

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**FARMACEUTICKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**Katedra sociální a klinické farmacie**

**LÉKÁRNY V ČR Z POHLEDU PACIENTA**  
**– PROSTOROVÉ ČLENĚNÍ**  
**A VYBRANÉ SLUŽBY**

**PHARMACIES IN THE CZECH REPUBLIC FROM POINT**  
**OF VIEW OF PATIENT - SPACE ZONING AND SELECT**  
**SERVICES**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:  
RNDr. Jana Kotlářová, Ph.D.

**HRADEC KRÁLOVÉ, 2011**

**JAKUB NOVOTNÝ**

„Prohlašuji, že tato práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerá literatura a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, jsou uvedeny v seznamu použité literatury a v práci řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.“

Datum: 13.5.2011

Podpis:

Děkuji RNDr. Janě Kotlářové, Ph.D. za odborné vedení, poskytnuté konzultace, připomínky a rady při vypracování této diplomové práce. Dále děkuji všem studentům, kteří poctivě, svědomitě a pravdivě vyplňovali dotazníky, z nichž jsem čerpal data pro mou práci. Děkuji také mé rodině a přátelům za podporu.

## ABSTRAKT

### LÉKÁRNY V ČR Z POHLEDU PACIENTA – PROSTOROVÉ ČLENĚNÍ A VYBRANÉ SLUŽBY

**Autor:** Novotný J.

**Školitel diplomové práce:** Kotlářová J. \*

\* **Katedra sociální a klinické farmacie, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova v Praze, Česká republika**

**Úvod:** Práce je zaměřena na lékárny v České republice z pohledu jejich prostorového uspořádání officíny, zejména její části přístupné pacientům, a poskytování vybraných služeb klientům.

**Cíl práce:** Analyzovat základní rozdělení prostoru pro výdej přístupného v lékárnách pacientům, zjistit situaci v lékárnách v ČR v oblasti poskytování vybraných služeb klientům lékárny a konfrontovat nalezená zjištění s požadavky příslušných platných právních norem, zachytit vývoj sledovaných jevů v čase v letech 2007-2009.

**Metodika:** Dotazníkové šetření. Respondenti - studenti prvních ročníků oboru farmacie Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové po absolvování praxe v lékárnách. Dotazníky zahrnovaly data z let 2007 a 2009. Hlavní databázi tvořilo 158 lékáren v roce 2007 a 152 lékáren v roce 2009. Zpracování výsledků – program Microsoft Excel.

**Výsledky:** Více než 80 % zkoumaných lékáren bylo veřejných, mělo méně než 10 zaměstnanců a nacházelo se v obcích o velikosti 10 001-50 000 obyvatel. Přibližně 75 % lékáren mělo rozlišená výdejní místa, a to nejčastěji jedno výdejní místo na recept a jedno na volný prodej. V roce 2007 mělo diskrétní zónu pouze 24 % zkoumaných lékáren, v roce 2009 to pak byla více než polovina. V roce 2007 přijímala platební karty pouze polovina zkoumaných lékáren, zatímco v roce 2007 to bylo již více než 70 %. Klientské karty nabízelo zákazníkům přibližně 30 % zkoumaných lékáren v roce 2007 a téměř 50 % v roce 2009. Měření krevního tlaku prováděla přibližně polovina zkoumaných lékáren v obou letech a ve více než 40 % zkoumaných lékáren nenosili žádní pracovníci vůbec jmenovky.

**Závěr:** Výsledky průzkumu ukazují, že ne všechny lékárny dodržovaly právní normy či závazná stanoviska ČLnK, a to například ohledně jmenovek pracovníků lékáren a počtu výdejních míst. Došlo též ke změně některých sledovaných kritérií v průběhu let, například nárůst lékáren přijímajících platební karty a nabízejících zákaznické karty.

## SUMMARY

### PHARMACIES IN THE CZECH REPUBLIC FROM POINT OF VIEW OF PATIENT - SPACE ZONING AND SELECT SERVICES

**Author:** Novotný J.

**Tutor:** Kotlářová J. \*

**\* Dept. of Social and Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmacy in Hradec Kralove, Charles University in Prague, Czech Republic**

**Background:** Work is focused on pharmacies in the Czech Republic from point of view of their spatial arrangement of dispensing space accessible by patients and on provision of selected services for pharmacy clients.

**Aim of study:** Was to analyze basic division of dispensing spaces in pharmacies accessible by patients, determine the situation in pharmacies in the Czech Republic in the sphere of provision of selected services for pharmacy clients and confront findings with requirements of relevant legal standards and obligatory standpoints, capture progress in time of observed phenomenons in years 2007-2009.

**Methods:** Questionnaire survey. Respondents – first grade students of pharmacy specialization of Faculty of Pharmacy of Charles University in Hradec Kralove after completion of their practice in pharmacies. Questionnaires included data from years 2007 and 2009. Main database constituted of 158 pharmacies in 2007 and 152 pharmacies in 2009. Processing results – computer program Microsoft Excel.

**Results:** From examined pharmacies, more than 80 % of them were community, had less than 10 employees and were situated in cities with 10 001-50 000 inhabitants. About 75 % of pharmacies had separated dispensing place, from which were most common one dispensing place for Rx medicaments and one over the counter place. In 2007, only 24 % of examined pharmacies had discrete area, in 2009, more than one half of them had it. In 2007, only one half of examined pharmacies accepted credit cards whereas in 2009, more than 70 % accepted them. Discount cards were provided by almost 30 % of pharmacies in 2007 and almost 50 % in 2009. Blood pressure measuring was offered in almost one half of examined pharmacies in both years and in more than 40 % of examined pharmacies employees didn't wear any nameplates.

**Conclusion:** Results of survey shows, that not all pharmacies respect law and obligatory standpoints. Such as regarding nameplates and numbers of dispensing places. Some examined facts also changed over the years, such as number of pharmacies accepting credit cards and providing discount cards increased.

# OBSAH

ABSTRAKT .....	4
SUMMARY .....	5
OBSAH.....	6
SEZNAM ZKRATEK.....	8
1 ÚVOD A CÍL PRÁCE .....	9
2 TEORETICKÁ ČÁST .....	11
2.1 Právní předpisy k dané problematice .....	11
2.1.1 Zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních .....	11
2.1.2 Vyhláška o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení .....	11
2.1.3 Vyhláška o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení.....	12
2.1.4 Zákon o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře .....	13
2.2 Vnitřní předpisy České lékárnické komory .....	14
2.2.1 Závazné stanovisko ČLnK k pohotovostním lékařským službám .....	14
2.2.2 Závazné stanovisko ČLnK o náležitostech odborného poskytování lékařské péče a o jejich posuzování.....	14
2.2.3 Etický kodex ČLnK .....	15
2.3 Dispenzační boxy a diskrétní zóny - základní informace.....	15
2.3.1 Dispenzační boxy.....	15
2.3.2 Diskrétní zóny .....	17
2.4 Průzkum Machové o lékárnách v ČR.....	17
2.4.1 Charakteristika sledovaných lékáren .....	18
2.4.2 Vyhodnocení pracovních hypotéz Machové .....	19
3 METODICKÁ ČÁST .....	23
3.1 Sběr dat.....	23
3.1.1 Dotazníky - způsob získávání dat.....	23
3.1.2 Popis použitého dotazníku .....	24
3.2 Metodika zpracování dotazníků .....	24
3.2.1 Základní zpracování poskytnutých dotazníků.....	25
3.2.2 Vyřazení zahraničních lékáren .....	25
3.2.3 Kontrola identifikačních údajů o lékárnách .....	26
3.2.4 Kontrola odpovědí v anketní části dotazníku.....	26
3.3 Sjedení duplicitních lékáren .....	28
3.4 Zpracování hlavní databáze.....	30
3.4.1 Sumarizace odpovědí a vytvoření tabulek.....	30
3.4.2 Vytvoření grafů .....	30
3.5 Vyhodnocování výsledků průzkumu.....	30
3.5.1 Porovnání s platnou legislativou.....	31
3.5.2 Srovnání vývoje v čase.....	31
4 VÝSLEDKY PRŮZKUMU .....	32
4.1 Charakteristika souboru .....	32
4.2 Základní údaje o sledovaných lékárnách .....	32
4.2.1 Kraj .....	32
4.2.2 Typ lékárny .....	33
4.2.3 Velikost lékárny .....	33
4.2.4 Velikost obce, v níž se nacházela lékárna .....	33

4.3	Rozdělení výdeje a počty výdejních míst .....	34
4.3.1	Rozdělení výdeje .....	34
4.3.2	Výdejní místa u lékáren s rozlišeným výdejem .....	34
4.3.3	Výdejní místa u lékáren s nerozlišeným výdejem .....	35
4.3.4	Dispenzační boxy .....	36
4.3.5	Diskrétní zóna .....	36
4.3.6	Samoobslužný prodej .....	37
4.4	Platební karty .....	37
4.5	Zákaznické karty .....	37
4.6	Otevírací doba .....	38
4.6.1	Otevírací doba lékáren v pracovní dny .....	38
4.6.2	Otevírací doba v sobotu .....	39
4.6.3	Otevírací doba v neděli .....	40
4.7	Pohotovostní služba .....	40
4.7.1	Poskytování pohotovostní služby .....	40
4.7.2	Forma pohotovosti .....	41
4.8	Měření krevního tlaku .....	41
4.9	Měření přístrojem Corazon .....	42
4.10	Jmenovky pracovníků lékárny .....	42
4.11	Jednotné oblečení pracovníků lékárny .....	43
5	DISKUZE .....	44
5.1	Problémy spojené se zpracováním dotazníků .....	44
5.2	Přehled lékáren zahrnutých do průzkumu .....	44
5.3	Rozdělení výdeje a počty výdejních míst .....	45
5.4	Dispenzační boxy .....	46
5.5	Diskrétní zóna .....	47
5.6	Samoobslužný prodej .....	48
5.7	Platební karty .....	49
5.8	Zákaznické karty .....	50
5.9	Otevírací doba .....	51
5.10	Pohotovostní služba .....	52
5.11	Měření krevního tlaku a přístroj Corazon .....	53
5.12	Jmenovky pracovníků lékárny .....	54
5.13	Jednotné oblečení pracovníků lékárny .....	56
5.14	Vyhodnocení pracovních hypotéz .....	57
6	ZÁVĚR .....	59
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	61
8	PŘÍLOHY .....	64
8.1	Vzor realizovaného dotazníku .....	64
8.2	Přístroj Corazon .....	66
8.3	Ukázka dispenzačního boxu .....	67

## SEZNAM ZKRATEK

CAWI	Computer Assisted Web Interviewing
ČLnK	Česká lékárnická komora
ČR	Česká republika
DB	Databáze
H	Hypotéza
HVLP	Hromadně vyráběný léčivý přípravek
kol.	Kolektiv
LP	Léčivý přípravek/Léčivé přípravky
MS	Microsoft
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
odst.	Odstavec
OÚNZ	Okresní ústav národního zdraví
písm.	Písmeno
PLS	Pohotovostní lékárenská služba
PTVE	Provozně technická vývojová etapa
Rp	Recept/Výdej na recept
Sb.	Sbírka zákonů
Tab.	Tabulka
TK	Krevní tlak
UK	Univerzita Karlova
VFU	Veterinární a farmaceutická univerzita
Vp	Volný prodej – výdej LP bez lékařského předpisu



# 1 ÚVOD A CÍL PRÁCE

Ve své práci se zaměřuji na lékárny v České republice z pohledu jejich prostorového uspořádání officíny, zejména její části přístupné pacientům, a poskytování vybraných služeb klientům. Toto téma jsem zvolil proto, že považuji za důležité, aby si lékárníci uvědomili, jakých faktorů si mohou pacienti všimnout při rozhodování o výběru své lékárny. Interiér lékárny je vedle osoby lékárníka i dalších pracovníků lékárny pro pacienty velmi důležitým hlediskem.

Schopnost lékárníka vytvořit pro pacienta správnou atmosféru tak stále nabývá na významu. Právě to totiž může výrazně rozhodovat o tom, kterou lékárnu si pacient zvolí pro svou návštěvu. Je proto nutné dát pacientovi najevo, a to nejenom svým chováním, že právě on je pro lékárníka na prvním místě, a snažit se přizpůsobit tak, aby i prostředí lékárny bylo pro pacienta příjemné. Pokud by lékárna pacientovi neposkytovala dostatečný komfort a nebyla přizpůsobena jeho potřebám, vyhledá lékárnu jinou, případně zvolí alternativní formu nákupu, například volně prodejných léčivých přípravků na internetu. Je také samozřejmostí, že prostředí lékárny, stejně jako chování pracovníků lékárny, musí být v souladu s platnými právními předpisy.

## **Cílem mé práce je u lékáren v České republice v letech 2007 a 2009:**

- analyzovat základní členění prostoru pro výdej přístupného pacientům
- zjistit aktuální situaci v oblasti poskytování vybraných služeb klientům
- konfrontovat nalezená zjištění s požadavky příslušných platných právních norem
- vyhodnotit nalezená data z časového hlediska, včetně srovnání s výsledky za rok 2008 zjištěnými Machovou <sup>9)</sup>
- ověřit stanovené pracovní hypotézy:

*H1: Všechny lékárny budou mít minimálně 2 výdejní místa.*

*H2: Minimálně 80 % lékáren bude disponovat diskrétní zónou.*

*H3: Minimálně 70 % lékáren bude umožňovat platbu platební kartou.*

*H4: Minimálně 60 % lékáren bude poskytovat službu měření krevního tlaku.*

*H5: Minimálně 90 % odborných pracovníků v lékárně bude označeno jmenovkou.*

Teoretická část mé diplomové práce je zaměřena na platné právní předpisy vztahující se ke sledované problematice. Dále jsem se v ní soustředil na diskrétní zóny

v lékárně a jejich specifickou formu dispenzační boxy. Na závěr přibližuji studii Machové<sup>9)</sup>.

Má práce může lékárníkům přinést zpětnou vazbu jejich postoje vůči pacientům, kteří si všímají, jak je lékárna prostorově uspořádána, zda klientům poskytuje možnost diskrétní zóny a nabízí-li i další služby. Lékárníci mají ve většině případů odborné znalosti, avšak je nezbytné, aby měli povědomí také o tom, jak a podle jakých právních norem se řídit, aby jejich chování a prostředí lékárny s nimi bylo v souladu, a jaké služby je vhodné či možné pacientům nabízet.

## **2 TEORETICKÁ ČÁST**

### **2.1 Právní předpisy k dané problematice**

V teoretické části se zabývám právními předpisy vztahujícími se k problematice mé práce. Přibližuji ustanovení obecných právních předpisů i vnitřních předpisů a stanovisek České lékárnické komory k výdejním místům v lékárnách, diskrétní zóně, pohotovostní lékárenské službě, měření krevního tlaku v lékárnách, jmenovkám a jednotnému oblečení pracovníků lékáren. Pojednávám blíže o diskrétních zónách a dispenzačních boxech v lékárnách. Dále zde představuji práci, která předcházela mému průzkumu.

#### **2.1.1 Zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních**

Zákon České národní rady č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních v platném znění <sup>16)</sup> upravuje podmínky a rozsah poskytování zdravotní péče v nestátních zdravotnických zařízeních (dále jen „nestátní zařízení“), povinnosti nestátních zařízení a podmínky registrace a provozování nestátních zařízení. Nestátní zařízení definuje v § 2 odst. 1 jako jiné zařízení, než zařízení státu. V odst. 2 tohoto paragrafu se uvádí, že provozovatelem nestátního zařízení může být fyzická nebo právnická osoba, oprávněná podle tohoto zákona. § 5 tohoto zákona se zabývá povinnostmi nestátních zařízení. V odst. 2 písm. e) tohoto paragrafu je uvedeno, že nestátní zařízení je povinno „uzavřít smlouvu s krajem příslušným k vydání rozhodnutí o oprávnění, jestliže o to požádá z důvodu zajištění zdravotní péče v obvodu své působnosti, a na jejím základě se v únosné míře podílet na zajištění potřebných zdravotnických služeb, zejména pohotovostní služby včetně lékařské služby první pomoci, zdravotní péče při hromadných nehodách, otravách a přírodních katastrofách, nařízených šetření, prohlídek a opatření v souvislosti s protiepidemickými opatřeními, prohlídek a posuzování zdravotní způsobilosti osob (např. v odvodním řízení, na vyžádání státních orgánů apod.).“ <sup>16)</sup>

#### **2.1.2 Vyhláška o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení**

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení <sup>14)</sup> řeší mimo jiné technické a věcné požadavky na zdravotnická zařízení lékárenské péče.

V příloze této vyhlášky jsou uvedena společná ustanovení pro všechna zdravotnická zařízení, která zahrnují požadavky na prostředí zdravotnických staveb a provozní podmínky zdravotnických zařízení. Dále příloha obsahuje ustanovení pro jednotlivá zařízení ambulantní péče, lékárenské péče a zdravotnické záchranné služby a dopravy raněných, nemocných a rodiček.

Část vyhlášky věnující se zdravotnickým zařízením lékárenské péče je dále rozdělena na společná ustanovení a požadavky na minimální plochy provozních místností lékárenských zařízení a na jejich nezbytné vybavení lékárenskou technologií a nábytkem. V odst. 4 společných ustanovení vymezuje zdravotnická zařízení lékárenské péče jako lékárny základního typu, lékárny s odbornými pracovišti (odděleními) a výdejny prostředků zdravotnické techniky. V požadavcích na minimální plochy provozních místností lékárenských zařízení a na jejich nezbytné vybavení lékárenskou technologií a nábytkem je mimo jiné uvedeno, že mezi vybavení výdeje léčiv s čekárnou patří výdejní stůl se dvěma výdejními místy, a to jak u lékáren základního typu, tak u lékáren s odbornými pracovišti. Tato vyhláška byla několikrát novelizována, naposledy byla změněna vyhláškou uvedenou v kapitole 2.1.3.

