatel nadále sledovat.

Míra zadluženosti byla v prvním roce velmi vysoká (445%), tato hodnota se podařila snížit na 57% v r. 2021. Tento trend bude patrně podnik nadále držet.

Ukazatel úrokového krytí ukazuje, kolikrát jsou vyšší zisky než zaplacené úroky. I zde je vidět, že podnik využil úvěr efektivně a přes vysokou míru zadluženosti v prvním roce, kdy úvěrem byl financován rozjezd firmy. Hodnoty úrokového krytí jsou poměrně vysoké a to 38, 56 a 20. I další ukazatelé hodnotící úrokové zatížení, dobu splácení dluhu či dobu návratnosti úvěru dosahují ve sledovaném období velmi dobrých výsledků, mírným negativem je mírně vzestupný trend v r. 2021, ale pro další vývoj bude třeba analyzovat delší časové období.

Tabulka 12: Ukazatelé zadluženosti

Ukazatelé zadluženosti	2019	2020	2021
Celková zadluženost	81%	58%	36%
Dlouhodobá zadluženost	59%	48%	28%
Běžná zadluženost	21%	10%	8%
Koeficient samofinancování	18%	42%	64%
Finanční páka	5,50	2,40	1,57
Dlouhodobé krytí aktiv	0,78	0,90	0,92
Míra zadluženosti	445%	139%	57%
Úrokové krytí	38,26	55,90	20,13
Poměr dlouhodobých dluhů k vlastnímu jmění	3,27	1,15	0,44
Míra finanční samostatnosti	0,22	0,72	1,75
Dlouhodobé krytí stálých aktiv	4,27	2,15	1,44
Doba návratnosti úvěru (roky)	0,6	0,3	1,0
Úrokové zatížení	3%	2%	5%
Doba splácení dluhu (roky)	0,3	0,6	0,7
Doba splatnosti celkového dluhu (roky)	2,7	1,5	0,0

Zdroj: vlastní zpracování, 2022

6.2.5 Ukazatele likvidity

Ukazatelé likvidity jsou ukazatelé solventnosti podniku, tedy schopnosti podniku hradit své závazky. Základní hodnoty jsou spočteny v tabulce 13. Běžnou likviditu spočteme jako podíl oběžných aktiv a krátkodobých závazků, jako minimální přípustná hodnota bývá udávána hodnota ukazatele 1,5. V celém sledovaném období podnik dosahuje hodnot vyšších. Pohotová likvidita je prakticky stejná, protože hodnota zásob je v podniku

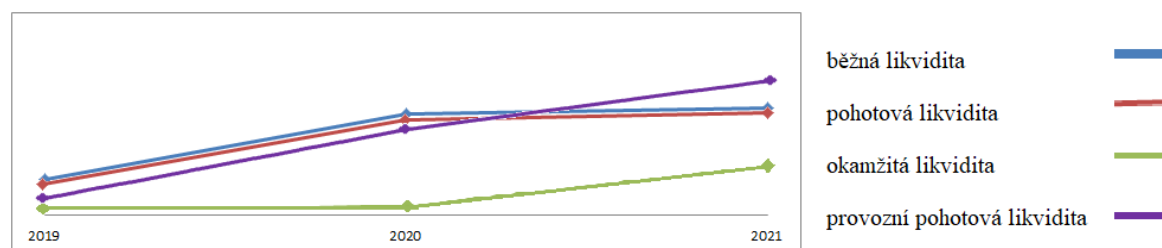
zanedbatelná. Hodnota okamžité likvidity vyjadřuje podíl peněžních prostředků a krátkodobých závazků, tedy jak podnik zvládá úhradu okamžitě splatných závazků. Tato hodnota ve sledovaném období narůstá a v r. 2021 již dosahuje 4,31, což značí, že podnik nemá problémy s okamžitou likviditou, oproti prvnímu hodnocenému roku 2019, kdy hodnota byla jen 0,51, což značilo mírné potíže. V celém sledovaném období můžeme vidět pozitivní trend postupného nárůstu těchto ukazatelů, což je zobrazeno v grafu č. 11.

Tabulka 13: Ukazatelé likvidity

Ukazatelé likvidity	2019	2020	2021
Běžná likvidita	2,59	7,38	7,82
Pohotová likvidita	2,57	7,31	7,82
Okamžitá likvidita	0,51	0,74	4,31
Provozní pohotová likvidita	2,87	8,89	13,15
Podíl pracovního kapitálu na celkových aktivech	0,34	0,62	0,57
Výše závazků vzhledem ke kapitálu	4,45	1,39	0,57
Krytí zásob pracovním kapitálem	73,85	94,04	
Poměr dlouhodobých závazků k majetku	0,59	0,48	0,28
Krytí cizích zdrojů	0,22	0,72	1,75

Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Graf 11: Ukazatelé likvidity



Zdroj: vlastní zpracování, 2022

6.2.6 Ukazatelé cash flow

Ukazatelé na bázi cash flow patří mezi poměrové ukazatele, které měří význam finančních toků v hospodaření podniku. Poměrují se finanční toky z provozní činnosti s vybranými položkami zisků a ztrát nebo rozvahy. Hodnoty ukazatelů cash flow jsou ve sledovaném období velmi rozkolísané, což je dáno příliš krátkým obdobím pro sledování tokových

ukazatelů, kdy firma teprve na trhu začínala, hodnoty roku 2019 nejsou tedy příliš vypovídající. Záporné hodnoty v roce 2020 jsou dány zápornou hodnotou čistého peněžního toku z provozní činnosti. V roce 2021 jsou již ukazatele v kladných číslech. Základní hodnoty jsou v tabulce 14.

Tabulka 14: Ukazatelé cash flow

Ukazatelé cash flow	2019	2020	2021
Cash flow rentabilita tržeb	68%	-1%	23%
Cash flow rentabilita obratu	67%	-1%	22%
Cash flow rentabilita aktiv	59%	-1%	42%
Cash flow rentabilita celkového kapitálu	29%	-1%	42%
Cash flow rentabilita vlastního kapitálu	327%	-3%	66%
Stupeň oddlužení	74%	-2%	115%
Doba splácení dluhu (v letech)	1,4	-43,8	0,9
Finanční rentabilita finančních fondů	175%	-2%	73%
Likvidita z cash flow	278%	-14%	501%
Úrokové krytí	89	-2	41
Cash flow úrokové krytí nákladů	110	-2	52

