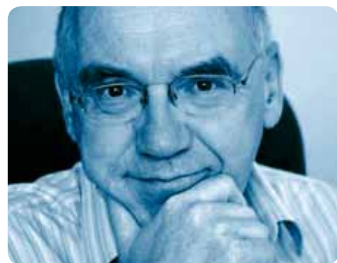


Procesy integrace a dezintegrace se v našem světě vzájemně prostupují. Chvilí tahá pilku konsolidace, jindy atomizace, ale ve stabilizované společnosti se obě



odehrává souběžně. Lidé spojují své síly, aby lépe dosáhli svých cílů, a rozcházejí se ve chvíli, kdy se jim to nedaří nebo kdy se cíle rozruší.

V naší zemi byli svého času všichni zdravotníci zaměstnanci řetězce jménem Ústav národního zdraví, který do značné míry určoval, koho, jak a čím budeme léčit, a také docela dobře kontroloval kvalitu poskytované péče. Nostalgie po krajských a okresních odbornících, lékových a přístrojových komisích ještě stále rezonuje v některých myslích. Není to staromilství, ale reakce na fakt, že po přežlých způsobech kontroly kvality a standardizace péče zůstal volný prostor, který se zatím nikomu nepodařilo úspěšně vyplnit. Právě zánik ústavů národního zdraví může být mementem pro všechny současné i budoucí řetězce. Útěk lékařů z organizovaného systému do nejistoty individuálního podnikání byl důsledkem jeho zkosnatělosti a neschopnosti se adaptovat na vývoj medicíny a potřeb jak pacientů, tak zdravotníků. Jenom ty řetězce, které

nabízejí své služby v kompetitivní ceně a kvalitě a současně jsou atraktivním zaměstnavatelem, si mohou vsadit na svoji úspěšnou budoucnost.

Ambulantní zdravotní služby jsou u nás ve srovnání s ostatními evropskými státy nebyvale individualizovány, nepochybně v reakci na minulé období kolektivismu, a je celkem zřejmé, že tomu tak nebude trvale. Spojování praxí, lékáren, vytváření sítí kooperujících lékařů nebo vznik jednotně řízených řetězců bude pokračovat a věřme, že tento proces bude dobře moderován ze strany zdravotních pojišťoven, které by měly svým pojištěncům zajišťovat co nejlepší péči za co nejméně peněz. Regulovaný trh, který se v našem zdravotnictví postupně zabydluje, je pojistkou proti černým pasažérům, kteří by chtěli ze systému brát a málo dávat. Jsou to pacienti, kdo v konečném důsledku rozhodne, kdo uspěje na trhu zdravotních služeb.

Troufám si odhadnout, že padlí budou na obou stranách, stejně jako vítězové. Vzdělaný, informovaný a obětavý praktický lékař nebo lékárník se znalostí rodinné historie a všech souvislostí je k nezaplacení, ale ne všichni jsou takoví. Je realitou, že kvalita péče poskytovaná jednotlivými ambulantními lékaři nebo lékárníky je velmi rozdílná, pojišťovny to neřeší, a tak je konkurenční tlak řetězců možnou účinnou medicínou. Občané se řetězců bát nemusejí, někteří poskytovatelé zdravotních služeb však ano.

*Příjemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

Máme se řetězců bát?



Pavel Vajskebr



Marek Hampel



Marek Potysz



Lubor Kinšt

úhel pohledu

volné fórum



Bohumil Seifert



Ivana Plechatá



Lubomír Chudoba



Adéla Čabanová



Jana Lukášová

Rostoucí tržní podíl řetězců lékáren – ohrožení hospodářské soutěže?



Jakub Jeřábek

právní okénko

úhel pohledu >

**Ing. Mgr. Pavel Vajskebr,
generální ředitel, Dr.Max lékárna**

Máme se řetězců bát aneb má se někdo bát nás?

Má se nás někdo bát? Takto si musím přetvořit hlavní otázku tohoto čísla Občana v síti, neboť již sedmým rokem, tj. od jeho vzniku, řídím řetězec lékáren Dr.Max.

Nedá mi to, abych se na začátku svých úvah na toto téma nevrátil trochu do minulosti. Pohybuji se na trhu distribuce léčiv a provozování lékáren od roku 1991. To bylo de facto období, kdy existovaly pouze lékárenské řetězce a nikdo se jich tenkrát nebál :-). Asi proto, že neexistovala konkurence. Byla to doba, kdy okresní lékárenské služby byly provozovatelem takřka všech veřejných lékáren. Spuštěním tzv. „malé privatizace“ došlo k rozpadu těchto často nefunkčních celků do rukou obvykle vedoucích lékárníků těchto lékáren. Byla to určitě zajímavá doba. Významná část nových majitelů lékáren nepotřebovala pro svůj start podnikání žádný kapitál, neboť s odkupem zásob jsme jim pomohli my distributoři, a ekonomický pronájem prostor lékárny od lékárenské služby za 160 Kč/m² a rok byl opravdu zvládnutelnou nákladovou položkou. Pak následovalo takřka 10 let, kdy na českém trhu neexistovaly žádné významné lékárenské řetězce. Bylo to období, které řada schopných majitelů lékáren využila k budování své lékárny s výborným, odborně zdatným personálem, se širokým sortimentem a s velmi dobrým renomé u svých klientů. Právě tito majitelé dnes provozují stále úspěšné lékárny a nás se určitě nebojí. Naopak se nám občas stane, že některý z těchto úspěšných majitelů nám za „pár“ desítek milionů prodá svoji lékárnu.