### **2.1.3 Vyhláška o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení**

Vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 221/2010 Sb., o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení a o změně vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 51/1995 Sb., kterou se mění a doplňuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, a mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě (vyhláška o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení)<sup>15)</sup> ze dne 30. června 2010 nabyla účinnosti v září roku 2010.

Příloha č. 5 této vyhlášky, oproti vyhlášce č. 49/1993 Sb. o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení<sup>14)</sup>, rozděluje zdravotnická zařízení lékárenské péče pouze na lékárny a výdejny zdravotnických prostředků. Nerozlišuje již tedy lékárny základního typu a lékárny s odbornými pracovišti, i když tyto mohou být nadále zřizovány.

Další důležitou změnou pro danou problematiku je fakt, že místnost pro výdej léčivých přípravků a zdravotnických prostředků pro veřejnost se musí členit na prostor pro výdej s výdejním místem, prostor pro veřejnost vybavený židlemi a prostor pro konzultační činnost, pokud je tato činnost prováděna. Rozdíl oproti vyhlášce č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, je tedy v tom, že v místnosti pro výdej léčivých přípravků a zdravotnických prostředků postačuje jedno výdejní místo.

Vzhledem k tomu, že v době, kdy byly dotazníky vyplňovány, platila vyhláška č. 49/1993 Sb.<sup>14)</sup>, budu nalezené výsledky konfrontovat právě s ní.

#### **2.1.4 Zákon o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře**

Zákon České národní rady č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře<sup>17)</sup> řeší práva a povinnosti členů komory a organizační strukturu těchto stavovských organizací. „Absolvent vysokoškolského studia v oboru farmacie, který vykonává své povolání v lékařském zařízení na území ČR, musí být členem ČLnK.“<sup>17)</sup> V § 2 odst. 1 písm. a) a b) tohoto zákona je uvedeno, že „komory dbají na to, aby členové komor vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komor a zaručují odbornost svých členů a potvrzují splnění podmínek k výkonu lékařského, stomatologického a lékárnického povolání podle zvláštních předpisů.“<sup>17)</sup>

Komory jsou též oprávněny pro své členy vydávat závazná stanoviska k odborným problémům poskytování zdravotní péče. V § 9 odst. 2 tohoto zákona jsou stanoveny povinnosti každého člena komory. Bod a) tohoto odstavce uvádí, že „každý člen komory má povinnost vykonávat své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony.“<sup>17)</sup> V bodě b) tohoto odstavce je uvedeno, že každý člen komory má povinnost dodržovat organizační, jednací, volební a disciplinární řád komory. To může být vynucováno tím, že komory mají právo uplatňovat disciplinární pravomoc v rozsahu stanoveném tímto zákonem. Tuto disciplinární pravomoc vůči členům komory vykonává čestná rada okresního sdružení, případně čestná rada ČLnK. Postihem od čestné rady okresního sdružení za nedodržování povinností člena komory uvedených v § 9 odst. 2 může být buďto důtka nebo pokuta v rozmezí 2 000 až 20 000 Kč. V případě závažného porušení povinností člena komory uvedených v § 9 odst. 2

písm. a) může čestná rada komory udělit pokutu od 3 000 do 30 000 Kč, podmíněčně vyloučit člena z komory, případně sáhnout až k jeho plnému vyloučení z komory.

## **2.2 Vnitřní předpisy České lékárnické komory**

### **2.2.1 Závazné stanovisko ČLnK k pohotovostním lékárenským službám**

Toto závazné stanovisko ČLnK je označeno č. 1/2001<sup>18)</sup>. Česká lékárnická komora v tomto stanovisku považuje výkon pohotovostní lékárenské služby (PLS) za nedílnou součást poskytování lékárenské péče každou, pro tuto činnost smluvně zajištěnou, lékárnou. „Představenstvo ČLnK pokládá za dostatečné, aby byla PLS poskytována v každém okresu nejlépe v přímé návaznosti na lékařskou pohotovostní službu. Pokud to okolnosti dovolují, pokládá ČLnK za optimální, aby byla PLS poskytována v centrech těchto správních jednotek, nikoliv v okolních městech a obcích.“<sup>18)</sup> „ČLnK připouští jak poskytování PLS jednotlivými lékárnami, tak poskytování PLS na jednom místě v zařízení k tomu vybudovaném.“<sup>18)</sup> ČLnK však také upozorňuje na smluvní charakter poskytování této péče a za základní smluvní princip považuje únosnost pro poskytovatele služby a přiměřenou úhradu této péče ze strany objednavatele služby neboli státu. Za přiměřenou úhradu je považována úhrada nákladů vzniklých v souvislosti s poskytováním této péče.

### **2.2.2 Závazné stanovisko ČLnK o náležitostech odborného poskytování lékárenské péče a o jejich posuzování**

Toto závazné stanovisko ČLnK č. 5/2004<sup>19)</sup> řeší požadavky na personální vybavení lékárny, požadavky na organizaci a způsob odborného poskytování lékárenské péče a požadavky na věcné a technické vybavení lékárny. „Vychází z těch požadavků, které se až dosud osvědčily, dále z těch, které vyplývají z platných dřívějších, nových či z připravovaných zdravotnických zákonů a prováděcích právních předpisů a dále z těch odborných požadavků na výkon lékárnického povolání v souladu s jeho odborností a etikou, které nadále v právním předpisu náležitě definované chybí, ač se ukazují být zásadními.“<sup>19)</sup>

Ve třetím bodě obecných ustanovení tohoto stanoviska je uvedeno, že „k zajištění důvěrnosti poskytované lékárenské péče musí mít lékárná vytvořenu diskrétní zónu pro výdej a konzultační prostor nebo místnost.“<sup>19)</sup> Třetí část tohoto stanoviska, zabývající se požadavky na organizaci a způsob odborného poskytování

lékárenské péče, v bodě 2 uvádí, že v rámci komplexnosti péče o pacienta mohou být lékárnou poskytovány i doplňkové služby. Podmínkou pro jejich poskytování však je to, že přímo souvisejí s péčí o zdraví a o zdravotní stav a že je poskytuje výhradně personál odborně způsobilý pro zdravotní péči v lékárně.

### **2.2.3 Etický kodex ČLnK**

Tento kodex upravuje chování a jednání lékárníků při výkonu lékárnické profese i vystupování na veřejnosti. Je pro všechny členy komory závazný a jeho porušení může být disciplinárně trestáno. První bod tohoto kodexu uvádí, že „lékárník slouží svou činností veřejnosti, je povinen své povolání vykonávat svědomitě s využitím svých odborných znalostí, přistupovat ke všem pacientům se stejnou péčí, nečinit mezi nimi rozdíly a jejich prospěch stavět na první místo, zásadně nad své vlastní zájmy.“<sup>2)</sup> Bod 12 tohoto kodexu uvádí, že „povinností lékárníka je znát a dodržovat předpisy pro výkon tohoto povolání včetně vnitřních stavovských předpisů komory.“<sup>2)</sup> V bodě 17 písm. a) je uvedeno, že „povinností lékárníka je seznámit pacienta při poskytování lékárenské péče se svým jménem, příjmením a funkcí v lékárně, minimálně viditelně nošenou jmenovkou.“<sup>2)</sup> V písm. b) tohoto bodu je dále uvedeno, že „odborný zástupce je povinen zabezpečit, aby kromě lékárníka tutéž identifikaci při poskytování zdravotní péče pacientovi podávali i ostatní pracovníci lékárny.“<sup>2)</sup>

## **2.3 Dispenzační boxy a diskretní zóny - základní informace**

### **2.3.1 Dispenzační boxy**

V této kapitole jsem čerpal z článku Práznovcové<sup>11)</sup> a především ze skript Smečky a kol.<sup>12)</sup> Tato skripta se zabývají mimo jiné vývojovými etapami lékáren v Československu.

Čtvrtá provozně-technická vývojová etapa (IV. PTVE) je charakterizována snahou o vytvoření odpovídajícího prostředí vedoucího k prohloubení správné dispenzační praxe. V roce 1963 bylo v rámci pokusu v lékárně OÚNZ v Přerově provedeno důsledné fyzické odloučení výdeje na předpis od prodeje bez předpisu. „Pro recepturní výdej byla vyhrazena zvláštní, tzv. dispenzační místnost vybavená původním československým zařízením, pro které se později ujal název dispenzační box.“<sup>12)</sup>

Při této formě uspořádání jsou návštěvníci, přicházející s předpisem, směřováni do dispenzační místnosti, v níž se u dispenzačního boxu setkají s lékárníkem. Pacienti bez receptu jsou směřováni do jiné místnosti, v níž jsou obslouženi farmaceutickým asistentem. Tímto způsobem byl rozdělen proud návštěvníků a lékárník i farmaceutický asistent se o návštěvníky vzájemně podělili a oba se tak mohli díky získanému času intenzivněji pacientům věnovat. „Konstrukce dispenzačního boxu umožňovala lékárníkovi pracovat podle úvahy buď ve stoje, nebo i vsedě se snadnou dostupností léků v boxu uložených. Při práci v boxu odpadá nadměrná chůze pro léky vzdáleně uložené, čímž se krátí čas nutný k jejich dosažení a opět získává čas k pohovoru s pacienty.“<sup>12)</sup> Počet lékáren IV. PTVE se poté začal spontánně zvyšovat a to až do počátku 90. let 20. století. Po tomto období jejich realizace postupně ustala.

Idea dispenzačního boxu se zrodila již počátkem 60. let. „Byla to snaha o vyplnění prostoru uvolňovaného postupně odcházející přípravou léků magistraliter.“<sup>12)</sup> Požadavkem na dispenzační box byla jeho vysoká úložná kapacita, ergonomicky uspořádané pracoviště, snadnost dosažitelnosti uložených HVLP a možnost diskrétního rozhovoru s pacienty. Pro dispenzační box byla určena samostatná dispenzační místnost. V dispenzačním boxu byly soustředěny nejfrekventovaněji vydávané HVLP do blízkosti expedujícího lékárníka, čímž lékárník dostal více času k podání informací o vydávaných přípravcích. Tento čas získal lékárník právě tím, že nemusel často odcházet pro léčivé přípravky mimo dispenzační box. Dispenzační boxy byly též používány při výuce studentů farmaceutických fakult díky možnosti umístění televizních kamer sloužících ke sledování činnosti expedujícího studenta. Pedagog, odpovědný za studenta, tak mohl opticky i akusticky sledovat jeho činnost a pomocí signalizace schvalovat správnost výdeje, případně upozornit na nějaké nedostatky.

„Československé dispenzační boxy našly odezvu i v zahraničí, jejich modifikace bylo možné nalézt například ve Švédsku, anebo v Litvě.“<sup>12)</sup> Po roce 1989 téměř přestaly nové dispenzační boxy vznikat, přestože nárůst počtu nových lékáren byl markantní. Existující lékárny začaly rovněž dispenzační boxy nahrazovat klasickými tábami. Jedním z důvodů tohoto kroku je pravděpodobně narůstající počet HVLP, jimž kapacita dispenzačních boxů přestávala stačit. „Pravděpodobnější vysvětlení je však spojeno s domněnkou, že dispenzační box představoval v očích lékařské veřejnosti jakousi vazbu na bývalé socialistické lékárenství a bylo proto třeba se ho zbavit.“<sup>12)</sup> Určitým negativem dispenzačního boxu může být například zpomalení odbavení



pacientů, kteří v dispenzačním boxu trávili delší dobu než při obslužení u klasické tary. Jedna z možných podob dispenzačního boxu je zachycena v Příloze 8.3.

### **2.3.2 Diskrétní zóny**

Pátá provozně-technická vývojová etapa (V. PTVE), rozvíjející se od roku 1973, je charakterizována snahou dát pacientovi možnost hovořit s lékárníkem beze svědků a snahou dát lékárníkovi možnost, aby sám usměrňoval příchod pacientů ke svému pracovišti. „Praxe potvrzuje, že mnozí návštěvníci lékárny z ostychu jen neradi přijímají výklad lékárníka o vydávaném léku za přítomnosti dalších osob. Ze stejného důvodu se řada lidí jen nerada před svědky dotazuje, i když jim třeba ledacos není jasné.“<sup>12)</sup> V případech, kdy je pacientovi umožněno hovořit s lékárníkem osamoceně, ztrácí ostych, psychické zábrany a pacient ochotně naslouchá a sám také klade otázky. Toto zjištění vedlo k vytvoření izolovaného dispenzačního prostředí a k realizaci řešení dispenzační místnosti tak, aby se zde pacient setkal s expedujícím lékárníkem bez rušivé přítomnosti další veřejnosti. S možností lékárníka hovořit s pacientem v soukromí souvisí taktéž možnost expedujícího lékárníka regulovat tok příchozích pacientů z čekárny do dispenzační místnosti.

Cest vedoucích k tomuto cíli je několik. Jednou z nich je regulovaný vstup z lékárenské čekárny do dispenzační místnosti. Ta je stavebně oddělena od čekárny a pacientům není umožněn přímý pohled na činnost uvnitř. Čekající pacienti tak nejsou znervózňováni pocitem dlouhého rozhovoru mezi obsluhovaným pacientem a lékárníkem a lékárník není znervózňován pohledem na počet návštěvníků v čekárně. „Výzvu ke vstupu po jednom lze zabezpečit vhodným nápisem na vstupních dveřích do dispenzační místnosti, světelným či akustickým signálem ovládaným z dispenzačního boxu lékárníkem.“<sup>12)</sup> Tam, kde toto uspořádání není možné, je nutné spokojit se s jednoduchým optickým vyznačením diskrétní zóny tak, jak je tomu například na poštách či v bankách. V těchto případech není možné uplatit regulaci přístupu k výdejnímu místa ze strany lékárníka. „Je ovšem nutné spolehnout se na disciplinovanost návštěvníků a na jejich vůli diskrétní prostředí respektovat.“<sup>12)</sup>

## **2.4 Průzkum Machové o lékárnách v ČR**

Z prací zabývajících se obdobnými tématy jako má diplomová práce jsem v rámci rešerše našel jako nejvhodnější absolventskou práci L. Machové<sup>9)</sup> s názvem

„České lékárny z pohledu pacienta – prostorové členění a vybrané služby“. V její práci jsou sledovány shodné parametry lékáren jako v mé práci, a to z dotazníků studentů prvního ročníku oboru Farmacie z Farmaceutické fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové, kteří absolvovali praxi v lékárnách v roce 2008. Studenti vyplňovali stejný dotazník jako v mé studii. Vzor dotazníku je uveden v Příloze 8.1. Výsledky této práce, obhájené v rámci studia na Vyšší odborné škole zdravotnické v Hradci Králové, oboru Diplomovaný farmaceutický asistent, jsem po dohodě se školitelkou využil k porovnání vybraných dat z mé práce a jejich vývoji v průběhu let 2007 až 2009.

#### 2.4.1 Charakteristika sledovaných lékáren

Nejvíce lékáren zastoupených v tomto souboru bylo z kraje Královéhradeckého, následovaného krajem Moravskoslezským. Přibližně 90 % lékáren v souboru bylo veřejných. Nejčastěji byly zastoupeny lékárny s 6-10 zaměstnanci, a to přibližně v 50 % případech. Největší počet lékáren zastoupených ve vzorku se vyskytoval v obcích o velikosti 10 001-50 000, konkrétně zhruba ve 40 %. Okolo 17 % zkoumaných lékáren se pak nacházelo v obcích o velikosti 5 001-10 000 obyvatel. Pro úplnost uvádím převzaté tabulky se základními údaji o lékárnách zkoumaných Machovou <sup>9)</sup>.

Tab. 1- Procentuální zastoupení lékáren v krajích <sup>9)</sup>

Kraj	Počet	%
Jihočeský	9	6,1
Jihomoravský	5	3,4
Karlovarský	3	2,0
Královéhradecký	21	14,3
Liberecký	12	8,2
Moravskoslezský	20	13,6
Olomoucký	15	10,2
Pardubický	11	7,5
Plzeňský	5	3,4
Hlavní město Praha	12	8,2
Středočeský	15	10,2
Ústecký	9	6,1
Vysočina	6	4,1
Zlínský	4	2,7
Celkem	147	100,0

Tab. 2- Typy lékáren <sup>9)</sup>

Typ	Počet	%
Nemocniční	15	10,2
Veřejná	132	89,8
Celkem	147	100,0

Tab. 3- Počet pracovníků <sup>9)</sup>

Počet pracovníků	Počet	%
do 5	49	33,3
6 - 10	76	51,7
11 - 20	16	10,9
nad 20	6	4,1
Celkem	147	100,0

Tab. 4- Zastoupení obcí s lékárnami podle počtu obyvatel <sup>9)</sup>

Počet obyvatel	Počet	%
do 5 000	12	8,2
5 001 - 10 000	25	17,0
10 001 - 50 000	58	39,5
50 001 - 100 000	23	15,6
100 001 - 1 milion	18	12,2
nad 1 milion	11	7,5
Celkem	147	100,0

#### 2.4.2 Vyhodnocení pracovních hypotéz Machové

V práci Machové <sup>9)</sup> byly vyřčeny určité hypotézy, které autorka předpokládala. Tyto hypotézy zde uvádím, včetně toho, zda se jí podařilo je potvrdit či nikoliv. Všechny číselné hodnoty uváděné níže se vztahují k její práci.