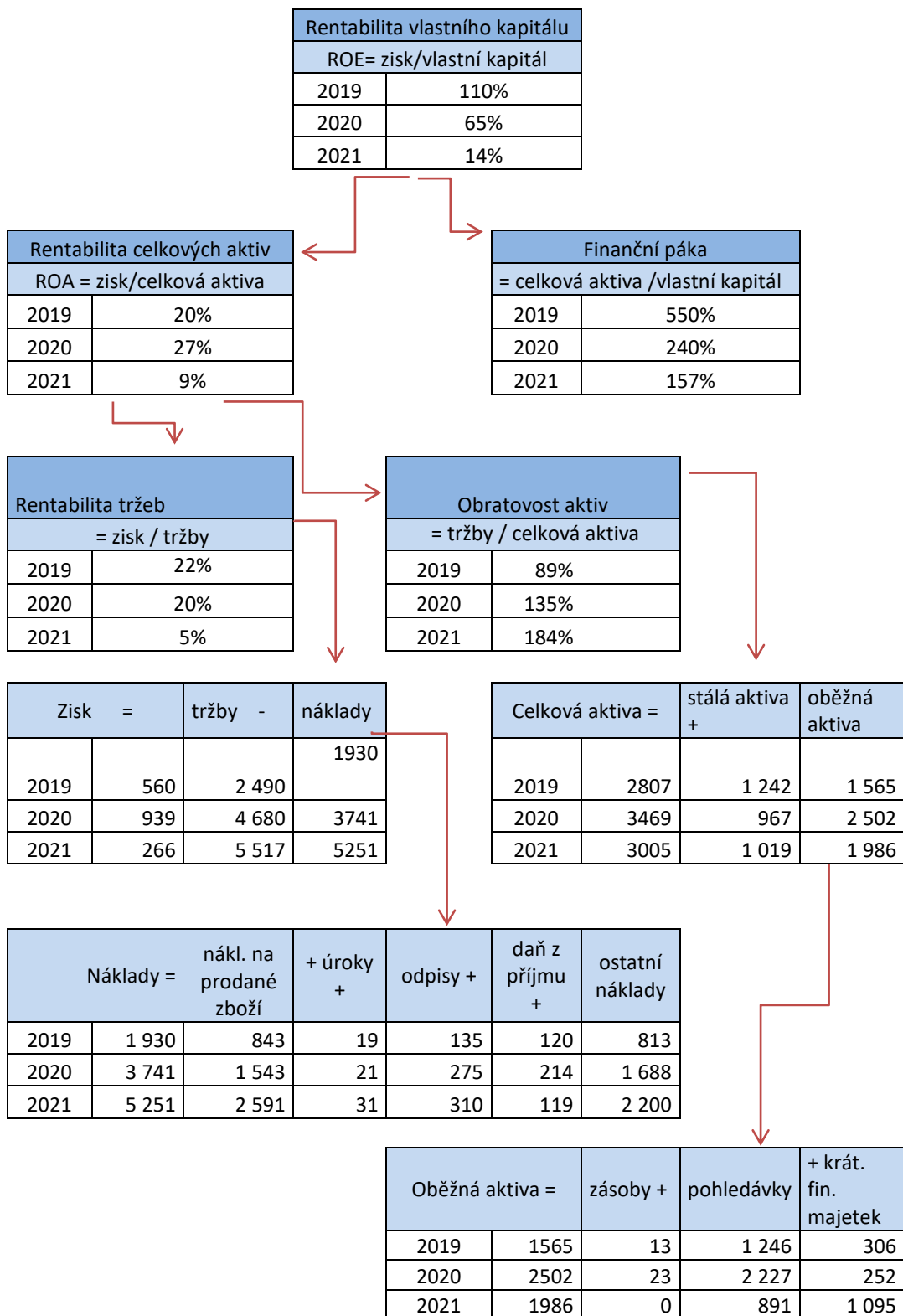
Zdroj: vlastní zpracování, 2022

6.2.7 Du Pontův rozklad

Du Pontův rozklad tvoří pyramidovou strukturu poměrových ukazatelů ROE či ROA. Rozklad ukazatele ROE cílí na zvýšení rentability tržeb, zrychlení obratu kapitálu či využití cizího kapitálu. Pravá strana diagramu pracuje s položkami z rozvahy, v použitém schématu je finanční páka jako poměr celkových aktiv k vlastnímu kapitálu. Na straně levé je pak zobrazena ziskovost.

Du Pontův rozklad ukazuje, kde má podnik ev. rezervy. V řadě tří hodnocených let je vidět pokles ROA, dalším rozkladem vidíme pokles rentability tržeb při zvyšující se obratovosti aktiv. Analyzujeme-li hodnoty, které ROA ovlivňují, pak vidíme postupný nárůst tržeb, ale i navýšení nákladů, které vedly k nižšímu zisku v r. 2021. Navýšení nákladů se týká nákladů na „prodané služby“, toto navýšení je adekvátní navýšení tržeb. Ale současně rostly i ostatní náklady a to především mzdové, došlo i k navýšení nákladů za nájem a další služby.

Schéma 4: Du Pontův rozklad



Zdroj: vlastní zpracování, 2022

6.2.8 Bonitní modely

Bonitní modely hodnotí firmu výsledným koeficientem, který vychází z účelově vybraných ukazatelů, předpovídají finanční zdraví firmy.

Index bonity spočívá v hodnocení šesti vybraných ukazatelů, které jsou upraveny váhovými faktory. Tyto váhové faktory byly přiřazeny na základě statistického pozorování. Index bonity je spočítán v tabulce 15. Výsledný index (nad 3) značí ve všech sledovaných letech extrémně dobrou bonitu firmy.

Tabulka 15: Index bonity

Index bonity		2019	2020	2021
X1	cash flow / cizí zdroje	0,13	0,12	0,99
X2	celková aktiva / cizí zdroje	1,24	1,73	2,75
X3	zisk před zdaněním / celková aktiva	0,25	0,33	0,20
X4	zisk před zdaněním / celkové výkony	0,28	0,25	0,11
X5	zásoby / celkové výkony	0,01	0,00	0,00
X6	celkové výkony / celková aktiva	0,88	1,34	1,80
Výsledný index $=1,5X_1 + 0,08X_2 + 10X_3 + 5X_4 + 0,3X_5 + 0,1X_6$		4,3	5,0	4,4

Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Rychlý Kralicekův test, který je modifikován dle Kislingerové (pro využití v České republice) se snaží zajistit vyváženost finanční analýzy, proto je z každé ze čtyř základních oblastí (tj. rentability, stability, likvidity a hospodářského výsledku) vybrán jeden ukazatel. Hodnoty jsou zpracovány v tabulce 16. V roce 2019 i 2020 dosáhla firma celkové známky 1,5, což značí dobře hospodařící podnik. Pro rok 2021 je index ještě zlepšen.

Tabulka 16: Kralicekův quick test (modifikace Kislingerová)

Kralicekův test (modif. Kislingerová)	2019	známka	2020	známka	2021	známka
Kvóta vlastního kapitálu	18,7	3	41,71	1	63,59	1
Doba splácení dluhu	2,74	1	1,45	1	0,01	0
Cash flow v % podnikového výkonu	12,29	1	5,38	3	19,85	1
Rentabilita celkového kapitálu	21,33	1	27,42	1	16,46	1
Celková známka		1,5		1,5		0,8

Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Index IN05 je souhrnným indexem, který patří k bonitním modelům, zabývá se tím, zda podnik tvoří pro své vlastníky hodnotu. Jednotlivým ukazatelům je přidána různá váha. Výhodou indexu IN05 je sestavení na základě dat z českého prostředí a zohledňuje tak specifika českého trhu. Je třeba si uvědomit i jeho omezení, byl vypracován především pro střední a větší podniky a to především v oblasti průmyslu: Proto při použití pro malý podnik v oblasti zdravotnictví jej beru jen jako doplněk. Výsledný index IN05 je ve všech sledovaných letech nad hodnotou 1,6 (viz tabulka 17), tedy podnik vytváří hodnoty.

