

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Stomatologická klinika*



**Markéta Novotná**

**Kalkulace cen ve stomatologii a jejich  
význam pro ekonomiku praxe**

*Price Calculations in Dentistry and Its  
Influence on the Economics of Dental Practice*

*Bakalářská práce*

Praha, červen 2018

Autor práce: Markéta Novotná

Studijní program: Dentální hygienistka

Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: Ing. Jindra Ševčíková

Pracoviště vedoucího práce: **Stomatologická klinika 3. LF UK  
FNKV**

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 28. dubna 2018

**Markéta Novotná**

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce Ing. Jindře Ševčíkové za její odborné vedení, cenné rady a veškerý čas, který mé bakalářské práci věnovala. Děkuji také mé rodině a přátelům za podporu po celou dobu studia.

# Obsah

<b>1. CÍL PRÁCE</b> .....	<b>7</b>
<b>2. ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>3. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>9</b>
3.1. VYMEZENÍ POJMŮ .....	9
3.2. HISTORIE FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ.....	9
3.3. MECHANISMY ÚHRADY ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	12
3.3.1. <i>Platba za jednotlivý výkon</i> .....	12
3.3.2. <i>Platba za komplex výkonů</i> .....	13
3.3.3. <i>Kapitační platby</i> .....	15
3.3.4. <i>Rozpočet</i> .....	16
3.3.5. <i>Mzda</i> .....	17
3.4. EKONOMIKA ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ.....	17
3.4.1. <i>Majetek zdravotnického zařízení</i> .....	17
3.4.2. <i>Náklady, výnosy a hospodářský výsledek</i> .....	19
3.5. EKONOMICKÉ ČINNOSTI ZUBNÍHO LÉKAŘE.....	21
3.5.1. <i>Hospodářský systém v zubní ordinaci</i> .....	21
3.5.2. <i>Financování stomatologické péče</i> .....	22
3.6. EKONOMICKÉ ČINNOSTI ZUBNÍ PRAXE .....	22
3.6.1. <i>Sazebník výkonů a seznam protetických prací</i> .....	24
3.6.2. <i>Souhrn administrativních prací spojených s výkony zubního lékaře</i> .....	25
3.6.3. <i>Kalkulace cen v ordinaci zubního lékaře</i> .....	25
3.6.4. <i>Kalkulace ceny výkonu a výrobku</i> .....	31
3.7. EKONOMICKÉ MODELY PROVOZU ZUBNÍ PRAXE .....	32
3.7.1. <i>Model zubní kliniky</i> .....	32
3.7.2. <i>Samostatná zubní ordinace</i> .....	33
<b>4. PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>34</b>
4.1. HYPOTÉZY .....	34
4.2. MATERIÁL A METODIKA .....	34
4.3. VÝSLEDKY.....	35
<b>5. DISKUSE</b> .....	<b>56</b>
<b>6. ZÁVĚR</b> .....	<b>61</b>
<b>7. SOUHRN</b> .....	<b>62</b>
<b>8. SUMMARY</b> .....	<b>64</b>

<b>9. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>66</b>
<b>10. SEZNAM GRAFŮ A OBRÁZKŮ.....</b>	<b>69</b>
<b>11. SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>70</b>
<b>12. SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>71</b>

..

## **1. Cíl práce**

Cílem teoretické části mé bakalářské práce je postihnout jednotlivé aspekty, které mají vliv na ekonomiku zubní praxe. Hlavním cílem je vysvětlit, jakým způsobem se tvoří ceny v prostředí stomatologie, čím je třeba se řídit a zejména vysvětlit význam cen pro zubní ordinaci.

Cílem praktické části mé bakalářské práce je zjistit, jaký přístup volí samotní zubní lékaři vzhledem k cenotvorbě ve vlastní ordinaci, jakým způsobem ceny kalkulují, jestli si kalkulace zpracovávají sami, nebo dávají přednost zpracování od specializované firmy. V praktické části bude ukázána vzorová kalkulace.

## 2. Úvod

Téma mé bakalářské práce se mi zdá velmi zajímavé z více důvodů. Možná to není příliš přitažlivé téma, ale to neznamená, že by nebylo důležité. Proto si myslím, že je podstatné mu věnovat patřičnou pozornost. Také se domnívám, že mi pochopení tohoto tématu může pomoci v mé možné budoucí praxi, protože provozování soukromé stomatologické praxe je závislé na penězích, stejně jako každé jiné podnikání. Proto bych se v této práci ráda zaměřila na jednotlivá hlediska, která jsou důležitá pro tvorbu cen ve stomatologii a současně tedy i pro celou ekonomiku zubní ordinace.

Cenové kalkulace velmi zásadně ovlivňují celé fungování stomatologické praxe, přesto to však není téma, o kterém by se ve velké míře hovořilo. Správné kalkulace mohou lékaři zajistit ekonomickou prosperitu a tedy i možnost investovat do nového moderního vybavení nebo do dalšího vzdělávání lékaře i jeho zaměstnanců. Mnohokrát jsem slyšela názory lidí, že zubní lékaři si za své výkony účtují nesmyslné ceny, na první pohled se to tak může zdát, ale skutečnost může být často jiná. Chápu, že pacienti mají mnoho svých vlastních starostí, a možná po nich ani nemůžeme chtít, aby toto téma úplně pochopili. Ale myslím si, že je důležité na to upozorňovat a vysvětlovat.

V naší zemi je zajištěno proplácení zdravotní péče zdravotními pojišťovnami, avšak v oblasti stomatologie jsou výkony lékařů často podhodnocené a nevycházejí z reálných nákladů, navíc některé protetické výrobky nejsou plně hrazené pojišťovnami. Proto si pacienti za stomatologické ošetření musí často doplácet, pokud chtějí, aby jim byla poskytnuta nadstandardní péče. Zároveň pokud má zubní lékař vlastní stomatologickou praxi, tak je také podnikatelem. A podnikáním se dle zákona č. 513/1991 Sb. rozumí „soustavná činnost prováděná samostatně podnikatelem vlastním jménem a na vlastní odpovědnost za účelem dosažení zisku.“



### **3. Teoretická část**

#### **3.1. Vymezení pojmů**

Pro pochopení fungování ekonomiky v oblasti stomatology je nutné vysvětlit si, čím se zabývá samotná ekonomika. Ekonomika je vědní disciplína zkoumající hospodářskou činnost v určitém sektoru (Fialová a Fiala, 2006). Tímto sektorem může být právě například zdravotnictví, jehož součástí je i obor stomatology.

Mezi činitele ekonomiky zdravotnictví patří zdravotnický systém, zdravotnické služby a poskytovatelé zdravotnických služeb, lidské zdraví však může ovlivňovat řada dalších faktorů, které ekonomika zdravotnictví nepostihuje (Barták, 2010).

Dalším důležitým pojmem je také ekonomika zdraví. Na rozdíl od ekonomiky zdravotnictví je ekonomika zdraví vymezena širěji. Zahrnuje mnoho dalších vlivů – např. zdravý životní styl, příjem, vzdělání, bydlení či rodinný stav. Tyto činitele ovlivňují zdraví lidí často více než systém zdravotnických služeb (Barták, 2010). Dle Světové zdravotnické organizace je zdraví stavem úplné fyzické, psychické a sociální pohody a ne pouze absence nemoci či vady (WHO, 2014).

#### **3.2. Historie financování zdravotnictví**

Se samotným rozvojem medicíny postupně docházelo ke vzniku celkového řešení financování zdravotní péče. Vůbec nejstarší způsob financování fungoval pomocí přímých úhrad, kdy pacient přímo platil za zdravotní péči, která mu byla poskytnuta. Jedná se tedy o velmi jednoduchý způsob, dnes se však již prakticky nevyskytuje vzhledem k vysoké finanční zátěži. Jako řešení se tak nabízelo zavedení pojištění (Ondrová, 2013).

Už ve středověku vzniklo sociální zdravotní pojištění, a to v rámci zajišťovacích cechovních spolků (Němec, 2008). Úhrada zubní péče však do tohoto pojištění nebyla zahrnuta (Paichl, 2000). Následně v 19. století s rozvojem průmyslové výroby a tedy i s přírůstkem sociálně slabé dělnické

třídy došlo k zavedení příspěvkových fondů. V začátcích bylo nejdůležitější nemocenské pojištění, ale postupně se začalo využívat i zdravotní pojištění pro krytí výdajů na zdravotní péči (Němec, 2008). Pojištěné osoby získaly v době nemoci podporu ve výši 60 % denní mzdy a také měly po určitou dobu přístup k bezplatné lékařské ambulantní péči, popřípadě i nemocničnímu ošetření. Ambulantní péče hrazená zdravotní pojišťovnou obsahovala i zubní ošetření. Finanční podpora byla poskytována od čtvrtého dne nemoci a vyplácena byla po dobu maximálně dvaceti týdnů (Paichl, 2000).

V roce 1849 v Prusku bylo spuštěno první povinné zdravotní pojištění, které bylo určeno pro horníky. Pod tímto vlivem začalo v Německu vznikat mnoho podnikových i místních nemocenských pojišťoven a v roce 1881 vydal německý císař Vilém II. dokument o sociálním pojištění. Tento dokument dal vzniknout zákonu o povinném zdravotním pojištění pro zaměstnané dělníky, který byl schválen roku 1883. Příspěvky na toto zdravotní pojištění byly placeny z jedné třetiny zaměstnanci a ze dvou třetin zaměstnavateli. Pojištění zaměstnanci zajišťovalo ošetření u lékaře zdarma, léky a od třetího dne nemoci také nárok na nemocenské dávky (Němec, 2008).

Podobný zákon byl v roce 1886 přijat také v Rakousku-Uhersku, vztahoval se na všechny zaměstnance a také na živnostníky. Následující rok vznikl zákon o úrazovém pojištění. Takový vývoj nastal i v mnoha dalších evropských zemích (Němec, 2008). V polovině 20. století byl v některých západoevropských státech (Velká Británie, Dánsko, Itálie) systém statutárního pojištění převeden na národní zdravotní službu. Tento převod zajistil rozšíření pojištění na celou populaci a také rovnocennost v přístupu ke zdravotní péči. V jiných zemích (Belgie, Francie) byl systém statutárního pojištění ponechán a rozšířen na celou populaci (Němec, 2008).

Na území dnešní České republiky vzniklo nemocenské pojištění až v období první republiky. Jednalo se o pojištění zaměstnanců v případě nemoci, invalidity či stáří (Shorná, 2015). V této době se u nás vyskytovalo zhruba tři sta zdravotních pojišťoven (Eim, 2008).

S nástupem socialismu v roce 1948 došlo ke sjednocení nemocenského pojištění do jednoho povinného systému. Tento systém zaštiťovala ústřední národní pojišťovna spolu s okresními národními pojišťovnami. Ambulantní péči zajišťovali zejména lékaři, kteří vlastnili soukromou praxi. Nepojištění pacienti byli ošetřeni a léčeni na základě přímé platby. Jednotlivé nemocnice a léčebné ústavy byly zestátněny, stejně tak zdravotnický průmysl a distribuce léčiv. V roce 1951 byl uveden v platnost zákon o přebudování národního pojištění a také zákon o jednotné preventivní a léčebné péči, došlo ke zrušení Ústřední národní pojišťovny. Nově byly finanční příspěvky poskytovány Ministerstvem zdravotnictví, které je přidělovalo krajským a okresním národním výborům (Gladkij, 2003).

Po politických změnách v roce 1989 prošel změnou i zdravotnický systém. Vznikl nový model založený na všeobecném zdravotním pojištění, ve kterém měly hlavní zodpovědnost za zdravotní péči zdravotní pojišťovny. Až do roku 1990 byla všechna zdravotnická zařízení státní. Preventivní péče byla zajišťována státem ze všeobecných daní, s výjimkou stomatologické péče. Na konci roku 1990 byl však přijat návrh nového systému zdravotní péče, který realizovalo Ministerstvo zdravotnictví (Kasalová-Daňková, 2010).

Dnem 1. 1. 1992 nabyl účinnosti zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. 1. 7. 1992 byl přijat zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, který přinesl do oblasti zdravotního pojištění konkurenci. Stejného roku na našem území existovalo již 27 zdravotních pojišťoven, které však poměrně brzy upadly do finančních problémů, to způsobilo zánik, nebo sloučení pojišťoven. Postupně jich tak zůstalo pouze 7 z původních 27 (Kasalová-Daňková, 2010, s. 29). Veřejné zdravotní pojištění bylo zavedeno zejména proto, aby byla zachována solidarita a motivace občanů k zájmu o vlastní zdraví a zdravotní stav, ale také motivace poskytovatelů zdravotní péče k co nejkvalitnější a nejefektivnější péči (Gladkij, 2003).

V druhé polovině roku 1992 byl přijat zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované v nestátních zdravotnických zařízeních, který rozběhl postupnou privatizaci zdravotnictví v České republice. Spuštění privatizace také způsobilo zvýšení počtu zdravotnických zařízení (Kasalová-Daňková, 2010).

### **3.3. Mechanismy úhrady zdravotní péče**

Existuje více mechanismů úhrady zdravotní péče, rozlišit je můžeme na základě několika hledisek, z nichž základní je hodnocený faktor, který je předmětem úhrady (např. spotřeba materiálu a léků, energií či mzdových prostředků). Úhrada může probíhat také na základě objemu poskytnuté zdravotní péče, pro jeho stanovení je důležitá základní jednotka zdravotní péče, která je předmětem úhrady, to je např. jeden dílčí výkon, návštěva ambulance, jeden den pobytu v nemocnici, celý pobyt v nemocnici nebo péče o pojištěnce ve vymezeném časovém období. Zdravotní péči je možné hradit také podle její potřeby nebo podle jejích výsledků, tedy užitku pro pacienta. Mechanismus úhrady péče by měl splňovat několik požadavků, zejména by měl poskytovat žádoucí strukturu a objem zdravotní péče, motivovat k poskytování kvalitní zdravotní péče a k prevenci. Neměl by být příliš administrativně náročný a neměl by nechávat prostor pro podvodné jednání. Mechanismus úhrady také nesmí být v rozporu s právním statutem a organizací poskytovatelů zdravotní péče (Němec, 2008).

V praxi se jednotlivé úhradové mechanismy kombinují nebo doplňují, protože žádný mechanismus ve skutečnosti nesplňuje všechny uvedené podmínky. Mechanismy úhrady obsahují několik složek, a to používanou jednotku úhrady (výkon, návštěva, případ atd.), tarif pro jednotku úhrady a doplňující podmínky úhrady (limity, slevy, kontrolní mechanismy), (Němec, 2008).

#### **3.3.1. Platba za jednotlivý výkon**

Platba za jednotlivý výkon je vůbec nejužívanější úhradový mechanismus v rámci ambulantní péče, hlavně v privátním zdravotním

pojištění. Tento mechanismus se zakládá na rozložení zdravotní péče na jednotlivé výkony, které se liší ve způsobu provedení, obtížnosti, časové náročnosti a použitém zdravotnickém materiálu. Zdravotnické zařízení získá úhradu za každý provedený výkon jednotlivě, výše úhrady je stanovena sazebníkem výkonů. Sazebník je vydáván státem, nebo je dohodnutý mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče. Platba za jednotlivé výkony motivuje poskytovatele zdravotní péče k nadměrné produkci výkonů, což je spojeno se zvýšením výdajů ze strany zdravotní pojišťovny. K eliminaci této motivace zčásti slouží vícestupňové ocenění výkonů v tzv. bodech či zavedení různých bonusů nebo malusů v závislosti na dosažení žádoucího objemu poskytovaných výkonů (Němec, 2008).

Jednou z výhod pevného sazebníku výkonů ve srovnání s volnou cenotvorbou je zahrnutí podmínek kvality do definice výkonu a do jeho ocenění. Volná cenotvorba funguje na principu vztahu mezi poptávkou a nabídkou, tento princip však v oblasti zdravotní péče funguje pouze v omezené míře. Zdravotní pojišťovny mohou uzavírat smlouvy se zdravotnickými zařízeními, které mají co nejlepší vztah mezi cenou a kvalitou péče (Němec, 2008).

Platba za jednotlivý výkon je koncepčně poměrně jednoduchým mechanismem úhrady zdravotní péče využívaným zejména v ambulantní oblasti. Nevýhodou je administrativní náročnost, jelikož tento mechanismus vyžaduje velké přesuny dat mezi poskytovatelem a plátcem zdravotní péče. Charakteristickým znakem platby za jednotlivé výkony je přenos rizika nadužívání zdrojů a rizika, která plynou z nemocnosti pacientů, na zdravotní pojišťovnu. Zároveň tento způsob úhrady obvykle představuje problém pro ekonomickou bilanci zdravotních pojišťoven, pokud není doprovázen regulačními opatřeními (Němec, 2008).

### **3.3.2. Platba za komplex výkonů**

Tento mechanismus spojuje několik výkonů do jedné jednotky úhrady zdravotní péče. Výkony je možné propojovat na základě různých hledisek, např. výkony s podobným obsahem a nákladností, výkony, které se

vází k jedné návštěvě lékaře, k jednomu dni pobytu v nemocnici apod. Opět se jedná o výkonovou úhradu, protože jejím základem je úhrada objemu poskytované zdravotní péče. V porovnání s platbou za jednotlivý výkon zde však dochází k určitému sdílení rizika mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovateli zdravotní péče. Na druhou stranu tento typ úhrady představuje menší administrativní zátěž, protože nedochází k tak velkému přenosu dat mezi poskytovateli a plátcí zdravotní péče (Němec, 2008).