**H1:** *Nerozlišený výdej na recepty od volného prodeje bude v alespoň 70 % lékáren.*

Tuto hypotézu se nepodařilo potvrdit vzhledem k tomu, že rozdělená výdejní místa mělo přibližně 65 % zkoumaných lékáren.

**H2:** *Mezi lékárnami s nerozlišenými výdejními místy budou převládat lékárny se dvěma výdejními místy*

Tuto hypotézu se podařilo prokázat. Lékáren s dvěma výdejními místy bylo ve vzorku zhruba 67 %.

**H3:** *Mezi lékárnami s rozlišenými výdejními místy budou převažovat lékárny s jedním výdejním místem na recepty a jedním na volný prodej.*

Tuto hypotézu se taktéž podařilo prokázat.

**H4:** *Dispenzační boxy se budou vyskytovat v 10 % lékáren, a to spíše v nemocničních lékárnách.*

Ze vzorku zkoumaných lékáren mělo dispenzační boxy 10,9 %. V nemocničních lékárnách se však nacházela menší část z nich. Tato hypotéza tedy byla potvrzena pouze částečně.

**H5:** *Diskrétní zóna bude zavedena u 40 % lékáren.*

Diskrétní zónou disponovalo pouze 21,8 % zkoumaných lékáren. Výsledky tak byly výrazně nižší než předpoklad a tato hypotéza tedy nebyla potvrzena.

**H6:** *Samoobslužný prodej bude realizován maximálně u 10 % lékáren.*

Výsledky průzkumu ukázaly, že samoobslužnou formu prodeje nabízelo 13,6 % zkoumaných lékáren. Toto číslo přibližně odpovídá hypotéze, může být tedy považována za částečně potvrzenou.

**H7:** *Minimálně 70 % lékáren bude poskytovat možnost placení platební kartou.*

Možnost placení platebními kartami nabízelo 68,7 % zkoumaných lékáren. Tato hodnota se tedy velmi blížila hypotéze, a lze ji tedy považovat za potvrzenou.

**H8:** *Zákaznické karty budou rozšířeny u poloviny lékáren.*

Zákaznické karty nabízelo pouze 39,5 % zkoumaných lékáren. Tato hypotéza nebyla potvrzena.

**H9:** *Otevírací doba lékáren v pracovních dnech bude nejčastěji v délce 9,5 hodiny.*

Tato hypotéza byla potvrzena, přestože podíl lékáren s touto délkou otevírací doby byl pouze 21,1 %.

**H10:** *Otevírací doba bude v 75 % lékáren začínat v 7:30 hodin.*

Nejvíce zastoupený začátek otevírací doby byl skutečně 7:30, avšak podíl lékáren s tímto začátkem otevírací doby byl mnohem nižší než hypotéza, konkrétně 46,9 % zkoumaných lékáren. Hypotéza byla tedy částečně potvrzena.

**H11:** *Otevírací doba bude v 60 % lékáren končit v 17:00 hodin.*

Nejčastější konec otevírací doby byl skutečně 17:00, avšak podíl lékáren s tímto koncem otevírací doby byl pouze ve 34,7 % zkoumaných lékáren. Tato hypotéza byla tedy potvrzena pouze částečně.

**H12:** *Minimálně polovina lékáren bude v sobotu otevřena.*

Podíl lékáren v sobotu otevřených byl ve vzorku 53,1 %, hypotéza tedy byla potvrzena.

**H13:** *Většina lékáren (minimálně 90 %) bude mít v neděli zavřeno.*

V neděli bylo zavřeno více než 94 % lékáren, tato hypotéza tedy byla potvrzena.

**H14:** *Pohotovostní službu bude provozovat nejvýše 15 % lékáren.*

Pohotovostní službu drželo pouze 11,6 % zkoumaných lékáren. Hypotéza byla tedy potvrzena.

**H15:** *Měření krevního tlaku bude provádět alespoň 50 % lékáren.*

Měření krevního tlaku bylo poskytováno v 53,1 % zkoumaných lékáren, hypotéza tedy byla potvrzena.

**H16:** *Kontrolní přístroj Corazon bude pacientům k dispozici ve 30 % lékáren.*

Službu měření přístrojem Corazon (viz Příloha 8.2) nabízelo pouze 14,3 % zkoumaných lékáren, což je mnohem menší hodnota než hodnota zmíněná v hypotéze. Tato hypotéza tedy nebyla potvrzena.

**H17:** *Jmenovky budou nosit pracovníci ve 40 % lékáren.*

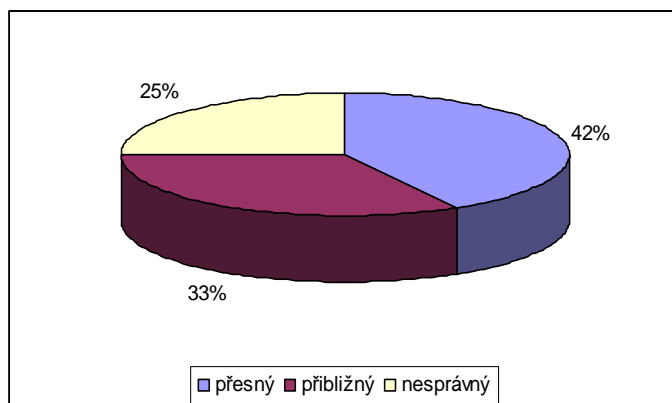
Výsledky průzkumu ukazují, že všichni pracovníci nosili jmenovky ve 34,7 % zkoumaných lékáren a pouze někteří pracovníci pak ve 22,4 % zkoumaných lékáren. Při sečtení obou souborů by byl počet lékáren, u nichž jmenovky nosili alespoň někteří pracovníci, vyšší než 57 % a hypotéza by tedy byla potvrzena.

**H18:** *Jednotný oděv pro všechny pracovníky bude zaveden ve 40 % lékáren.*

Všichni pracovníci lékáren nosili jednotné oblečení v 51,7 % případů, někteří pracovníci pak v 19,7 % případů. Hypotéza tedy byla potvrzena.

V závěru práce Machové <sup>9)</sup> je shrnuto, že z celkem 18 stanovených pracovních hypotéz jich bylo 41,7 % přesných, 33,3 % hypotéz bylo přibližných a 25,0 % hypotéz bylo nesprávných. Tento poměr znázorňuji v Grafu 1.

*Graf 1– Správnost odhadu pracovních hypotéz Machové*



### **3 METODICKÁ ČÁST**

V této části práce nejprve stručně shrnuji základní fakta o průzkumech pomocí dotazníků. Poté popisuji způsob získání dat použitých v mém průzkumu a následně metodiku jejich zpracování. Vyhodnocená data zahrnují období roku 2007 a roku 2009.

#### **3.1 Sběr dat**

##### **3.1.1 Dotazníky - způsob získávání dat**

„Dotazník je formulář určený respondentovi, tedy osobě dotazované během výzkumu dotazníkem, nebo také během interview či v anketě. Dotazník obsahuje otázky a možnosti odpovědí, popřípadě ponechává i místo na spontánní odpověď. Dotazník je v sociologickém průzkumu velmi oblíbený. Umožňuje totiž u reprezentativního souboru dotazovaných poměrně snadnou kontrolu reprezentativity a data pomocí něho získaná se dají rychle zpracovat. Problém je v tom, že respondent je jím poněkud svázán a dá se použít jen v prostředí, které výzkumníci dobře znají.“<sup>6)</sup>

Základem dotazníku je soubor otázek, které jsou předem připravené a promyšleně seřazené a na něž dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně. Odpovědi je možno zachytit v papírové formě nebo elektronicky. Vyplňování dotazníku zpravidla probíhá bez přítomnosti výzkumníka, což je výhodou (viz dále), ale na druhou stranu s sebou nese riziko např. špatného pochopení dotazu či nepřesné odpovědi nebo zavádějících vyjádření.

Dotazníky podle svého charakteru mohou obsahovat otázky uzavřené (strukturované), otevřené (nestrukturované) nebo jejich kombinace. Uzavřené otázky se vyznačují tím, že respondentovi nabízejí určitý počet předem připravených odpovědí. Tím se podstatně pro výzkumníka zjednodušuje vyhodnocování odpovědí. Pro respondenty je též jejich vyplňování pohodlnější. Otevřené otázky nenavrhují respondentovi žádné předem připravené odpovědi. Jejich výhodou je, že respondenti mají volnost v odpovědích a tím tak mohou poskytnout i ty, které tazatel nebral v potaz. Nejčastější odpovědi pak mohou dokonce sloužit pro vytvoření otázek uzavřených pro budoucí dotazování. Zpracování otevřených otázek je pro výzkumníka podstatně náročnější.

Výhodným kompromisem proto mohou být kombinace obou typů otázek, kdy převládají např. uzavřené otázky a podle potřeby je někdy k příslušné otázce přiřazena

možnost jejího upřesnění. Osvědčené je také poskytnutí prostoru na závěr dotazníku pro volné sdělení respondenta k danému tématu nebo přímo výzkumníkovi.

Elektronické dotazníky po jejich vyplnění mohou respondenti odeslat tazateli e-mailem. Avšak v současné době jsou výrazně preferovány dotazníky, které jsou respondenty vyplňovány na internetu. Jejich odpovědi jsou poté automaticky ukládány přímo do databáze. Tyto dotazníky jsou řazeny do tzv. kategorie CAWI (Computer Assisted Web Interviewing). „Výhodou je minimální finanční a časová náročnost. Zpracování odpovědí je jednodušší, protože všechna data, a tedy i odpovědi, jsou v elektronické podobě. Elektronické dotazování nepotřebuje tazatele, tím je dána nestrannost (nemožnost ovlivňovat respondenta).“<sup>8)</sup>

### **3.1.2 Popis použitého dotazníku**

Pro svůj průzkum jsem obdržel dotazník, který je využíván na Katedře sociální a klinické farmacie Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové již několik let. Jeho autorkou je školitelka mé diplomové práce RNDr. Jana Kotlářová, PhD. Vzor dotazníku je uveden v Příloze 8.1.

Hlavička dotazníku nejprve obsahovala identifikační data o respondentovi – jméno a příjmení studenta, termín jeho odborné praxe. Dále byly uvedeny identifikační otázky týkající se lékárny, v níž respondent svou praxi konal – název, adresa, obec a kraj lékárny a její e-mail a webové stránky, pokud jimi disponovala. Poté následovaly otázky týkající se typu lékárny a její velikosti, hodnocené podle počtu pracovníků.

Teprve v tomto místě začínaly vlastní číslované otázky, kterých bylo celkem 13. Otázky číslo 1 a 2 se věnovaly rozdělení výdejních míst a jejich počtů, otázky 3, 4 a 5 se zaměřovaly na výskyt dispenzačních boxů, diskretních zón a samoobslužného prodeje. Otázky 6 a 7 zjišťovaly možnost využívání platebních a zákaznických či slevových karet v lékárnách. Otázky číslo 8 a 9 se týkaly otevírací doby lékáren a realizace pohotovostních služeb. Otázky 10 a 11 sledovaly v lékárnách poskytování služeb měření krevního tlaku a měření pacientů přístrojem Corazon. Otázky 12 a 13 se soustředily na nošení jmenovek a jednotného oblečení pracovníků lékárny.

## **3.2 Metodika zpracování dotazníků**

V následující části popisuji úpravy, které jsem prováděl s daty před tím, než bylo možné získat finální podobu dat vhodnou pro vlastní vyhodnocování výsledků



dotazníku. Bylo totiž nutné pročistit databázi dat od různých překlepů, chyb a nedostatečných či nejednotných odpovědí. Dále vyřešit výskyt duplicitních lékáren a provést některé další zásahy. Při řešení těchto problémů, pokud to bylo vhodné či možné, jsem se snažil respektovat metodiku práce Machové <sup>9)</sup>, jejíž studie byla provedena v roce 2009 jako pilotní průzkum k danému tématu.

Odstraňování jednotlivých nedostatků a chyb jsem realizoval postupně v několika fázích a podle logické návaznosti u všech relevantních otázek. Tato činnost byla pro mou práci opravdu stěžejní. Teprve poté bylo možné vyhodnotit data v hlavní databázi a zpracovat výsledky do konečných tabulek a grafů.

### **3.2.1 Základní zpracování poskytnutých dotazníků**

Respondenty dotazníku byli studenti prvních ročníků magisterského studia oboru Farmacie z Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové po absolvování povinné jednotýdenní propedeutické praxe v lékárnách v letech 2007, 2008 a 2009, vykonávané v měsících červenec až září jednotlivých let. Dotazník, který vyplňovali respondenti v rámci průzkumu, spadá do kategorie CAWI (viz kapitola 3.1.1), nacházel se tedy na internetu. Veškeré zachycené odpovědi soustředěné v této databázi převedl programátor automaticky do tabulek programu Microsoft Excel. V této podobě jsem dostal v surové formě všechna data, která jsem měl podrobně analyzovat v rámci své práce. Pracoval jsem však pouze s daty za roky 2007 a 2009, protože výsledky za rok 2008 byly již zpracovány v absolventské práci Machové <sup>9)</sup>.

Nejprve jsem rozdělil data do dvou samostatných souborů na jednotlivá léta. Po jejich rozdělení jsem získal soubory dat se 188 záznamy z roku 2007 a s 278 záznamy z roku 2009. Označil jsem je jako výchozí databáze a s nimi jsem dále pracoval. Data v nich bylo nutné dále vytřídit. Třídění jsem vykonával mimo jiné za pomoci funkce filtrování v tabulkovém souboru. Při třídění dat se mi též osvědčilo vytvoření několika pomocných listů v souboru.

### **3.2.2 Vyřazení zahraničních lékáren**

Vzhledem k tomu, že se v databázích nacházely také některé zahraniční lékárny, převážně ze Slovenské republiky, bylo nutné tato data ze seznamu vyloučit. Pro tyto lékárny jsem z důvodu pozdějšího možného využití v rámci jiného průzkumu vyčlenil zvláštní záložku, do konečného hodnocení lékáren jsem je však nezařazoval.

### **3.2.3 Kontrola identifikačních údajů o lékárnách**

- Sjednocení krajů, v nichž se nacházely lékárny

Vzhledem k tomu, že názvy krajů vyplňovali respondenti sami, byly tyto údaje v mnoha případech chybné či nejednotné. Sjednotil jsem je proto podle oficiálně používaných názvů územně samosprávních celků. Některé obce byly občas zařazeny do nesprávných krajů, proto jsem opravil i tyto nesrovnalosti.

- Kontrola velikostí obcí

U obcí jsem kontroloval správnost jejich velikostí podle počtu obyvatel. Data jsem ověřoval podle údajů o velikostech obcí v jednotlivých letech a to na webových stránkách Českého statistického úřadu ([www.czso.cz](http://www.czso.cz))<sup>13)</sup>.

### **3.2.4 Kontrola odpovědí v anketní části dotazníku**

U zkoumaných 13 dotazů vlastního průzkumu jsem řešil také řadu problémů, jak vysvětluji podrobněji dále. Také bylo nezbytné provést dodatečnou kategorizaci u odpovědí na vybrané otevřené otázky, která umožnila velký počet individuálních odpovědí převést na jejich menší počet vhodnější pro zpracování.

- Oddělený výdej a počet jednotlivých výdejních míst

V některých případech byl rozpor v negativní odpovědi na oddělení výdejních míst a následnému kladnému udání počtů výdejních míst na recepty či volný prodej. Takto uvedené odpovědi jsem změnil na kladné. Obdobně jsem postupoval i v opačném případě. V případech, kdy bylo políčko prázdné, nahradil jsem jej hodnotou 0. Některé hodnoty byly též vypsány slovně, případně s různými poznámkami, bylo tedy nutné je upravit.

- Dispenzační boxy

V některých případech respondenti uváděli, že se v lékárně nacházel dispenzační box, avšak jako diskrétní zóna byla uvedena jiná forma, případně chyběla. V těchto případech jsem diskrétní zónu označil jako dispenzační box, protože jej považuji za jednu z forem diskrétní zóny.

- Diskrétní zóny

Otázka s názvem „upřesnění diskrétní zóny“ byla otevřená a studenti zde vypisovali vlastními slovy údaje o formách diskrétních zón včetně různých poznámek.

Bylo tedy nutné vytvořit další kategorii, která zahrnovala nejčastější odpovědi a do níž jsem následně jednotlivé odpovědi zařazoval. Tuto kategorii jsem označil jako „zjednodušení diskrétní zóny“ a vytvořil jsem v ní následující možnosti:

- Čára na podlaze
- Dispenzační box
- Nespecifikováno
- Není
- Prostorově odděleno
- Text na podlaze
- Text s upozorněním
- Více možností
- Neví

Kategorie „**čára na podlaze**“ zahrnovala různé formy čar či pruhů na podlaze a oddělení táry barevnými dlaždicemi. Do kategorie „**dispenzační box**“ jsem zahrnul všechny lékárny, u nichž respondenti uváděli kladnou odpověď u otázky na dispenzační boxy. Kategorie „**neví**“ a „**není**“ vycházely z uzavřené odpovědi na otázku diskrétních zón. Kategorie „**prostorově odděleno**“ pak zahrnovala různé formy stojanů či zábradlí, vyznačujících diskrétní zónu. Kategorie „**text na podlaze**“ zahrnovala ty možnosti, kdy respondenti uváděli různé nápisy na podlaze. Do kategorie „**text s upozorněním**“ pak spadaly nápisy na stojanech, cedulích, případně na táře. Kategorie „**více možností**“ zahrnovala ty respondenty, kteří uváděli najednou větší počet možností, a tudíž je nebylo možné zařadit do jedné z výše uvedených kategorií. Proto jsem pro ně vytvořil kategorii samostatnou. Jednalo se nejčastěji o kombinace čáry na podlaze a textu s upozorněním. Do kategorie „**nespecifikováno**“ jsem pak zařadil ty odpovědi, ze kterých nebylo možné posoudit formu diskrétní zóny dle výše uvedených kritérií ani jim přiřadit nějaké zjednodušující kritérium. Jednalo se například o ohraničený prostor, avšak nebylo jasné, jakým způsobem byl ohraničený. Respondenti též často mylně uváděli konzultační prostory jako diskrétní zónu. O tu se však v tomto případě nejedná a tudíž jsem tyto odpovědi převedl do kategorie „není“.