Tabulka 17: Index IN05

Index IN05		2019	2020	2021
A	Aktiva / cizí kapitál	1,24	1,73	2,75
B	EBIT / nákladové úroky	9,00	9,00	9,00
C	EBIT / celková aktiva	0,26	0,34	0,21
D	Tržby / celková aktiva	0,88	1,34	1,82
E	Oběžná aktiva / krátkodobé závazky	2,59	7,38	7,82
Výsledný index = 0,13A + 0,04B + 3,97C + 0,21D + 0,09E		1,96	2,87	2,62

Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Aspect Global Rating byl vyvinut v českém prostředí pro analýzu českých podniků a to s co nejmenším vlivem odvětvové různosti. Využívá sedm poměrových ukazatelů, které zohledňují rentabilitu, aktivitu, zadluženost, likviditu i produktivitu. Výsledná známka vzniká součtem všech sedmi výsledných hodnot, kdy jednotlivé stupně jsou označeny písmeny. Výsledný index je ve všech obdobích hodnocen BBB, což značí stabilní průměrné hospodařící podnik. Nejlepšího součtu dosáhl podnik v r. 2020, tedy v době pandemie covid-19. Pokud srovnáme jednotlivé ukazatele ve sledovaných třech letech, vidíme, že se zhoršuje ukazatel provozní marže a ukazatel běžného ROE, ostatní ukazatele zůstávají na podobné výši. Jednotlivé ukazatele jsou v tabulce 18.

Tabulka 18: Aspect Global Rating

Aspekt Global Rating (AGR)	2019	2020	2021
Ukazatel provozní marže	0,35	0,31	0,17
Ukazatel běžného ROE	1,14	0,65	0,25
Ukazatel krytí odpisů	2,00	2,00	2,00
Ukazatel krátkodobé likvidity	1,00	1,00	1,00

Ukazatel vlastního financování	0,18	0,42	0,64
Ukazatel provozní rentability aktiv	0,31	0,42	0,31
Ukazatel využití aktiv	0,50	0,50	0,50
Výsledný součet	5,48	5,59	4,86
Výsledný index AGR	BBB	BBB	BBB

Zdroj: vlastní zpracování, 2022

6.2.9 Bankrotní modely

Altmanův index patří k bankrotním modelům, které má zhodnotit, zda v nejbližších letech dojde k bankrotu podniku či nikoliv. Jedná se o statistickou metodu, která zařazuje podnik do dvou skupin. Je-li Altmanův index roven či vyšší než 2,99, jedná se o prosperující podnik, je-li tento index nižší než 1,8, jedná se neprosperující podnik s vysokým rizikem bankrotu. Pokud se podnik nachází v šedé zóně, není predikce bankrotu hodnotitelná.

Pro výpočty byla použita verze modifikovaná pro potřeby s.r.o. V roce 2019 byl výsledný Altmanův index 1,99, což je zóna nevyhraněných výsledků. V roce 2020 Altmanův index stoupl na 3,26, což značí již dobrou finanční situaci podniku. A tento výsledek je podobný i v roce 2021 s výší Altmanova indexu 4,01. Hodnoty jsou zpracovány v tabulce 19.

Tabulka 19: Altmanův index Z-score pro s. r. o.

Altmanův index Z-score pro s.r.o.		2019	2020	2021
X1	oběžná aktiva - krátkodobé závazky/ suma aktiv	0,34	0,62	0,57
X2	nerozdělený zisk / suma aktiv	-0,03	0,15	0,48
X3	zisk před zdaněním a úroky / suma aktiv	0,26	0,34	0,21
X4	vlastní kapitál / dlouhodobé závazky + krátkodobé závazky + bankovní úvěry a výpomoci	0,22	0,72	1,75
X5	tržby / suma aktiv	0,88	1,34	1,82
Výsledný index $= 0,717X_1 + 0,847X_2 + 3,107X_3 + 0,42X_4 + 0,998X_5$		1,99	3,26	4,01

Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Doplňkově uvádím **Tafflerův model**, který byl vytvořen v Anglii. Pracuje se 4 ukazateli, na jejichž základě tak hodnotí riziko bankrotu firmy. Hodnoty uvádím v tabulce 20. Ve sledovaném období je výsledek vždy vyšší než hodnota 0,3, což značí nízké riziko bankrotu, shodně jako Altmanovo Z skóre pro s.r.o.

Tabulka 20: Tafflerův model

Tafflerův model		2019	2020	2021
R1	zisk před zdaněním / krátkodobé závazky	1,17	3,40	2,33
R2	oběžná aktiva / cizí kapitál	0,68	1,24	1,80
R3	krátkodobé závazky / celková aktiva	0,21	0,10	0,08
R4	tržby celkem / celková aktiva	0,88	1,34	1,82
Výsledný index $= 0,53R_1 + 0,13R_2 + 0,18R_3 + 0,16R_4$		0,89	2,20	1,78

Zdroj: vlastní zpracování, 2022

7 Zhodnocení a doporučení

Finanční analýza provedená ve zdravotnickém zařízení se zabývala roky 2019-2021. Firma vznikla tzv. na zelené louce a provoz zahájila v dubnu 2019. Během tohoto roku si vybudovala silnou pozici na místním trhu. V roce 2020 se náhle objevila pandemie nemoci covid-19, která výrazně ovlivnila sektor zdravotnictví. Prakticky každý den docházelo ke změnám, v tomto ohledu nešlo využít metod plánování. Podnik byl ovlivněn několika výrazně protichůdnými faktory. V roce 2020 bylo po velkou část roku urologické oddělení spádové nemocnice uzavřeno, stejně tak jako nemocniční urologická ambulance. Tím vznikl tlak pacientů na ošetření v ambulantním režimu (nejen v hodnocené ambulanci, ale v celé spádové oblasti nemocnice), tito pacienti znamenají na jednu stranu navýšení plateb od pojišťovny pro ambulanci, ale současně i vyšší náklady na jejich léčbu, která by za normálních okolností probíhala v nemocnici, kde platba více zohledňuje komplikovanost a nákladnost konkrétního pacienta díky metodice DRG plateb. Současně mnoho pacientů s mírnějšími problémy se obávalo vůbec do zdravotnických zařízení vstoupit z důvodu rizika nákazy. Tito pacienti mohli být díky změně metodiky ošetřeni tzv. distančně, tedy jen na základě telefonické či online konzultace, která byla i pojišťovnami zohledněna v navýšení platby za tento úkon a to až do února, ev. března roku 2022. Také testování antigenními testy na covid-19 vedlo k navýšení výkonů a tedy i tržeb. Podnik testoval jak své zaměstnance, tak především zaměstnance blízkých firem, v případě potřeby i své pacienty. V roce 2021 stát ještě přiznal kompenzaci těm zdravotnickým zařízením, které svůj provoz dokázaly během pandemie udržet, tato kompenzace směřovala čistě na platy zdravotníků. Jiné státní kompenzace nebyly pro sektor ambulantních zdravotnických zařízení určeny. Rok 2021 byl již z hlediska těchto změn mnohem klidnější, i nemocnice po většinu roku fungovala jen s mírnými omezeními.