Epizoda (případ) léčení může být vymezena na základě zdravotního stavu pacienta nebo také určitým obdobím (čtvrtletí, půlrok, rok), průměrné náklady na jeden případ léčení jsou pokryty paušálem. Paušál za epizodu léčení, i když je vymezen určitým obdobím, se týká pouze pojištěnců, kteří jako pacienti skutečně navštíví zdravotnické zařízení. To je rozdíl od kapitální platby (viz str. 14), která se vztahuje na zdravé i nemocné pojištěnce (Němec, 2008).

Návštěva ambulantního zdravotnického zařízení je hrazena pevnou částkou v podobě paušálu za návštěvu zdravotnického zařízení, obvykle včetně úhrady diagnostických výkonů. Tyto paušály jsou zpravidla rozlišeny podle odbornosti navštíveného lékaře. Popsaný mechanismus úhrady s sebou nese řadu negativních podnětů pro poskytovatele, jako je např. motivace k objednávání opakovaných návštěv (Němec, 2008).

Den pobytu v nemocnici je paušalizován pevnou částkou za den pobytu pacienta, tato částka se může lišit podle oddělení, kde se pacient nachází. Tento způsob úhrady nemocničního léčení se hojně využíval v minulosti, zejména kvůli velmi jednoduchému výpočtu příslušných tarifů. Hlavní nevýhodou je motivace k prodlužování nemocničního léčení pacienta, toto nebezpečí může být jen částečně eliminováno za pomoci klesajícího paušálu s délkou pobytu (Němec, 2008).

Dále existují paušály postavené na tzv. casemixových klasifikačních systémech, jejichž výše je rozlišena podle konkrétního casemixového klasifikačního systému, tedy např. na základě diagnózy pacienta, provedeného výkonu nebo podle dalších faktorů. Tato diferenciací lépe

rozděluje riziko mezi plátce a poskytovatele a také více redukuje negativní pobídky, které jsou součástí obecných paušálů (Němec, 2008).

### **3.3.3. Kapitační platby**

Pro tento mechanismus úhrady zdravotní péče je typické, že přesouvá riziko vyplývající z nemocnosti pojištěnců od zdravotních pojišťoven směrem k poskytovatelům zdravotní péče. Kapitační platba se zakládá na pevně stanovené částce za každého pojištěnce v dlouhodobé péči konkrétního poskytovatele zdravotní péče. Poskytovatel dostává pravidelně zapláceno od zdravotní pojišťovny bez ohledu na to, jestli byl pojištěnec v daném období nemocný, nebo zdravý (Němec, 2008).

Kapitační platba se využívá hlavně v primární péči, tedy v rámci péče, kde se poskytovatel stará dlouhodobě o vymezenou skupinu pojištěnců. Může být určena pouze k úhradě služeb např. praktického lékaře nebo se může využívat jako tzv. integrovaná kapitační platba, jejíž součástí je i úhrada dalších služeb, které indikuje lékař (laboratorní služby, služby specialistů nebo nemocnic), (Němec, 2008).

Mezi nevýhody kapitační platby zařazujeme např. riziko nadměrného odesílání pacientů praktickými lékaři ke specialistům, kteří jsou odměňováni výkonově orientovanými úhradovými mechanismy. Aby bylo toto riziko eliminováno, tak se kapitační platba kombinuje s platbou za výkony, které jsou ze zdravotně politického pohledu prioritní. Další nevýhodou může být fakt, že výše vypočtené kapitační platby nemusí odpovídat skutečným nákladům poskytovatele zdravotní péče v případě výrazně většího nebo menšího počtu pojištěnců v péči poskytovatele (Němec, 2008).

V systému veřejného zdravotního pojištění v České republice existuje určitá hranice počtu registrovaných pojištěnců a při jejím překročení dochází k tomu, že postupně klesá kapitační platba za každého nově registrovaného pacienta. Zdravotní pojišťovny praktickému lékaři neplatí za další registrované pojištěnce ve chvíli, kdy dojde k naplnění určitého maxima. Je to odůvodněno tím, že fixní náklady lékařské praxe se nezvyšují s rostoucím

počtem registrovaných pojištěnců, a také by lékař nad určitý počet pojištěnců v péči nebyl schopen zajistit dostatečně kvalitní péči (Němec, 2008).

Na druhou stranu má kapitační platba řadu nesporných výhod. Zejména důležitá je podpora kontinuity, komplexnosti a dostupnosti zdravotní péče, tyto charakteristiky jsou zásadní hlavně pro primární zdravotní péči. Tato platba je totiž spojena s dlouhodobou registrací pacientů u lékaře zejména primární péče. Pacient má možnost lékaře změnit, ale existují pravidla a lhůty, která tuto možnost omezují (Němec, 2008),

Kapitační platba bývá rozlišována podle míry očekávané potřeby zdravotní péče nepřímo i na základě očekávaných výsledků spojených se zdravotní péčí o pojištěnce. Diferenciace je založena na věku, pohlaví, sociálním statutu, zdravotním stavu pojištěnce nebo na jeho potřebě zdravotní péče v uplynulém období (Němec, 2008).

#### **3.3.4. Rozpočet**

Rozpočtování je mechanismus úhrady, který se využívá zejména pro úhradu zdravotní péče ve veřejných zdravotnických zařízeních. Rozpočty rozlišujeme na základě několika kritérií. Existují rozpočty závislé na potřebě vstupních faktorů, rozpočty závislé na poskytnutí určitého objemu zdravotní péče, nebo na dosažení zdravotně politických cílů. Rozpočet můžeme také dělit na pevný, nebo variabilní podle skutečných nákladů nebo skutečně poskytnutého objemu zdravotní péče (Němec, 2008).

Rozpočtem je možné hradit zdravotní péči jednotlivým poskytovatelům zdravotní péče, nebo může být využit jako tzv. globální rozpočet pro celý sektor zdravotnických služeb (Němec, 2008).

Popsaný úhradový mechanismus přesouvá riziko větší nemocnosti pacientů a riziko neefektivního poskytování zdravotní péče směrem na poskytovatele. V tomto případě je potřeba, aby zdravotní pojišťovna měla monitorovací mechanismus, bez kterého by neměla dostatečné informace o aktivitě poskytovatelů, kteří by mohli nabízet menší objem péče, než je nutné (Němec, 2008).



### **3.3.5. Mzda**

Mzda je využívána v situaci, kdy existuje zaměstnanecký poměr mezi lékařem či jiným zdravotnickým pracovníkem a plátcem zdravotní péče, kterým může být národní zdravotní služba, zdravotní pojišťovna, ve Spojených státech jsou to např. některé organizace řízené péče. V České republice je protizákonné, aby zdravotní pojišťovna vlastnila zdravotnické zařízení. Mzda může být dohodnuta mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem, může být výsledkem vyjednávání, nebo je vypočtena na základě mzdových tabulek, které vydává státní správa (Němec, 2008).

### **3.4. Ekonomika zdravotnického zařízení**

Ekonomika konkrétního zdravotnického zařízení závisí na mnoha parametrech, nejen na čistě ekonomických faktorech úspěšnosti, ale např. i na odborné pověsti, vstřícnosti vůči lidem, rozsahu nabídky, rychlosti a množství výkonů, vybavenosti moderní technikou apod. Důležitá je však i právní forma zdravotnického zařízení, vlastnictví či způsob financování, tyto parametry se projevují v oblasti daňové, v oblasti vedení účetnictví, v povinnosti vytváření rezerv a fondů, způsobů možností nakládání se ziskem atd. (Zlámal a Bellová, 2005).

Soukromí lékaři mohou vykonávat činnost jako fyzické osoby s veškerým ručením svého osobního majetku za své závazky, s vedením pouze daňové evidence a platbou daně z příjmů fyzických osob. Nebo mají možnost pracovat jako osoby právnické, to znamená s povinností vedení podvojného účetnictví, platbou daně z příjmů právnické osoby ve stanovené výši a s rozdílným ručením za závazky organizace svým osobním majetkem dle příslušných typů právnických osob (Zlámal a Bellová, 2005). Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, § 21 odst. 1 věta první stanovuje sazbu daně právnických osob na 19 %.

#### **3.4.1. Majetek zdravotnického zařízení**

Majetek je nutný pro fungování každého zdravotnického zařízení. Tento majetek je kryt zdroji vlastními (vlastní kapitál), nebo cizími (zdroje

zapůjčené, cizí kapitál, dluhy či závazky). Kapitál můžeme rozlišit na výrobní (provozní) a finanční. Výrobní kapitál zahrnuje věcné hodnoty, jako jsou např. stroje, přístroje, zařízení, budovy, pozemky apod. Finanční kapitál zahrnuje úvěry, úspory, cenné papíry a další formy finančních prostředků, které mohou sloužit k nabytí dalšího majetku (Zlámal a Bellová, 2005).

Součástí věcného majetku je majetek dlouhodobý, neboli neoběžný (stroje, zařízení), a také majetek oběžný (peníze, zásoby materiálu, zboží).

Oběžný majetek je nestálý, mění své formy, dochází tak ke koloběhu oběžných prostředků. Peníze se využívají na nákup materiálu, který se za účasti dlouhodobého majetku a práce lidí postupně mění na výrobky (služby). Při prodeji výrobků (služeb) se opět získají peníze. V průběhu tohoto procesu vznikají tzv. závazky a pohledávky z obchodního styku. Zásoby by neměly klesnout pod minimální hranici, protože by to mohlo způsobit přerušování kontinuity činností. Pokud jsou zásoby udržovány nad limitem, tak to znamená zbytečné náklady a také potenciální znehodnocení některých druhů zásob (Zlámal a Bellová, 2009).

Dlouhodobý majetek se dále rozlišuje na majetek hmotný (DHM) a nehmotný (DNM), (Zlámal a Bellová, 2009, s. 49). Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, § 26 odst. 2 definuje DHM jako „samostatné movité věci, popřípadě soubory hmotných movitých věcí se samostatným technicko-ekonomickým určením, jejichž vstupní cena je vyšší než 40 000 Kč a mají provozně-technické funkce delší než jeden rok. Dále jsou to budovy, domy, byty nebo nebytové prostory, stavby s určitými výjimkami a další majetek vymezený zákonem.“

DNM zahrnuje dle zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, §32a odst. 1 „nehmotné výsledky výzkumu a vývoje, software, ocenitelná práva a jiný majetek, který je veden v účetnictví jako nehmotný majetek vymezený zvláštním právním předpisem, pokud je vstupní cena jednotlivého majetku vyšší než 60 000 Kč a doba použitelnosti je delší než jeden rok.“

Pokud některý druh majetku nesplňuje jednu z podmínek charakteristiky DHM, nebo DNM – tedy cenu, tak se nazývá jako drobný dlouhodobý majetek (DDM).

Jelikož je možné dlouhodobý majetek užívat několik let, popřípadě desítek let, tak ho také nazýváme jako majetek stálý. Při užívání tohoto majetku dochází k postupnému opotřebení, které může být buď fyzické, nebo morální. Fyzické opotřebení se vyznačuje trvalým snižováním užité hodnoty a morální opotřebení technickým (technologickým) zastaráváním věcí ve srovnání s novou technikou. Průběh opotřebování se vyjadřuje pomocí odpisů (Zlámal a Bellová, 2009).

Odpisy jsou relativním podílem dlouhodobého majetku na tvorbě nového bohatství. V současnosti existují dva způsoby provádění odpisů, a to odpisy účetní a daňové. Ve zdravotnickém zařízení nemají účetní odpisy žádný význam, využívají se v jiných ekonomických subjektech. Naopak velmi důležité jsou pro zubní lékaře odpisy daňové, které musí provádět z důvodu výpočtu daně z příjmu fyzické či právnické osoby na základě zákona o daních z příjmů (zákon č. 586/1992 Sb.). Mezi hlavní zásady patří, že vlastník odpisuje věci, ale je možno písemnou dohodou toto právo převést na nájemce. V případě, že existuje více spoluvlastníků, tak odpisují majetek dle výše podílů. Některé typy majetku se neodpisují, např. pozemky či umělecká díla. Zároveň není nutné odpisování uplatnit a je možné ho přerušit (Zlámal a Bellová, 2009).

### ***3.4.2. Náklady, výnosy a hospodářský výsledek***

Rozdíl mezi náklady a výnosy tvoří hospodářský výsledek, jestliže jsou výnosy vyšší než náklady, tak vzniká zisk. V opačném případě dochází ke vzniku ztráty, což znamená, že ekonomický subjekt nekonal svou činnost efektivně. Hlavním úkolem je náklady pokud možno minimalizovat (Zlámal a Bellová, 2005).

Náklady můžeme rozlišit na základě několika kritérií, a to podle času, druhu, účelu a vztahu nákladů k objemu služeb nebo produkce. Z hlediska času rozeznáváme náklady pořizovací, které jsou nutné k pořízení

technického zázemí, přístrojů, dostatečného počtu zaměstnanců, materiálu atd. Dále do této kategorie zařazujeme náklady provozní a investiční, protože pro další rozvoj je nezbytné investovat do nové techniky, technologie či znalostí lidí. Jestliže zdravotnické zařízení ukončí svou činnost, je třeba počítat s likvidačními náklady (Zlámal a Bellová, 2005).

Další kategorií je rozdělení dle druhu na náklady materiálové, mzdové, finanční a také odpisy. Tyto náklady jsou důležité zejména ve vztahu ke kalkulacím. Z hlediska účetnictví je můžeme rozlišit na provozní, finanční a mimořádné. Podobným způsobem jsou v účetním výkaze rozdělovány i výnosy (Zlámal a Bellová, 2005).

Přímé a nepřímé náklady se rozlišují podle účelu. Přímé náklady je možné stanovit přímo a přesně na kalkulační jednici, typicky jsou to např. náklady na materiál nebo na mzdy zaměstnanců. Nepřímé náklady musí být rozpočítány pomocí určitých metod (např. průměrů) na celkový počet výstupů. Jsou to např. náklady na využití energie, poplatky za telefon, zásobovací nebo odbytová režie (Zlámal a Bellová, 2005).

Podle vztahu nákladů k objemu služeb nebo produkce rozlišujeme náklady na fixní (pevné, stálé) a variabilní (proměnné). Výše fixních nákladů se nemění v závislosti na objemu činnosti (např. počtu ošetřených a léčených pacientů). Proměnné náklady se naopak mění s rozsahem činnosti rovnoměrně (např. spotřeba přímého materiálu), progresivně (např. odměny za práci přesčas) nebo degresivně (např. přepravné), (Zlámal a Bellová, 2005).

Jestliže na jedné straně zdravotnické zařízení spotřebovává náklady na svou činnost, tak na straně druhé musí vznikat výnosy. Provozní výnosy jsou zejména tržby za výkony, respektive příjmy. Tyto tržby rozdělujeme na hrubé a čisté tržby, hrubé jsou souhrnem faktur vydaných za určité období. Čisté tržby jsou tržby hrubé snížené o různé slevy. Výnosy podnikatelského subjektu by měly být alespoň takové, aby pokryly náklady (Zlámal a Bellová, 2005).

Hospodářským výsledkem může být zisk nebo i ztráta. Celkový zisk znamená, že za dané období jsou celkové výnosy vyšší než celkové

náklady, v opačném případě se jedná o vznik ztráty. Předpokladem pro tvorbu dalších zdrojů, investic či technického rozvoje je právě zisk, jedná se tedy o hlavní ukazatel úspěšnosti a kvality zdravotnického zařízení (Zlámal a Bellová, 2005).

Zisk, který vzniká v důsledku činnosti zdravotnického zařízení, musí být následně zdaněn a vznikne tak tzv. použitelný zisk (Zlámal a Bellová).

### **3.5. Ekonomické činnosti zubního lékaře**

Fungování zdravotnické instituce se z pohledu ekonomických ukazatelů nijak neliší od základních principů provozu běžné firmy (Zlámal a Bellová, 2009). Tyto činnosti může vykonávat lékař sám v postavení fyzické osoby, nebo může spolupracovat např. s účetní kanceláří či daňovým poradcem (Gladkij, 2003).

#### ***3.5.1. Hospodářský systém v zubní ordinaci***

Hospodářský systém je uzavřený dynamický systém, který je charakterizován několika obecnými znaky. Jednak do systému proudí vstupy, mezi které zařazujeme osoby (pacienti, zaměstnanci), věcný kapitál (hmotný, nehmotný), finanční kapitál. Dále dochází k transformaci, což je proces, při kterém se přeměňují vstupní činitelé směrem k požadovanému výsledku. V případě zdravotnictví se jedná o lékařské a zdravotnické výkony. Výsledkem hospodářského systému v zubní ordinaci jsou výstupy v podobě dokončení procesu zdravotnické péče. Důležitou částí je tzv. informační linie, na vstupu je to systém příjmu pacientů, evidence pacientů, při transformaci je to způsob záznamů zdravotního stavu a na výstupu systém propouštění pacientů, výstupní záznamy a povinnosti, systém receptů a vydávání léků (Zlámal a Bellová, 2009).

Také je třeba zohlednit ekonomické prostředí, do kterého zahrnujeme základní a obecnou legislativu státu, zdravotnickou legislativu, zdravotnické instituce, existenci konkurence, postavení a ekonomickou situaci zdravotních pojišťoven atd. (Zlámal a Bellová, 2009).

