

Prognóza tržeb stomatologických praxí[#]

*Radana Šmídová **

Úvod

V minulém roce, přesněji v čísle 3/2018 časopisu *Oceňování*, jsem se zaměřila na prognózu tržeb lékařských praxí závislých na kapitačních platbách, tedy zejména praxí praktických lékařů pro dospělé a praxí praktických lékařů pro děti a dorost. Kapitace, neboli kapitační platba je prospektivní platba, kterou obdrží poskytovatel zdravotní péče na úhradu nákladů. Jedná se o způsob platby zdravotní pojišťovnou za poskytnutou zdravotní péči. Pojem vychází z Latiny, kde *caput*, *capitis* znamená hlava. V lékařských kruzích se tedy hovoří o placení za „hlavu“. Kapitační platba je poskytována pevnou částkou na jednoho registrovaného pacienta s přihlédnutím k věku a demografickým či jiným charakteristikám pojištěnce. Je využívána zejména v oblasti primární péče. Kapitační platby jsou tedy paušální platby za každého pacienta. Platí, že čím mladší pacient, tím vyšší kapitační platba.

Výše kapitační platby u praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost je dána vyhláškou MZ ČR o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení. V kapitační platbě je zahrnuta řada výkonů poskytované zdravotní péče, kterou pak lékař při ošetření svého registrovaného pojištěnce nevykazuje pojišťovně k úhradě. Jde např. o cílené a kontrolní vyšetření, injekce, ošetření a převaz menší rány, konzultaci rodinnými příslušníky pacienta, administrativní úkony apod. (Šmídová, 2018).

Vzhledem k tomu, že tedy tržby lékařských praxí závislých na kapitačních platbách úzce souvisí s počtem pacientů v kartotéce a jejich věkovou strukturou, je třeba přistupovat k prognóze tržeb s ohledem na tato specifika.

V tomto článku se zaměřím na prognózu tržeb stomatologických praxí. Stomatologické praxe sice nejsou závislé na kapitačních platbách, jak je tomu u praxí praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost, nicméně i u stomatologů je třeba respektovat řadu specifických rysů a při plánu tržeb dodržovat stanovené postupy tak, abychom dosáhli hodnověrných výsledků.

Pojďme si nejprve připomenout odlišnosti, kterými se lékařská praxe vyznačuje oproti jiným typům podniků. Hlavní specifika spočívají v tom, že:

- hodnota je vytvářena především neidentifikovatelnými nehmotnými aktivy (goodwillem),
- goodwill je přímo determinován osobou provozovatele praxe, což má zásadní důsledky pro prodej resp. koupi podniku a strukturování této transakce,

[#] Článek je zpracován jako jeden z výstupů výzkumného projektu Fakulty financí a účetnictví VŠE, který je realizován v rámci institucionální podpory VŠE IP100040.

^{*} Ing. Radana Šmídová, Ph.D. – odborný asistent; Katedra financí a oceňování podniku, Fakulta financí a účetnictví, Vysoká škola ekonomická v Praze.

- hodnota substance tvoří mizivý podíl na celkové hodnotě (jistou výjimkou jsou právě praxe stomatologické, které se vyznačují vyšší investiční náročností, případně ještě praxe kardiologické a oftalmologické),
- příjmy jsou determinovány značnou měrou exogenně díky vyhláskovému usměrnění cen výkonů resp. výši kapitační platby (výjimkou je opět zubní lékařství), příjmy je tedy možno ovlivnit jen nepřímo, frekvencí vykazování výkonů či výši počtu registrovaných pacientů,
- praxe dané specializace jsou z pohledu příjmové a nákladové struktury zpravidla srovnatelné.

Lékařské praxe tedy patří do skupiny podniků, kde je „goodwill“ vytvářen osobou provozovatele. Podobným typem podniků jsou například daňoví poradci, architekti, právníci, ale i kadeřnice.

Cílem článku je předvést metodiku prognózy tržeb privátních stomatologických praxí. V článku budou představeny výsledky vlastního statistického šetření, které bylo provedeno ve spolupráci s Českou stomatologickou akademií.