Hodnotím-li poslední tři roky, tak pro začínající firmu s poměrně velkými vstupními náklady, má podnik již prakticky od prvního roku dobré finanční zdraví.

Poměrová analýza se zaměřila na hodnocení ukazatelů rentability, aktivity, zadluženosti a likvidity. Ukazatelé rentability byly většinou nejlepší v roce 2020, kdy byla ambulance zatížena vyšším počtem náročných pacientů a naopak bylo ošetřeno méně pacientů málo komplikovaných. Rok 2021 již z hlediska rentability tak úspěšný nebyl. Hodnotím-li ukazatele aktivity, pak mají na rozdíl od rentability zlepšující se tendenci. Zlepšila se doba

obratu závazků i pohledávek a obrát aktiv se více než zdvojnásobil. Ukazatelé zadluženosti ukazují pokles celkové zadluženosti, což je dáno tím, že rozjezd podnikání byl financován úvěrem, který byl dobře využit. Celková zadluženost klesla z 81% na 36% a podnik je schopen svá aktiva již financovat z vlastních zdrojů. Ukazatelé likvidity ukazují schopnost hradit své závazky, všechny vypočtené ukazatele lze hodnotit pozitivně, tedy mají vzestupnou tendenci a podnik zvládá bez potíží hradit své závazky.

Du Pontův rozklad ukazuje pyramidovým způsobem závislost jednotlivých ukazatelů, tedy kde má podnik možnosti pro zlepšení. V řadě tří hodnocených let je vidět pokles ROA, který je dán zvýšením nárůstu nákladů, které jsou vyšší než nárůst tržeb. Do dalších let bych doporučila kontrolovat tedy náklady, které se váží ke službám i náklady ostatní, zda není možnost je snížit nebo je minimálně udržet na této přijatelné hranici tak, aby neklesal zisk podniku. Část nákladů, které tvoří mzdové náklady, budou mít spíše vzestupnou tendenci, protože udržení si kvalitních zdravotnických pracovníků, je jedna z priorit ambulance.

Dle indexu IN05 podnik tvoří hodnotu pro své vlastníky, Aspekt global rating ukazuje na stabilní podnik s průměrným hospodařením. Index bonity ukazuje ve všech letech extrémně dobré hodnoty, stejně jako rychlý Kralicekův test (modifikovaný dle Kislingerové). Bankrotní modely jak Altmanův index modifikovaný pro s.r.o., tak Tafflerův model ukazují nízké riziko bankrotu podniku v následujících min. 2 letech.

Nejlepšího provozního výsledku paradoxně firma dosáhla v nejnáročnějším období roku 2020. A to i přesto, že tržby ze služeb stoupají od r. 2019 do r. 2021 tak, jak přibývají pacienti. Důvodem je nárůst mzdových nákladů a vzestup provozních nákladů v r. 2021. Investice do personálního zabezpečení by se měla do budoucna vyplatit. Ambulance zdravotnického zařízení funguje jen tehdy, pokud zdravotnický personál je nejen na odborné výši, ale je i vůči svým pacientům empatický. Současně v této době byla potřeba zaměstnat i více personálu formou dohod o provedení práce, aby se zajistil plynulý chod ordinace, který byl narušován kvůli pandemii covidu-19 (izolace či karanténa zaměstnanců). Pozitivní motivace zaměstnanců je nejen finanční, ale i formou příspěvku na stravu, ale i možnost částečně si volit pracovní dobu, využívat firemní auto i pro soukromou potřebu apod.

Finanční analýza celkově hodnotí podnik jako zdravý, s nutností kontrolovat náklady, které v posledním hodnoceném roce stouply více než tržby.

Firma musí zvážit, zda je ještě v jejích možnostech tržby navýšit a pokud ano, tak s jakými náklady. Ordinační doba je omezená, tedy lze ošetřit jen určité omezené množství pacientů. Tržby lze zvýšit např. tím, že budou preferováni pacienti, kdy při jednom vyšetření je vykázáno více výkonů, které jsou pro ně prospěšné, naopak bude omezováno ošetření těch pacientů, jejichž léčba je plně zvládnutelná v režii praktického lékaře. Druhou možností je rozšíření ordinačních hodin, aby mohlo být ošetřeno více pacientů, zde je však podnik omezen personálními kapacitami. Tato možnost je nyní spíše teoretická, ale lze na ni pracovat jako na dlouhodobém plánu.

Závěr

Cílem této diplomové práce bylo shrnout poznatky o financování zdravotní péče v České republice včetně mechanismů úhrad zdravotní péče a prostřednictvím finanční analýzy pak zhodnotit hospodaření Urologie Peremský s.r.o., provozovatele ambulantního zdravotnického zařízení v oblasti urologie.

V teoretické části jsou vymezeny jednotlivé pojmy, jako je systém zdravotního pojištění, základní systémy úhradových mechanismů a je popsána aktuální situace ve zdravotnictví v České republice. V rámci kapitoly Finanční analýza je stručně představena její historie, teorie a metody.

V praktické části práce je představena hodnocená urologická ambulance. Vybranými metodami z teoretické části práce je provedena finanční analýza podniku za období let 2019 až 2021. Výsledky jsou prezentovány v podobě tabulek a grafů s komentářem. V analýze byly využity nejprve elementární metody, dále pak bankrotní a bonitní modely.

Praktická část – vlastní finanční analýza má bohužel svá omezení. V první řadě je hodnocené období příliš krátké. Za druhé byl především rok 2020, méně pak rok 2021, výrazně ovlivněn pandemií covidu-19. V hospodaření podniku se pandemie covidu-19 projevila spíše pozitivně, ale věřím, že v nejbližší době nás takovýto výkyv již nečeká. Jako třetí nedostatek své práce hodnotím chybějící srovnání s konkurenty. Přestože v této lokalitě působí ještě několik urologických ambulancí, nepodařilo se mi získat jejich finanční výkazy a to přesto, že základní informace o hospodaření podniku mají být veřejně dostupné. Konkurenční firmy však mají zveřejněné údaje mnoho let staré, aktuální údaje nezveřejnily.

I přes zmíněná omezení je provedení finanční analýzy důležité z hlediska dalšího směřování firmy. V rámci hospodaření je třeba hlídat nárůst nákladů a zvážit budoucí směr financování. Tedy zda nadále ve vyšší míře využívat cizí kapitál nebo nové investice hradit z kapitálu vlastního, který ale může být dražší než úvěr od banky. Větší nárůst tržeb nelze již příliš očekávat, pokud nedojde k rozšíření ordinační doby, což by ale současně znamenalo nárůst mzdových a dalších nákladů na další zaměstnance.