### **3.5.2. *Financování stomatologické péče***

Stomatologická komora vytvořila už v roce 1997 samostatný sazebník stomatologických výkonů, které jsou ohodnoceny přímo v korunovém vyjádření. Tento sazebník zároveň obsahuje seznam nadstandardních materiálů a výrobků, které platí pacient sám, nebo je částečně doplácí (Zlámal a Bellová, 2005). Ceny určitých výkonů jsou průběžně upravovány v souvislosti s celkovým růstem cen. Zdravotní pojišťovny poskytují stomatologům aktualizovaný seznam výkonů. (Zlámal a Bellová, 2009). Popsaný systém je stabilní a zdá se být nejlepším řešením právě pro financování zdravotnické péče v oblasti stomatologie (Zlámal a Bellová, 2005).

Stomatolog je povinen nabídnout pacientovi ošetření, které je zahrnuto do výkonů plně hrazených zdravotním pojištěním. U takových výkonů není možné, aby lékař po pacientovi požadoval úhradu či doplatek. Následně může stomatolog pacientovi poskytnout také ošetření s využitím materiálů, které si pacient platí sám. Cena je stanovena na základě individuální kalkulace ordinace. Pacient má právo vědět, jaká je cena navrhovaného ošetření a lékař musí pacientovi vystavit potvrzení o zaplacení výkonu (VZP ČR, 2015).

Rozsah úhrady stomatologické péče je stanoven podle toho, zda péči poskytuje smluvní, nebo nesmluvní zdravotnické zařízení. Pokud stomatologické zdravotnické zařízení nemá smlouvu se zdravotní pojišťovnou daného pacienta, tak je pacientovi poskytnuta pouze akutní, neodkladná péče (VZP ČR, 2015). A pacient si celé vyšetření hradí kompletně sám.

### **3.6. *Ekonomické činnosti zubní praxe***

Mezi základní ekonomické činnosti zařazujeme zásobování, vlastní poskytování služeb, pomocné a obsluhující činnosti, výstupní činnosti zdravotnické péče a řízení a správu (Zlámal a Bellová, 2009).

Pro zajištění zásobování zubní ordinace potřebným materiálem, dodávkami elektrické energie, vody, plynu atd. je nutné uzavření smluv

s příslušnými dodavateli. Vznikají tak zásoby základního materiálu, pomocného a vedlejšího materiálu a také náhradních dílů. Stav zásob by se měl evidovat tak, aby bylo možno zachytit případné změny. V případě sníženého množství zásob může dojít k přerušení procesu poskytování zdravotnických služeb, naopak při nadměrném množství zásob se mohou tyto zásoby kazit, zastarávat apod. (Zlámal a Bellová, 2009).

V rámci vlastního poskytování zdravotnických služeb jsou jednotlivé výkony v kodifikované podobě zanášeny do speciálního formuláře. Zubní ordinace má následně nárok na uhrazení daného výkonu příslušnou zdravotní pojišťovnou pacienta, k tomu je třeba, aby ordinace měla uzavřenou smlouvu s příslušnými zdravotními pojišťovnami, jejichž revizní lékaři dále posuzují oprávněnost těchto výkonů. Pojišťovny se tak brání nadměrnému vynakládání zdravotnické péče (Zlámal a Bellová, 2009).

Mezi pomocné a obsluhující činnosti patří hlavně údržba zařízení, praní prádla, zajištění hygienických podmínek, zajištění požární ochrany, bezpečnosti práce atd. V zubních ordinacích jsou tyto činnosti obvykle zajišťovány dodavatelsky (Zlámal a Bellová, 2009).

Nárok na úhradu výkonu zdravotní pojišťovnou musí být vždy kryt dokumentací. Jednotlivé zdravotní pojišťovny se od sebe mohou lišit proplácením nebo neproplácením jednotlivých zdravotnických služeb (Zlámal a Bellová, 2009).

Řízení a správa ordinace vyžaduje určitou organizační schopnost, komunikaci s dodavateli, pacienty, obchodní jednání apod. Neméně důležité je vést jednání s ekonomickými úřady, jako je příslušný finanční úřad, pobočka Úřadu sociálního zabezpečení, místní pobočka Úřadu práce. Často jsou nutná také jednání s bankami či finančními agenturami. To znamená, že i zubní lékař musí v mnoha případech vystupovat jako manažer, podnikatel zaměstnávající zaměstnance a organizátor (Zlámal a Bellová, 2009).

### **3.6.1. Sazebník výkonů a seznam protetických prací**

Sazebník stomatologických výkonů funguje již od roku 1997, kdy byl prosazen Českou stomatologickou komorou. Výkony jsou v tomto sazebníku ohodnoceny přímo v korunovém vyjádření. Vzhledem k všeobecnému růstu cen jsou nutné občasné aktualizace cen výkonů. Součástí sazebníku je také seznam nadstandardních materiálů a výrobků, které si pacient hradí přímo sám v celé výši, nebo si na ně částečně přispívá. Pacientovi musí být vždy nabídnuto provedení výkonu ve standardním provedení nebo v nadstandardu, také musí být informován o ceně poskytovaného výkonu. Pacient se potom může sám rozhodnout, kterou možnost si vybere (Zlámal a Bellová, 2009).

Mezi výkony, které jsou plně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, patří např. komplexní vstupní prohlídka, opakovaná komplexní prohlídka dvakrát ročně nebo cílené akutní ošetření zaměřené na konkrétní obtíže pacienta. Plně hrazeno je také pořízení extraorálních i intraorálních rentgenových snímků. V rámci zdravotního pojištění je za určitých podmínek hrazeno např. zhotovení výplně stálého zubu, a to v případě, že je užit nedózaný amalgám v rozsahu celého chrupu nebo samopolymerující kompozit v oblasti frontálních zubů včetně špičáků. Dále je hrazeno např. odstranění zubního kamene jednou ročně, lokální fluoridace v případě aplikace roztoku fluoridu sodného nebo při použití přípravku s aminofluoridem bez nosiče. Injekční anestezie je plně hrazena ve všech případech, kdy je z lékařského hlediska odůvodněná, s výjimkou intraligamentární anestezie. Z veřejného zdravotního pojištění není propláceno např. pečetění fisur, použití kofferdamu, pískování nebo bělení zubů.

V případě protetických prací existují tři možné varianty. Protetická práce může být kompletně, nebo částečně hrazena zdravotní pojišťovnou. Třetí alternativou je, že si pacient celou protetickou práci hradí sám. Její cenu si zubní lékař vypočítá pomocí kalkulace (Zlámal a Bellová, 2009).



### **3.6.2. Souhrn administrativních prací spojených s výkony zubního lékaře**

Zubní lékař si eviduje jednotlivá stomatologická vyšetření i ošetření do karet pacientů a zároveň také do dokumentu s názvem „Vyúčtování výkonů v ambulantní stomatologické péči“ a eventuálně i do dokumentu zvaného „Zvlášť účtovaná léčiva a prostředky zdravotnické techniky“, kam zapisuje zhotovené protetické práce. Vedením této evidence si stomatolog vytváří nárok na úhradu daného výkonu příslušnou zdravotní pojišťovnou. Vyúčtování výkonů se ve zmiňovaných dokumentech vyskytuje v kódované formě, kdy každý kód představuje dle katalogu přímo korunovou hodnotu daného výkonu dle aktuálního Sazebníku výkonů. Není povinností zubního lékaře vést evidenci o výkonech a protetice v ruční podobě, stačí podoba elektronická. Tato data se konkrétní zdravotní pojišťovně zasílají vždy jednou měsíčně. S každou dávkou lékař zároveň odesílá fakturu, na které si nárokuje celou částku, kterou požaduje uhradit (Zlámal a Bellová, 2009).

Zdravotní pojišťovna zaslané údaje zpracuje, přičemž může také zachytit chyby typu např. duplicitních výkonů nebo chybného kódu. Jakmile pojišťovna data zpracuje, tak je odešle zpět včetně výsledku, ze kterého lékař zjistí částku, kterou pojišťovna uhradí na jeho účet (účet ordinace), (Zlámal a Bellová, 2009).

### **3.6.3. Kalkulace cen v ordinaci zubního lékaře**

Cenové kalkulace jsou dle zákona 526/1990 Sb., vyhlášky 450/2009 Sb. povinné pro všechna zdravotnická zařízení, tedy i pro ta, která nemají smlouvu s žádnou zdravotní pojišťovnou. V listopadu roku 2016 byl Ministerstvem zdravotnictví vydán cenový předpis 1/2017/DZP o regulaci cen poskytovaných zdravotních služeb, stanovení maximálních cen zdravotních služeb poskytovaných zubními lékaři hrazených z veřejného zdravotního pojištění a specifických zdravotních výkonů. Tento předpis byl vydaný Ministerstvem zdravotnictví podle § 2a odst. 1 zákona č. 265/1991 Sb., o působnosti orgánů České republiky v oblasti cen, ve znění pozdějších předpisů, a podle § 1 odst. 6 a § 10 zákona č. 526/1990 Sb.,

o cenách, ve znění pozdějších předpisů. Cenový předpis nabyl účinnosti dnem 1. 1. 2017.

Oddíl D předpisu 1/2017/DZP uvádí: „Věcně usměrněnou cenou se dle tohoto cenového předpisu regulují:

- a) ceny zdravotních služeb nehrazených z veřejného zdravotního pojištění poskytnuté pojištěnci a pojištěnci jiného členského státu EU poskytovatelem zdravotních služeb,
- b) ceny zdravotních služeb nad rozsah neodkladné zdravotní péče poskytnuté pojištěnci a pojištěnci jiného členského státu EU nesmluvním poskytovatelem zdravotních služeb,
- c) ceny zdravotních služeb nad rozsah neodkladné zdravotní péče poskytnuté českému občanovi, který není pojištěncem.“

Ve zdravotnictví platí tzv. věcně usměrňované ceny, jedná se o závazný postup při tvorbě nebo kalkulaci ceny, včetně zahrnování přiměřeného zisku do ceny.

Předpis také upozorňuje, že „do ceny zdravotní péče, která je regulována věcně usměrněnou cenou, lze promítnout pouze ekonomicky oprávněné náklady doložitelné z účetnictví a přiměřený zisk, přičemž přiměřený zisk nelze uplatnit u zvláště účtovaných léčivých přípravků a zvláště účtovaných zdravotnických prostředků.“

Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, je poskytovatel povinen:

- a) „informovat pacienta o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, a to před jejich poskytnutím, a vystavit účet za uhrazené zdravotní služby, nestanoví-li jiný právní předpis jinak,
- b) zpracovat seznam cen poskytovaných zdravotních služeb nehrazených a částečně hrazených z veřejného zdravotního

pojištění a umístit ho tak, aby byl seznam přístupný pacientům; to neplatí pro poskytovatele lékárenské péče.“

Kontroly kalkulací provádí cenový útvar místně příslušného finančního ředitelství. Cenové kontroly mají za úkol zjistit, zda kontrolovaná osoba či firma neporušuje ustanovení zákona o cenách a cenové předpisy, také ověřují předložené podklady pro cenové kalkulace. Jestliže je zjištěno pochybení kontrolované fyzické nebo právnické osoby, tak se jedná o přestupek nebo správní delikt. Za přestupek nebo správní delikt se ukládá pokuta ve výši jednoho až pětinasobku nepřiměřeného majetkového prospěchu, pokud je možné ho vyčíslit.

Správně stanovená kalkulace je pro zubního lékaře důležitá zejména z dlouhodobé perspektivy proto, aby věděl, v jaké cenové hladině je možné se pohybovat vzhledem k tomu, aby daná činnost byla profitabilní (Gladkij, 2003). V případě nízkých cen by lékař pracoval jen za úhrady od pojišťoven, které by však nepokrývaly veškeré náklady, to znamená, že by nebylo možné dosáhnout zisku (Kuklová, 2009). Správná cenová kalkulace je tedy zásadní pro zajištění prosperity zdravotnického zařízení, přesto však bývá v mnoha případech podceňována. Pokud jsou ceny správně zpracovány, tak je možné snadněji získat přehled o prodělečných nebo ziskových výkonech, rychleji reagovat na změny cen během roku, do cen zahrnout plánované investice a také si na ně vydělat (Škrdlantová, 2014). Kalkulace by neměla být zpracovávána jen kvůli finančním kontrolám, ale měla by být funkční součástí celé administrativy ordinace.

Kalkulační formulář nákladů (viz příloha č. 1) je možné si stáhnout přímo z webových stránek České stomatologické komory, je obsažen např. v softwarových programech na zpracování dávek pro pojišťovny.

Tento vzorec obsahuje tři základní oddíly A, B, C a D. Oddíl A určuje rozsah přímo zúčtovatelných minut, jelikož zdravotnické zařízení účtuje výkony podle počtu odpracovaných minut. Oddíl B zahrnuje jednotlivé položky základního kalkulačního vzorce a bod C vypočítává nejvyšší možnou kalkulovanou cenu stomatologického výkonu. Do této ceny se započítávají materiálové náklady, náklady práce a čas potřebný k výkonu, který si lékař

stanovuje sám, také sem spadají některé ostatní náklady, jako např. přírážka na minutu práce některých speciálních nástrojů apod. A bod D se věnuje změnám v kalkulaci v důsledku změn nákladů, jedná se např. o zvyšování mezd a cen nákladových vstupů (Žáková, 2010).

Součástí kalkulace jsou veškeré náklady týkající se chodu ordinace. Prodejní cena výrobku či nabízené služby by měla pokrýt veškeré náklady a zároveň zaručit přiměřený zisk. Minutovou sazbu tvoří součet osobních a režijních nákladů vydělený celkovým počtem odpracovaných minut za rok. Do osobních nákladů spadají hrubé mzdy stálých zaměstnanců (základní mzda + příplatky za přesčas + odměny) a vedlejší osobní náklady, to je pojistné na sociální a zdravotní pojištění hrazené zaměstnavatelem za zaměstnance, odměny pracovníků za práci konanou mimo hlavní pracovní poměr.

Za přiměřený zisk je považován zisk, který odpovídá obvyklému zisku při srovnatelných ekonomických činnostech. Zisk by měl zajistit odpovídající návratnost použitého kapitálu v přiměřeném časovém období, s přihlédnutím ke specifikům dané ekonomické činnosti.

Zubní lékař část své pracovní doby věnuje administrativním úkonům, které tvoří zhruba 25 % celkové pracovní doby. K vypočítání minutové kalkulace je také nutný přesný odhad času, který stomatolog stráví komunikací s pacientem, samotným ošetřením a také příslušnou administrativou. K výsledné ceně jednotlivých položek se ještě přičítají náklady na přímý materiál, to je veškerý materiál, který je součástí výkonu (Shorná, 2015).

Sazbu režijních nákladů tvoří provozní a správní režie, mezi které zařazujeme např. nájem, platby za elektřinu, vodu, plyn, drobný investiční majetek, dále např. fakturované služby účetnictví, právní služby, úklid, údržba, opravy apod. Také sem patří např. příspěvky ČSK, zvyšování kvalifikace, pomocný režijní materiál, příspěvky na sociální a zdravotní pojištění podnikatele.

Dle Věstníku 9/2016 Ministerstva zdravotnictví České republiky za „ekonomicky oprávněné náklady nelze uznat zejména:

- penále, úroky z prodlení a peněžní náhrady škod související s investiční výstavbou;
- zaviněná manka;
- škody na majetku a náklady spojené s jejich odstraňováním (kromě škod způsobených živelními pohromami), včetně snížení cen nevyužitelných zásob a fyzické likvidace zásob, náhrady škod a odškodnění;
- odměny a plnění ve prospěch členů statutárních orgánů a dalších volených orgánů právnických osob;
- pokuty, úroky z prodlení, penále, popř. jiná plnění, za nedodržení povinností podle smluv a předpisů (včetně ekologických);
- nevyužité provozní náklady spojené s přípravou a zabezpečením investiční výstavby (zmařené investice);
- náklady na zastavenou přípravu a záběh výroby a na zastavený výzkum a vývoj;
- přirážky k poplatkům placeným za znečištění ovzduší, popř. další platby sankční povahy (např. za škody způsobené na zemědělských půdách);
- platby za promlčené dluhy;
- opakovaně zahrnované náklady, které již byly uhrazeny;
- odpisy vyšší než odpovídá skutečně uplatněným odpisům podle jiného právního předpisu;
- odpisy majetku nabytého bezúplatným převodem s výjimkou majetku převedeného podle zákona č. 92/1991 Sb., o podmínkách převodu majetku státu na jiné osoby, ve znění pozdějších předpisů;
- výdaje na reprezentaci;
- poskytnuté dary;
- cestovné vyplácené nad rámec jiného právního předpisu;
- peněžité vyrovnání (např. odstupné) nad rámec povinností stanovené jiným právním předpisem;

- platby pojistného na pojištění škod způsobených statutárními orgány a dalšími volenými orgány právnických osob;
- příspěvky na životní pojištění a penzijní připojištění podnikající fyzické osoby nebo členů statutárního orgánu právnické osoby;
- pojištění rizik a pojištění právní ochrany;
- odvod od státního rozpočtu při neplnění stanoveného podílu zdravotně postižených na celkovém počtu zaměstnanců;
- příspěvky na závodní stravování zajišťované prostřednictvím jiných subjektů nad 55 % ceny jednoho hlavního jídla v průběhu jedné pracovní směny a současně nad 70 % stravného při trvání pracovní cesty v rozmezí 5 až 12 hodin;
- náklady na pohonné hmoty pro soukromé účely;
- náklady na studium na středních a vysokých školách a na manažerská studia;
- náklady na splátky leasingové společnosti za věci, které byly dříve ve vlastnictví nájemce a byly následně prodány leasingové společnosti a pronajaty nájemcem (zpětný leasing);
- zvýšení cen vstupů, které v době zpracování kalkulace věcně usměrňované ceny nebyly spotřebovávány;
- náklady spojené s dlouhodobě nevyužitým majetkem;
- odpisy promlčených a nedobytných pohledávek bez ohledu na jejich daňovou uznatelnost;
- náklady vynaložené formou sponzorování sportovních a kulturních akcí;
- daň z příjmů právnických a fyzických osob podnikajících;
- výplaty podílu na zisku;
- náklady vynaložené neúčelně v rozporu s principem řádného hospodáře.