Struktura tržeb

Stomatologická praxe je zpravidla financována na základě uzavřených smluv o poskytování zdravotní péče se smluvními zdravotními pojišťovnami a dále na základě přímých plateb od ošetřených pacientů, požadovaných v rámci poskytnutí nadstandardního ošetření, které základní zdravotní pojištění nepokrývá. Je samozřejmě žádoucí, aby byl podíl přímých plateb na celkových tržbách stomatologické praxe co nejvyšší, neboť výkony hrazené smluvními zdravotními pojišťovnami jsou podhodnocené. Stomatologové tedy usilují o navýšování přímých plateb, prostřednictvím poskytování nadstandardního ošetření. Mnozí stomatologové z důvodu podhodnocení výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění smlouvy se zdravotními pojišťovnami vůbec neuzavřou, anebo je vypoví, a fungují v režimu 100% přímých plateb. Byť se jedná o sen všech stomatologů, který s sebou přináší nezávislost, narovnání cen, značný úbytek administrativy a uvolněné ruce, je tento krok pro většinu stomatologů považován za riskantní, a proto většina stomatologů zatím funguje v režimu uzavřených smluv o poskytování zdravotní péče se smluvními zdravotními pojišťovnami s tlakem na přímé platby za nadstandardní výkony.

Prognóza tržeb

Při prognóze tržeb hrají klíčovou roli dvě veličiny – kalkulovaná minutová sazba a časový fond. Totiž, vynásobíme-li minutovou sazbu šedesáti minutami, dostaneme se k hodinové sazbě. Hodinová sazba vynásobená průměrnou denní pracovní dobou nám vygeneruje průměrnou denní tržbu a průměrná denní tržba vynásobená počtem odpracovaných dní v roce zkalkuluje roční tržby. Zaměříme se nyní na jednotlivé veličiny a začneme tou jednodušší – reálným časovým fondem.

Reálný časový fond

1) Koeficient využitelnosti

Při určování časového fondu je třeba brát v úvahu tzv. koeficient využitelnosti. Jedná se o koeficient využití pracovní doby pro stomatologické výkony, neboli procentní vyjádření toho, jak velkou část pracovní doby může stomatologický tým věnovat profesním výkonům.

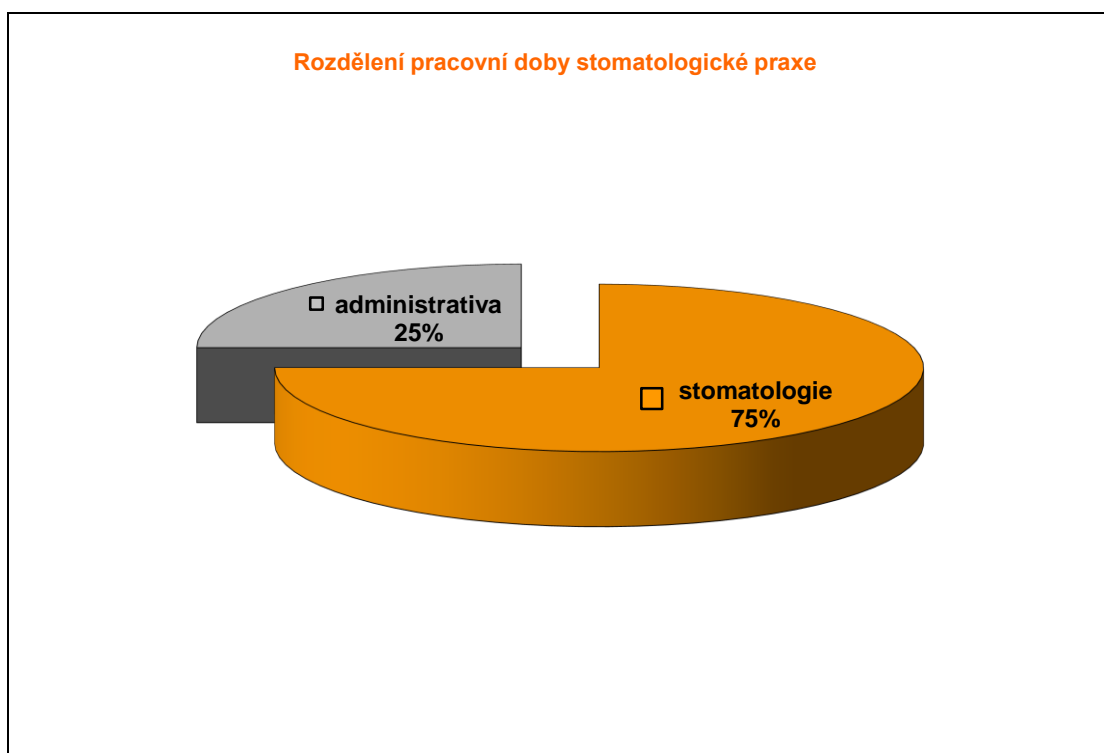
Zbytek (do 100 %) věnuje stomatologický tým činnostem nutným k existenci a provozu stomatologické praxe – administrativní činnosti, organizační činnosti, personální činnosti, opravám a rekonstrukcím. Podle statistických šetření České stomatologické akademie je v České republice průměrný koeficient využitelnosti pracovní doby k léčebným výkonům u stomatologů cca 75 %. Zbýlých 25 % připadá na administrativní činnosti, kdy se stomatologický tým věnuje činnostem nutným k existenci a provozu stomatologické praxe – řídicí, účetní a ekonomické činnosti, organizační činnosti, personální činnosti, zavádění a nacvičování nových léčebných postupů, apod.