Seznam použitých zdrojů

Odborné monografie

KNÁPKOVÁ, Adriana, PAVELKOVÁ, Drahomíra, REMEŠ, Daniel, ŠTEKER, Karel. *Finanční analýza*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. ISBN 978-80-271-0910-4 (pdf).

MÁČE, Miroslav. *Finanční analýza obchodních a státních organizací: praktické příklady a použití*. 1. vyd. Praha: Grada. 2006. ISBN 80-247-1558-9.

NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-6378-1 (pdf).

PAZOUREK, Josef. *Bilance akciových společností*. Praha: spolek „Merkur“. Tiskem Edv. Leschningra v Praze. V komisi knihkupectví Fr. Řivnáče, 1906.

RŮČKOVÁ, Petra. *Finanční analýza*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2021. ISBN 978-80-271-3124-2.

SLAVÍČKOVÁ, Pavla. Vliv díla Luca Pacioliho na vývoj účetnictví na našem území. *Český finanční a účetní časopis*. roč. 14, č. 3, 2019, roč. 14, č. 3, stránky 5-16.

SLOUKA, David. *Vedení a marketing malých zdravotnických zařízení*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. ISBN 978-80-271-9814-6 (pdf).

SYNEK, Miloslav. *Manažerská ekonomika*. 5. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-7528-9 (pdf).

VOCHOZKA, Marek. *Metody komplexního hodnocení podniku*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2020. ISBN 978-80-271-1890-8 (pdf).

Elektronické zdroje

ČLK - Česká lékařská komora. *Stavovský předpis č. 10 české lékařské komory*. [online]. [citace: 11. 3. 2022]. Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/9-sp-c-10-eticky-kodex-101065.pdf

ČSÚ - Český statistický úřad. *Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010-2019*. [online]. [citace: 11. 3 2022]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-m6hwrlzbbw>.

MF ČR - Ministerstvo financí ČR. *Hospodářský přehled OECD Česká republika - 2018*. [online] [citace: 11. 3 2022]. Dostupné z: <https://www.mfcr.cz/cs/aktualne/tiskove-zpravy/2018/oeed-zverejnilo-hospodarsky-prehled-cr-2-32423>.

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health spending (indicator)*. [online]. [citace: 11. 3 2022.] Dostupné z: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 11 March 2022).

ÚZIS. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnictví ČR: personální kapacity a odměňování 2020*. [online]. [citace: 11. 3 2022.] Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008372/nzis-rep-2021-e04-personalni-kapacity-odmenovani-2020.pdf>.

ZÁKONY PRO LIDI. *Vyhláška č. 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče*. [online]. [cit. 8. 2. 2022] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92>.

.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Modely statutárního pojištění	15
Tabulka 2: Struktura rozvahy	37
Tabulka 3: Aktiva	38
Tabulka 4: Pasiva.....	40
Tabulka 5: Počet ošetřených pacientů a bodové ohodnocení výkonů	55
Tabulka 6: Vertikální analýza rozvahy – aktiva	59
Tabulka 7: Horizontální analýza rozvahy – aktiva	60
Tabulka 8: Vertikální analýza rozvahy – pasiva.....	61
Tabulka 9: Horizontální analýza rozvahy – pasiva.....	62
Tabulka 10: Ukazatelé rentability.....	63
Tabulka 11: Ukazatele aktivity	64
Tabulka 12: Ukazatelé zadluženosti	67
Tabulka 13: Ukazatelé likvidity.....	68
Tabulka 14: Ukazatelé cash flow	69
Tabulka 15: Index bonity	71
Tabulka 16: Kralicekův quick test (modifikace Kislingerová).....	71
Tabulka 17: Index IN05	72
Tabulka 18: Aspect Global Rating.....	72
Tabulka 19: Altmanův index Z-score pro s. r. o.	73
Tabulka 20: Tafflerův model	74

Seznam grafů

Graf 1: Poměr celkových výdajů na zdravotnictví, výdajů hrazených ze statutárního pojištění a vládou a výdajů hrazených soukromě v r. 2020 – země EU	24
Graf 2: Poměr celkových výdajů na zdravotnictví, výdajů hrazených ze statutárního pojištění a vládou a výdajů hrazených soukromě v r. 2020 – celosvětové porovnání.....	24
Graf 3: Výdaje na zdravotnictví od r. 1989 do r. 2020 - statistika OECD	25
Graf 4: Výdaje na zdravotnictví na obyvatele v rámci EU v letech 1989-2020.....	25
Graf 5: Objem finančních prostředků na zdravotní péči v ČR 2010-2019 v mld. Kč a % HDP	26
Graf 6: Výdaje na zdravotní péči v ČR podle hlavních zdrojů financování 2015-2019	26
Graf 7: Výdaje na léčebnou péči v ČR podle jejího typu 2015-2019.....	27
Graf 8: Počet lékařů v roce 2020 na 1 obyvatele v zemích Evropské unie	28
Graf 9: Počet zdravotních sester na 1000 obyvatel v rámci Evropské unie	28
Graf 10: Celkový vývoj rentability	62
Graf 11: Ukazatelé likvidity	68

Seznam příloh

Příloha 1: Úhradové mechanismy

Příloha 2: Lékařský slib

Příloha 3: Obecné požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení

Příloha 1: Úhradové mechanismy

Platba za jednotlivé výkony

Platba za jednotlivý výkon se ve statutárním pojištění používá minimálně, tento systém se využívá spíše v privátním zdravotním pojištění. Takováto platba motivuje k nadprodukcí výkonů, proto se reguluje použitím různých bonusů či malusů v závislosti na dosažení žádoucího objemu poskytovaných výkonů. Sazebník výkonů je vydáván buď státními orgány, nebo je výsledkem zákonem předepsaného vyjednávání mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče (resp. jejich zástupci). Tento systém je využíván i v České republice. Dle Němce (2008, s. 99) *„pevná sazba v sazebníku výkonů může indikovat i priority státu a plátců v oblasti zdravotní péče a volně tak usměřňovat investiční aktivity zdravotních zařízení“*. Jednou z výhod této varianty vůči volné cenotvorbě je zahrnutí podmínek kvality do definice výkonu a do jeho ocenění. Nesmí však dojít k deformaci ocenění výkonu, kdy pak motivace byla spíše negativní.

Vícestupňové určení ceny výkonu je založeno na ohodnocení výkonu v bodech. Hodnota bodu je pak určena až na základě dostupných finančních prostředků a celkového počtu bodů, které jsou vykázány zdravotnickými zařízeními působícími v určitém sektoru (Němec, 2008, s. 100). Dopad celkového počtu vykázaných bodů ovlivňuje v České republice výši hodnoty bodu a ovlivňuje tak výši úhrady v následujícím období.

Při pevném ocenění výkonů s cílovými malusy a bonusy je úhrada pevnou cenou za jednotlivé výkony, kdy konečná výše úhrady je modifikována za celý objem vykázané péče. Bonus či malus závisí na splnění dalších ukazatelů dohodnutých mezi poskytovatelem zdravotní péče a pojišťovnou. Úhrada tak závisí na činnosti konkrétního zařízení, na rozdíl od předchozí platby pomocí vícestupňového určení ceny, kdy je započítána aktivita i dalších zdravotnických zařízení. Příkladem může být třeba plánovaná operace, kdy je pacient objednan až na další rok, protože „limit“ již byl splněn a při jeho překročení dojde ke snížení plateb za tento „nadpočetný“ výkon.