Přiměřeným ziskem je zejména zisk (před zdaněním) spojený s poskytováním zdravotních služeb podléhajících věcnému usměrňování cen určený na pořízení hmotného a nehmotného majetku a pozemků, na zvýšení

základního kapitálu a na tvorbu fondů, jejichž tvorba a naplňování je uloženo jinými právními předpisy.“

Do kalkulace minutové sazby se nezapočítávají náklady na přímý materiál a protetiku. Tyto náklady nejsou součástí minutové sazby, ale jsou započítány v konečném kalkulačním vzorci výkonu nebo výrobku, stejně jako např. cena laboratoře. Lékař sám rozhoduje o tom, který materiál označí za přímý. Tento materiál je třeba evidovat a vyjádřit jeho celkovou spotřebu za účetní období. Často se přímý materiál omezuje pouze na ekonomicky významné položky a ty méně významné se řadí do materiálu spotřebního, který se započítává do minutové kalkulace. Do vzorce pro výpočet minutové kalkulace se nezapočítávají ani náklady na rentgenové snímky.

Do kalkulace je tedy možno zahrnout pouze ekonomicky oprávněné náklady. Finanční kontroly posuzují zahrnutí neoprávněných nákladů jako metodické pochybení a zohledňují tuto skutečnost v předepsané pokutě, obvykle však v míře odpovídající malému významu této chyby (Šusta, 2010).

Dle Žákové (2010) se nejvyšší možná kalkulovaná cena výkonu vypočítá:

*Nejvýše možná kalkulovaná cena výkonu = Minutové náklady × ordinační čas potřebný k výkonu + přímý materiál*

Součástí cenového předpisu 1/2017/DZP jsou také maximální ceny za zdravotní služby poskytované zubními lékaři hrazené z veřejného zdravotního pojištění (viz příloha č. 2).

#### **3.6.4. Kalkulace ceny výkonu a výrobku**

Po výpočtu ceny za jednu minutu práce je možné vypočítat cenu jednotlivých výkonů a výrobků. Tuto cenu lékař nesmí překročit, tedy nesmí pacientovi účtovat cenu vyšší. Cena může být pouze nižší, např. kvůli prodejnosti nebo konkurenci.

Žáková (2010) uvádí: „Součástí kalkulované ceny jsou materiálové náklady (tj. přímé náklady), náklady práce (tj. součin zjištěných minutových nákladů a ordinačního času potřebného k výkonu nebo výrobku), ostatní

náklady (např. přírážka na minutu práce některých speciálních nástrojů, přístrojů a zařízení)“. Lékař si sám určí čas, který potřebuje k danému výkonu či výrobku.

Minutovou kalkulaci ovlivňují hlavně změny týkající se nákladů. Může se jednat např. o zvyšování mezd a cen nákladových vstupů. Je vhodné co nejvíce respektovat tyto očekávané změny v oblasti nákladů. Pokud během roku dojde k zásadním a nepředvídaným změnám, pak je nutné minutovou sazbu přepočítat (Žáková, 2010).

Výpočet minutové kalkulace lze tedy využít nejen pro stanovení ordinačních cen, ale také pro velmi zjednodušenou, avšak praktickou průběžnou kontrolu hospodaření. Pokud minutovou sazbu přepočítáme na hodinovou, tak získáme alespoň orientační přehled plánovaných a skutečných tržeb zdravotnického zařízení.

### **3.7. Ekonomické modely provozu zubní praxe**

Existuje více způsobů, kterými je možné provozovat lékařskou praxi. Způsob, jakým je praxe řízena, můžeme také nazvat jako tzv. business model. Tento model vypovídá o tom, jak je ordinace schopna vydělávat peníze. Business model může být úspěšný v případě, že je rozdíl mezi náklady a výnosy, tedy zisk, co nejvyšší. Zisk však může ovlivňovat celá řada faktorů, zejména velikost praxe a rozsah jejího technického vybavení (Krabec, 2015).

#### **3.7.1. Model zubní kliniky**

Tento typ provozování zubní praxe je vůbec nejpodobnější standardnímu podniku. Zubní kliniky se vyznačují tím, že mají medicínskou i organizačně-ekonomickou část. To znamená, že určitá část zaměstnanců má na starost výhradně provoz a zajištění podpůrných procesů a také získávání nových pacientů a udržení stávajících pacientů. Vlastníkem bývá zpravidla investor, jehož zájmem je zejména dosahování co nejrychlejší návratnosti své investice (Krabec, 2015).



Investice do vybudování tohoto typu firmy jsou poměrně značné, pohybují se v řádech desítek milionů korun. Výhodou je, že rentabilita není většinou vázána na jednotlivce, který může kdykoliv i s klientelou odejít. Také zde dochází k efektivnějšímu využití pracovní síly a investic díky vyššímu objemu a obratu pacientů, v důsledku toho je možné investovat do moderních technologií, které umožňují poskytování dalších, přímo hrazených výkonů (Krabec, 2015).

### ***3.7.2. Samostatná zubní ordinace***

Tento business model zpravidla obsahuje jen jednu ordinaci v rámci jedné praxe, výjimečně více ordinací a zaměstnanců. Ordinace má pouze jednoho provozovatele, obvykle se nachází v pronajatých prostorách, často na poliklinice. Funguje na základě smluv se zdravotní pojišťovnou a obvykle investuje do nového technologického vybavení a vzdělání (Krabec, 2015).

Tento model často není ekonomicky úspěšný, jednak to může být způsobeno nedostatečnou velikostí, ale také nefungující podnikatelskou strategií. Vzhledem k tomu, že praxi řídí vlastník (lékař), tak se také jeho pozornost soustředí na více aktivit. To může způsobit, že se nedostatečně odlišuje od konkurence a neumožňuje dosažení takové výše cen, které by byly schopny pokrýt náklady a vytvářet dostatečný zisk (Krabec, 2015).

Naopak často bývá ekonomicky úspěšnější model, kdy lékař neinvestuje do technologického vybavení a vzdělávání se. V tomto případě je zisk ve srovnání s vyšší investic a téměř žádným podnikatelským rizikem relativně vysoký. Samozřejmě větší praxe nebo klinika má zisky vyšší, ale zároveň jsou zde větší starosti s vysokými náklady (Krabec, 2015).

## **4. Praktická část**

Praktická část mé bakalářské práce navazuje na teoretickou část, která se soustředí na vysvětlení jednotlivých pojmů týkajících se ekonomiky v rámci stomatologické praxe a s tím souvisejícími cenovými kalkulacemi výkonů a výrobků. Praktická část obsahuje dotazníkovou studii určenou pro zubní lékaře a také praktický výpočet kalkulace na základě zadaných údajů.

### **4.1. Hypotézy**

Hypotézy vychází z otázek, které jsem kladla lékařům ve vypracovaném dotazníku.

- 1) Předpokládám, že více než 80 % lékařů ví o zákonné povinnosti mít cenové kalkulace jednotlivých výkonů a výrobků.
- 2) Předpokládám, že více než 70 % lékařů si nechává kalkulace zpracovat od specializované firmy.
- 3) Předpokládám, že více než 60 % lékařů nezná vzorec pro výpočet minutových nákladů.
- 4) Předpokládám, že více než 80 % lékařů aktualizuje ceník ve své ordinaci.

### **4.2. Materiál a metodika**

Dotazníková studie byla vytvořena ve spolupráci se školitelkou a byla určena pro zubní lékaře. Dotazník byl totožný pro všechny dotazované, byl vytvořen pomocí aplikace Formuláře Google a respondentům byl odkaz na dotazník odeslán elektronickou poštou. Seznam všech zubních lékařů je dostupný na webových stránkách České stomatologické komory, formulář byl zaslán stomatologům, jejichž e-mailová adresa je veřejně dostupná na internetu. Dotazník obsahuje 9 uzavřených a 1 nepovinnou otevřenou otázku, zaměřuje se na přístup lékařů k problematice cenových kalkulací v rámci stomatologické praxe.

V dotazníku mě zajímaly zejména vědomosti lékařů týkající se zákonné povinnosti mít kalkulace a vzorce pro výpočet minutových nákladů.

Zároveň mě zajímalo, jestli a případně jak si lékaři zpracovávají kalkulace a jestli si myslí, že jsou zásadní pro fungování praxe. Další otázky byly zaměřeny na to, zda lékaři aktualizují ceník ve své ordinaci, dále jestli mají zkušenosti s finanční kontrolou cenových kalkulací. Také jsem se ptala, zda se pacienti stomatologů často ptají na výši a obsah ceny ošetření. Poslední otázkou jsem chtěla zjistit, v jakém kraji se ordinace dotazovaného lékaře nachází, protože jsem si chtěla udělat srovnání mezi jednotlivými kraji. Zejména mě zajímalo porovnání mezi hlavním městem a zbytkem České Republiky.

Otevřená otázka se týká názorů lékařů na kalkulace, není však povinná, protože jsem se obávala, že by mohla mnoho dotazovaných odradit od vyplnění celého dotazníku.

Další součástí praktické části bakalářské práce je praktický výpočet kalkulace na základě zadaných údajů, konkrétně výpočet minutových nákladů. Mezi zadané údaje patří fond pracovní doby, počet zaměstnanců, přímo účtované náklady (výdaje za RTG, přímý materiál, protetiku), mzdové náklady, režijní náklady (odpisy majetku, nákup drobného majetku) a ostatní režijní náklady (nájemné, energie, praní prádla, pojištění ordinace atd.). Vzorec pro výpočet minutových nákladů je podílem nákladů provozu ordinace (přímo účtované náklady, režijní náklady a ostatní režijní náklady) a ročně odpracované doby v minutách (Žáková, 2010).

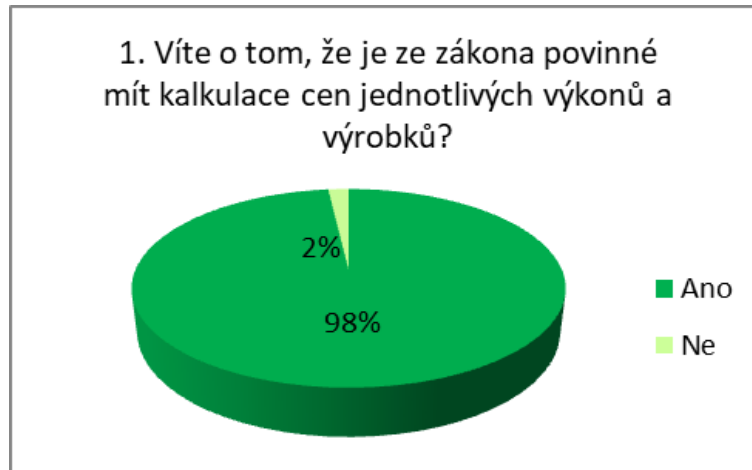
### **4.3. Výsledky**

Dotazník byl odeslán celkem 1821 zubním lékařům, z toho však 188 e-mailů neodešlo z důvodu neexistující e-mailové adresy příjemce, bylo tedy rozesláno 1633 dotazníků. A vyplněno bylo dohromady 276 dotazníků. E-maily s příloženým odkazem na dotazník jsem začala rozesílat 12. listopadu 2017 a sběr dotazníků jsem ukončila 28. ledna 2018.

Odpovědi z dotazníku jsem převedla do programu Microsoft Excel a následně jsem na základě těchto údajů zpracovala jednotlivé grafy odpovědí.

### **Graf č. 1**

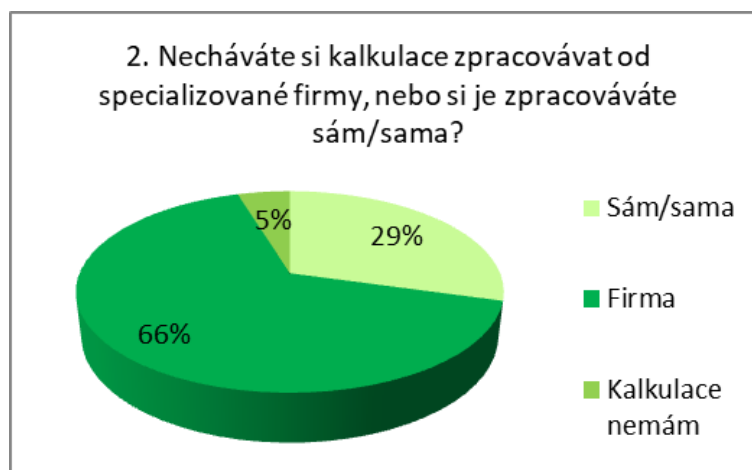
*Víte o tom, že je ze zákona povinné mít kalkulace cen jednotlivých výkonů a výrobků?*



V první otázce mne zajímalo, zda lékaři znají zákon, dle kterého je povinné mít kalkulace cen výkonů a výrobků. 98 % zubních lékařů odpovědělo, že o této povinnosti ví, pouze 2 %, tedy 5 lékařů, o ní neví.

### **Graf č. 2**

*Necháváte si kalkulace zpracovávat od specializované firmy nebo si je zpracováváte sám/sama?*

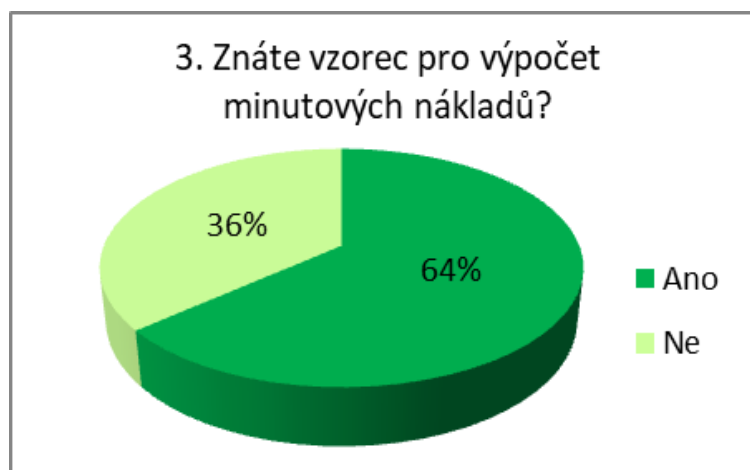


Druhou otázkou jsem chtěla zjistit, jak si lékaři zpracovávají kalkulace, tedy jestli si je dělají sami, nebo si najímají specializovanou firmu, případně jestli kalkulace vůbec nemají. Dvě třetiny lékařů uvedlo, že si kalkulace

nechává zpracovat od specializované firmy, 29 % lékařů si kalkulace cen zpracovává samo a 5 % zodpovědělo, že kalkulace cen vůbec nemá.

### **Graf č. 3**

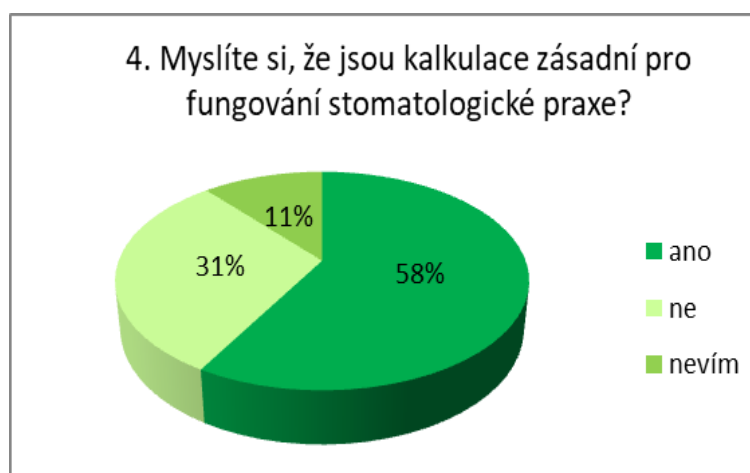
*Znáte vzorec pro výpočet minutových nákladů?*



Třetí otázka dotazníku se zaměřuje na znalost vzorce pro výpočet minutových nákladů, tedy základního vzorce pro výpočet ceny jednotlivých výkonů a výrobků. 64 % stomatologů uvedlo, že tento vzorec znají, 36 % vzorec minutových nákladů nezná.

### **Graf č. 4**

*Myslíte si, že jsou kalkulace zásadní pro fungování stomatologické praxe?*



Ve čtvrté otázce mne zajímal názor stomatologů na kalkulace cen, konkrétně jestli si myslí, že jsou kalkulace zásadní pro fungování

stomatologické praxe. 58 % dotázaných odpovědělo ano, 31 % ne a 11 % nemá vyhraněný názor.