A jsme v současnosti. K odpovědi na otázku „Máme se bát řetězců“ bude možná dobré popsat, jak největší český lékárenský řetězec Dr.Max opravdu funguje. Možná se mi tak podaří rozptýlit řadu mýtů, které jsou o nás šířeny.

Jak už to tak u nových firem bývá, stanovili jsme si v roce 2006 dlouhodobou vizi: Dr.Max – lékárna první volby, kterou se snažíme naplňovat především těmito kritérii:

Dostupnost lékáren

Většina ideálních míst pro jednoduché provozování lékárny u zdravotnických zařízení byla obsazena, proto jsme šli cestou budování lékáren v místech, která jsou z hlediska nákupních potřeb široké veřejnosti dobře dostupná, tj. nákupní centra, frekventované ulice měst a v neposlední řadě i místa nedaaleko od zdravotnických zařízení. Protože



Pavel Vajskebr

řada našich konkurenčních lékáren má omezenou pracovní dobu, rozhodli jsme se většinu našich lékáren budovat s otvírací dobou 7 dní v týdnu, 12 hodin denně. Mohou nám v tomto neřetězcové lékárny konkurovat? Myslím si, že „ANO“.

Cenová politika

Jednou ze součástí naplňování naší vize bylo a je vydávat léky hrazené ze zdravotního pojištění s minimálním doplatkem nebo bonusem a u OTC léků poskytnout klientovi našich lékáren nejlepší cenu na trhu. Naše cenová politika je ze strany našich konkurentů jednou z nejvíce kritizovaných. Považuji za vhodné na tomto místě rozbít jeden mýtus, který je o nás často šířen. Prý si můžeme dovolit naše nízké ceny, protože nás dotuje náš silný majitel (investiční společnost Penta). Není to pravda. Za celou dobu fungování lékáren Dr.Max nám Penta neposkytla žádné finanční prostředky na naši marketingovou strategii ani na náš rozvoj. Proto odpovědně říkáme

Protože řada našich konkurenčních lékáren má omezenou pracovní dobu, rozhodli jsme se většinu našich lékáren budovat s otvírací dobou 7 dní v týdnu, 12 hodin denně.

„ANO“, i v této oblasti nám mohou neřetězcové lékárny konkurovat.

Vzdělaný, odborně zdatný a proklientský personál

Tady jsme naopak napadáni, že díky orientaci na cenu a marketing zapomínáme na odbornost. Jsem přesvědčen, že tomu tak není. Od počátku fungování naší sítě lékáren Dr. Max jsme držiteli a pravidelnými obhájiteli certifikátu řízení kvality ISO 9001:2000. Zkuste si prosím někdo připravit řízenou dokumentaci norem a interních postupů pro lékárny a postupně s ní seznámit 2500 zaměstnanců a následně ji uvést do praxe. Není to opravdu lehké a ISO audit není formalita. Na vzdělávání svého personálu věnujeme nejen desítky milionů Kč, ale i čas a odborné dovednosti našich nejschopnějších lékařníků a farmaceutických asistentek, kteří připravují odborná školení a lekce do e-learningu. Na rozdíl od povinného kontinuálního vzdělávání našich lékařníků se nesoustřeďujeme pouze na absolvování školení, ale především testujeme znalosti a odborné dovednosti našeho personálu přímo při expedici léčiv. Výsledky mystery shoppingu nám dávají jasný obrázek, zda se v odborných dovednostech zlepšujeme a jak je teoretická příprava aplikována v praxi. Tady bych s dovolením otázku obrátil, tedy zda mohou řetězce svojí odborností konkurovat neřetězcům. Naše průzkumy nejen našich lékáren, ale i konkurentů jasně ukazují, že „ANO“.

Nákupní podmínky a marketing

Jako ve většině odvětví i v lékárenství funguje přímo úměra mezi velikostí daného subjektu a atraktivitou obchodních podmínek od dodavatelů. Toto si ještě před rozmachem lékárenských řetězců v ČR uvědomili někteří lékárníci a distributoři a založili tzv. virtuální lékárenské sítě. Jestli jsou mé údaje správné, tak co do počtu lékáren jsou největšími řetězci „Moje lékárna“ a „Družstvo lékáren“. Tyto sítě svým počtem členů přesahují našich 210 lékáren, a proto se domnívám, že nám bez problémů mohou konkurovat i v nákupních podmínkách. Společný marketing virtuálních sítí může opět využívat veškerých nástrojů, které dnes používáme i my. Takže další „ANO“ na otázku, zda jsou nám schopny nezávislé lékárny sdružené ve virtuálních sítích konkurovat v marketingu a nákupních podmínkách.