Platba za jednotlivý výkon je jednoduchý způsob úhrady, je často využíváný v ambulantní péči. Náročný je však na administrativu, dochází k velkému přesunu dat mezi pojišťovnami a ambulancemi a také současně motivuje ambulance k provádění více výkonů, než je nezbytně nutné ze zdravotního hlediska.

Platba za komplex výkonů

Platba za komplex výkonů je platba, která agreguje více výkonu pod jednu platbu. Výkony lze agregovat dle různých kritérií, např. platba paušální částkou za jednu návštěvu lékaře, za jeden den pobytu v nemocnici, výkony obsahově a náklady podobné, či léčbu a výkony směřující k jednomu diagnostickému nebo terapeutickému cíli (Němec, 2008, s. 101). I tak se jedná o platbu výkonovou postavenou na objemu poskytnuté zdravotní péče. Tento způsob je náročnější na výpočty, současně však omezuje počet přenášených dat mezi pojišťovnou a poskytovatelem.

Paušál za epizodu

Epizoda léčení může být vymezena časově (čtvrtletí, půlrok, rok) nebo zdravotním stavem pacienta. Příkladem je úhrada za zdravotní péči za těhotnou ženu dle trimestrů (v každém trimestru je definována péče – výkony, platba je za celý trimestr, a to bez ohledu na to, zda fyziologická těhotná čerpala péči více či méně) nebo za péči o fyziologického novorozence po porodu (platba za hospitalizaci доноšeného novorozence od porodu do propuštění se započítanou péčí včetně screeningových programů).

Paušál za návštěvu ve zdravotnickém zařízení

Paušál je stanovená pevná částka za návštěvu ambulantního zařízení včetně úhrady diagnostických výkonů, je rozdílná dle odbornosti lékaře. Pro pojišťovnu je rizikem, že zdravotnické zařízení bude pacienta zvat na návštěvy nadbytečně. Pro zdravotnické zařízení je rizikem závažně nemocný pacient, kdy paušál nepokryje náklady na jemu poskytovanou zdravotní péči.

Paušál za den pobytu v nemocnici

Paušál je pevná částka stanovená za jednotku času (tzv. lůžkoden) včetně úhrady diagnostických výkonů. Tato platba je rozdílná dle oddělení i samostatnosti pacienta (vyšší částka za pacienta imobilního, menší částka za pacienta částečně soběstačného a nejnižší za pacienta soběstačného). Rizikem pro pojišťovnu bylo nadměrné prodlužování doby hospitalizace, které je eliminováno zavedením klesajícího paušálu s délkou pobytu.

Paušál dle casemix klasifikačních systémů

Jedná se o paušální platby za případ léčení nebo za návštěvu, který je upraven dle casemixového klasifikačního systému, tj. podle diagnózy pacienta, provedených výkonů apod. Cílem je rozdělit lépe riziko mezi pojišťovnou a zdravotnické zařízení. Platba pak více odráží skutečné náklady za poskytnutou zdravotní péči a současně nemotivuje k nadbytečným výkonům.

Kapitační platby

Kapitační platba je částka, kterou pojišťovna platí za pojištěnce zdravotnímu zařízení pravidelně. Je jedno, zda pojištěnec v tu dobu zdravotnické zařízení navštívil a péči čerpal, nebo byl zdravý a žádná péče mu poskytnuta nebyla. Kapitační platba se využívá v sektoru primární péče – tedy především odbornost praktický lékař pro dospělé a praktický lékař pro děti a dorost. Jedná se tedy o péči, která je poskytována dlouhodobě v řádu let. Tato platba je v České republice kombinována s platbou za výkony, které jsou považovány za efektivní při jejich použití v primární péči, především prevence. Je snaha o omezení rizik neposkytnutí péče praktickými lékaři spočívající v pouhém přeposílání pacienta ke specialistům. Kapitační platby se dále různě stupňují, aby odrážely skutečné náklady, vyšší třeba u kojenců, nižší v produktivním věku a opět stoupající ve stáří. Dále zohledňují celkový počet pacientů, kdy nad určitý počet pacientů se kapitační platba snižuje. Tento pokles je zdůvodněn tím, že fixní náklady ordinace s přibývajícím počtem pacientů již nestoupají, ale naopak může klesat kvalita péče kvůli “přetížení” kapacity ordinace. Naopak existují bonusy, pokud lékař pracuje v málo atraktivní lokalitě, např. horské oblasti, nebo pokud se účastní poskytování služeb LSPP (Lékařská služba první pomoci, tzv. pohotovost). Platba je dále regulována různými motivačními mechanismy, které zohledňují výdaje na předepisovaná léčiva, diagnostická vyšetření nebo výdaje na péči v jiných zdravotnických zařízeních, kam byl pacient odeslán.

Seznam výkonů s bodovými hodnotami

V České republice byl v roce 1992 zaveden seznam výkonů, kdy ke každému výkonu byly spočítány náklady (odpovídající mzdovým, přístrojovým a režijním nákladům) a vyjádřeny v bodech. Část odpovídající nákladům na přímo spotřebovaný materiál byla vyjádřena v korunách. Tento seznam vydává Ministerstvo zdravotnictví a primárně vznikl v

dohodovacím řízení mezi plátcí a poskytovateli zdravotní péče. Každoročně dochází k revizím a obměnám, včetně zařazení nových výkonů do seznamu. V současné době i část odpovídající nákladům na materiál je vyjádřena v bodech.

Ocenění nákladů na jednotlivý výkon můžeme vyjádřit rovnicí (Němec, 2008, s. 113):

ohodnocení výkonu = mzdové náklady + přímé materiálové náklady + přístrojové vybavení + režijní náklady

Základním parametrem je normativní doba trvání výkonu, od tohoto údaje (v minutách) se odvíjí další složky ohodnocení. Pokud zde vznikne chyba, projeví se výrazně v deformaci ceny výkonu. Správnost stanovení normativních dob lze ověřit tak, že celková normativní doba vykázaných výkonů (v průměru) např. v jedné ambulanci určité odbornosti odpovídá pracovní době a počtu personálu dané ambulance.

Mzdové náklady vypočítáme takto (Němec, 2008, s. 114):

mzdové náklady = \sum_j Normativní doba_j × Mzdový tarif_j, kde *j* je kategorie zdravotnického pracovníka.

Líší se tedy mzdové náklady sestry specialistky, zdravotnického asistenta, lékaře bez atestace či s atestací. Mzdové tarify se však vyjednávají velmi komplikovaně, bývají výsledkem kolektivních jednání jak na úrovni ministerstva s profesními skupinami, tak na úrovni jednotlivých zdravotnických zařízení a jejich zaměstnanců.