Ke čtvrté otázce se zároveň vázala doplňující nepovinná otevřená otázka, ve které jsem se ptala, proč si lékaři myslí, že jsou nebo případně nejsou kalkulace důležité pro fungování praxe. Odpovědi byly velmi různorodé. Lékaři, kteří souhlasili s důležitostí cenových kalkulací, nejčastěji uváděli, že je zejména důležité znát ziskovost dané stomatologické praxe a vytvořit si představu ceny práce stomatologa. V opačném případě stomatologové odpovídali, že kalkulace cen jsou zbytečnou administrativní zátěží a jsou pouze ze zákona povinné, ale v praxi je často nutné, aby ceny byly nižší kvůli finančním možnostem pacientů.

**Tabulka č. 1**

*Proč si myslíte, že kalkulace cen jsou zásadní pro fungování stomatologické praxe?*

<i>„Aby praxe vykazovala zisk, je třeba kalkulovat.“</i>
<i>„Potřebuji znát ziskovost jako v jakémkoliv jiném oboru.“</i>
<i>„Pokud chci zaplatit za svoji práci, musím přeci vědět minutový náklad ordinace a z toho vycházet při tvorbě ceny pro pacienty.“</i>
<i>„V cenách výrobků a služeb se projevuje nákladovost konkrétní ordinace a tím jsou kalkulace nezbytné k zajištění prosperity provozu.“</i>
<i>„Kvůli finančním kontrolám.“</i>

V tabulce č. 1 uvádím několik příkladů názorů lékařů, kteří odpověděli, že souhlasí s tím, že cenové kalkulace jsou zásadní pro fungování stomatologické praxe.

### **Tabulka č. 2**

*Proč si myslíte, že kalkulace cen nejsou zásadní pro fungování stomatologické praxe?*

<i>„Cena u stejných výkonů nemůže být totožná, protože jsou značně rozdílné individuální požadavky u jednotlivých pacientů.“</i>
<i>„Ceny, které v kalkulacích vyjdou, jsou nereálné vybrat v regionech malých měst a vesnic.“</i>
<i>„Jsou pouze ze zákona povinné, každý má svou rychlost a svou individuální cenu.“</i>
<i>„Cena je věc dohody pacient lékař.“</i>
<i>„Ceny si stejně každý určí dle svého uvážení. Někdy je problém s maximální cenou, kterou nelze překročit.“</i>

V tabulce č. 2 uvádím několik příkladů názorů lékařů, kteří nesouhlasili s názorem, že cenové kalkulace jsou pro stomatologickou praxi zásadní.

### **Graf č. 5**

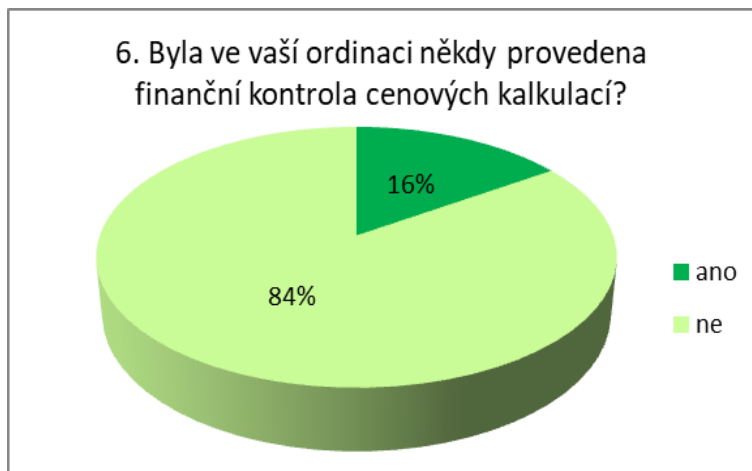
*Aktualizujete ceník ve vaší ordinaci?*



Pátá otázka se zaměřuje na aktualizaci ceníku v ordinaci lékařů. 94 % lékařů odpovědělo, že ceník v ordinaci aktualizuje, 6 % ceník neaktualizuje.

**Graf č. 6**

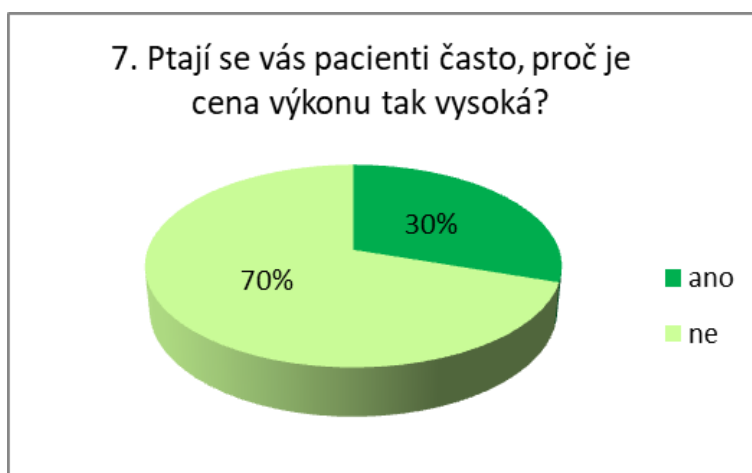
*Byla ve vaší ordinaci někdy provedena finanční kontrola cenových kalkulací?*



Tato otázka se zaměřuje na zkušenosti stomatologů s finanční kontrolou cenových kalkulací v jejich ordinaci. 84 % dotázaných uvedlo, že v jejich praxi tato kontrola zatím nikdy nebyla provedena, 16 % má s kontrolou zkušenost, tedy 43 ze 276 dotázaných.

**Graf č. 7**

*Ptají se Vás pacienti často, proč je cena výkonu tak vysoká?*



Následující otázka se zaměřuje na zájem pacientů o to vědět, proč je cena konkrétního výkonu tak vysoká. Z grafu vyplývá, že 70 % lékařů se pacienti neptají často na cenu výkonu, 30 % lékařů tvrdí opak.



### Graf č. 8

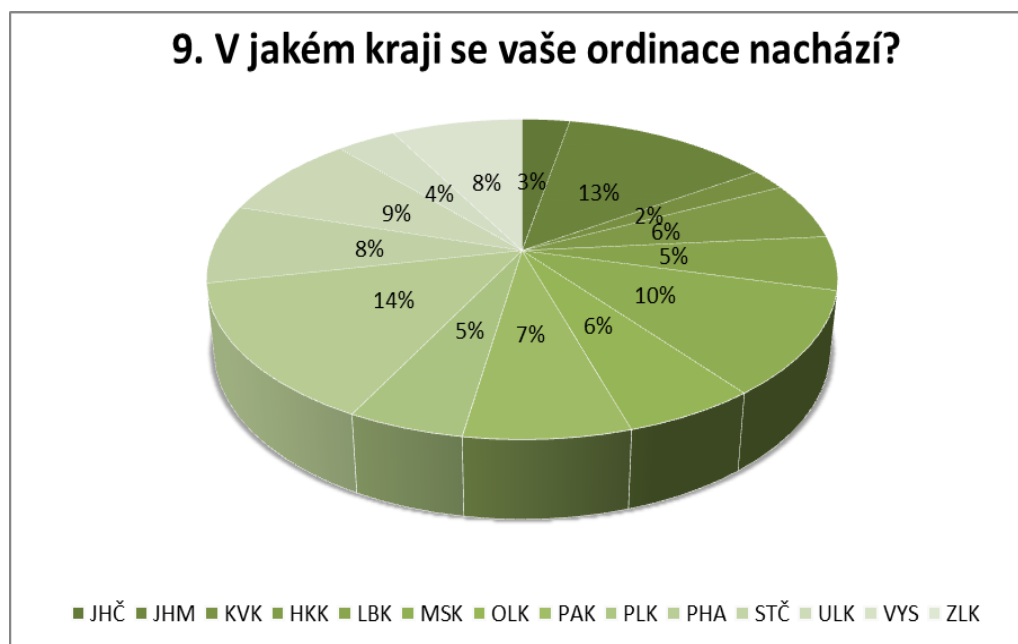
*Ptají se Vás pacienti často, co všechno cena výkonu obsahuje?*



Cílem osmé otázky bylo zjistit, jestli se pacienti často lékařů dotazují, co všechno cena konkrétního výkonu obsahuje. Z grafu je patrné, že 79 % lékařů neodpovídá často na otázku, co všechno cena daného výkonu obsahuje, 21% uvedlo, že se s touto otázkou setkává často.

### Graf č. 9

*V jakém kraji se vaše ordinace nachází?*



Poslední otázkou jsem chtěla zjistit, v jakém kraji se nachází ordinace dotazovaného zubního lékaře. Nejvíce odpovědí jsem získala z Prahy

(14 %, 39 lékařů), dále z Jihomoravského kraje (13 %, 35 lékařů) a z Moravskoslezského kraje (10 %, 29 lékařů). Méně než 10 % odpovědí přišlo z Ústeckého kraje (9 %, 24 lékařů), Středočeského kraje (8 %, 22 lékařů), Zlínského kraje (8 %, 22 lékařů), Pardubického kraje (7 %, 20 lékařů), Královéhradeckého kraje (6 %, 16 lékařů), Olomouckého kraje (6 %, 16 lékařů), Libereckého kraje (5 %, 15 lékařů), Plzeňského kraje (5 %, 14 lékařů), Vysočiny (4 %, 10 lékařů), Jihočeského kraje (3 %, 8 lékařů) a z Karlovarského kraje (2 %, 6 lékařů).

**Tabulka č. 3**

*Rozdělení krajů podle počtu odeslaných dotazníků*

Kraj	Počet odeslaných dotazníků
Jihomoravský	196
Praha	191
Moravskoslezský	160
Ústecký	150
Středočeský	130
Zlínský	125
Plzeňský	105
Královéhradecký	103
Olomoucký	96
Pardubický	92
Jihočeský	86
Vysočina	83
Liberecký	60
Karlovarský	56

Zdroj: vytvořeno autorkou

### Graf č. 10

Rozdělení krajů podle počtu odeslaných dotazníků



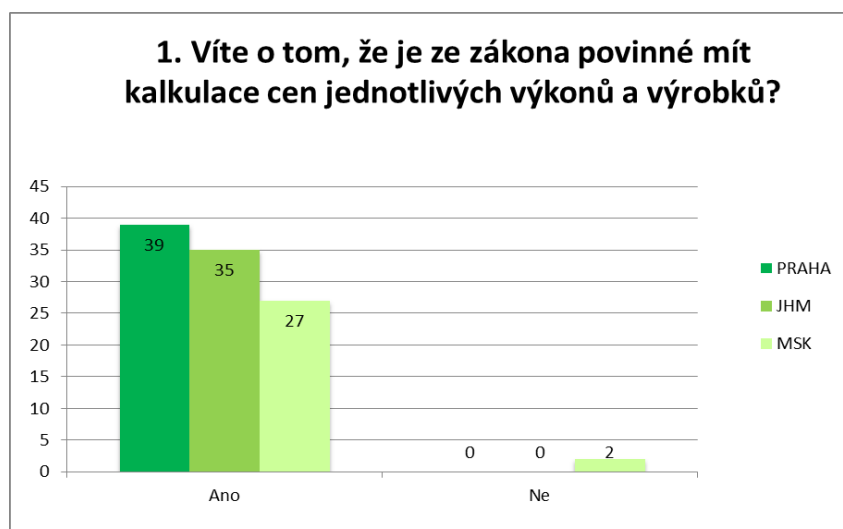
V tabulce a grafu můžeme vidět, že jsem oslovila nejvíce lékařů z Jihomoravského kraje, Prahy a kraje Moravskoslezského, z těchto míst zároveň přišlo nejvíce vyplněných dotazníků. Nejméně dotazníků jsem odeslala stomatologům, kteří mají praxi v Karlovarském kraji, odtud také přišlo nejméně odpovědí.

## Porovnání odpovědí z jednotlivých krajů

Pokud porovnáme odpovědi lékařů ze tří krajů, ze kterých jsem získala nejvíce odpovědí, tedy z Prahy, Jihomoravského a Moravskoslezského kraje, tak zjistíme, že tyto odpovědi jsou navzájem až na několik výjimek podobné, jak můžeme vidět v následujících grafech.

### **Graf č. 11**

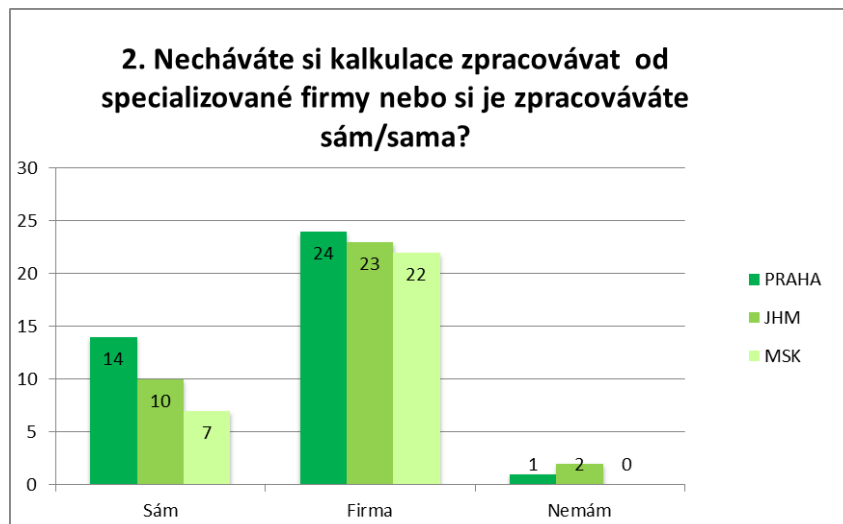
*Víte o tom, že je ze zákona povinné mít kalkulace cen jednotlivých výkonů a výrobků?*



Z grafu je patrné, že pouze dva lékaři v Moravskoslezském kraji nevěděli o zákonné povinnosti mít cenové kalkulace výkonů a výrobků, jinak všichni lékaři o této povinnosti věděli.

### Graf č. 12

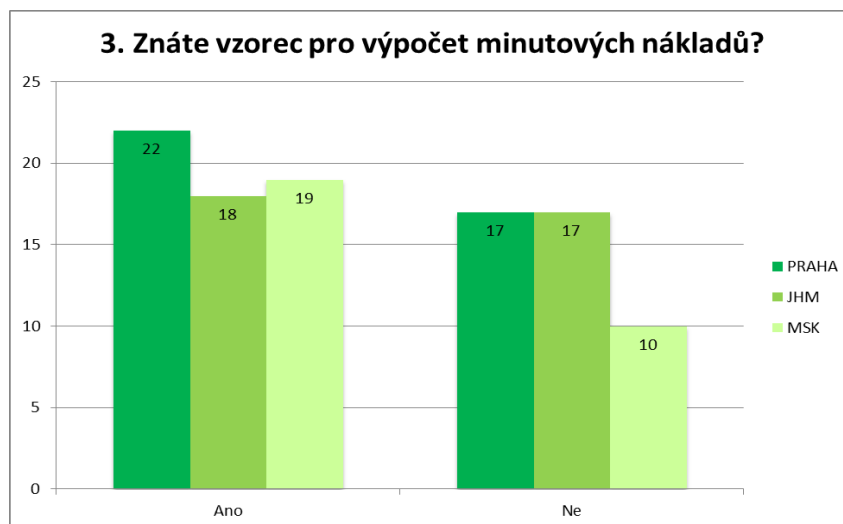
*Necháváte si kalkulace zpracovávat od specializované firmy nebo si je zpracováváte sám/sama?*



V tomto grafu vidíme, že většina stomatologů dává přednost zpracování kalkulací od specializované firmy, méně lékařů si potom kalkulace zpracovává samo. Pouze jeden dotazovaný z Prahy a dva z Jihomoravského kraje odpověděli, že kalkulace cen vůbec nemají.

### Graf č. 13

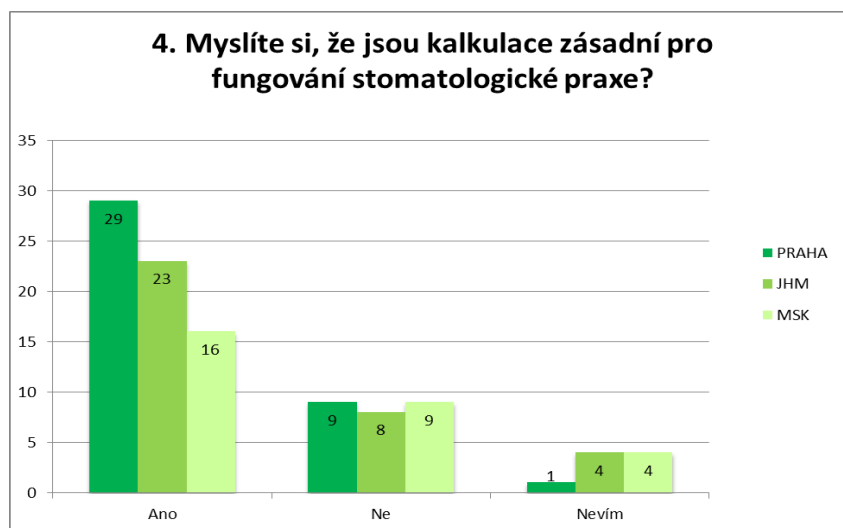
*Znáte vzorec pro výpočet minutových nákladů?*



Otázka týkající se vzorce pro výpočet minutových nákladů ukázala, že více než 50 % lékařů ze všech tří krajů tento vzorec zná.