- Otevírací doba lékáren

Otázka na otevírací dobu lékáren byla rozdělena na otevírací dobu v pracovní dny, soboty a neděle. Vzhledem k tomu, že otázka na časy otevíracích dob byla taktéž otevřená, uváděli ji respondenti v různých formátech. Bylo proto nutné tento formát sjednotit, aby bylo možné sečtení shodných odpovědí a vzájemné srovnání. Použil jsem proto shodný formát X:XX – YY:YY (například 7:00 – 17:00). V případech, kdy bylo

políčko prázdné, nahradil jsem jej možností zavřeno. Vytvořil jsem si též nové pomocné kategorie, ve kterých jsem uváděl počátky a konce otevíracích dob a též celkovou délku otevírací doby – tu pouze u pracovních dnů. V některých případech zmiňovali respondenti otevírací dobu oddělenou polední pauzou. V těchto případech jsem za počátek otevírací doby považoval počátek dopolední části otevírací doby a za konec otevírací doby jsem považoval konec odpolední části otevírací doby. Někteří respondenti též uváděli rozdílnou pracovní dobu v různé dny (například Po-Čt 7:15 – 17:00, Pá 7:15 – 14:30). Za otevírací dobu jsem tedy vybral tu, která byla v převažujících dnech.

- Pohotovostní služby

Otázka na formu pohotovostní služby byla také otevřená, bylo tedy opět nutné vytvoření nových zjednodušujících kategorií dle majoritních odpovědí. Studenti měli u otázky uvedeny i příklady odpovědí, proto bylo kategorií relativně málo a týkají se jak pohotovosti v samotné lékárně, tak pohotovosti obecně ve městě, v němž se lékárna nacházela. Jednalo se o následující možnosti:

- Výdejní okénko
- Zvonek
- Lékárny se střídají
- Pohotovostní lékárna
- Nespecifikováno

Kategorie „nespecifikováno“ zahrnovala ty položky, z nichž nebylo možné formu pohotovosti určit, případně neobsahovaly žádné údaje, přestože odpověď na otázku, zda se pohotovost vykonává, byla kladná.

### **3.3 Sjednocení duplicitních lékáren**

Následně bylo pro správnou výpovědní hodnotu dat nutné sjednotit opakující se lékárny tak, aby se v jednotlivých souborech nacházela každá lékárna pouze jednou. V obou souborech dat se totiž objevily případy (viz Tab. 5), kdy jedna lékárna byla zastoupena více respondenty, tzn., že v téže lékárně vykonalo praxi více studentů. Duplicitní lékárny jsem ve výchozí databázi označil barevně pro lepší přehlednost a vytvořil pro ně samostatný list v MS Excelu, v němž jsem s nimi dále pracoval. Pro sjednocení bylo nutné, aby se odpovědi respondentů k dané lékárně shodovaly. V převažující většině případů tomu tak však nebylo. Nejvíce lišících se odpovědí bylo

u otázek na výdejní místa, diskrétní zóny, otevírací doby, jednotné oblečení a jmenovky pracovníků.

Nejednotné odpovědi jsem si vyznačil červeně. Sjednocení jsem prováděl v několika krocích. V případech, kdy respondentů uvádějících jednu lékárnu bylo více než dva, jsem postupoval tak, že za správný údaj jsem považoval ten, který byl zastoupen v převažujícím počtu. Pokud respondenti uvádějící jednu lékárnu byli dva a údaje se lišily, případně pokud počet lišících se odpovědí byl v poměru 1:1, bylo nutné správný údaj dohledat. V první řadě jsem se snažil údaje dohledat na webových stránkách lékáren a to především údaje o otevíracích dobách. Pokud se hodnoty uvedené na webových stránkách shodovaly s hodnotami uvedenými v jedné z odpovědí, považoval jsem tuto odpověď za správnou.

Některé nesrovnalosti jsem zvažoval dle logických postupů. Pokud například jeden respondent uváděl, že se v lékárně nacházela diskrétní zóna, včetně upřesnění její formy a jiný respondent uváděl, že se zde diskrétní zóna nenacházela, považoval jsem za věrohodnější tu odpověď, která byla uvedena včetně upřesnění. Dále jsem srovnával data i napříč jednotlivými lety. Pokud se údaj z některého jiného souboru shodoval s jedním ze sporných údajů v daném dotazníku, považoval jsem jej za správný. Výše zmíněnými způsoby se mi podařilo odstranit převažující většinu duplicit. Zbylé, které nebylo možné sjednotit podle žádného z výše zmíněných klíčů, jsem upravil tak, že ze dvou údajů jsem bral jako správný ten, který byl v daném dotazníku novějšího data, a tudíž jsem jej považoval za aktuálnější.

V případě dotazů na jmenovky a jednotné oblečení jsem postupoval odlišnou metodou. U těchto otázek měli studenti možnosti odpovědí „všichni“, „někteří“ a „ne“. Postupoval jsem dle logické úvahy. Pokud se jednalo o kombinaci odpovědí „všichni“ a „někteří“, případně „ne“ a „někteří“, sjednotil jsem je jako „někteří“, protože jednoznačnost odpovědi „ano“ či „ne“ již byla zpochybněna odpovědí „někteří“. Stejně jsem postupoval i v případě, kdy byly zároveň odpovědi „ano“ i „ne“.

Těmito způsoby jsem tedy docílil toho, že bylo možné duplicitní lékárny sjednotit tak, aby z více záznamů týkajících se jedné lékárny bylo možné získat vždy pouze jeden. Po sjednocení duplicitních záznamů o jedné lékárně v obou výchozích databázích vzniknul soubor 158 jednotlivých lékáren v roce 2007 a 152 jednotlivých lékáren v roce 2009. V tabulce 5 přehledně ukazují rozdíl mezi počtem záznamů

v jednotlivých letech ve výchozí databázi a konečným počtem jednotlivých lékáren zahrnutým v hlavní databázi v daném roce.

Tab. 5 – Přehled počtu lékáren ve výchozí a v hlavní databázi v letech 2007 a 2009

Rok	2007	2009
Počet záznamů – výchozí DB	188	178
Počet jednotlivých lékáren – hlavní DB	158	152
Rozdíl	30	26

### 3.4 Zpracování hlavní databáze

Teprve po rozdělení dat na jednotlivá léta, opravě chyb, sjednocení duplicitních lékáren a dalších úpravách bylo možno dokončit tvorbu hlavní databáze pro oba zkoumané roky. Výsledky jsem vždy vyhodnocoval z dat obsažených v hlavní databázi. Tuto část mé práce popisuji v následujících bodech.

#### 3.4.1 Sumarizace odpovědí a vytvoření tabulek

Finální sumarizaci dat jsem realizoval opět v programu Microsoft Excel. Tabulkový editor MS Excel umožňuje vytvoření kontingenčních tabulek, což jsou tabulky shrnující výčet různých odpovědí v zadané oblasti a též počty jednotlivých odpovědí. Tato funkce byla pro mou práci velmi vhodná. K vyjádření procentuálního zastoupení jednotlivých odpovědí jsem využíval též funkci MS Excelu, konkrétně vzorec pro výpočet části z celkového množství, kdy část v procentech je vyjádřena jako podíl části k celkovému množství vynásobená stem. Hlavní výsledky prezentované formou tabulek jsou představeny v kapitole 4.

#### 3.4.2 Vytvoření grafů

Použitý editor Microsoft Excel umožňoval též vytvoření grafů z dat uložených v tabulkách. Pro jednotlivé výsledky jsem se snažil používat nejvhodnější typy grafů, převážně pak graf výsečový. Pomocí grafů prezentuji výsledky dotazníkového průzkumu zejména v kapitole 5.

### 3.5 Vyhodnocování výsledků průzkumu

Výsledky svého průzkumu jsem porovnal s platnými právními předpisy a sledoval také jejich vývoj v čase. Na závěr jsem vyhodnotil správnost svých pracovních hypotéz uvedených v kapitole 1.

### **3.5.1 Porovnání s platnou legislativou**

U nalezených výsledků v jednotlivých letech jsem posoudil, zda a v jakém rozsahu odpovídají příslušným platným právním předpisům. Jednalo se zejména o vztah k právním předpisům, které jsem představil v rámci kapitoly 2.

### **3.5.2 Srovnání vývoje v čase**

Jedním z cílů mé práce bylo provést i vyhodnocení zjištěného jevu v časové posloupnosti. Proto v kapitole 5 diskutuji časový vývoj jednotlivých výsledků v letech 2007 – 2009. Pro rok 2008 využívám k doplnění časové osy výsledky zpracované Machovou <sup>9)</sup>, jejíž práci vedla stejná školitelka.

## 4 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

V úvodu této kapitoly nejprve charakterizují zkoumané lékárny podle základních identifikačních parametrů a poté uvádím postupně výsledky jednotlivých otázek průzkumu, které jsem pro vyšší přehlednost zpracoval do tabulek, členěných podle obou roků průzkumu na část a) pro rok 2007 a na část b) pro rok 2009.

### 4.1 Charakteristika souboru

Výchozí databáze pro rok 2007 obsahovala původně data od 188 respondentů a pro rok 2009 data od 178 respondentů. Po sjednocení a odstranění duplicit vznikl soubor obsahující 158 jednotlivých lékáren pro rok 2007 a soubor 152 jednotlivých lékáren pro rok 2009. (viz Tab. 5) Celkový počet lékáren v České republice v roce 2007 byl 2 374, v roce 2009 pak 2 370. Soubor tedy zahrnoval 6,65 % lékáren v roce 2007 a 6,41 % lékáren v roce 2009.

### 4.2 Základní údaje o sledovaných lékárnách

#### 4.2.1 Kraj

Tab. 6 – Rozdělení lékáren podle krajů  
a) v roce 2007

Kraj	Počet	%
Hlavní město Praha	17	10,76
Jihočeský	10	6,33
Jihomoravský	5	3,16
Karlovarský	6	3,80
Královéhradecký	15	9,49
Liberecký	9	5,70
Moravskoslezský	20	12,66
Olomoucký	12	7,59
Pardubický	14	8,86
Plzeňský	5	3,16
Středočeský	18	11,39
Ústecký	9	5,70
Vysočina	9	5,70
Zlínský	9	5,70
Celkem	158	100,00

b) v roce 2009

Kraj	Počet	%
Hlavní město Praha	14	9,21
Jihočeský	8	5,26
Jihomoravský	1	0,66
Karlovarský	7	4,61
Královéhradecký	26	17,11
Liberecký	7	4,61
Moravskoslezský	23	15,13
Olomoucký	16	10,53
Pardubický	11	7,24
Plzeňský	10	6,58
Středočeský	11	7,24
Ústecký	7	4,61
Vysočina	6	3,95
Zlínský	5	3,29
Celkem	152	100,00

Lékárny v obou souborech byly rozloženy do všech krajů (viz Tab. 6). Nejčastěji zastoupenými kraji byly v roce 2007 kraj Moravskoslezský a Středočeský a v roce 2009



Královéhradecký a Moravskoslezský. V roce 2009 byl pouze symbolicky zastoupen Jihomoravský kraj.

#### 4.2.2 Typ lékárný

Tab. 7 – Rozdělení lékáren podle typu lékárný

a) v roce 2007

Typ lékárný	Počet	%
nemocniční	15	9,49
veřejná	143	90,51
Celkem	158	100,00

b) v roce 2009

Typ lékárný	Počet	%
nemocniční	26	17,11
veřejná	126	82,89
Celkem	152	100,00

V obou letech byly zastoupeny nejvýrazněji veřejné lékárný. Nemocničních lékáren bylo ve vzorku necelých 10 % v roce 2007 a okolo 17 % v roce 2009. (viz Tab. 7)

#### 4.2.3 Velikost lékárný

Velikost lékárný byla posuzována podle počtu pracovníků v ní zaměstnaných.

Tab. 8 – Rozdělení lékáren podle typu lékárný

a) v roce 2007

Velikost lékárný	Počet	%
do 5 pracovníků	53	33,54
6-10 pracovníků	77	48,73
11-20 pracovníků	22	13,92
nad 20 pracovníků	6	3,80
Celkem	158	100,00

b) v roce 2009

Velikost lékárný	Počet	%
do 5 pracovníků	61	40,13
6-10 pracovníků	55	36,18
11-20 pracovníků	25	16,45
nad 20 pracovníků	11	7,24
Celkem	152	100,00

Z Tab. 8 je zřejmé, že v roce 2007 bylo v průzkumu zastoupeno nejvíce lékáren se 6-10 pracovníky, v roce 2009 to pak bylo nejvíce malých lékáren s počtem maximálně 5 pracovníků. V obou letech převyšoval souhrnný počet lékáren do 10 pracovníků hodnotu 75 %. Největší lékárný byly vždy nemocniční, avšak jejich výskyt byl poměrně nízký.

#### 4.2.4 Velikost obce, v níž se nacházela lékárna

Lékařný v roce 2007 se vyskytovaly přibližně ve 100 různých obcích, v roce 2009 pak v 90 obcích. Hlavní město Praha bylo zastoupeno v obou letech kolem 10 %.

Tab. 9 – Rozdělení lékáren podle velikosti obce, v níž se nacházela lékárna  
a) v roce 2007

Velikost obce	Počet	%
do 5 000	9	5,70
5 001-10 000	31	19,62
10 001-50 000	66	41,77
50 001-100 000	29	18,35
100 001-milion	6	3,80
nad milion	17	10,76
Celkem	158	100,00

b) v roce 2009

Velikost obce	Počet	%
do 5 000	16	10,53
5 001-10 000	25	16,45
10 001-50 000	59	38,82
50 001-100 000	26	17,11
100 001-milion	12	7,89
nad milion	14	9,21
Celkem	152	100,00

V obou letech se největší počet zkoumaných lékáren (okolo 40 %) nacházel v obcích o velikosti 10 001-50 000 obyvatel. (viz Tab. 9)

### 4.3 Rozdělení výdeje a počty výdejních míst

#### 4.3.1 Rozdělení výdeje

Tab. 10 – Rozdělení výdeje v lékárnách  
a) v roce 2007

Rozdělený výdej	Počet	%
ne	39	24,68
ano	119	75,32
Celkem	158	100,00

b) v roce 2009

Rozdělený výdej	Počet	%
ne	40	26,32
ano	112	73,68
Celkem	152	100,00

Podíl lékáren s rozděleným výdejem v obou letech převažoval a to vždy v hodnotě větší než 70 %, jak je patrné z Tab. 10.

#### 4.3.2 Výdejní místa u lékáren s rozlišeným výdejem

Situaci a počty výdejních míst u lékáren s rozlišeným výdejem zachycují tabulky 11 – 13.

Tab. 11 – Rozdělení lékáren podle počtu výdejních míst na recepty  
a) v roce 2007

Výdejní místa na Rp	Počet	%
0	2	1,68
1	81	68,07
2	25	21,01
3	9	7,56
5	1	0,84
6	1	0,84
Celkem	119	100,00

b) v roce 2009

Výdejní místa na Rp	Počet	%
0	1	0,89
1	63	56,25
2	38	33,93
3	6	5,36
4	3	2,68
5	1	0,89
Celkem	112	100,00

Tab. 12 – Rozdělení lékáren podle počtu výdejních míst na volný prodej  
a) v roce 2007

Výdejní místa na Vp	Počet	%
1	102	85,71
2	15	12,61
3	2	1,68
Celkem	119	100,00

b) v roce 2009

Výdejní místa na Vp	Počet	%
0	1	0,89
1	89	79,46
2	21	18,75
3	1	0,89
Celkem	112	100,00

Tab. 13 – Rozdělení lékáren podle počtu nerozlišených výdejních míst  
a) v roce 2007

Výdejní místa nerozlišená	Počet	%
0	112	94,12
1	6	5,04
2	1	0,84
Celkem	119	100,00

b) v roce 2009

Výdejní místa nerozlišená	Počet	%
0	102	91,07
1	10	8,93
Celkem	112	100,00

U lékáren s rozlišeným výdejem převažovaly v obou letech lékárny s jedním výdejním místem na recepty, jedním výdejním místem na volný prodej a žádným nerozlišeným výdejním místem. Pomocí kontingenční tabulky bylo též možné zjistit počty lékáren, které měly zastoupeny nejčastější kombinaci výdejních míst. V roce 2007 to bylo 73 lékáren s jedním výdejním místem na recept, jedním na volný prodej a žádným nerozlišeným, což činí okolo 60 % z celkového počtu lékáren s rozlišeným výdejem. V roce 2009 to bylo 46 lékáren s jedním výdejním místem na recept, jedním na volný prodej a žádným nerozlišeným, což činí přibližně 40 % z celkového počtu lékáren s rozlišeným výdejem.

#### 4.3.3 Výdejní místa u lékáren s nerozlišeným výdejem

Počty výdejních míst u lékáren s nerozlišeným výdejem zachycuje Tab. 14.