Přímé materiálové náklady se počítají z průměrně spotřebovaného množství materiálu na daný výkon. Toto množství v bodech se pak násobí referenční cenou materiálu. V neočekávaných případech, jako byla pandemie covidu-19, však šly ceny mnoha materiálů prudce nahoru, což by sazebník nedokázal tak rychle odrazit, navíc se jednalo o zvýšení cen dočasné. Pro tyto případy pak byly využity možnosti dodatečných plateb a regulace pomocí dalších koeficientů, především vázané na péči poskytované pacientům léčených pro covid-19.

Náklady na přístrojové vybavení se získávají z podílu výkonu na amortizaci a z podílu na nákladech na údržbu. Vychází z normativní doby trvání výkonu (tedy doby použití přístroje při daném výkonu) nebo z obvyklého počtu použití přístroje během jeho doby životnosti.

Režijní náklady zahrnují vše, co nebylo započteno v předchozích složkách. Výpočet můžeme provést rovnicí (Němec, 2008, s. 115):

$$\text{režijní náklady} = \text{normativní doba}_k \times \text{režijní index}_k,$$

kde k je příslušná odbornost, v rámci které se výkon převážně poskytuje.

Režijní index je podíl režijních nákladů pracoviště dané odbornosti na jednotku pracovního času nejkvalifikovanějšího personálu, který se účastní poskytovaného zdravotního výkonu. Alternativně můžeme režijní index vztáhnout na jednotku normativní doby zdravotnického personálu, bez ohledu na jeho kategorii a místo normativní doby zadáme součet normativních dob všech nositelů daného výkonu opět bez ohledu na jejich kategorii.

Výpočet tarifů za případ podle DRG

Tento výpočet se používá pro úhradu nemocniční péče, vzhledem k tomu, že tato práce se zabývá analýzou ambulantního zdravotnického zařízení, budou zde popsány jen hrubé základy tohoto mechanismu úhrady péče. Klasifikace DRG je založena na zařazení jednotlivých případů do klasifikačních skupin, které si jsou příbuzné jak klinicky, tak nákladově. Relativní vahou nazýváme bezrozměrné číslo, které vyjadřuje vzájemný vztah průměrných nákladů jednotlivých DRG skupin. Pokud sečteme všechny relativní váhy všech případů nemocničního léčení, dostáváme tzv. casemix, který vyjadřuje, jak počet případů, tak jejich závažnost. Pokud chceme porovnávat zařízení s různými počty případů, vypočítáme tzv. casemix index, kdy casemix vydělíme počtem případů. Při užití tohoto systému pro výpočet úhrady stanovíme tzv. základní sazbu v korunách, která vyjadřuje platbu pro skupinu DRG s relativní vahou 1,00. Tarif DRG pak spočítáme jako součin základní sazby a relativní váhy DRG. Tento tarif je ještě omezen dolní a horní mezí, většinou definované délkou hospitalizace pacienta ve dnech (ale lze stanovit i jako meze nákladů). Pokud je daný případ uvnitř těchto mezí, tzv. inliner, je úhrada provedena daným výpočtem. Pokud leží daný případ mimo tyto meze, tzv. outliner, bývá platba stanovena často jiným způsobem dohodnutým mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovnou. Tyto domluvy se liší mezi pojišťovnami i mezi jednotlivými lůžkovými zdravotnickými zařízeními. Základní sazba také nemusí a také nebývá stejná pro všechny poskytovatele zdravotní péče. Pro každou kategorii nemocnic nebo i individuálně může být základní sazba domluvena jiná.

Po celém světě jsou tedy používány různé systémy úhradových mechanismů, které se různě kombinují a podléhají mnoha regulacím, a které se průběžně mění. Obecně by však měla platit rovnice (Němec, 2008, s. 110):

úhrada zdravotní péče od veřejného plátce + spoluúčast pacienta = náklady poskytovatele zdravotní péče + zisk poskytovatele zdravotní péče

Příloha 3: Lékařský slib

Jako člen lékařského stavu: Slavnostně slibuji, že zasvěťím svůj život humanitě. Budu mít vždy na zřeteli zdraví a prospěch svého pacienta. Budu respektovat autonomii a lidskou důstojnost svého pacienta. Budu zachovávat nejvyšší možný respekt k lidskému životu. Nedopustím, aby mé povinnosti vůči pacientovi nějak ovlivnil jeho věk, nemoc nebo postižení, víra, etnický původ, pohlaví, národnost, politická příslušnost, rasa, sexuální orientace, sociální postavení nebo jakékoli jiné kritérium. Budu zachovávat v tajnosti vše, co mi pacient svěřil, a to i po jeho smrti. Budu vykonávat své povolání svědomitě, důstojně a v souladu se správnou lékařskou praxí. Budu podporovat čest a ušlechtilé tradice lékařského povolání. Budu chovat v patřičné úctě a vděčnosti své učitele, kolegy i studenty. Budu sdílet své lékařské znalosti ve prospěch pacienta a v zájmu rozvoje zdravotní péče. Budu dbát o vlastní zdraví, pohodu a rozvoj svých schopností tak, abych mohl poskytovat lékařskou péči na nejvyšší úrovni. Nezneužiji své lékařské znalosti k porušení lidských práv a občanských svobod, a to ani pod nátlakem. Toto slibuji slavnostně, svobodně a na svou čest (ČLK, 2022).

Příloha 4: Obecné požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení

Příloha č. 1 k vyhlášce č. 92/2012 Sb.

1. Zdravotnické zařízení musí z hlediska stavebně technických požadavků na prostory a jejich funkční a dispoziční uspořádání umožňovat funkční a bezpečný provoz.

2. Zdravotnické zařízení dále musí

- a) tvořit provozně uzavřený a funkčně provázaný celek,
- b) být umístěno v nebytových prostorech splňujících obecné požadavky na výstavbu,
- c) mít zajištěnu dodávku pitné vody a dodávku teplé vody, pokud není zajištěn její ohřev na místě,
- d) mít zajištěn odvod odpadních vod,
- e) být vybaveno systémem přirozeného nebo nuceného větrání a systémem vytápění,
- f) mít zajištěno připojení na veřejný rozvod elektrické energie,
- g) být vybaveno připojením k veřejné telefonní síti, a to pevné nebo mobilní, pokud není dále uvedeno jinak,
- h) být vybaveno počítačem s připojením k internetu; toto vybavení se nevyžaduje, jde-li o zdravotnické zařízení uvedené v části I. přílohy č. 2 k této vyhlášce, pokud není dále uvedeno jinak.

3. Prostory určené pro

- a) manipulaci s biologickým materiálem,
- b) provádění operačních výkonů, nebo
- c) provádění endoskopických výkonů s porušením integrity tělesného povrchu nebo se zvýšeným rizikem infekce,

musí mít omyvatelný povrch stěn minimálně do výšky 180 cm a povrch nábytku a podlahy snadno čistitelné, omyvatelné a dezinfikovatelné, pokud není dále uvedeno jinak.