#### Graf č. 14

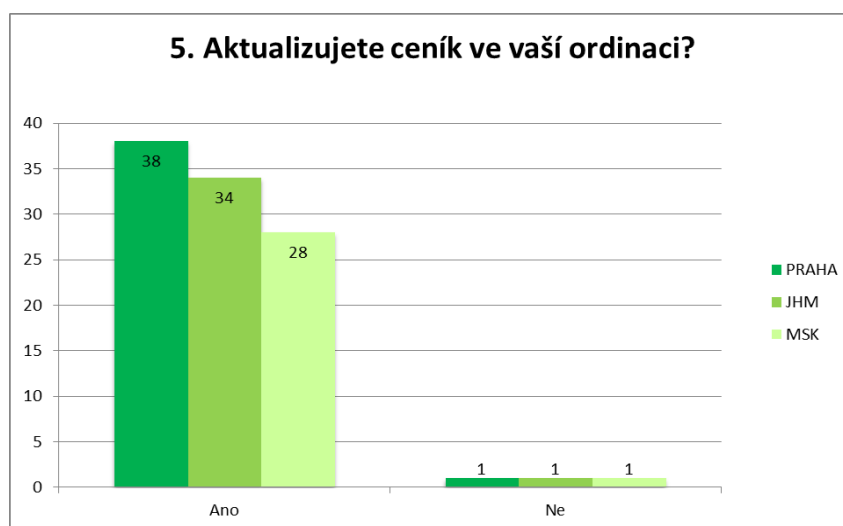
Myslíte si, že jsou kalkulace zásadní pro fungování stomatologické praxe?



Tento graf ukazuje, že lékaři zejména z Prahy souhlasí s důležitostí cenových kalkulací, celkově 29 pražských stomatologů (74 %) s tímto tvrzením souhlasí. V Jihomoravském kraji je to 23 lékařů (66 %) a v kraji Moravskoslezském celkem 16 lékařů (55 %).

#### Graf č. 15

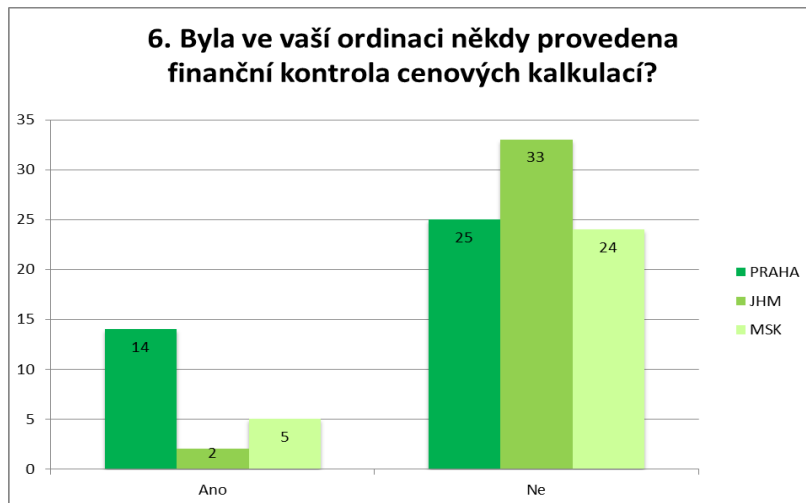
Aktualizujete ceník ve vaší ordinaci?



Výsledky týkající se aktualizace ceníku v ordinacích dotazovaných lékařů ukázaly, že 97 % lékařů ve všech třech krajích ceník aktualizuje.

### Graf č. 16

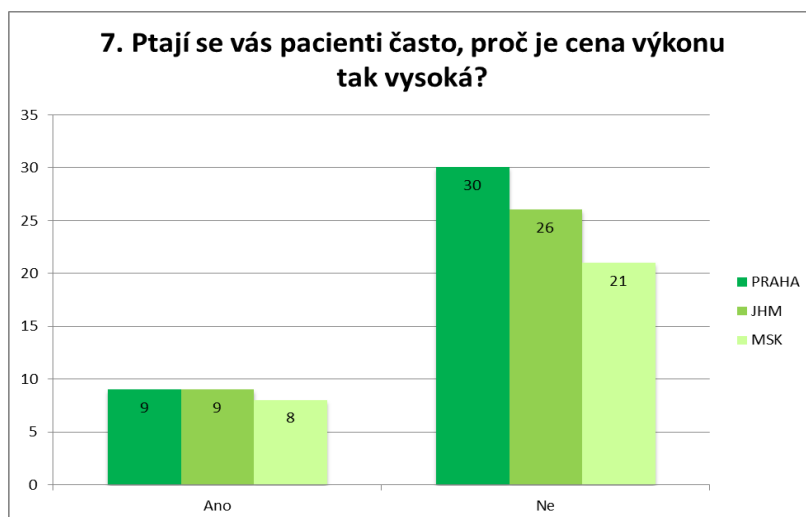
Byla ve vaší ordinaci někdy provedena finanční kontrola cenových kalkulací?



Ze tří vybraných krajů bylo v Praze provedeno nejvíce finančních kontrol cenových kalkulací, a to u 36 % dotázaných. V Jihomoravském kraji byla kontrola provedena pouze u 6 % dotázaných, v Moravskoslezském kraji u 17 %.

### Graf č. 17

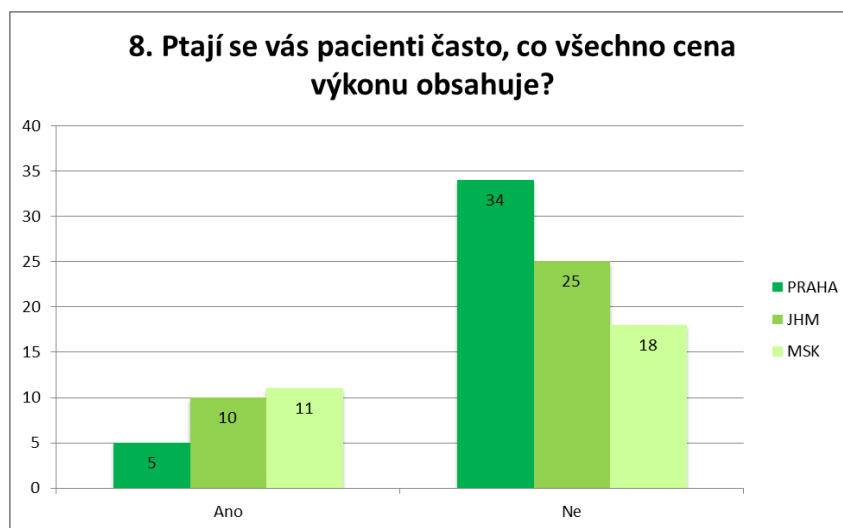
Ptají se vás pacienti často, proč je cena výkonu tak vysoká?



U této otázky převládala odpověď ne, tedy že se pacienti často neptají na výšku ceny výkonu. Odpovědělo tak 77 % pražských lékařů, 74 % jihomoravských lékařů a 72 % moravskoslezských lékařů.

**Graf č. 18**

*Ptají se vás pacienti často, co všechno cena výkonu obsahuje?*



I u této otázky vidíme, že převládala odpověď ne, tedy že se pacienti často neptají na obsah ceny výkonu. Tímto způsobem odpovědělo 87 % pražských lékařů, 71 % jihomoravských a 62 % moravskoslezských lékařů.



## Praktický výpočet minutové sazby

Pro praktický výpočet minutové sazby jsem si vytvořila fiktivní zdravotnické zařízení se všemi údaji, které jsou nutné k jejímu výpočtu. Pro názornost jsem provedla dva výpočty, na každý rok jeden. V druhém roce jsou změny v počtu zaměstnaných lékařů.

**Obrázek č. 1:** Kalkulace cen



Převzato z: [https://tisina.cz/\\_files/200000338-78fa57aed2/cen\\_kalkulace.jpg](https://tisina.cz/_files/200000338-78fa57aed2/cen_kalkulace.jpg)

### 1. rok

Ve zdravotnickém zařízení pracuje jeden zubní lékař na plný pracovní úvazek a dvě dentální hygienistky, každá na půl úvazku. Dále je zde zaměstnána jedna zdravotní sestra, jeden administrativní pracovník a jedna uklízečka. Nacházejí se zde celkem dvě zubařská křesla, jedno pro zubaře a druhé pro dentální hygienistky.

Pracovní doba zubního lékaře je 40 hodin týdně, z toho 5 hodin lékař stráví administrativními činnostmi, tedy na křesle pracuje dohromady 35 hodin týdně. Každá dentální hygienistka pracuje 20 hodin týdně. Obě se střídají na jednom křesle.

Zubní lékař má vyhrazeno 25 dní v roce na dovolenou, dentální hygienistky mají vyhrazeno 20 dní v roce. Dalších 20 dní v roce je vyhrazeno na nepřítomnost lékaře i hygienistek z jiných důvodů (např. za účelem dalšího vzdělávání atd.).

Náklady zdravotnického zařízení můžeme rozlišit na přímo účtované náklady (nezapočítávají se do kalkulace minutové sazby), mzdové náklady a režijní náklady. Do přímo účtovaných nákladů patří výdaje za RTG, přímý materiál a protetiku (zubní laboratoř). Režijní náklady obsahují odpisy majetku, nákup drobného majetku a dále nájemné, energie, leasing zdravotnické techniky, platby za telefon, praní prádla, údržbu a opravy zdravotnické a ostatní techniky, výdaje na další vzdělávání, povinné profesní pojištění, poplatky bance, úroky z úvěru atd.

**Tabulka č. 4**

*Podklady pro výpočet minutové sazby – 1. rok*

<b>Kalkulace minutové sazby 1. rok - Podklady</b>	
Celkový počet křesel v zařízení	2
Celkový počet ordinačních hodin lékaře	35 hodin/týden
Celkový počet ordinačních hodin DH	40 hodin/týden

Zdroj: vytvořeno autorkou

**Tabulka č. 5**

Náklady zdravotnického zařízení v 2. roce

<b>Položka</b>		
	<b>A. Fond pracovní (ordinační) doby</b>	<b>Počet dní</b>
1.	Délka dovolené lékaře v roce	25
2.	Nepřítomnost lékaře v roce	20
3.	Délka dovolené DH v roce	20
4.	Nepřítomnost DH v roce	20
	<b>B. Přímo účtované náklady</b>	<b>Náklady (Kč)</b>
1.	Výdaje za RTG	25 000,00
2.	Výdaje za přímý materiál	120 000,00
3.	Výdaje za protetiku (zubní laboratoř)	150 000,00
	<b>C. Mzdové náklady</b>	
1.	Pracovní poměr	2 665 200,00
2.	Dohody o provedení práce	
	<b>Zaměstnanci</b>	<b>Počet</b>
	Lékař	1
	Dentální hygienistka	2
	Sestra	1
	Ostatní zaměstnanci – administrativa, úklid	2
	<b>D. Režijní náklady</b>	<b>Náklady (Kč)</b>
1.	Odpisy majetku	95 000,00
2.	Nákup drobného majetku	82 400,00
	<b>E. Další režijní náklady</b>	
1.	Nájemné	210 000,00
2.	Energie, vodné, stočné	32 000,00
3.	Leasing zdrav. techniky	16 500,00
4.	Leasing ostatní	25 000,00
5.	Telefon, poštovné	38 000,00
6.	Praní prádla, likvidace odpadu	25 000,00
7.	Údržba a opravy zdrav. techniky	27 500,00
8.	Údržba a opravy ostatní	30 000,00

9.	Výdaje na další vzdělávání	25 000,00
10.	Náklady na provoz auta, PHM, cestovné	15 000,00
11.	Režijní materiál zdravotnický	33 000,00
12.	Režijní materiál ostatní	29 000,00
13.	Ostatní služby	12 500,00
14.	Ostatní náklady výše nerozlišené	35 000,00
15.	Povinné profesní pojištění	13 000,00
16.	Poplatky bance, úroky z úvěru apod.	3 200,00
17.	Zisk	250 000,00
	<b>Celkové náklady</b>	<b>3 957 300,00</b>

Zdroj: vytvořeno autorkou

Pro výpočet minutové sazby je nutné znát počet pracovních dní za rok, počet dní nepřítomnosti zaměstnanců, počet odpracovaných minut za 1 den a celkové náklady. Od celkových nákladů se odečítají přímo účtované náklady, které se do minutové sazby nezapočítávají. Po tomto odečtu se náklady vydělí počtem odpracovaných minut za rok a tak získáme minutovou sazbu.

V prvním roce je celkem 252 pracovních dní. Lékař po odečtu dní nepřítomnosti odpracuje 86 940 minut za rok, dentální hygienistky odpracují 101 760 minut za rok. Dohromady je to tedy 188 700 minut za rok. Po odečtu přímo účtovaných nákladů jsou celkové náklady 3 662 300 Kč.

Náklady vydělím celkovým počtem odpracovaných minut:  $3\,662\,300 / 188\,700 = 19,41$  Kč. Po zaokrouhlení je tedy minutová sazba 19 Kč.

Minutová sazba je 19 Kč, na základě této sazby je možné dále vypočítat cenu jednotlivých výkonů podle toho, jak dlouhou dobu lékař nebo dentální hygienistka potřebují k jejich provedení.

## 2. rok

Další rok budou ve zdravotnickém zařízení pracovat dva zubní lékaři na plný pracovní úvazek a dvě dentální hygienistky, každá na půl úvazku. Dále zde budou zaměstnány dvě zdravotní sestry, jeden administrativní pracovník a jedna uklízečka. Budou zde celkem tři zubařská křesla, dvě pro zubaře a jedno pro dentální hygienistky

Pracovní doba obou zubních lékařů je 40 hodin týdně, z toho 5 hodin lékaři stráví administrativními činnostmi, tedy na křesle pracují 35 hodin, dohromady 70 hodin týdně. Dentální hygienistky pracují 20 hodin týdně a střídají se na jednom křesle.

Zubní lékaři mají vyhrazeno 25 dní v roce na dovolenou, hygienistky mají vyhrazeno 20 dní v roce. Dalších 30 dní v roce mají lékaři vyhrazeno na nepřítomnost z jiných důvodů, hygienistky mají vyhrazeno 20 dní v roce (např. za účelem dalšího vzdělávání atd.).

### **Tabulka č. 6**

*Podklady pro výpočet minutové sazby – 2. rok*

<b>Kalkulace minutové sazby 2. rok - Podklady</b>	
Celkový počet křesel v zařízení	3
Celkový počet ordinačních hodin lékařů	70 hodin/týden
Celkový počet ordinačních hodin DH	40 hodin/týden

Zdroj: vytvořeno autorkou

**Tabulka č. 7***Náklady zdravotnického zařízení v 2. roce*

<b>Položka</b>		
	<b>A. Fond pracovní (ordinační) doby</b>	<b>Počet dní</b>
1.	Délka dovolené lékaře v roce	25
2.	Nepřítomnost lékaře v roce	30
3.	Délka dovolené DH v roce	20
4.	Nepřítomnost DH v roce	20
	<b>B. Přímo účtované náklady</b>	<b>Náklady (Kč)</b>
1.	Výdaje za RTG	32 000,00
2.	Výdaje za přímý materiál	150 000,00
3.	Výdaje za protetiku (zubní laboratoř)	185 000,00
	<b>C. Mzdové náklady</b>	
1.	Pracovní poměr	4 232 400,00
2.	Dohody o provedení práce	
	<b>Zaměstnanci</b>	<b>Počet</b>
	Lékař	2
	Dentální hygienistka	2
	Sestra	2
	Ostatní zaměstnanci – administrativa, úklid	2
	<b>D. Režijní náklady</b>	<b>Náklady (Kč)</b>
1.	Odpisy majetku	170 000,00
2.	Nákup drobného majetku	200 000,00
	<b>E. Další režijní náklady</b>	
1.	Nájemné	239 000,00
2.	Energie, vodné, stočné	43 500,00
3.	Leasing zdrav. techniky	40 000,00
4.	Leasing ostatní	38 400,00
5.	Telefon, poštovné	42 300,00

6.	Praní prádla, likvidace odpadu	33 000,00
7.	Údržba a opravy zdrav. techniky	66 000,00
8.	Údržba a opravy ostatní	53 000,00
9.	Výdaje na další vzdělávání	61 000,00
10.	Náklady na provoz auta, PHM, cestovné	25 000,00
11.	Režijní materiál zdravotnický	60 200,00
12.	Režijní materiál ostatní	56 600,00
13.	Ostatní služby	42 600,00
14.	Ostatní náklady výše nerozlišené	70 000,00
15.	Povinné profesní pojištění	23 000,00
16.	Poplatky bance, úroky z úvěru apod.	6 500,00
17.	Zisk	410 000,00
	<b>Celkové náklady</b>	<b>6 279 500,00</b>

Zdroj: vytvořeno autorkou

V druhém modelovém roce pro ilustraci zachováme počet pracovních dní 252. Lékaři po odečtu dní nepřítomnosti odpracují 165 480 minut za rok, dentální hygienistky odpracují 101 760 minut za rok. Dohromady je to tedy 267 240 minut za rok. Po odečtu přímo účtovaných nákladů jsou celkové náklady 5 912 500 Kč.

Náklady vydělím celkovým počtem odpracovaných minut:  $5\,912\,500 / 267\,240 = 22,12$  Kč. Po zaokrouhlení je minutová sazba 22 Kč.

Minutová sazba je 22 Kč, na základě této sazby je opět možné vypočítat cenu jednotlivých výkonů podle toho, jak dlouhou dobu lékař nebo dentální hygienistka potřebují k jejich provedení.