Zde je třeba zdůraznit, že jde o průměrnou hodnotu a individuální koeficient se může v jednotlivých praxích pohybovat v poměrně širokém intervalu cca 65 % až 85 %. Obecně tento koeficient klesá u „lepších“ vysokonákladových praxí, kde si organizace práce, personální práce, marketingové činnosti a celkový systém řízení kvality žádají vyšší podíl pracovní doby pro administrativu.

Koeficient využití pracovní doby k léčebným výkonům musí oceňovatel konzultovat s vedoucím stomatologem, který má obvykle jasnou představu o tom, jaké je přibližné rozdělení pracovní doby v oceňované praxi. Optimální je samozřejmě provést vlastní statistické šetření ohledně tohoto koeficientu na pracovišti, tzn. zapisovat v průběhu sledovaného období (alespoň dva týdny), kolik času lékař stráví přímo s pacientem a kolik času připadá na ostatní činnosti. Jak již bylo uvedeno výše, tento poměr se obvykle pohybuje okolo 75/25 – viz Obrázek 1.

Stomatologové se však mnohdy domnívají, že jejich koeficient využití pracovní doby k léčebným výkonům je 100%. Taková domněnka je však lichá, i kdyby byly ostatní doprovodné, administrativní a jiné činnosti minimální. Znamenalo by to totiž, že lékař by měl celý den na křesle pouze jednoho pacienta a s ním strávil všechn svůj ordinační čas. Ani tak by však koeficient využití pracovní doby k léčebným výkonům nebyl 100%, protože minimálně je třeba provést přípravu ordinace na dalšího pacienta (v tomto nereálném případě na zítřejšího pacienta), úklid, sterilizaci nástrojového vybavení apod.

Obr. 1: Rozdělení pracovní doby stomatologické praxe



Zdroj: vlastní zpracování

2) denní pracovní doba

Do kalkulace časového fondu bezesporu patří denní pracovní doba. Délka denní pracovní doby se zpravidla u stomatologů pohybuje v rozmezí 7 – 8 hodin. Je třeba si však uvědomit, že nesmíme zaměňovat celkovou pracovní dobu s dobou ordinační – je zřejmé, že celková pracovní doba bude delší.

3) počet pracovních dní

V plánu tržeb nás bude bezesporu zajímat počet pracovních dní v daném plánovaném období (zpravidla ročním). Tento se zpravidla pohybuje u běžných praxí okolo 250 pracovních dní.

4) počet dní absence

Od celkového počtu pracovních dní nezapomeňme odečíst počet dní absence, kdy stomatologická praxe „neordinuje“, a to z nejrůznějších důvodů, jako např. čerpání řádné dovolené, mimořádná volna, nemoci a jiné neschopnosti, vzdělávací akce, konference, výstavy, apod.