Příloha č. 2 k vyhlášce č. 92/2012 Sb. (citace jen relevantních bodů pro danou ambulanci)

Požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení ambulantní péče

I. Požadavky na technické a věcné vybavení pracovišť lékařů a zubních lékařů, pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a pracovišť jiných odborných pracovníků

A. Společné požadavky

1. Základní provozní prostory zdravotnických zařízení ambulantní péče jsou:

- a) ordinace lékařů a ordinace zubních lékařů²⁾ (dále jen „ordinace lékaře“), pracoviště dalších zdravotnických pracovníků nebo pracoviště jiných odborných pracovníků³⁾, ve kterých jsou prováděny zdravotní výkony (dále jen „výkon“),
- b) čekárna,
- c) WC pro pacienty,
- d) zákrový sál, pokud jsou prováděny operační výkony, nebo endoskopické výkony s porušením integrity tělesného povrchu nebo se zvýšeným rizikem infekce,
- e) přípravná pro výkony, pokud je zřízena.

2. Vedlejší provozní prostory zdravotnických zařízení ambulantní péče jsou:

- a) sanitární zařízení pro zaměstnance⁴⁾,
- b) skladovací prostory,
- c) místnost pro odpočinek zaměstnanců, pokud je zřízena.

Vedlejší provozní prostory mohou být společné pro více ordinací lékařů a pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

3. Ordinace lékaře a pracoviště dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků musí mít minimální podlahovou plochu (dále jen „plocha“) 13 m².

4. Přípravnu pro výkony se rozumí místnost, kde je připravován pacient k výkonům a dále kde jsou připravovány zdravotnické prostředky, léčivé přípravky a léčivé látky před jejich aplikací pacientovi a vykonávány další činnosti s tím související. Přípravná pro výkony musí mít minimální plochu 10 m².

5. Čekárna musí mít minimální plochu 7 m², pokud není dále uvedeno jinak, a musí být vybavena sedacím nábytkem. Čekárna může být společná pro více ordinací lékařů a pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, pokud má minimální plochu 10 m². Pokud je zdravotní péče (dále jen „péče“) poskytována kojencům,

musí mít čekárna minimální plochu 8 m² a být vybavena přebalovacím stolem, není-li tento stůl v ordinaci lékaře.

6. WC pro pacienty musí mít předsíň vybavenou umyvadlem, není-li umyvadlo umístěno v kabině WC. WC může být společné pro zaměstnance a pacienty v případě, kdy zdravotnické zařízení ambulantní péče sestává maximálně ze 2 ordinací lékařů nebo pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, pokud není dále uvedeno jinak. WC pro pacienty může být společné pro více ordinací lékařů a pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

7. Zákrokový sál musí mít minimální plochu 10 m² a mít podlahy, stropy i stěny odolné proti poškození při pravidelném čištění, mytí a dezinfekci.

8. Skladovací prostory se vyčleňují pro oddělené skladování materiálu, prádla a uklízacích a dezinfekčních potřeb. Skladovací prostory lze nahradit vhodnými skříněmi. Skladování věcí musí být zabezpečeno tak, aby nedošlo ke kontaminaci čistých věcí znečištěnými věcmi.

9. Vybavení ordinace lékaře, pracoviště dalších zdravotnických pracovníků a pracoviště jiných odborných pracovníků:

- a) vyšetřovací lehátko,
- b) umyvadlo,
- c) dřez na mytí pomůcek, pokud je prováděno mytí a čištění pomůcek použitých k manipulaci s biologickým materiálem,
- d) nábytek pro práci zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků,
- e) židle nebo křeslo pro pacienta,
- f) skříň na léčivé přípravky,
- g) stolky na přístroje a nástroje,
- h) nepřenositelná uzamykatelná schránka z kovu, pokud se skladují omamné nebo psychotropní látky nebo přípravky je obsahující⁵⁾,
- i) skříň na nástroje a pomůcky,
- j) kartotéční skříň, pokud není zdravotnická dokumentace vedena výhradně v elektronické podobě nebo pokud není zřízena centrální kartotéka,

k) chladnička na léčivé přípravky vybavená teploměrem, pokud se uchovávají léčivé přípravky nebo pomůcky, které pro své uchování vyžadují nižší teplotu než pokojovou, a chladnička na biologický materiál vybavená teploměrem, pokud je uchováván biologický materiál,

l) tonometr, fonendoskop, teploměr lékařský, osobní váha, výškoměr,

m) přebalovací stůl, pokud je poskytována péče novorozencům a kojencům,

n) pomůcky a léčivé přípravky pro poskytnutí první pomoci včetně kardiopulmonální resuscitace, tj. resuscitační rouška nebo samorozpínací vak včetně masky, vzduchovody, rukavice, výbava pro stavění krvácení a prostředky k zajištění žilního vstupu; pracoviště pracovníků nelékařských zdravotnických povolání nemusí být vybaveno léčivými přípravky pro poskytnutí první pomoci a prostředky k zajištění žilního vstupu,

o) sterilizátor, pokud se používají nástroje a pomůcky vyžadující sterilitu a není zajištěna služba centrální sterilizace nebo dodávka veškerého materiálu na jednorázové použití anebo pokud není dodáván veškerý materiál sterilizovaný. Pokud je používána sterilizace formaldehydem, musí být sterilizátor umístěn mimo místnost pro provádění výkonů,

p) lokální svítidlo vyšetřovací,

q) prostor pro svlékání pacienta a odložení oděvu.

Vybavení uvedené v písmenech h), j), n) a o) může být společné pro více ordinací lékařů a pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Vybavení uvedené v písmenech a) až c) a e) až q) může být umístěno v kterémkoli ze základních provozních prostor uvedených v části I.A bodě 1 písmenu a), d) nebo e) této přílohy. Kartotéční skříň, osobní váha a výškoměr mohou být umístěny i v čekárně.

10. Vybavení zákrového sálu:

a) umyvadlo,

b) operační stůl nebo křeslo s operačním svítidlem,

c) kontejnery na sterilní materiál a sterilní nástroje,

d) kontejner na použitý operační materiál,

e) infuzní stojan nebo jiné zařízení umožňující bezpečné zavěšení infuzních lahví a vaků (dále jen „infuzní stojan“),

f) instrumentační stolek,

g) další přístroje a nástroje podle oboru poskytované péče.

.....

B. Zvláštní požadavky

1. Zvláštní požadavky podle oborů péče

1.46. Urologie

Vybavení:

a) urologický vyšetřovací stůl,

b) cystoskop s příslušenstvím,

c) sonograf se snímačem abdominálním, snímačem transrektálním a snímačem pro malé části (k vyšetření skróta), pokud není sonografické vyšetření zajištěno na jiném pracovišti zdravotnického zařízení,

d) nástroje k odběru studené biopsie,

e) extrakční kleště,

f) sada kalibračních buží, dilatačních uretrálních cévek a katetrů,

g) zařízení pro biopsii s příslušenstvím,

h) uroflowmetr,

i) monitor, pokud je digitální přenos obrazů, nebo negatoskop,

j) urodynamická aparatura, pokud není invazivní urodynamické vyšetření zajištěno na jiném pracovišti zdravotnického zařízení nebo smluvně ve zdravotnickém zařízení jiného poskytovatele.

.....