Tab. 14 – Rozdělení lékáren podle počtu nerozlišených výdejních míst  
a) v roce 2007

Výdejní místa nerozlišená	Počet	%
1	12	30,77
2	23	58,97
3	4	10,26
Celkem	39	100,00

b) v roce 2009

Výdejní místa nerozlišená	Počet	%
1	10	25,00
2	26	65,00
3	2	5,00
4	2	5,00
Celkem	40	100,00

Tab. 14 ukazuje, že v obou zkoumaných letech měla nadpoloviční většina lékáren s nerozlišeným výdejem dvě výdejní místa společná pro výdej na recepty a na volný prodej.

#### 4.3.4 Dispenzační boxy

Tab. 15 – Dispenzační boxy v lékárnách

a) v roce 2007

Dispenzační boxy	Počet	%
ne	139	87,97
ano	19	12,03
Celkem	158	100,00

b) v roce 2009

Dispenzační boxy	Počet	%
ne	127	83,55
ano	25	16,45
Celkem	152	100,00

Podle Tab. 15 podíl lékáren bez dispenzačních boxů převyšoval ve vzorku v obou letech 80 %.

#### 4.3.5 Diskrétní zóna

Tab. 16 – Diskrétní zóny v lékárnách

a) v roce 2007

Diskrétní zóna	Počet	%
ne	114	72,15
ano	39	24,68
nevím	5	3,16
Celkem	158	100,00

b) v roce 2009

Diskrétní zóna	Počet	%
ne	65	42,76
ano	81	53,29
nevím	6	3,95
Celkem	152	100,00

Tab. 16 ukazuje, že v roce 2007 převažoval počet lékáren, u nichž se diskretní zóna vůbec nenacházela, v roce 2009 pak nadpoloviční počet lékáren již v nějaké formě diskretní zónu měl.

Tab. 17 – Upřesnění diskretní zóny

a) v roce 2007

Forma diskretní zóny	Počet	%
čára na podlaze	12	30,77
dispenzační box	19	48,72
nespecifikováno	3	7,69
text na podlaze	1	2,56
text s upozorněním	2	5,13
více značení	2	5,13
Celkem	39	100,00

b) v roce 2009

Forma diskretní zóny	Počet	%
čára na podlaze	35	43,21
dispenzační box	25	30,86
prostorově odděleno	3	3,70
text na podlaze	8	9,88
text s upozorněním	8	9,88
více značení	2	2,47
Celkem	81	100,00

Z Tab. 17 je patrné, že v roce 2007 byla u lékáren s diskretní zónou její nejčastější podoba ve formě dispenzačního boxu téměř v 50 % případů, ve formě čáry na podlaze pak okolo 30 % výskytů. V roce 2009 byla nejvíce zastoupena forma čáry na podlaze s podílem 43 % a dispenzačního boxu s podílem okolo 30 %.

#### 4.3.6 Samoobslužný prodej

Tab. 18 – Samoobslužný prodej v lékárnách  
a) v roce 2007

Samoobsluha	Počet	%
ne	140	88,61
ano	18	11,39
Celkem	158	100,00

b) v roce 2009

Samoobsluha	Počet	%
ne	131	86,18
ano	21	13,82
Celkem	152	100,00

Samoobslužný prodej léčivých přípravků a dalšího sortimentu umožňovalo pouze 12 % zkoumaných lékáren v roce 2007 a téměř 14 % zkoumaných lékáren v roce 2009. (viz Tab. 18)

#### 4.4 Platební karty

Tab. 19 – Akceptace platebních karet v lékárnách  
a) v roce 2007

Platební karty	Počet	%
ne	48	30,38
ano	81	51,27
nevím	29	18,35
Celkem	158	100,00

b) v roce 2009

Platební karty	Počet	%
ne	28	18,42
ano	109	71,71
nevím	15	9,87
Celkem	152	100,00

Platební karty byly přijímány ve více než polovině zkoumaných lékáren v roce 2007. V roce 2009 to pak bylo již téměř 72 % lékáren. (viz Tab. 19)

#### 4.5 Zákaznické karty

Tab. 20 – Poskytování zákaznických karet v lékárnách  
a) v roce 2007

Zákaznické karty	Počet	%
ne	67	42,41
ano	47	29,75
nevím	44	27,85
Celkem	158	100,00

b) v roce 2009

Zákaznické karty	Počet	%
ne	57	37,50
ano	73	48,03
nevím	22	14,47
Celkem	152	100,00

Tab. 20 ukazuje, že zákaznické, klientské či slevové karty nabízelo v roce 2007 necelých 30 % zkoumaných lékáren, v roce 2009 pak tato hodnota dosáhla skoro jedné poloviny zkoumaných lékáren.

## 4.6 Otevírací doba

Velmi náročná na vyhodnocování a interpretaci výsledků byla otázka zaměřená na otevírací dobu lékáren. V případech, kdy se lékárny s vybranými otevíracími dobami vyskytovaly ve velmi malém počtu, zařadil jsem je do společné kategorie s názvem „ostatní“. Výjimku tvořily lékárny s 24hod provozní dobou, protože zdůraznění této otevírací doby jsem považoval za velmi zajímavé.

### 4.6.1 Otevírací doba lékáren v pracovní dny

Tab. 21 – Počátek otevírací doby lékárny v pracovní dny

a) v roce 2007

Otevřeno od	Počet	%
0:00	2	1,27
6:30	1	0,63
7:00	44	27,85
7:15	3	1,90
7:30	70	44,30
7:45	1	0,63
8:00	33	20,89
9:00	4	2,53
Celkem	158	100,00

b) v roce 2009

Otevřeno od	Počet	%
0:00	1	0,66
7:00	40	26,32
7:15	3	1,97
7:30	68	44,74
7:45	1	0,66
8:00	37	24,34
8:30	1	0,66
9:00	1	0,66
Celkem	152	100,00

Tab. 22 – Konec otevírací doby lékárny v pracovní dny

a) v roce 2007

Otevřeno do	Počet	%
16:00	13	8,23
17:00	50	31,65
17:30	23	14,56
18:00	42	26,58
18:30	6	3,80
20:00	7	4,43
24:00	2	1,27
ostatní	15	9,49
Celkem	158	100,00

b) v roce 2009

Otevřeno do	Počet	%
15:30	6	3,95
16:00	17	11,18
16:30	7	4,61
17:00	48	31,58
17:30	8	5,26
18:00	41	26,97
19:00	9	5,92
20:00	6	3,95
24:00	1	0,66
ostatní	9	5,92
Celkem	152	100,00

Tab. 23 – Délka otevírací doby v hodinách v pracovní dny

a) v roce 2007

Délka otevírací doby	Počet	%
8	5	3,16
8,5	10	6,33
9	17	10,76
9,5	29	18,35
10	33	20,89
10,5	21	13,29
11	23	14,56
12	8	5,06
24	2	1,27
ostatní	10	6,33
Celkem	158	100,00

b) v roce 2009

Délka otevírací doby	Počet	%
8	10	6,58
8,5	6	3,95
9	22	14,47
9,5	29	19,08
10	24	15,79
10,5	13	8,55
11	27	17,76
12	8	5,26
24	1	0,66
ostatní	12	7,89
Celkem	152	100,00

Podle Tab. 21 – 23 byl počátek otevírací doby zkoumaných lékáren v pracovních dnech v obou letech nejčastěji v 7:30 hod. Konec otevírací doby byl nejběžnější v 17:00 hod, velmi často však také lékárny zavíraly v 18:00, což obdobně platilo v obou letech. Nejvíce zastoupená délka otevírací doby dosahovala 10 hodin v roce 2007 a 9,5 hodin v roce 2009.

#### 4.6.2 Otevírací doba v sobotu

Tab. 24 – Počátek otevírací doby lékárny v sobotu

a) v roce 2007

Otevřeno od	Počet	%
0:00	2	1,27
7:00	12	7,59
7:30	24	15,19
8:00	60	37,97
8:30	1	0,63
9:00	5	3,16
zavřeno	54	34,18
Celkem	158	100,00

b) v roce 2009

Otevřeno od	Počet	%
0:00	1	0,66
7:00	4	2,63
7:15	1	0,66
7:30	11	7,24
8:00	56	36,84
8:30	1	0,66
9:00	3	1,97
zavřeno	75	49,34
Celkem	152	100,00

Tab. 25 – Konec otevírací doby lékárný v sobotu  
a) v roce 2007

Otevřeno do	Počet	%
11:00	17	10,76
11:30	11	6,96
12:00	56	35,44
13:00	5	3,16
20:00	5	3,16
24:00	2	1,27
ostatní otevřené	8	5,06
zavřeno	54	34,18
Celkem	158	100,00

b) v roce 2009

Otevřeno do	Počet	%
11:00	8	5,26
11:30	8	5,26
12:00	46	30,26
20:00	4	2,63
24:00	1	0,66
ostatní otevřené	10	6,58
zavřeno	75	49,34
Celkem	152	100,00

Jak je patrné z Tab. 24 a 25, z lékáren otevřených v sobotu nejvíce otevíralo v 8 hodin a končilo ve 12 hodin, a to v obou letech. V roce 2007 bylo v sobotu zavřeno téměř 35 % zkoumaných lékáren, v roce 2009 to pak bylo skoro 50 % těchto lékáren.

#### 4.6.3 Otevírací doba v neděli

Tab. 26 – Otevírací doba lékáren v neděli  
a) v roce 2007

Otevírací doba	Počet	%
0:00 - 24:00	2	1,27
8:00 - 20:00	5	3,16
ostatní otevřené	9	5,70
zavřeno	142	89,87
Celkem	158	100,00

b) v roce 2009

Otevírací doba	Počet	%
0:00 - 24:00	1	0,63
8:00 - 20:00	4	2,53
ostatní otevřené	10	6,33
zavřeno	137	86,71
Celkem	152	96,20

Tab. 26 ukazuje, že v obou letech bylo dosaženo podobných výsledků. V neděli bylo zavřeno více než 85 % zkoumaných lékáren a u lékáren otevřených v neděli byla nejčastější otevírací doba 8:00 – 20:00 hod.

## 4.7 Pohotovostní služba

### 4.7.1 Poskytování pohotovostní služby

Tab. 27 – Poskytování pohotovostní služby lékárný  
a) v roce 2007

Pohotovost	Počet	%
ne	123	77,85
ano	19	12,03
nevím	16	10,13
Celkem	158	100,00

b) v roce 2009

Pohotovost	Počet	%
ne	123	80,92
ano	21	13,82
nevím	8	5,26
Celkem	152	100,00



Tab. 27 ukazuje, že v obou letech vykonávalo pohotovostní službu pouze malé množství zkoumaných lékáren, a to vždy méně než 15 %.

#### 4.7.2 Forma pohotovosti

Tab. 28 – Forma pohotovosti lékární

a) v roce 2007

Forma pohotovosti	Počet	%
lékárny se střídají	5	26,32
nespecifikováno	3	15,79
výdejní okénko	6	31,58
pohotovostní lékárna	2	10,53
zvonek	3	15,79
Celkem	19	100,00

b) v roce 2009

Forma pohotovosti	Počet	%
lékárny se střídají	2	9,52
nespecifikováno	14	66,67
výdejní okénko	5	23,81
Celkem	21	100,00

Z lékáren zařazených do průzkumu v roce 2007 byl nejčastější výdej skrze pohotovostní okénko a lékárny se ve městě střídaly. V roce 2009 převažovaly nespecifikované odpovědi následované možností pohotovosti s výdejním okénkem. (viz Tab. 28)

#### 4.8 Měření krevního tlaku

Tab. 29 – Měření krevního tlaku v lékárně

a) v roce 2007

Měření TK	Počet	%
ne	74	46,84
ano	73	46,20
nevím	11	6,96
Celkem	158	100,00

b) v roce 2009

Měření TK	Počet	%
ne	59	38,82
ano	75	49,34
nevím	18	11,84
Celkem	152	100,00

Jak představuje Tab. 29, v roce 2007 v souboru nepatrně převažovaly lékárny, které službu měření krevního tlaku nenabízely, ale celkově byl poměr obou skupin velmi vyrovnaný (okolo 46 %). V roce 2009 již v převažoval počet lékáren, které tuto službu regulérně nabízely. Jednalo se o téměř polovinu lékáren.

## 4.9 Měření přístrojem Corazon

Tab. 30 – Měření přístrojem Corazon v lékárně

a) v roce 2007

Přístroj Corazon	Počet	%
ne	78	49,37
ano	24	15,19
nevím	56	35,44
Celkem	158	100,00

b) v roce 2009

Přístroj Corazon	Počet	%
ne	99	65,13
ano	27	17,76
nevím	26	17,11
Celkem	152	100,00

Tab. 30 ukazuje, že v obou letech převažovaly ty lékárny, které nebyly vybaveny přístrojem Corazon. V roce 2007 se přístroj nacházel v 15 % zkoumaných lékáren a v roce 2009 přibližně v 18 % zkoumaných lékáren, proto tuto užitečnou službu mohla realizovat jen poměrně malá část lékáren.

## 4.10 Jmenovky pracovníků lékárny

Dotaz na označování pracovníků lékárny jmenovkami jsem v obou souborech nejprve vyhodnotil společně pro všechny lékárny bez rozlišení typu lékárny. Následně uvádím samostatné výsledky zvláště pro nemocniční a zvláště pro veřejné lékárny.

Tab. 31 – Nošení jmenovek v lékárnách celkově

a) v roce 2007

Jmenovky	Počet	%
ne	70	44,30
někteří	20	12,66
všichni	68	43,04
Celkem	158	100,00

b) v roce 2009

Jmenovky	Počet	%
ne	63	41,45
někteří	25	16,45
všichni	64	42,11
Celkem	152	100,00

Tab. 32 – Nošení jmenovek v nemocničních lékárnách

a) v roce 2007

Nemocniční lékárna	Počet	%
ne	1	6,67
někteří	4	26,67
všichni	10	66,67
Celkem	15	100,00

b) v roce 2009

Nemocniční lékárna	Počet	%
ne	2	7,69
někteří	4	15,38
všichni	20	76,92
Celkem	26	100,00

Tab. 33 – Nošení jmenovek ve veřejných lékárnách

a) v roce 2007

<b>Veřejná lékárna</b>	<b>Počet</b>	<b>%</b>
ne	69	48,25
někteří	16	11,19
všichni	58	40,56
<b>Celkem</b>	<b>143</b>	<b>100,00</b>

b) v roce 2009

<b>Veřejná lékárna</b>	<b>Počet</b>	<b>%</b>
ne	61	48,41
někteří	21	16,67
všichni	44	34,92
<b>Celkem</b>	<b>126</b>	<b>100,00</b>

V roce 2007 byl počet zkoumaných lékáren, v nichž nosili jmenovky všichni pracovníci a těch, v nichž nenosili žádní, poměrně vyrovnaný, s mírnou převahou těch lékáren, kde je pracovníci nenosili. V roce 2009 byly tyto údaje také velmi vyrovnané, avšak poněkud převažovaly ty lékárny, v nichž jmenovky nosili všichni pracovníci.

Po rozdělení dat z nemocničních a veřejných lékáren však lze pozorovat, že ve více než 66 % zkoumaných nemocničních lékáren v roce 2007 a ve více než 76 % zkoumaných nemocničních lékáren v roce 2009 nosili jmenovky všichni pracovníci. Na druhou stranu, u veřejných lékáren to bylo pouze 40 % v roce 2007 a 35 % v roce 2009. (viz Tab. 31-33)

#### 4.11 Jednotné oblečení pracovníků lékáren

Tab. 34 – Jednotné oblečení pracovníků v lékárnách

a) v roce 2007

<b>Jednotné oblečení</b>	<b>Počet</b>	<b>%</b>
ne	37	23,42
někteří	26	16,46
všichni	95	60,13
<b>Celkem</b>	<b>158</b>	<b>100,00</b>

b) v roce 2009

<b>Jednotné oblečení</b>	<b>Počet</b>	<b>%</b>
ne	41	26,97
někteří	18	11,84
všichni	93	61,18
<b>Celkem</b>	<b>152</b>	<b>100,00</b>

Jak ukazuje Tab. 34, v obou letech nosili ve sledovaných lékárnách všichni pracovníci jednotné oblečení ve více než 60 % případů.

## 5 DISKUZE

V této kapitole shrnuji výsledky svého průzkumu a přibližuji jejich význam pro lékárny či pacienty. Vybrané výsledky následně konfrontuji s právními předpisy platnými v době realizace sběru dat. Výsledky uvádím postupně podle otázek v dotazníku a u většiny z nich též provádím jejich porovnání v průběhu let 2007 - 2009. Pro doplnění časové posloupnosti používám též data a výsledky z roku 2008, které jsem převzal z práce Machové <sup>9)</sup>, jejíž zkoumaný soubor jsem blíže popsal v kapitole 2.4.1. Na závěr jsem zařadil vyhodnocení svých pracovních hypotéz.

### 5.1 Problémy spojené se zpracováním dotazníků

Zpracování dotazníků bylo spojeno i s řadou problémů. Respondenti často uváděli při jejich vyplňování chybné údaje, například o umístění obcí v určitém kraji či o velikosti obce, v níž se lékárna nacházela. Nejednotné zadávání otevřených otázek, například otevírací doby, poznámek k diskretním zónám či pohotovostním službám, bylo spojeno s nutností následné úpravy do jednotného formátu a vytvořením dodatečných kategorií pro třídění. Nejproblematičtější bylo sjednocení duplicitních lékáren, které bylo nutné proto, aby se ve vzorku určitá lékárna nenacházela více než jednou. Metodu sjednocení duplicitních lékáren jsem popsal v kapitole 3.3.