5) relativní počet souběžných pracovišť

V této souvislosti je třeba ještě správně naplánovat relativní počet souběžných pracovišť. Jsou-li ve stomatologické praxi zaměstnání další výkonní pracovníci (další lékaři, či další dentální hygienistky), kteří tímto zároveň vytváří další souběžné pracoviště, je třeba s nimi v celkovém časovém fondu kalkulovat.

Nepřichází totiž v úvahu pouze jejich plánovaný pracovní úvazek, ale hlavně činitel relativní efektivity. V tomto činiteli se odráží výkonnost lékaře či dentální hygienistky, a s tím související rychlost ošetření.

Typickým příkladem je zaučování absolventa či zaměstnávání „pomalejšího“ pracovníka. Takovouto korekci (přisouzení menší efektivity) zohledňujeme fakt, že nové pracoviště není schopno provádět jednotlivé výkony stejně rychle (efektivně), jako pracoviště referenční, za které můžeme považovat např. pracoviště vedoucího lékaře. Ve stomatologické praxi tedy může být zaměstnán jeden vedoucí lékař a jeden absolvent, oba na plný úvazek, avšak absolventovi trvá každý výkon vzhledem k zaučování dvojnásobnou dobu. Do plánu tržeb tedy vstoupí místo dvou lékařů jeden a půl lékaře. Oceňovatel by měl mít na paměti, že během plánovaného období se bude výkonnost absolventa postupně zvyšovat, je tedy možno předpokládat, že v období pěti let (někdy i dříve) bude již možno kalkulovat se dvěma plnohodnotnými lékaři.

Minutová sazba

Druhou klíčovou proměnnou je při plánování tržeb stomatologické praxe minutová sazba. Vynásobením minutové sazby reálným časovým fondem (po zohlednění koeficientu využití pracovní doby k léčebným výkonům a relativního počtu souběžných pracovišť) dospějeme k plánovaným tržbám za sledované období.

V listopadu roku 2019 jsem provedla za účelem zjištění průměrné minutové sazby stomatologických praxí v České republice ve spolupráci s Českou stomatologickou akademií vlastní statistické šetření. Do šetření vstoupila data od ledna 2018 do konce října 2019. Do šetření v roce 2018 byla použita data 78 stomatologických praxí, pro šetření v roce 2019 data 80 stomatologických praxí v České republice. V následujících tabulkách jsou uvedeny výsledky statistického šetření za roky 2018 a 2019, v členění dle jednotlivých krajů i průměr za celou Českou republiku. Průměrná minutová sazba pro rok 2018 vychází ze statistického šetření na 41,17 Kč a pro rok 2019 na 43,02 Kč.

Tab. 1: Minutová sazba praktických zubních lékařů v roce 2018

Cenová mapa ČR, minutová sazba PZL 2018	
Průměr ČR	41,17
Jihočeský kraj	35,30
Jihomoravský kraj	37,37
Karlovarský kraj	44,60
Královéhradecký kraj	46,54
Liberecký kraj	39,43
Moravskoslezský kraj	45,26
Olomoucký kraj	36,90
Pardubický kraj	43,07
Plzeňský kraj	41,85
Hlavní město Praha	43,69
Středočeský kraj	46,05
Ústecký kraj	38,70
Vysočina	37,97
Zlínský kraj	39,61

Zdroj: vlastní zpracování

Tab. 2: Minutová sazba praktických zubních lékařů v roce 2019

Cenová mapa ČR, minutová sazba PZL 2019	
Průměr ČR	43,02
Jihočeský kraj	41,83
Jihomoravský kraj	41,02
Karlovarský kraj	49,63
Královéhradecký kraj	43,59
Liberecký kraj	43,97
Moravskoslezský kraj	44,28
Olomoucký kraj	35,53
Pardubický kraj	49,20
Plzeňský kraj	40,60
Hlavní město Praha	46,62
Středočeský kraj	44,62
Ústecký kraj	39,55
Vysočina	42,23
Zlínský kraj	39,63