## 5. Diskuse

Téma kalkulací cen ve stomatologické praxi je tématem, které mezi stomatology není příliš oblíbené, to však neubírá na jeho důležitosti pro správné fungování stomatologické praxe. Na základě správně zpracovaných kalkulací praxe ekonomicky prosperuje, vytváří rezervy, inovuje technické a technologické vybavení a vytváří fond pro benefity zaměstnanců apod. Proto jsem se snažila v teoretické i praktické části mé bakalářské práce postihnout význam cenových kalkulací.

Při rozesílání dotazníků jsem zjistila, že pro některé lékaře téma cenových kalkulací může být poměrně citlivé. Dostala jsem zpět několik zpráv, ve které lékaři zmiňovali, že se nechtějí k tomuto tématu vyjadřovat, ačkoliv dotazník byl anonymní a na žádná konkrétní čísla jsem se v něm nedotazovala. I proto jsem otevřenou otázku v dotazníku, která se zaměřovala na vlastní názor lékařů na kalkulace, nechala nepovinnou. Předpokládala jsem, že by mnoho respondentů nevyplnilo celý dotazník. Na tuto nepovinnou otázku nakonec odpovědělo 59 % lékařů, tedy 41 % lékařů se k této otázce vůbec nevyjádřilo.

Vytyčila jsem si čtyři hypotézy.

### **Hypotéza č. 1:**

*„Předpokládám, že více než 80% lékařů ví o zákonné povinnosti mít cenové kalkulace jednotlivých výkonů a výrobků.“*

První hypotéza se týkala vědomosti zubních lékařů o zákonné povinnosti mít kalkulace cen výkonů a výrobků v ordinaci. Tato hypotéza se v dotazníkovém průzkumu potvrdila, výsledek je možné vidět v grafu č. 1 na straně 37. Graf odpovědí ukazuje, že dokonce 98 % lékařů o této zákonné povinnosti ví, pouze 2 % s ní není seznámeno.

Samozřejmě i v tomto případě platí známá věta „*neznalost zákona neomlouvá*“, která poukazuje na to, že neznalost zákona není polehčující okolností svědčící o nevině. Zajímavé je, že 3 z 5 dotazovaných, kteří



odpověděli, že o zmiňované zákonné povinnosti neví, tvrdili, že si kalkulace zpracovávají sami. Zbylí dva dotazovaní odpověděli, že cenové kalkulace vůbec nemají.

Jedenáct lékařů uvedlo, že o zákonné povinnosti sice ví, ale i přesto kalkulace cen nemají zpracované. Převážně také uváděli, že si myslí, že cenové kalkulace nejsou zásadní pro fungování stomatologické praxe.

Otázkou také je, jak moc se tomuto tématu věnuje výuka studentů zubního lékařství na lékařských fakultách. Mnoho zubních lékařů, kteří dnes ordinují, vystudovali lékařskou fakultu ještě před rokem 1989. Do této doby nebylo povinné, aby lékaři měli cenové kalkulace všech výkonů a výrobků. Až po nástupu demokratického režimu došlo k postupné privatizaci zdravotnictví a to s sebou přineslo i nutnost cenové regulace a s tím spojené kontroly cenových kalkulací.

### **Hypotéza č. 2:**

„Předpokládám, že více než 70 % lékařů si nechává kalkulace zpracovat od specializované firmy.“

Druhá hypotéza se zaměřovala na to, jak si lékaři zpracovávají kalkulace, popř. jestli si je vůbec zpracovávají. Z dotazníku vyplynulo, že 66 % lékařů si nechává kalkulace zpracovat od specializované firmy, 29 % lékařů si kalkulace zpracovává samo a 5% lékařů kalkulace vůbec nemá.

Předpokládala jsem, že lékaři budou upřednostňovat spolupráci s externími firmami, které mimo jiné nabízí výpočet minutové sazby a návrh ceníku. Vedení zdravotnické praxe zahrnuje velké množství administrativních činností, proto si myslím, že lékaři rádi využívají služeb těchto firem. Cenovou kalkulaci je možné si nechat zpracovat písemně prostřednictvím pošty či e-mailu, tedy to nezabere příliš mnoho času.

98 dotazovaných v následující otázce uvedlo, že znají vzorec pro výpočet minutových nákladů, ale i přesto jim kalkulace dělá specializovaná firma, 81 dotazovaných uvedlo, že tento vzorec vůbec nezná.

Zajímavé je, že 7 dotazovaných, kteří odpověděli, že si kalkulace zpracovávají sami, zároveň v další otázce odpověděli, že neznají vzorec pro výpočet minutových nákladů. Je tedy otázkou, jakým způsobem cenové kalkulace tvoří. Samozřejmě i přesto, že lékař zná zmiňovaný vzorec, tak to neznamena, že se podle něj řídí a kalkulace podle něj zpracovává.

### **Hypotéza č. 3**

„Předpokládám, že více než 60 % lékařů nezná vzorec pro výpočet minutových nákladů.“

Pro správný výpočet cenových kalkulací je nutné znát vzorec pro výpočet minutové sazby, tento vzorec není nijak složitý. Jedná se o součet uznatelných a režijních nákladů vydělený celkovým počtem odpracovaných minut za rok. Na základě tohoto vzorce je následně možné vypočítat ceny pro konkrétní výkony a výrobky v závislosti na době, kterou zubní lékař pro daný výkon potřebuje.

Z dotazníku jsem zjistila, že 64 % dotazovaných tento vzorec zná, 36% ho nezná. Mnou vyslovená hypotéza se tedy potvrdila.

Domnívám se, že vzorec není příliš složitý, ale i přesto ho více než třetina dotazovaných nezná. Myslím si, že v některých případech lékaři za tím vidí složité výpočty a zbytečnou administrativu. I v názorech, které mi lékaři zasílali, se objevovaly myšlenky, že kalkulace cen jsou jen zbytečnou ztrátou času a nejsou pro praxi přínosem.

Také se objevily názory tvrdící, že cenové kalkulace nejsou ve skutečnosti použitelné v menších městech a na vesnicích, protože zde pacienti nejsou schopni zaplatit za stomatologické ošetření částku, která na základě vzorce pro minutovou sazbu vychází. Cena výkonů by tak musela být stanovena na základě finančních možností pacientů, ale myslím si, že je poměrně složité, ne-li nemožné, zjišťovat finanční situaci

všech pacientů tak, aby to bylo vůči všem spravedlivé. Zubní lékař, který vlastní stomatologickou praxi, je samozřejmě zdravotníkem, ale zároveň je i podnikatelem, proto by mělo být v jeho zájmu, aby jeho praxe neprodělávala.

Záporný postoj ke kalkulacím vyjádřili také lékaři, kteří převážně poskytují péči hrazenou zdravotní pojišťovnou. Jelikož pojišťovny mají vlastní pravidla, podle kterých lékařům výkony proplácejí, tak lékaři nevidí zásadní význam v cenových kalkulacích výkonů. Někteří lékaři uvedli, že kalkulace cen sice mají, avšak ne protože si myslí, že jsou pro praxi důležité, ale pouze protože jsou ze zákona povinné.

Ukázalo se, že zásadním problémem je právě to, že zdravotní pojišťovny proplácejí výkony na základě vlastních kalkulací, které však neodpovídají těm reálným, které vycházejí ze skutečných nákladů ordinace. Z hlediska ekonomiky se dá pochopit, že pojišťovny chtějí proplácet co nejméně, to má ale samozřejmě své další důsledky. Zubní lékaři tak musí buď přizpůsobovat péči parametrům nastaveným pojišťovnou, nebo musí péči doplácet z vlastních prostředků. A to rozhodně není ideální situace.

#### **Hypotéza č. 4:**

„Předpokládám, že více než 80% lékařů aktualizuje ceník ve své ordinaci.“

Ceník výkonů a výrobků je nezbytnou součástí zubní praxe, která se přímo váže k cenovým kalkulacím. Právě na základě cenových kalkulací je možné sestavit ceník. Každý pacient má před ošetřením právo seznámit se s cenou výkonu a samozřejmě může také nahlédnout do ceníku stomatologické praxe. Zubní lékař má zároveň povinnost vystavit pacientovi potvrzení o úhradě zákroku. Aktualizace ceníku ordinace by měla být provedena jednou ročně.

Dotazník ukázal, že 94 % zubních lékařů ceník ve své ordinaci aktualizuje, 6 % lékařů ho tedy neaktualizuje. Zde jsem otázku nepoložila

úplně přesně. Nezeptala jsem se, jak často ceník aktualizují, pouze jestli ho aktualizují.

Cenové kalkulace by se měly nově zpracovávat každý rok, to znamená, že ceník by se tedy měl aktualizovat také jednou za rok. Kontroly podkladů pro cenové kalkulace provádí cenový útvar místně příslušného finančního ředitelství.

V dotazníku jsem se ptala na zkušenosti stomatologů s cenovými kontrolami. Zde 84 % dotazovaných uvedlo, že v jejich ordinaci tato kontrola nebyla nikdy provedena, 16 % odpovědělo, že má zkušenosti s kontrolou.

V dotazníku jsem také měla otázku, kterou jsem chtěla zjistit, v jakém kraji se ordinace dotazovaného lékaře nachází. Mým cílem bylo pokusit se porovnat odpovědi z jednotlivých krajů a posoudit, zda jsou mezi odpověďmi rozdíly a případně, jak velké jsou. Nakonec jsem se rozhodla porovnat odpovědi ze tří krajů, odkud jsem získala nejvíce odpovědí, jedná se o Prahu, Jihomoravský a Moravskoslezský kraj.

Porovnávala jsem všechny odpovědi ze zasláného dotazníku. Většinou se odpovědi ukázaly jako porovnatelné, proto zmíním pouze odpovědi, u kterých jsem zaznamenala určité rozdíly.

S důležitostí cenových kalkulací pro fungování stomatologické praxe souhlasili nejvíce lékaři z Prahy, a to celkem 74% lékařů. Myslím si, že by to mohlo být spojeno s tím, že v Praze je více lékařů, kteří pracují za přímé platby od pacientů, než lékařů v malých městech nebo na vesnicích. Proto jsou pro ně kalkulace zásadní. V Jihomoravském kraji s tímto tvrzením souhlasilo 66 % lékařů, v Moravskoslezském kraji 55 % lékařů, tedy to nejsou příliš velké rozdíly.

Dále dotazník ukázal, že nejvíce finančních kontrol cenových kalkulací bylo provedeno v Praze, a to u 36 % dotázaných. Nejsem si jista, proč tomu tak je, jestli se finanční kontroly skutečně více zaměřují na hlavní město, nebo je to pouze náhoda. K tomu by bylo třeba mít více odpovědí. V Jihomoravském kraji byla finanční kontrola provedena u 6 % dotázaných, v Moravskoslezském kraji to bylo u 17 % dotázaných.

## 6. Závěr

Hlavním cílem této práce bylo vysvětlit význam cenových kalkulací v ordinaci zubního lékaře a zároveň objasnit, jakým způsobem se kalkulace cen dělají a proč by se měly dělat. Pro jejich tvorbu jsou třeba určité podklady. Je třeba znát přesné náklady ordinace, protože z nich kalkulace vychází, stejně tak je důležitý počet zaměstnanců a jejich přesná ordinační doba. Cenotvorba v ordinaci není příliš složitá, je však nutné počítat s reálnými a ekonomicky oprávněnými náklady tak, aby kalkulace skutečně splňovaly svůj účel.

Zejména jsem chtěla upozornit na to, že kalkulace jsou opravdu funkční součástí administrativy celé stomatologické praxe. Musí se zpracovávat nejen proto, že je to ze zákona povinné, ale existují i další důvody. Správně nastavené ceny jsou zásadní hlavně z dlouhodobého hlediska, mohou totiž lékaři zajistit, aby jím prováděná činnost byla nejen kvalitní, ale také profitabilní. Je důležité, aby vydělávala celá ordinace, protože jen tak tvoří finanční rezervy, které umožní technický a technologický rozvoj praxe nebo další vzdělávání zaměstnanců.

V praktické části jsem za pomoci dotazníkového šetření chtěla zjistit, co si samotní zubní lékaři myslí a co ví o cenových kalkulacích. Získala jsem mnoho cenných informací, díky kterým jsem si vytvořila obrázek o postoji lékařů k tématu práce. Ukázalo se, že jejich náhled na toto téma je velmi různorodý. Oslovení lékaři mi také zaslali zajímavé názory, ve kterých vyjadřovali, proč si myslí, nebo naopak nemyslí, že jsou kalkulace cen zásadní pro stomatologickou praxi. Toto téma jsem rozebrala v diskuzi.

Bakalářská práce potvrdila význam cenových kalkulací, kvalita jejich zpracování je pro stomatologickou praxi, která se chce do budoucna rozvíjet a pacientům poskytovat péči využívající nejmodernější postupy, nenahraditelná.

## 7. Souhrn

**Úvod:** Tématem bakalářské práce jsou cenové kalkulace ve stomatologické praxi se zaměřením na jejich celkový význam pro praxi. Je nesporné, že kalkulace cen mají vliv na fungování celé stomatologické ordinace. V prostředí stomatologie existuje celá řada výkonů, které nejsou, nebo jsou pouze částečně propláceny z veřejného zdravotního pojištění. Proto je důležité, aby lékař věděl, kolik stojí jedna minuta jeho práce, z této ceny potom vychází cena celého výkonu.

**Cíl:** Cílem této práce bylo vysvětlit, jakým způsobem se tvoří ceny v zubní ordinaci a zejména vysvětlit význam cenových kalkulací. Cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit, jaký přístup volí samotní zubní lékaři vzhledem k cenotvorbě ve vlastní ordinaci, jakým způsobem ceny kalkulují, jestli si kalkulace zpracovávají sami nebo dávají přednost zpracování od specializované firmy. Další částí bylo na praktickém příkladu vysvětlit, jak se počítá minutová sazba.

**Metodika:** Praktická část obsahuje dotazníkové šetření, ve kterém jsem oslovila zubní lékaře. Dotazník byl zpracován pomocí aplikace Formuláře Google a respondentům byl zaslán elektronickou poštou. Dotazník obsahoval 9 uzavřených a 1 nepovinnou otevřenou otázku a byl zaměřen na přístup lékařů k problematice cenových kalkulací v rámci stomatologické praxe. Další součástí praktické části bakalářské práce byl praktický výpočet kalkulace na základě zadaných údajů, konkrétně výpočet minutových nákladů.

**Výsledky:** Odpovědi dotazovaných lékařů potvrdily tři ze čtyř mnou stanovených hypotéz. Dotazník ukázal, že 98 % lékařů ví o povinnosti mít cenové kalkulace výkonů a výrobků nabízených v ordinaci. Dvě třetiny lékařů si kalkulace nechávají zpracovat od specializované firmy, 29 % lékařů si kalkulace zpracovává samo a zbytek kalkulace vůbec nemá. Také jsem na základě dotazníku zjistila, že 64 % dotazovaných zná vzorec pro výpočet minutové sazby a 94 % lékařů ceník ve své ordinaci aktualizuje.

**Závěr:** Praktická část ukázala, že téma cenových kalkulací v oblasti stomatologie je poměrně rozporuplné, názory lékařů byly totiž velmi různorodé. V práci jsem vysvětlila, proč jsou kalkulace cen skutečně nezbytnou součástí fungování celé stomatologické praxe. Z dotazníku však vyplynulo, že zdaleka ne všichni lékaři s touto myšlenkou souhlasí a často v kalkulacích vidí pouze další zbytečnou administrativu. Na druhou stranu existuje i mnoho stomatologů, kteří souhlasí, že cenové kalkulace jsou opravdu zásadní pro fungování praxe a jejich odborný růst.

## 8. Summary

**Introduction:** The topic of this Bachelor's thesis are price calculations in dental practice, the main aim is to point out the importance of price calculations. It is unquestionable that calculations of prices influence work of the whole dental practice. In dentistry there are many procedures and products that are not fully payed from public health insurance. Some of them are not payed at all. So it is important for the dentist to know, how much one minute of his work costs. This price determines the cost of the whole procedure.

**Objective:** The objective of this work was to explain, how price calculations in dentistry are made and the main point was to explain its significance. The aim of the practical part of the work was first of all to find out, what dentists think about price calculations, if they have them or how they make them. The second part consists of practical example of price calculation.

**Methodology:** The practical part of the work includes questionnaire survey, which was made for dentists. The survey was created in the application called Google Forms and it was sent to the dentist by e-mail. The survey consisted of 9 questions in closed form and 1 optional open question and it was focused on the issue involving price calculations in dentistry. The second part was practical calculation of minute rate.

**Results:** The answers from the survey confirmed 3 out of 4 hypothesis which I defined. The survey showed that 98 % of the dentists know about the obligation to have price calculation of each procedure and product that is offered in the dental practice. Two thirds of the dentists have their price calculations made by specialized firm, 29 % of the dentists make their price calculations by themselves and the rest doesn't have them at all. I also found out that 64 % of respondents know the formula for minute rate and 94 % of them update their price list.

**Conclusion:** The practical part of the work showed that the topic of the work is relatively controversial; the opinions of the dentists were quite



diverse. In this work I explained, why price calculations are really essential part of the workings of the whole dental practice. On the one hand it emerged that not all dentists agree with this thought and they often see calculations only as pointless administrative paperwork. On the other hand there were many dentists who agreed that price calculations are truly essential part of the workings of dental practice and their own professional growth.