### 5.2 Přehled lékáren zahrnutých do průzkumu

Do hlavní databáze bylo zahrnuto 158 lékáren ze 102 obcí v roce 2007 a 152 lékáren z 91 obcí v roce 2009. Soubor Machové <sup>9)</sup> z roku 2008 obsahoval 147 lékáren, počet obcí nevedla. Jednalo se vždy o lékárny, nikoliv o výdejny léčivých přípravků a zdravotnických prostředků. Nejvíce lékáren zastoupených v průzkumu bylo z kraje Moravskoslezského a Královéhradeckého kraje, u Machové tomu bylo srovnatelně. V průzkumu bylo analyzováno přibližně 6,7 % lékáren ze všech lékáren v ČR v roce 2007, u Machové v roce 2008 to bylo asi 6,3 % lékáren a v roce 2009 v mé studii asi 6,4 % lékáren.

Ve všech třech letech průzkumu výrazně převládaly veřejné lékárny (asi 90 %, pouze v roce 2009 kolem 83 %). Nemocniční lékárny, což jsou ty, jež jsou organizační součástí lůžkového zdravotnického zařízení a poskytují lékárenskou péči jak

nemocnicím, tak i veřejnosti, byly zastoupeny 9,5 % v souboru z roku 2007, u Machové z následujícího roku okolo 10 % a v mé práci z roku 2009 pak v 17 %. Skutečnost, že tento poměr v zastoupení mezi veřejnými a nemocničními lékárnami zcela neodpovídá reálnému poměru v ČR, je dán tím, že studenti rádi vykonávají své praxe v nemocničních lékárnách, kde mají možnost se seznámit s mnohem širším okruhem aktivit než ve veřejných lékárnách.

V průzkumu byly v letech 2007 a 2008 zastoupeny nejvíce ty lékárny, které měly 6-10 zaměstnanců, v roce 2009 pak lékárny menší, zaměstnávající maximálně 5 pracovníků. Pokud by byly lékárny do 10 pracovníků shrnuty do jednoho celku, pak by tyto lékárny byly zastoupeny ve vzorku zkoumaných lékáren ve více než 75 %. Největší část zkoumaných lékáren (vždy kolem 40 %) se ve všech souborech nacházela ve městech s počtem obyvatel od 10 001 do 50 000. U malých obcí do 5 000 obyvatel nikdy nepřesáhl počet sledovaných lékáren 10 % z celkového počtu všech lékáren.

### **5.3 Rozdělení výdeje a počty výdejních míst**

V souborech z let 2007 a 2009 převažovaly lékárny s rozlišenými výdejními místy – okolo tří čtvrtin všech sledovaných lékáren. Machová <sup>9)</sup> v roce 2008 zaznamenala oddělení výdeje ve více než 65 % případů. Nejčastější kombinace výdejních míst byla ta, kdy se v lékárně nacházelo jedno výdejní místo na recepty, jedno výdejní místo na volný prodej a žádné nerozlišené výdejní místo, neboli lékárna měla jedno místo pro výdej na recepty a jedno místo pro výdej bez lékařského předpisu.

Rozdělení výdejních míst na recept a volný prodej považuji pro lékárnu za velmi vhodné. Umožňuje totiž, aby se farmaceut plně věnoval výdeji léčivých přípravků na recept, což je činnost, kterou může vykonávat právě pouze vysokoškolsky vzdělaný farmaceut. Volný prodej pak může být zabezpečen farmaceutickým asistentem. Jistá nevýhoda tohoto uspořádání může být v případě, kdy většina pacientů směřuje k jednomu výdejnímu místu. Pokud je tímto místem výdejní místo na volný prodej, přičemž výdejní místo na recepty je volné, může farmaceut vyzvat pacienty k přestoupení a obsloužit i jejich požadavky.

Z lékáren, které neměly výdejní místa rozlišená, převažovaly ty, jež měly dvě nerozlišená výdejní místa. V tomto případě je nutné, aby u každého výdejního místa vydával farmaceut, vzhledem k tomu, že pacient s receptem může přijít na kterékoliv

z nich. Proto považuji za vhodnější tu variantu, kdy jsou výdejní místa rozlišená. Z lékáren, které neměly výdejní místa rozlišená, bylo 25 až 30 % těch, které měly pouze jedno výdejní místo. Zmíněná možnost může nastat především u menších lékáren, s jedním či malým počtem farmaceutů, nebo v těch, které nemají prostorové dispozice pro více výdejních míst. Tato varianta však byla v rozporu s tehdy platnou vyhláškou č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení.<sup>14)</sup>

Vyhláška požadovala, aby zdravotnické zařízení lékárenské péče bylo v místnosti výdeje léčivých přípravků a zdravotnických prostředků vybaveno výdejním stolem se dvěma výdejními místy. Lékárny, které disponovaly pouze jedním výdejním místem, tedy tuto vyhlášku porušovaly. V průběhu tří let společného průzkumu došlo k pozitivnímu snížení počtu těchto nevyhovujících lékáren asi o 5 %.

Vyhláška č. 49/1993 Sb.<sup>14)</sup> však byla změněna a doplněna vyhláškou č. 221/2010 Sb. ze dne 30. června 2010, jež nabyla účinnosti dne 1. září 2010.<sup>15)</sup> Nová vyhláška považuje nyní za dostatečné, pokud je místnost pro výdej léčivých přípravků a zdravotnických prostředků vybavena alespoň jedním výdejním místem. To tedy značně ulehčuje situaci těm lékárnám, které do té doby vyhlášku, ať již nevědomky či záměrně, porušovaly.

## **5.4 Dispenzační boxy**

Podle výsledků dotazníkového průzkumu se dispenzační boxy nacházely ve 12 % zkoumaných lékáren v roce 2007 a ve více než 16 % v roce 2009. Konkrétně se jednalo o 19 dispenzačních boxů ze 158 zkoumaných lékáren v roce 2007 a 25 dispenzačních boxů ze 152 zkoumaných lékáren v roce 2009. Výsledky Machové<sup>9)</sup> ukazují, že v roce 2008 byly lékárny s dispenzačními boxy zastoupeny ve vzorku přibližně v 11 %, což činilo 16 boxů v celkem 147 lékárnách. Okolo 80 % z nich bylo ve veřejných lékárnách.

O dispenzačních boxech jsem podrobněji pojednal v kapitole 2.3. Zde v rámci diskuze bych chtěl shrnout hlavní poznatky s nimi související. Dispenzační boxy zavedl do lékárenské praxe Prof. Vladimír Smečka jako prostředek pro praktickou výuku budoucích farmaceutů. Dispenzační box je současně jednou z forem diskrétní zóny, kdy lékárník a pacient mají dostatečné soukromí díky naprostému oddělení od ostatních

čekajících pacientů. Lékárník má v dispenzačním boxu po ruce nejčastěji vydávané léky. Rozdíl oproti výdeji u táry je též to, že v dispenzačním boxu často lékárník a někdy i pacient sedí. Výsledky průzkumu ukazují mírně narůstající trend, avšak to mohlo být způsobeno také tím, že v roce 2009 absolvovali studenti praxi ve větší míře v těch lékárnách, které dispenzační box měly. Zatímco v zahraničí, například ve Švédsku, je tato forma diskretní zóny na vzestupu, v České republice od roku 1989 upadala a v současné době, jak je vidět z výsledků dotazníkového průzkumu, spíše stagnuje.

## 5.5 Diskretní zóna

U lékáren zařazených do průzkumu se diskretní zóna nacházela v roce 2007 ve čtvrtině případů a v roce 2009 jsem zaznamenal skokový nárůst na 54 %. Machová <sup>9)</sup> v roce 2008 uvádí výskyt diskretní zóny ve 22 % zkoumaných lékáren. V průzkumu společnosti DATAMAR, provedeném v roce 2010 pro ČLnK ve 104 lékárnách ČR, jehož některé výsledky byly prezentovány v Časopise českých lékárníků č. 1/2011 <sup>4)</sup> a č. 2/2011 <sup>3)</sup>, bylo zastoupení lékáren s diskretní zónou ve 35 % případů. <sup>3)</sup>

Ve stejném roce realizoval průzkum také Kostřiba. <sup>7)</sup> Respondenty byli studenti 5. ročníku Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové. Jejich odpovědi zachycovaly situaci ve 120 lékárnách ČR v období od dubna 2009 do března 2010. Jedním z okruhů dotazníku byly i čtyři otázky směřované na diskretní zónu v lékárnách, které ukazují zastoupení diskretních zón v lékárnách včetně jejich označení a dále řeší míru dodržování diskretních zón pacienty a také to, jak se student na praxi zachoval v případech, kdy některý pacient diskretní zónu nedodržoval. Kostřibou zjištěné procento lékáren (55 %) téměř přesně odpovídalo mým výsledkům v roce 2009 vyplývajícím ze sledovaných dotazníků studentů.

V lékárnách zařazených do průzkumu v roce 2007 byl jako nejčastější forma diskretní zóny uveden dispenzační box. Nejčastější formou diskretní zóny ve zkoumaných lékárnách v roce 2009 pak byla čára na podlaze. Respondenti uváděli v dotaznících též různé barvy čar, případně vzdálenosti od táry, avšak tato data byla velmi málo zastoupená, než aby mohla být samostatně srovnávána. Mezi další formy diskretních zón patřil text na podlaze a text s upozorněním. Text nejčastěji poukazoval na dodržování diskretního odstupu, případně vyzýval k jednotlivému přistupování k táře. Další formou diskretní zóny bylo prostorové oddělení. V tomto případě se

jednalo o oddělení tary od zbytku oficíny například stojany či výstavní skříňkou. Pokud respondenti uváděli, že lékárna měla více podob diskretní zóny, zařadil jsem tyto lékárny do kategorie „více značení“. Nejčastější kombinace forem diskretní zóny byla kombinace čáry na podlaze a textu s upozorněním.

Machová <sup>9)</sup> ve svém průzkumu nezískala upřesnění podoby diskretní zóny od téměř 80 % respondentů, v rámci kladných upřesnění zvítězila čára na podlaze. Kostřiba <sup>7)</sup> jako nejčastější možnost vyhodnotil podobu nápisu na podlaze, případně čáru na podlaze. Zvláštností s jedním výskytem byla světla na podlaze.

Celkové výsledky pozitivně ukazují, že podíl lékáren s diskretní zónou má v čase narůstající tendenci. Alarmující je však to, že i přesto zůstává velký počet těch, které diskretní zónu nemají. To je v rozporu se závazným stanoviskem ČLnK č. 5/2004 <sup>19)</sup>, které považuje za nutné, aby měla lékárna vytvořenu diskretní zónu pro výdej a konzultační prostor nebo místnost a to k zajištění důvěrnosti poskytované lékařské péče. Toto uspořádání výdeje totiž vzbuzuje v pacientovi lepší pocit a může tak lékárníkovi sdělit důležité aspekty týkající se jeho osoby, které mohou být významné pro terapii a které by mohly zůstat nevyřčeny, pokud by se pacient necítil důvěrně. Někteří respondenti též uváděli, že přesto, že se v lékárně diskretní zóna nacházela, ji pacienti často nedodržovali. V těchto případech je na lékárníkovi, aby pacienty na nutnost jejího respektování vhodně upozornil.

V průzkumu Kostřiby <sup>7)</sup> 46 % respondentů uvedlo, že pacienti většinou diskretní zónu nedodržovali, přičemž dalších 26 % respondentů konstatovalo, že pacienti nedodržovali diskretní zónu téměř nikdy. V případech, kdy pacienti diskretní zónu nedodržovali, upozornilo 55,8 % respondentů pacienty na diskretní zónu a přibližně čtvrtina respondentů si toho nevšímal.

## **5.6 Samoobslužný prodej**

Z dotazníků studentů vyplývá, že samoobslužný prodej byl zaveden v 11,4 % zkoumaných lékáren v roce 2007 a ve 13,8 % zkoumaných lékáren v roce 2009. Data z roku 2008 pak ukazují, že samoobslužnou formu prodeje mělo zavedeno 13,6 % lékáren. Z nalezených hodnot lze soudit, že počet lékáren nabízejících samoobslužný prodej má mírně narůstající tendenci. Tento systém prodeje je zpravidla výhodný jak pro pacienty, tak pro personál lékárny. Tímto způsobem sice není možné prodávat



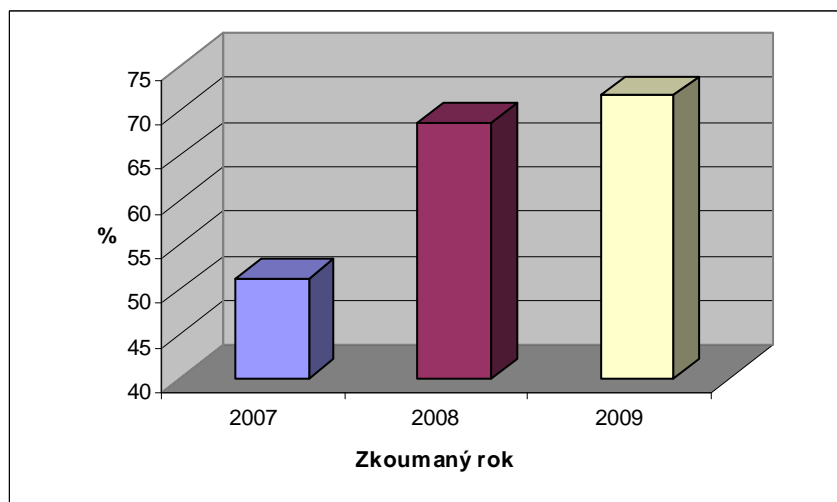
léčivé přípravky na lékařský předpis, což je vzhledem k profesi v pořádku, je však možné takto výhodně prodávat většinu volně prodejného zboží. Často to bývá například dětská výživa, prostředky pro dentální hygienu či zdravotní obuv.

Pacient si tak může v klidu prohlédnout balení či pročíst informace uvedené na obalu, případně si obuv přímo vyzkoušet. Farmaceut se pak může věnovat více výdeji na lékařský předpis, eventuálně poradenství ohledně farmakoterapie či prevence zdravotních problémů. Často však pacient požaduje radu a názor lékárníka nebo farmaceutického asistenta i na zboží prodávané samoobslužným způsobem. Tento způsob prodeje považují za vhodný a některými pacienty vyhledávaný, avšak ne každá lékárna má prostorové dispozice pro tento způsob prodeje. Také samozřejmě hrozí ztráty způsobené odcizením drahého či zajímavého sortimentu. V některých zemích (např. USA či SRN) je tento způsob prodeje v lékárnách poměrně běžným, bude proto zajímavé sledovat, jak se bude situace v České republice vyvíjet.

## **5.7 Platební karty**

Výsledky dotazníkového průzkumu ukazují, že platební karty přijímalo 51 % zkoumaných lékáren v roce 2007 a téměř 72 % zkoumaných lékáren v roce 2009. Data z roku 2008 ukazují, že v tomto roce přijímalo platební karty skoro 69 % lékáren. Jak je patrné z výsledků průzkumů, počet lékáren přijímajících platební karty má zřetelně narůstající tendenci. Tento nárůst jsem naznačil v Grafu 2. Platební karta je nástrojem určeným k bezhotovostním platbám. V současné době je tento způsob plateb velmi oblíben většinou klientů díky své jednoduchosti a praktičnosti. Lékárny by neměly zůstat v tomto trendu v pozadí. Pacient, jenž při platbách preferuje použití platební karty, může při výběru lékárny preferovat právě tu, která platební karty přijímá.

Graf 2 – Možnost platby platební kartou v lékárnách v letech 2007 - 2009



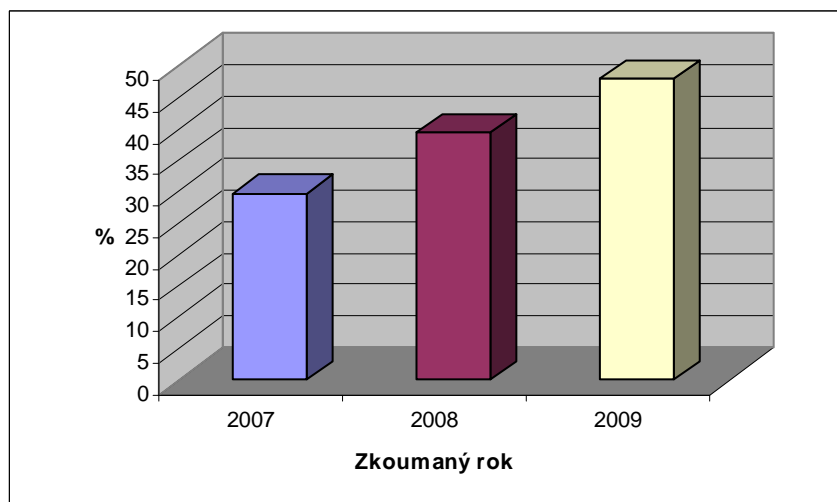
## 5.8 Zákaznické karty

Z dotazníků studentů vyplývá, že podíl lékáren nabízejících zákaznické karty byl 30 % v roce 2007 a 48 % v roce 2009. V roce 2008 je pak nabízelo 39 % zkoumaných lékáren. V jednotlivých letech se tento podíl pravidelně zvyšoval zhruba o 10 %.

Zákaznické karty jsou zajímavým marketingovým prostředkem, kterým se lékárna snaží získat konkurenční výhodu. Pacienti rádi využijí možnost získání slevy či bonusu a tento ohled často zvažují při rozhodování o výběru lékárny. Karty však mohou mít i jinou funkci než pouhé umožnění poskytnutí slevy. Mezi tyto funkce patří například možnost ukládání patientských záznamů a vydaných přípravků do datového rozhraní spárovaného s pacientovou kartou. Toto je velmi pozitivní také pro lékárníka při dispenzaci, jenž může být upozorněn například na lékové interakce. Z výsledků průzkumu je zjevné, že provozovatelé lékáren si důležitost této služby uvědomují. Dochází k nárůstu lékáren, které zákaznické karty nabízejí, jak je patrné z Grafu 3.