Zdroj: vlastní zpracování

Jiná situace je u dentálních hygienistek. Zde implicitně doporučujeme kalkulovat s 50% minutovou sazbou oproti lékaři. Stěžejní roli totiž hraje marketingový důvod – i v ostatních vyspělých zemích je práce hygienistky vždy výrazně levnější. Takový princip pak přispívá k větší ochotě klientů platit pravidelně levnější výkony prováděné dentální hygienistkou a stomatologovi zůstávají především dražší rekonstrukční a protetické výkony. Tento model je pak výhodný pro obě strany. A i když je práce hygienistky levnější, pravidelné (nejlépe půlroční) výkony ve své kvantitě zajistí skvělou ekonomiku i pracovišti dentální hygieny.

Časový fond dentální hygienistky tedy plánujeme podobně jako u lékařů, avšak s poloviční minutovou sazbou a poněkud vyšším koeficientem využití pracovní doby k léčebným výkonům. Tento se vzhledem k dané profesi obvykle pohybuje v intervalu 80-85%.

Závěr

Při prognóze tržeb stomatologické praxe vycházíme ze dvou klíčových veličin – minutové sazby a časového fondu. Při plánu časového fondu je třeba neopomenout koeficient využití pracovní doby k léčebným výkonům, který se u stomatologických praxí v průměru pohybuje okolo 75%. Na větších pracovištích s větším počtem lékařů či dentálních hygienistek je třeba správně vyčíslit relativní počet souběžných pracovišť, který odráží relativní efektivitu práce jednotlivých lékařů (či dentálních hygienistek). Na základě vynásobení reálného časového fondu (v minutách) minutovou sazbou, získáme poměrně hodnověrnou prognózu tržeb stomatologické praxe. Můžeme vycházet buď z průměrných dat za Českou republiku, anebo z realizované minutové sazby oceňované praxe. (Tu je možné odvodit na základě pozorování cen několika nadstandardních výkonů, které vydělíme tzv. minutáží, neboli délkou trvání výkonu.) Pokud je tedy realizovaná minutová sazba praxe známá, je samozřejmě prognóza tržeb relevantnější, než když vycházíme z průměrné minutové sazby za Českou republiku.

Vzhledem k tomu, že při prognóze tržeb nás zajímá v rámci oceňování podniku delší časové období (obvykle pět let), měli bychom rovněž zohlednit meziroční nárůst plánované minutové sazby, neboť tato se meziročně v souvislosti s růstem cen vstupů taktéž zvyšuje.

Literatura:

- [1] KRABEC, T. (2009): *Oceňování a prodej privátní zubní a lékařské praxe*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s, 2015. 128 s. ISBN 978-80-247-4866-5.
- [2] MAŘÍK, M. (2018): *Metody oceňování podniku: proces ocenění, základní metody a postupy*. Praha: Ekopress, 2018. ISBN 978-80-87865-38-5.
- [3] ŠMÍDOVÁ, R. (2018): *Prognóza tržeb lékařských praxí závislých na kapitálních platbách*. *Oceňování*. 2018, roč. 11, č. 3, s. 43–52. ISSN 1803-0785.
- [4] www.vzp.cz
- [5] www.uzis.cz
- [6] www.czso.cz

Prognóza tržeb stomatologických praxí

Radana Šmídová

ABSTRAKT

Lékařská praxe se vyznačuje řadou odlišností oproti jiným typům podniků. Hodnota je vytvářena především neidentifikovatelnými nehmotnými aktivy, goodwill je determinován osobou provozovatele praxe, hodnota hmotných aktiv tvoří jen malý podíl na celkové hodnotě. Článek je zaměřen na prognózu tržeb stomatologických praxí.

Klíčová slova: Prognóza tržeb; Privátní stomatologická praxe; Kalkulace.

The prognosis of sales of private dental practices

ABSTRACT

A medical practice is characterized by a series of dissimilarities compared to other kinds of business. The value is primarily created by unidentifiable intangible assets, the goodwill is determined by the practitioner, the value of material assets represents a small part on total value. The article focuses on the prognosis of sales of private dental practices.

Key words: Prognosis of sales; Private dental practice; Calculation.

JEL classification: G39