## 9. Seznam použité literatury

1. BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8.
2. Basic Documents. *World Health Organization* [online]. 2014 [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=7>
3. *Cenová kalkulace dle vašich požadavků: Tišina.cz*. Tišina.cz [online]. Copyright © 2015 Všechna práva vyhrazena. [cit. 18.04.2018]. Dostupné z: <https://www.tisina.cz/products/cenova-kalkulace-na-miru/>
4. Databáze zdravotních výkonů. *Seznam zdravotních výkonů* [online]. 2016 [cit. 2017-10-16]. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon>
5. EIM, Josef. *Vývoj zdravotního systému v ČR*. Brno, 2008. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Právnická fakulta, Katedra národního hospodářství.
6. FIALOVÁ, Helena a Jan FIALA. *Malý ekonomický slovník s výkladem pojmů v češtině a v angličtině*. Praha: A plus, 2006. ISBN 80-902514-8-x.
7. KASALOVÁ-DAŇKOVÁ, Šárka. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989: vydáno k 50. výročí ÚZIS ČR*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010. ISBN 978-80-7280-900-4.
8. KOŠUMBERSKÝ, Tomáš. Management praxe 1. díl. *DentalCare* [online]. 2013 [cit. 2017-08-14]. Dostupné z: <http://www.dentalcare.cz/2013/05/15/management-praxe-1-dil/>
9. KOŠUMBERSKÝ, Tomáš. Management praxe 2. díl. *DentalCare* [online]. 2013 [cit. 2017-08-14]. Dostupné z: <http://www.dentalcare.cz/2013/07/10/management-praxe-2-dil/>
10. KRABEC, Tomáš. *Oceňování a prodej privátní zubní a lékařské praxe*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4866-5.

11. KUKLOVÁ, Veronika. *Daňová evidence nestátního zdravotnického zařízení – zubní ordinace*. Brno, 2009. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, fakulta ekonomicko-správní.
12. NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2628-1.
13. ONDROVÁ, Kristýna. *Odvody pojistného na sociální a zdravotní pojištění v členských zemích Evropské unie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Právnická fakulta, 2013. 102 s. Řada teoretická, Ed. S, č. 446. ISBN 978-80-210-6593-2.
14. PAICHL, Přemysl. *Dějiny zubní medicíny*. Praha: Nuga, 2000. ISBN 80-85903-12-1.
15. SHORNÁ, Iveta. *Financování zubní péče v České Republice*. Brno, 2015. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta.
16. Stomatologická péče. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České Republiky* [online]. 2015 [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/informace-a-zivotni-situace/stomatologicka-pece>.
17. ŠKRDLANTOVÁ, Martina. *Jak probíhá cenová kontrola v ordinacích* [online]. In: 2014 [cit. 2017-10-02]. Dostupné z: <http://medigenia.cz/clanky/management/jak-probiha-cenova-kontrola-v-ordinacich/>
18. ŠMÍDOVÁ, Radana. *Je třeba kalkulovat ceny*. *DentalCare* [online]. 2016 [cit. 2017-08-14]. Dostupné z: <http://www.dentalcare.cz/2016/10/26/treba-kalkulovat-ceny/>
19. ŠUSTA, Jiří. *Kalkulace cen v ordinaci zubního lékaře*. LKS. 2010, 2010(10).
20. IVAN GLADKIJ A KOLEKTIV. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 9788072269969.
21. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České Republiky*. In.: Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR – Redakce, 2016, ročník 2016, číslo 9.

22. *Výše úhrad ambulantních stomatologických služeb. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. 2018 [cit. 2018-04-15]. Dostupné z:  
[https://prodpublicwebdata.blob.core.windows.net/media/Default/dokumenty/vyse\\_uhrad\\_stomatologie\\_2018.pdf](https://prodpublicwebdata.blob.core.windows.net/media/Default/dokumenty/vyse_uhrad_stomatologie_2018.pdf)
23. ZLÁMAL, Jaroslav a Jana BELLOVÁ. *Ekonomika zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-429-1.
24. ZLÁMAL, Jaroslav a Jana BELLOVÁ. *Ekonomika zubní ordinace*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. ISBN 978-80-244-2336-4.
25. Zákon č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník.
26. Zákon č. 526/1990 Sb., o cenách.
27. Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů.
28. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.
29. ŽÁKOVÁ, Iva. *Cenová kalkulace stomatologické ordinace (kalkulační vzorec s výkladem)*. 2010. Dostupné z:  
[http://www.dent.cz/img\\_data/file/2010/c\\_cenkalkul\(2\).doc](http://www.dent.cz/img_data/file/2010/c_cenkalkul(2).doc)

## 10. Seznam grafů a obrázků

<b>Graf č. 1:</b> Víte o tom, že je ze zákona povinné mít kalkulace cen jednotlivých výkonů a výrobků	<b>36</b>
<b>Graf č. 2:</b> Necháváte si kalkulace zpracovávat od specializované firmy nebo je zpracováváte sám/sama?	<b>36</b>
<b>Graf č. 3:</b> Znáte vzorec pro výpočet minutových nákladů?	<b>37</b>
<b>Graf č. 4:</b> Myslíte si, že jsou kalkulace zásadní pro fungování stomatologické praxe?	<b>37</b>
<b>Graf č. 5:</b> Aktualizujete ceník ve vaší ordinaci?	<b>39</b>
<b>Graf č. 6:</b> Byla ve vaší ordinaci někdy provedena finanční kontrola cenových kalkulací?	<b>39</b>
<b>Graf č. 7:</b> Ptají se Vás pacienti často, proč je cena výkonu tak vysoká?	<b>40</b>
<b>Graf č. 8:</b> Ptají se Vás pacienti často, co všechno cena výkonu obsahuje?	<b>40</b>
<b>Graf č. 9:</b> V jakém kraji se vaše ordinace nachází?	<b>41</b>
<b>Graf č. 10:</b> Rozdělení krajů podle počtu odeslaných dotazníků	<b>42</b>
<b>Graf č. 11:</b> Víte o tom, že je ze zákona povinné mít kalkulace cen jednotlivých výkonů a výrobků? - porovnání	<b>44</b>
<b>Graf č. 12:</b> Necháváte si kalkulace zpracovávat od specializované firmy nebo si je zpracováváte sám/sama? - porovnání	<b>44</b>
<b>Graf č. 13:</b> Znáte vzorec pro výpočet minutových nákladů? - porovnání	<b>45</b>
<b>Graf č. 14:</b> Myslíte si, že jsou kalkulace zásadní pro fungování stomatologické praxe? - porovnání	<b>46</b>
<b>Graf č. 15:</b> Aktualizujete ceník ve vaší ordinaci? - porovnání	<b>46</b>
<b>Graf č. 16:</b> Byla ve vaší ordinaci někdy provedena finanční kontrola cenových kalkulací? - porovnání	<b>46</b>
<b>Graf č. 17:</b> Ptají se vás pacienti často, proč je cena výkonu tak vysoká? - porovnání	<b>47</b>
<b>Graf č. 18:</b> Ptají se vás pacienti často, co všechno cena výkonu obsahuje? - porovnání	<b>48</b>
<b>Obrázek č. 1:</b> Kalkulace cen	<b>49</b>

## **11. Seznam tabulek**

<b><i>Tabulka č. 1:</i></b> Proč si myslíte, že kalkulace cen jsou zásadní pro fungování stomatologické praxe?	<b>38</b>
<b><i>Tabulka č. 2:</i></b> Proč si myslíte, že kalkulace cen nejsou zásadní pro fungování stomatologické praxe?	<b>39</b>
<b><i>Tabulka č. 3:</i></b> Rozdělení krajů podle počtu odeslaných dotazníků	<b>42</b>
<b><i>Tabulka č. 4:</i></b> Podklady pro výpočet minutové sazby - 1. rok	<b>50</b>
<b><i>Tabulka č. 5:</i></b> Náklady zdravotnického zařízení v 1. roce	<b>51</b>
<b><i>Tabulka č. 6:</i></b> Podklady pro výpočet minutové sazby - 2. rok	<b>53</b>
<b><i>Tabulka č. 7:</i></b> Náklady zdravotnického zařízení v 2. roce	<b>54</b>

## **12. Seznam příloh**

**Příloha č. 1: Kalkulační formulář nákladů**

**Příloha č. 2: Výkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění**

**Příloha č. 3: Dotazník pro zubní lékaře**

## Příloha č. 1 – Kalkulační formulář nákladů (Žáková, 2010)

A:

a) Fond pracovní doby (dny/rok):

b) Délka dovolené (dny/rok):

c) Odpracované minuty denně:

$$A = (a - b) \times c$$

---

B: Položky základního kalkulačního vzorce Rok/Kč

---

1. mzdové náklady (hrubé mzdy)

1. 1. lékař - zaměstnanec

1. 2. sestra

1. 3. ostatní personál

1. 4. dohody (o vykonané činnosti, o vykonané práci)

1. 5. sociální pojištění za zaměstnance 25 %

1. 6. zdravotní pojištění za zaměstnance 9 %

---

2. odpisy investičního majetku

2. 1. hmotný investiční majetek

2. 2. nehmotný investiční majetek

---

3. provozní a správní režie

3. 1. nájem operativní, elektřina, voda

3. 2. drobný investiční majetek

3. 3. finanční pronájem - splátky finančního leasingu, cestovné

3. 4. fakturované služby:

3.4.1. účetnictví, právník

3.4.2. úklid

3.4.3. malování, údržba, praní prádla

3.4.4. telefon

3.4.5. ostatní fakturované služby

3. 5. příspěvky ČSK, časopisy, zvyšování kvalifikace

3. 6. kancelářské potřeby, drogerie

3. 7. pomocný režijní materiál

3. 8. tvorba zákonných rezerv (řádně odůvodněných, dokladovaných, uplatněných

v základu daně z příjmu)

3. 9. sociální a zdravotní pojištění podnikatele

3.9.1. sociální pojištění podnikatele dle zákona

3.9.2. zdravotní pojištění podnikatele dle zákona

3. 10. kalkulační odměna podnikatele

---

4. finanční náklady

4. 1. povinné profesní pojištění

4. 2. pojištění ordinace, stomatologického zařízení

4. 3. úroky



4. 4. ostatní - bankovní poplatky apod.

---

5. přiměřený zisk

5. 1. splátky úvěru

5. 2. spoření pro rozvoj přístrojového parku

5. 3. spoření pro rozšíření podnikatelské aktivity

---

Součet nákladů

---

**Příloha č. 2 – Stomatologické výkony plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2018 (VZP, 2018)**

<b>Kód</b>	<b>Název výkonu</b>	<b>Maximální cena</b>
00900	Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce	458 Kč
00901	Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka	450 Kč
00902	Péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku	323 Kč
00903	Vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou	200 Kč
00904	Stomatologické vyšetření registrovaného pojištěnce od 1 roku do 10 let v rámci preventivní péče	105 Kč
00906	Stomatologické ošetření pojištěnce do 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce	95 Kč
00907	Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do 15 let	68 Kč
00908	Akutní ošetření a vyšetření neregistrovaného pojištěnce – v rámci pohotovostní služby	310 Kč
00909	Klinické stomatologické vyšetření	410 Kč
00910	Zhotovení intraorálního rentgenového snímku	70 Kč
00911	Zhotovení extraorálního rentgenového snímku	225 Kč
00912	Náplň slinné žlázy kontrastní látkou	581 Kč
00913	Zhotovení ortopantomogramu	275 Kč
00914	Vyhodnocení ortopantomogramu	70 Kč
00915	Zhotovení telerentgenového snímku lbi	270 Kč
00916	Anestézie na foramen mandibulae a infraorbitale	105 Kč
00917	Anestézie infiltrační	85 Kč
00918	Ošetření zubního kazu u dětí do 15 let, u těhotných a kojících žen – stálý zub	495 Kč
00920	Ošetření zubního kazu – stálý zub – fotokompozitní výplň	350 Kč
00921	Ošetření zubního kazu – stálý zub	270 Kč
00922	Ošetření zubního kazu – dočasný zub	390 Kč

00923	Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – stálý zub	181 Kč
00924	Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – dočasný zub	176 Kč
00925	Konzervativní léčba komplikací zubního kazu II. – stálý zub	265 Kč
00931	Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu	700 Kč
00932	Léčba chronických onemocnění parodontu	243 Kč
00933	Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu	420 Kč
00934	Chirurgická léčba parodontu velkého rozsahu	1 000 Kč
00935	Subgingivální ošetření	84 Kč
00936	Odebrání a zajištění přenosu transplantátu	600 Kč
00937	Artikulace chrupu	433 Kč
00938	Přechodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem	44 Kč
00940	Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice	700 Kč
00941	Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice	300 Kč
00943	Měření galvanických proudů	88 Kč
00945	Cílené vyšetření	30 Kč
00946	Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka I	376 Kč
00947	Péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku I	263 Kč
00948	Zajištění suturou v rámci výkonu extrakce	105 Kč
00949	Extrakce dočasného zubu	87 Kč
00950	Extrakce stálého zubu	190 Kč
00951	Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu	525 Kč
00952	Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu	1 155 Kč
00953	Chirurgické ošetřování retence zubů	630 Kč
00954	Konzervačně-chirurgická léčba komplikací zubního kazu	420 Kč
00955	Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu	420 Kč
00956	Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu	900 Kč
00957	Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu	420 Kč
00958	Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu	750 Kč

00959	Intraorální incize	105 Kč
00960	Zevní incize	600 Kč
00961	Ošetření komplikací chirurgických výkonů v dutině ústní	45 Kč
00962	Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch	300 Kč
00963	Injekce i. m., i. v., i. d., s. c.	53 Kč
00965	Čas zubního lékaře strávený dopravou za imobilním pojištěncem	210 Kč
00966	Signální výkon - informace o vydání Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nebo Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)	5 Kč
00967	Signální výkon - informace o vydání Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti nebo Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče)	5 Kč
00968	Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL - stomatochirurgem	1 000 Kč
00970	Sejmutí fixní náhrady - za každou pilířovou konstrukci	91 Kč
00971	Provizorní ochranná korunka	69 Kč
00973	Oprava nebo úprava snímatelné náhrady v ordinaci	39 Kč
00974	Odevzdání stomatologického výrobku	0 Kč
00981	Diagnostika ortodontických anomálií	600 Kč
00982	Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk	1 300 Kč
00983	Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu	800 Kč
00984	Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu	210 Kč
00985	Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu	700 Kč
00986	Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje	220 Kč
00987	Stanovení fáze růstu	53 Kč

<b>00988</b>	<b>Analýza telorentgenového snímku lbi</b>	<b>116 Kč</b>
<b>00989</b>	<b>Analýza ortodontických modelů</b>	<b>315 Kč</b>
<b>00990</b>	<b>Diagnostická přestavba ortodontického modelu</b>	<b>473 Kč</b>
<b>00991</b>	<b>Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku</b>	<b>173 Kč</b>
<b>00992</b>	<b>Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky</b>	<b>210 Kč</b>
<b>00993</b>	<b>Navázání parciálního oblouku</b>	<b>300 Kč</b>
<b>00994</b>	<b>Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk</b>	<b>900 Kč</b>

## Příloha č. 3 – Dotazník pro zubní lékaře (Formuláře Google)

### Kalkulace cen ve stomatologii a jejich význam pro ekonomiku praxe

Dobrý den,  
jmenuji se Markéta Novotná a jsem studentkou bakalářského oboru Dentální hygienistka na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Má bakalářská práce se věnuje tématu Kalkulace cen ve stomatologii a jejich významu pro ekonomiku praxe. Proto bych Vás ráda poprosila o vyplnění anonymního dotazníku, jehož výsledky využiji při zpracování práce. Předem Vám velmi děkuji za vyplnění.

\*Povinné pole

#### Sekce bez názvu

1. 1. Víte o tom, že je ze zákona povinné mít kalkulační cen jednotlivých výkonů a výrobků? \*

Označte jen jednu elipsu.

- Ano  
 Ne

2. 2. Necháváte si kalkulační zpracovávat od specializované firmy nebo si je zpracováváte sám/sama? \*

Označte jen jednu elipsu.

- Kalkulace si zpracovávám sám/sama  
 Kalkulace si nechávám zpracovat od specializované firmy  
 Kalkulace nemám zpracované

3. 3. Znáte vzorec pro výpočet minutových nákladů? \*

Označte jen jednu elipsu.

- Ano  
 Ne

4. 4. Myslíte si, že jsou kalkulační zásadní pro fungování stomatologické praxe? \*

Označte jen jednu elipsu.

- Ano Přeskočte na otázku 5.  
 Ne Přeskočte na otázku 5.  
 Nevím Přeskočte na otázku 6.

#### 2. část

5. Proč si to myslíte?

---

#### 3. část

6. 5. Aktualizujete ceník ve vaší ordinaci? \*

Označte jen jednu elipsu.

- Ano  
 Ne

7. 6. Byla ve vaší ordinaci někdy provedena finanční kontrola cenových kalkulací? \*

Označte jen jednu elipsu.

- Ano  
 Ne

8. 7. Ptají se vás pacienti často, proč je cena výkonu tak vysoká? \*

Označte jen jednu elipsu.

- Ano  
 Ne

9. 8. Ptají se vás pacienti často, co všechno cena výkonu obsahuje? \*

Označte jen jednu elipsu.

- Ano  
 Ne

10. 9. V jakém kraji se vaše ordinace nachází? \*

Označte jen jednu elipsu.

- Jihočeský kraj  
 Jihomoravský kraj  
 Karlovarský kraj  
 Královéhradecký kraj  
 Liberecký kraj  
 Moravskoslezský kraj  
 Olomoucký kraj  
 Pardubický kraj  
 Plzeňský kraj  
 Praha  
 Středočeský kraj  
 Ústecký kraj  
 Vysočina  
 Zlínský kraj