Je však nutno podotknout, že studenti ve velké míře uváděli u této otázky odpověď „nevím“. Skutečný stav tedy mohl být odlišný.

Graf 3 – Poskytování zákaznických karet v lékárnách v letech 2007 - 2009



## 5.9 Otevírací doba

V pracovní dny byl dle výsledků dotazníkového průzkumu nejčastější počátek otevírací doby v 7:30 hod. a konec otevírací doby v 17:30 hod. Obdobné výsledky v roce 2008 byly potvrzeny i Machovou <sup>9)</sup> (7:30 - 17:00). Nejčastěji zastoupená délka pracovní doby byla 10 hodin v roce 2007 a 9,5 hodin v roce 2009. V roce 2007 se v průzkumu nacházely 2 lékárny se 24 hodinovou otevírací dobou, v roce 2009 to pak byla pouze 1 lékárna.

Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že v roce 2007 bylo v sobotu zavřeno 34 % zkoumaných lékáren, v roce 2008 dle Machové 47 % lékáren a v roce 2009 došlo k dalšímu zvýšení na téměř 50 % zkoumaných lékáren. Nejčastějším začátkem otevírací doby u lékáren v sobotu otevřených bylo 8:00 a konec otevírací doby byl ve 12:00.

Převážná většina zkoumaných lékáren pak měla v neděli zavřeno, a to ve více než 85 % lékáren v obou mnou zkoumaných letech. U Machové bylo dokonce 95 % lékáren v neděli uzavřených. Nejběžnější otevírací dobou lékáren v neděli otevřených pak byla 8:00-20:00.

Lékárny by měly přizpůsobit svojí otevírací dobu především potřebám pacientů. Často mívají například otevírací dobu shodnou s ordinačními hodinami praktických či odborných lékařů v okolí. Lékárny, které jsou součástí supermarketového či hypermarketového komplexu, pak mívají otevírací dobu často delší, shodnou s otevírací dobou super či hypermarketu, a to často až 12 hodin denně včetně sobot

a nedělí. Tyto lékárny bývají ve většině případů řetězcové. Pro pacienty je taková delší otevírací doba vysoce přijatelná vzhledem k tomu, že mohou lékárnu navštívit po své pracovní době, která bývá často podobná jako otevírací doba většiny běžných lékáren.

### **5.10 Pohotovostní služba**

Výsledky obou dotazníkových průzkumů (mého a Machové <sup>9)</sup>) ukazují, že pohotovostní službu poskytovalo vždy méně než 15 % zkoumaných lékáren. Nejčastějším způsobem provozování pohotovostní služby byl výdej léčivých přípravků skrze výdejní okénko. Respondenti též v mnoha případech uváděli, že lékárny ve městě se ve výkonu pohotovostní služby střídaly. V roce 2009 bohužel velké množství studentů uvedlo do poznámky k pohotovostní službě údaj, z něžž nebylo možné formu pohotovosti určit, případně formu do poznámky neuvedli vůbec. Proto více než 66 % zkoumaných lékáren v roce 2009 provozujících pohotovostní službu muselo být zařazeno do kategorie „nespecifikováno“.

Pohotovostní služba není zákonem nijak definovaná, avšak v rámci průzkumu jsem ji chápal jako způsob poskytování lékárenské péče lékárnou mimo pravidelnou otevírací dobu. Zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních <sup>16)</sup> udává povinnost nestátním zdravotnickým zařízením, tedy případně myšleno i lékárnám, uzavřít smlouvu o výkonu pohotovostní služby s krajem, jestliže o to příslušný krajský úřad požádá. Pohotovostních služeb se také týká závazné stanovisko ČLnK č. 1/2001 <sup>18)</sup> v němž je uvedeno, že ČLnK považuje výkon pohotovostní lékárenské služby za nedílnou součást poskytování lékárenské péče každou, pro tuto činnost smluvně zajištěnou, lékárnou. Pokládá však za dostatečné, pokud je pohotovostní služba poskytována alespoň v každém okrese, nejlépe v přímé návaznosti na lékařskou pohotovostní službu. Považuji za rozporuplné, že lékárny jsou sice nuceny uzavřít smlouvu o vykonávání pohotovostní služby, nesmí však být nuceny akceptovat obsah smlouvy předložený příslušným krajským úřadem, což plyne z občanského zákoníku. Zároveň však považuji za velmi pravděpodobné, že v každém okrese se nachází alespoň jedna lékárna pohotovostní službu poskytující alespoň tím, že je otevřená 7 dní v týdnu. Mezi tyto lékárny patří často právě lékárny řetězcové či lékárny, které jsou součástí super či hypermarketů.

## 5.11 Měření krevního tlaku a přístroj Corazon

Z dotazníků vyplývá, že v roce 2007 poskytovalo službu měření krevního tlaku 46 % lékáren a v roce 2009 49 % lékáren, Machová <sup>9)</sup> v roce 2008 získala dokonce údaje o 53 % lékáren, měřících krevní tlak.

Přístrojem Corazon pak bylo vybaveno 15,19 % zkoumaných lékáren v roce 2007 a 17,76 % zkoumaných lékáren v roce 2009. U Machové hodnota 14 % byla nižší než mé výsledky.

Oboje tyto služby patří k doplňkovým službám poskytovaným lékárnou, které přímo souvisejí s péčí o zdraví a zdravotní stav pacienta. Mohou tedy být v lékárnách prováděny, jak uvádí závazné stanovisko ČLnK č. 5/2004 <sup>19)</sup>. Podmínkou však je, aby tyto služby poskytoval výhradně personál odborně způsobilý pro poskytování zdravotní péče v lékárně.

Z průzkumů vyplývá, že měření krevního tlaku bylo prováděno v méně než 50 % lékáren. Průzkum společnosti DATAMAR provedený pro ČLnK v roce 2010 <sup>3)</sup> ukazuje, že měření krevního tlaku provádělo 46 % ze 104 zkoumaných lékáren, což potvrzuje mé výsledky. Tento průzkum též uvádí, že měření krevního tlaku bylo inzerováno pouze v 11 % z lékáren, které toho měření nabízely.

„Část lékáren bohužel i nadále nabízí měření plně automatickými přístroji, které nerespektují pravidla správné metodiky a neposkytují pacientům ani žádnou přidanou hodnotu, jak s těmito (většinou nesprávně) naměřenými hodnotami dále naložit.“ <sup>3)</sup> Některé lékárny tuto službu nabízejí na pacientovo požádání, jiné pak v rámci konzultačních hodin. Přístroj Corazon se nacházel v méně než 20 % zkoumaných lékáren. Webová stránka s informacemi o tomto přístroji <sup>1)</sup> uvádí, že umožňuje měření hmotnosti, výšky, BMI indexu, krevního tlaku a odhad tělesného tuku. Tyto údaje pak přístroj může pacientovi vytisknout, případně zaznamenat na čipovou kartu. Lékárník by pak měl být schopen pacientovi interpretovat výsledky a případně doporučit některý volně prodejný léčivý přípravek či pacienta odeslat k lékaři. Jistou nevýhodou tohoto přístroje může být fakt, že bývá většinou umístěn v čekárně a tudíž se pacient měří před zraky ostatních pacientů, což pro něj nemusí být příjemné.

## 5.12 Jmenovky pracovníků lékární

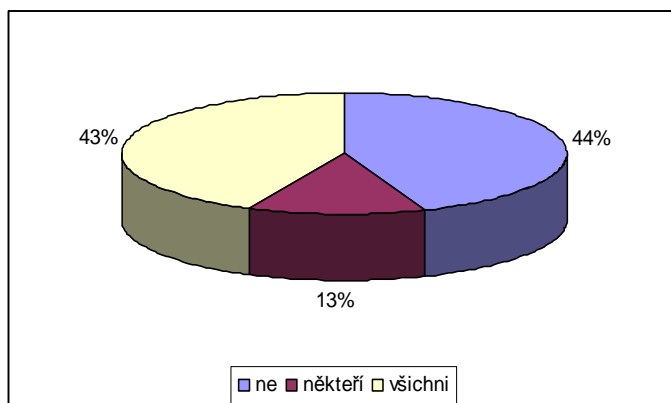
Výsledky dotazníkového průzkumu ukazují, že v roce 2007 nosili všichni pracovníci jmenovky ve 43 % zkoumaných lékáren a obdobně v roce 2009 ve 42 % zkoumaných lékáren. Machová <sup>9)</sup> uvádí nižší hodnotu – necelých 35 %. Podíl lékáren, kde jmenovky nosili alespoň někteří pracovníci, byl 13 % v roce 2007 a 17 % v roce 2009, u Machové dosáhl až 22 %.

Při rozdělení lékáren podle typu na veřejné a nemocniční, lze konstatovat, že podíl zkoumaných lékáren, v nichž jmenovky nosili všichni pracovníci, byl u nemocničních lékáren 67 % v roce 2007 a 77 % v roce 2009. Ve veřejných lékárnách pak všichni pracovníci nosili jmenovky pouze ve 40 % zkoumaných lékáren v roce 2007 a ve 35 % zkoumaných lékáren v roce 2009. Jak je tedy vidět z průzkumu, zaměstnanci nemocničních lékáren nosí jmenovky ve vyšší míře než zaměstnanci veřejných lékáren. To je dáno mimo jiné tím, že v nemocnicích bývá standardem, že identifikační jmenovky nosí všichni zaměstnanci. Procentuální zastoupení lékáren je uvedeno v Grafech 4-6.

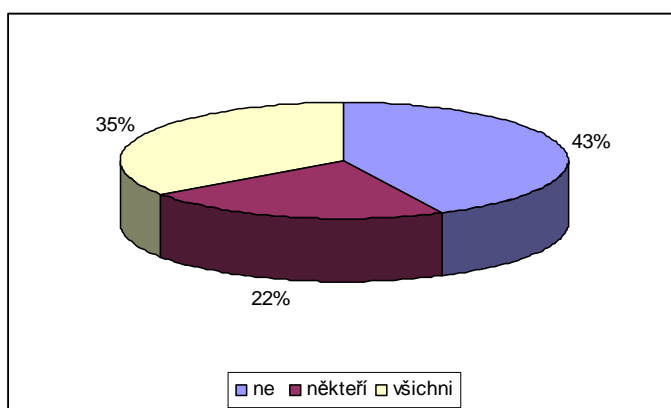
Průzkum firmy DATAMAR pro ČLnK konaný v roce 2010 <sup>3)</sup> pak ukazuje, že jmenovky, ať již na oblečení či na táře, mělo pouze 34 % pracovníků lékáren, což je výsledek podobný tomu, jenž vyplývá z mého šetření.

Lékárny, v nichž jmenovky nenosili žádní pracovníci a též ty, u nichž jmenovky nenosili pracovníci přicházející do styku s pacientem, porušují Etický kodex ČLnK <sup>2)</sup>. V něm je uvedeno, že „povinností lékárníka je seznámit pacienta při poskytování lékařské péče se svým jménem, příjmením a funkcí v lékárně, minimálně viditelně nošenou jmenovkou.“ Odborný zástupce pak musí zabezpečit, aby tuto identifikaci podávali i ostatní pracovníci lékární při poskytování zdravotní péče pacientovi. Lékárny, jež tento kodex porušují, se vystavují nebezpečí disciplinárního trestu. Pokud lékárník není pro pacienta pouze anonymní osobou, mívá v něj větší důvěru a ochotu svěřit se se svými problémy.

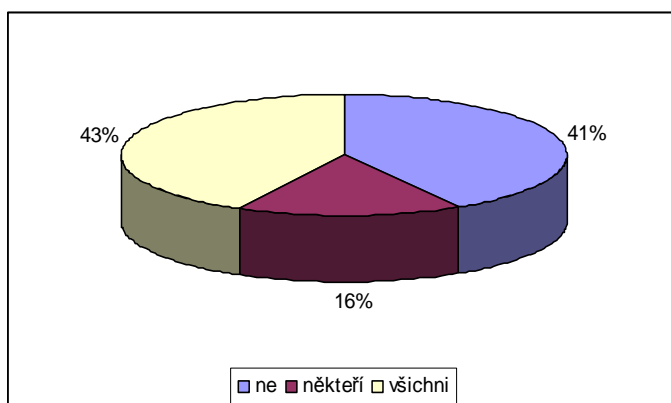
Graf 4 – Jmenovky pracovníků lékárny v roce 2007



Graf 5 – Jmenovky pracovníků lékárny v roce 2008 (Machová<sup>9)</sup>)

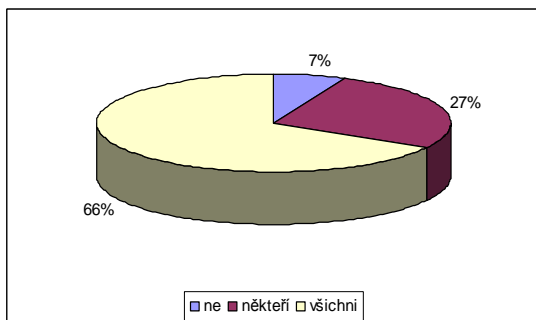


Graf 6 – Jmenovky pracovníků lékárny v roce 2009

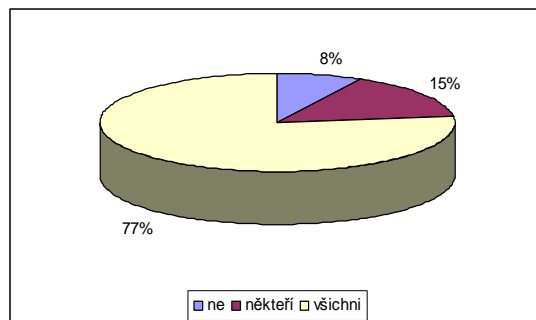


Graf 7 – Jmenovky pracovníků nemocničních lékáren

a) v roce 2007

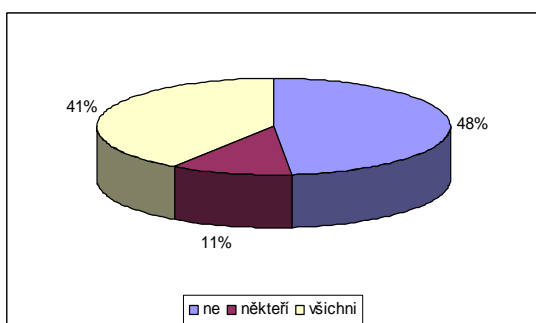


b) v roce 2009

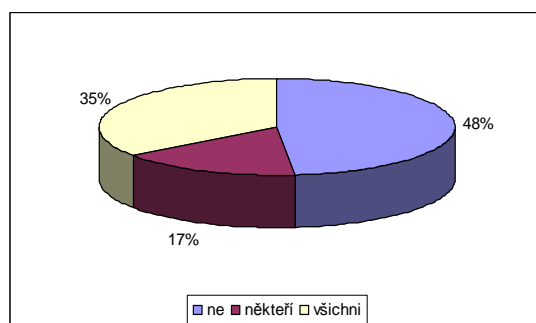


Graf 8 – Jmenovky pracovníků veřejných lékáren

a) v roce 2007



b) v roce 2009



### 5.13 Jednotné oblečení pracovníků lékárny

Výsledky dotazníkového průzkumu ukazují, že v obou mnou zkoumaných letech byl podíl lékáren, v nichž nosili jednotné oblečení všichni zaměstnanci, přibližně 60 %. U Machové <sup>9)</sup> v roce 2008 se však tento podíl snížil na 52 %. Jenom někteří zaměstnanci pak nosili jednotné oblečení v 16 % zkoumaných lékáren v roce 2007 a v 12 % zkoumaných lékáren v roce 2009. Podíl lékáren, v nichž nepoužívali jednotný oděv vůbec, se v průběhu tří sledovaných let mírně zvýšil.

Na rozdíl od některých jiných profesí není pracovníkům v lékárně předepsáno konkrétní jednotné oblečení, i když tradičně byly po léta v minulosti používány bílé pláště, košile a kalhoty. Avšak považuji za vhodné, aby pracovníci lékárny při poskytování lékařské péče nosili alespoň v jistých ohledech uniformní oblečení. To v pacientovi zpravidla vzbuzuje pocit důvěryhodnosti personálu lékárny, bílá barva oblečení pak znázorňuje čistotu profese. Z obecných marketingových pravidel jednoznačně vyplývá, že pracovníci firmy by měli být pohodlně identifikovatelní pro



svého klienta, a jednotné oblečení působí i v rámci posílení firemní kultury a příslušnosti. Někdy se lze také setkat s marketingově vyhraněnými názory, že oblečení personálu by mělo ladit s nábytkem lékárny.

## 5.14 Vyhodnocení pracovních hypotéz

*H1: Všechny lékárny budou mít minimálně 2 výdejní místa.*

Při stanovení své hypotézy jsem uvažoval, že všechny lékárny budou splňovat podmínky stanovené vyhláškou č.49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení <sup>14)</sup>, vzhledem k tomu, že jsou před svým prvním otevřením vizitovány Státním ústavem pro kontrolu léčiv. Jak je patrné z Tab. 14 a), v roce 2007 se nacházelo v souboru 12 lékáren s jedním výdejním místem, což je přibližně 7 % z celkového počtu zkoumaných lékáren v daném roce. Tabulka 14 b) také ukazuje, že v roce 2009 bylo v souboru zachyceno 10 lékáren s jedním výdejním místem, což je taktéž přibližně 7 % z celkového počtu zkoumaných lékáren v onom roce. Toto zjištění tedy vyvrací mou hypotézu. Ukazuje se, že ne všechny lékárny dodržovaly výše zmíněnou vyhlášku.

Závěr: Hypotéza byla potvrzena pouze částečně.

*H2: Minimálně 80 % lékáren bude disponovat diskrétní zónou.*

V této hypotéze jsem uvažoval, že alespoň 80 % zkoumaných lékáren bude dodržovat závazné stanovisko ČLnK č. 5/2004 o náležitostech odborného poskytování lékařské péče a o jejich posuzování <sup>19)</sup>. Výsledky však ukázaly, že v roce 2007 bylo diskrétní zónou vybavenou pouze méně než 25 % zkoumaných lékáren (viz Tab. 16 a). Tab. 16 b) ukazuje, že v roce 2009 bylo diskrétní zónou vybaveno již přibližně 53 % lékáren, avšak ani tento údaj zdaleka nedosahuje hodnoty zamýšlené v mé hypotéze.

Závěr: Hypotéza nebyla potvrzena.

*H3: Minimálně 70 % lékáren bude umožňovat platbu platební kartou.*

Uvažoval jsem, že alespoň 70 % lékáren bude umožňovat platbu platební kartou vzhledem k tomu, že se jedná o vyhledávanou platební metodu. Dle údajů v Tab. 19 a), v roce 2007 přijímalo platební karty přibližně 50 % zkoumaných lékáren. Z Tab. 19 b) je pak patrné, že v roce 2009 platební karty akceptovalo již více než 70 % zkoumaných lékáren. Údaje z roku 2007 tedy nekorrespondují s mou hypotézou, avšak hodnota z roku

2009 již moji hypotézu jasně potvrdila. Domnívám se však, že v následujících letech bude počet lékáren akceptujících platební karty ještě nadále narůstat.

Závěr: Hypotéza byla potvrzena.

*H4: Minimálně 60 % lékáren bude poskytovat službu měření krevního tlaku.*

Ve své hypotéze jsem uvažoval, že službu měření krevního tlaku bude nabízet pro své pacienty alespoň 60 % lékáren. Tab. 29 ukazuje, že v obou zkoumaných letech byl počet lékáren nabízejících službu měření krevního tlaku menší než 50 %. Tato hodnota tedy nekoresponduje s hodnotou zamýšlenou v této hypotéze.

Závěr: Hypotéza byla potvrzena pouze částečně.

*H5: Minimálně 90 % odborných pracovníků v lékárně bude označeno jmenovkou.*

Etický kodex ČLnK <sup>2)</sup> požaduje, aby jmenovky nosili všichni pracovníci lékárny při poskytování lékárenské péče. Ze zkušenosti vím, že ne všechny lékárny Etický kodex dodržují, avšak domníval jsem se, že alespoň 90 % lékáren se tímto ustanovením bude řídit.

Tab. 31 ukazuje, že všichni pracovníci zkoumaných lékáren nosili jmenovky ve 43 % případů v roce 2007 a ve 42 % případů v roce 2009. Za předpokladu, že u lékáren, v nichž nosili jmenovky pouze někteří pracovníci, byli tito pracovníci ti, jež přicházeli do styku s pacientem, bude podíl lékáren 55 % v roce 2007 a 57 % v roce 2009. Tyto hodnoty se neslučují s mou hypotézou. Při rozlišení nemocničních lékáren a po jejich sečtení byl získán opět součet těch, v nichž nosili jmenovky všichni pracovníci a těch, v nichž je nosili jen někteří. Celkový podíl těchto lékáren je více než 90 % v obou letech. To už se s vyslovenou hypotézou shoduje. Bylo by tedy vhodné, aby se veřejné lékárny v tomto ohledu přiblížily lékárnám nemocničním.

Závěr: Hypotéza nebyla potvrzena.

Pokud by došlo k její přeformulaci, tak by nově upravená hypotéza potvrzena byla.

*H(5): Minimálně 90 % odborných pracovníků v nemocničních lékárnách bude označeno jmenovkou.*

Shrnutí vyhodnocení pracovních hypotéz.

Z pěti stanovených hypotéz byla jedna potvrzena bez výhrad, dvě byly potvrzeny pouze částečně a dvě nebyly potvrzeny, neboť se výrazně lišily.

## 6 ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zabýval lékárnami v České republice z hlediska prostorového uspořádání jejich výdejních částí z pohledu pacienta a vybraných služeb jimi poskytovaných. V teoretické části jsem přiblížil některé partie vybraných právních předpisů, dále řádů a závazných stanovisek České lékárnické komory vztahujících se ke sledované tématice. Zmiňuji také problematiku diskrétních zón a dispenzačních boxů v lékárnách a uvádím práci Machové <sup>9)</sup>.

Pracoval jsem s dotazníky vyplňovanými studenty prvních ročníků oboru farmacie Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové po absolvování letní týdenní praxe v lékárnách v roce 2007 a 2009. V metodické části jsem podrobně popsal způsob zpracování dotazníků. Přehled výsledků dotazníkových průzkumů jsem uvedl v názorných tabulkách v kapitole 4. V diskuzi jsem výsledky porovnal s právními předpisy týkajícími se dané problematiky a zhodnotil změny některých parametrů v průběhu let. K tomu jsem využil i možnost srovnání s výsledky za rok 2008 zjištěnými Machovou <sup>9)</sup>. Výsledky jsem též posoudil z hlediska prospěšnosti pro pacienty a jejich významu pro lékárnou. Z pěti stanovených pracovních hypotéz se mi podařilo plně potvrdit jednu a částečně potvrdit dvě z nich.

Zachytil jsem aktuální situaci v lékárnách v České republice v oblasti poskytování vybraných služeb klientům lékárny a nalezená data konfrontoval s požadavky příslušných platných právních norem a závazných stanovisek.

Za nejdůležitější poznatky vyplývající z průzkumu považuji např. nedostatečné zastoupení lékáren s diskrétními zónami. Zajímavým zjištěním vyplývajícím z výsledků mé práce je vzrůstající trend přijímání platebních karet v lékárnách a nárůst lékáren nabízejících zákaznické karty. Výsledky též ukázaly nejčastější otevírací doby lékáren a podíl lékáren realizujících pohotovostní službu. Projevuje se mírný nárůst počtu lékáren poskytujících měření krevního tlaku. Negativním zjištěním je, že zaměstnanci velkého počtu zkoumaných lékáren nenosili jmenovky. Tyto jmenovky byly nošeny pracovníky nemocničních lékáren v mnohem větší míře než pracovníky veřejných lékáren.

V rámci mé studie se též potvrdilo, že ne všechny lékárny respektovaly platné právní předpisy, závazná stanoviska ČLnK a její Etický kodex. Je proto důležité apelovat na lékárníky, aby kladli důraz na dodržování právních norem. Výsledky této

práce tedy mohou lékárníky upozornit na nejčastější pochybení a informovat je o tom, jaké služby je možné pacientům nabízet a které služby jsou pacienti vyhledávány. Považuji za vhodné, aby byla tato oblast sledována i nadále, neboť jen tak lze neustále přispívat ke zlepšení farmaceutické péče poskytované pacientům.

Dané téma hodlám dále rozvinout v rámci své plánované rigorózní práce o širší okruh sledovaných lékáren, novější data z let 2010/2011 a o vybrané související poznatky k této problematice ze zahraničí.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) *Corazon Plus* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010. [cit. 2011-04-25] <<http://www.corazonplus.cz/corazonplus.html>>
- 2) Etický kodex České lékárnické komory (H-6) [online], Publikováno 1. 12. 2005 [cit. 2011-04-25]. Dostupné z: <[http://www.lekarnici.cz/O-CLnK/Rady/Eticky-kodex-Ceske-lekarnicke-komory-\(H-6\).aspx](http://www.lekarnici.cz/O-CLnK/Rady/Eticky-kodex-Ceske-lekarnicke-komory-(H-6).aspx)>
- 3) HOJNÝ, Michal – HAVLÍČEK, Stanislav. Podruhé k tajemnému pacientovi. *Časopis českých lékárníků*, únor 2011, roč. 83, č. 2, s. 20-21. ISSN 1211-5134.
- 4) HOJNÝ, Michal. Zrcadlo kvality lékařské péče. *Časopis českých lékárníků*, leden 2011, roč. 83, č. 1, s. 4. ISSN 1211-5134.
- 5) CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- 6) JANDOUREK, Jan. *Průvodce sociologií*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2397-6.
- 7) KOSTŘIBA, Jan. Hradec Králové, 2010. Písemné sdělení - nepublikovaný průzkum k disertační práci.
- 8) KOZEL, Roman. *Moderní marketingový výzkum*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 277 s. ISBN 80-247-0966-X.
- 9) MACHOVÁ, Lenka. *České lékárny z pohledu pacienta, prostorové členění a vybrané služby*. Hradec Králové, 2009. 48 s. Absolventská práce na Vyšší odborné škole zdravotnické a Střední zdravotnické škole. Vedoucí absolventské práce RNDr. Jana Kotlářová, Ph.D.
- 10) *SÚKL – počet schválených lékáren* [online]. Aktualizováno 10.3.2011 [cit. 2011-04-25] <[http://www.sukl.cz/uploads/Spotreby\\_a\\_hodnoceni/spotreby\\_2010/Q4/graf\\_c\\_37.pdf](http://www.sukl.cz/uploads/Spotreby_a_hodnoceni/spotreby_2010/Q4/graf_c_37.pdf)>

- 11) PRÁZNOVCOVÁ, Lenka. Lékárny minulosti a současnosti. *PACE News* [online]. 2000. č.1. [cit. 2011-04-25].<[http://www.pace.cz/go/archivep0001\\_2](http://www.pace.cz/go/archivep0001_2)>
- 12) SMEČKA, Vladimír – RUSEK, Václav – KOLÁŘ, Jozef. *Lékárenství I.: Vývojové kroky československých lékáren se zřetelem k činnosti výdejní*. 1.vyd. Brno: Veterinární a farmaceutická fakulta Brno, 2008. 127 s. ISBN 798-80-7305-029-0
- 13) *Český statistický úřad – regiony, města, obce* [online]. Aktualizováno 29.4.2011. [cit. 2011-02-17] <[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/regiony\\_mesta\\_obce\\_souhrn](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/regiony_mesta_obce_souhrn)>
- 14) Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení ve znění pozdějších předpisů [online], Publikováno 21. 12 1992 [cit. 2011-04-25]. <[http://www.zcu.cz/fzs/kaz/documents/vyhlaska\\_491993.pdf](http://www.zcu.cz/fzs/kaz/documents/vyhlaska_491993.pdf)>
- 15) Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 221/2010 Sb., o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení ve znění pozdějších předpisů [online]. Publikováno 30. 6. 2010 [cit. 2011-04-25] <<http://www.tzb-info.cz/pravni-predpisy/vyhlaska-c-221-2010-sb-o-pozadavcich-na-vecne-a-technicke-vybaveni-zdravotnickych-zarizeni>>
- 16) Zákon České národní rady č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních ve znění pozdějších předpisů [online]. Publikováno 19. 3. 1992 [cit. 2011-04-25] <<http://zakony-online.cz/?s112&q112=>>>
- 17) Zákon České národní rady č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře ve znění pozdějších předpisů [online], Publikováno 8.5.1991 [cit. 2011-04-25]. <[http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/zakon\\_220.html](http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/zakon_220.html)>
- 18) Závazné stanovisko České lékárnické komory č. 1/2001 k pohotovostním lékárenským službám [online], Publikováno 30. 3. 2001 [cit. 2011-04-25]. <<http://www2.lekarnici.cz/module.php?module=37&article=70>>

- 19) Závazné stanovisko České lékárnické komory č. 5/2004 o náležitostech odborného poskytování lékařské péče a o jejich posuzování [online], Publikováno 8. 12. 2004 [cit. 2011-04-25].  
<<http://www2.lekarnici.cz/module.php?module=37&article=77>>

## 8 PŘÍLOHY

### 8.1 Vzor realizovaného dotazníku

Příjmení studenta:

Jméno studenta:

Termín praxe:

Název lékárny:

Adresa:

Obec:

Kraj:

E-mail, www stránky:

Typ lékárny

veřejná  nemocniční

Velikost lékárny (orientační počet pracovníků)

do 5 pracovníků  6 - 10 pracovníků  11 - 20 pracovníků  nad 20 pracovníků

Velikost obce, v níž se nachází lékárna

do 5 000 obyvatel  5 001 - 10 000  10 001 - 50 000  50 001 - 100 000  
 100 001 - 1 milion  nad 1 milion

1/ Byl v lékárně oddělen výdej na recepty od volného prodeje (prodeje bez receptu)?

ano  ne

2/ Kolik výdejních míst pro pacienty bylo v lékárně?

na recepty:  na volný prodej:  nerozlišených:

3/ Měli v lékárně dispenzační boxy pro výdej léčivých přípravků?

ano  ne

4/ Měli v lékárně diskretní zónu pro pacienty? Pokud ano, popište stručně její podobu:

ano  ne  nevím

upřesnění:

5/ Byl v lékárně zaveden samoobslužný prodej?

ano  ne

6/ Měli pacienti možnost platit platebními kartami?

ano  ne  nevím

7/ Používali v lékárně zákaznické či slevové karty pro pacienty?

ano  ne  nevím

8/ Jakou otevírací dobu měli v lékárně (orientačně od - do)?

pracovní dny:  sobota:  neděle:



9/ Měli v lékárně pohotovostní službu? Pokud ano, upřesněte její podobu:

ano  ne  nevím

upřesnění:

10/ Měřili v lékárně krevní tlak pacientům?

ano  ne  nevím

11/ Měli v lékárně pro pacienty kontrolní přístroj *Corazon* na měření některých tělesných parametrů?

ano  ne  nevím

12/ Nosili lékárníci a laborantky v lékárně jmenovky?

ano, všichni  ano, jen někteří  ne

13/ Nosili v lékárně odborní pracovníci jednotné oblečení?

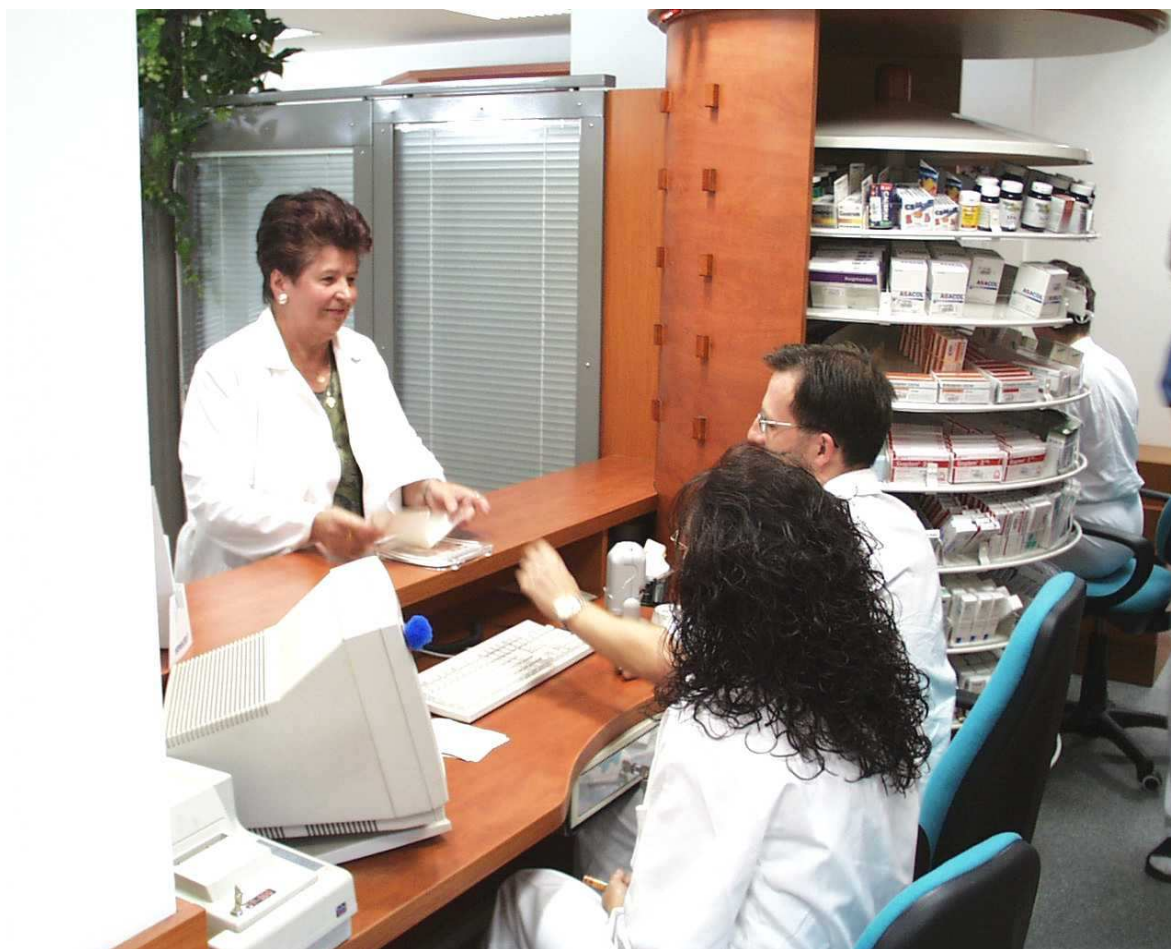
ano, všichni  ano, jen někteří  ne

## 8.2 Přístroj Corazon



Převzato z webu distributora přístroje. <sup>1)</sup>

### 8.3 Ukázka dispenzačního boxu



**Lékárna Fakultní nemocnice v Hradci Králové**