Privátní značky a inovativní přístupy

V uvádění privátních značek produktů na český lékárenský trh jsme určitě nebyli první, ale dnes jsme s portfoliem takřka 70 produktů jedním z největších producentů privátních značek. Jejich podíl na našem obratu roste o desítky procent.

Odborné konzultace, preventivní kampaně, screening klientů našich lékáren, zavedení elektronického receptu, to jsou všechno aktivity, kterými jsme se zabývali nebo zabýváme. Opět si musím odpovědět „ANO“, zda je možné nám i v této oblasti konkurovat.

V závěru svého příspěvku se samozřejmě musím vrátit k zodpovězení úvodní otázky: „Má se nás někdo bát“? Myslím si, že z výše popsaného textu je zřejmé, že úspěšná lékárna není o tom, zda je součástí reálného řetězce, či ne, ale je to především o kvalitě lidí, kteří se podílejí na řízení lékáren a současně na kvalitě veškerého personálu v lékárnách a v jejich zázemí. Proto jsem přesvědčen, že odborně a obchodně zdatní majitelé nezávislých lékáren se bát určitě nemusejí.

Mgr. Marek Hampel,
předseda, Grémium majitelů lékáren

Máme se obávat lékárenských řetězců?

Vznik lékárenských řetězců byl a jejich existence je projevem postupující globální komercializace ve zdravotnictví. Lékárenské řetězce v ČR mají své provozovny velice často umístěny stejně jako další obchodní řetězce (Tesco, Globus, DM, OBI, McDonalds atd.) v nákupních centrech, příp. v oblastech se silnou koncentrací obyvatel, tedy ve velkých městech. Na rozdíl od ostatních obchodních řetězců se lékárenské řetězce specializují na obchod s léky. I pro ně je přitom rozhodujícím a cílovým ukazatelem zisk. S motivací k jeho dosažení stejně jako další obchodní řetězce směřují svoji strategii a využívají praktik marketingu. Provozovny lékárenských řetězců tak stále zřetelněji připomínají spíše prodejny léků a dalšího nelékového sortimentu než lékárny v tradičním a standardním pojetí. To s sebou přináší i další doprovodné jevy, z nichž jsou pro pacienty, v případě provozoven lékárenských řetězců je přesnější použít termín „zákazníky“, nejnápadnější uniformita a konformita prostředí i stylu a rozsahu „komunikace přes pult“ v rámci každého jednoho řetězce.

K podobnému vývoji jako v ČR dochází ohledně lékárenských řetězců i v některých dalších zemích. Co je pro tyto země společné? Mj. naproti absenci právní regulace v oblasti vlastnictví

lékárny, příp. v omezení místa vzniku lékárny. Právě chybějící právní regulace je totiž základní podmínkou existence lékárenských řetězců v jednotlivých zemích. Jako příklad naprosté liberalizace lékárenského trhu je možné uvést Norsko, kde byla jakákoli regulace vládou zrušena v roce 2008. Dnes v Norsku už není ani jedna lékárna ve vlastnictví lékárníka. Z pohledu konkurenčního prostředí přitom došlo k předpokládanému jevu: norský lékárenský trh ovládly řetězce ze zahraničí a během dvou let si na něm čtyři evropské hráči rozdělili sféry vlivu včetně svých distributorů i sortimentu. Norský pacient tak ztratil možnost vybrat si svou lékárnu a svůj sortiment. Výdaje na léky v této severské zemi ovšem nadále rostou.

Praxe lékárenských řetězců přináší pro pacienty samozřejmě výhody i nevýhody:

Výhody z pohledu pacienta

Lékárenské řetězce v rámci své obchodní strategie promyšleně realizují nejrůznější „slevové akce“. Díky nim jednotliví pacienti skutečně řízeně ušetří peníze. Cílem řetězců je přitom jednak přetáhnout pacienty z lékáren („udělat z pacientů lékáren zákazníky lékárenských řetězců“), jednak je stimulovat k vyšší spotřebě léků a dalších doplňků. „Slevové akce“ lékárenské řetězce zpravidla provádějí ve svých provozovnách tak dlouho, až nezávislé lékárny v okolí ztratí schopnost udržet široký sortiment nebo otevírací dobu pro poskytování komplexní lékárenské péče a zaniknou.

Nevýhody pro pacienta

Farmaceuti zaměstnaní v lékárenských řetězcích potvrzují nejen výrazné motivačně nastavený mzdový systém a systém odměn, pod kterými pracují, ale také mimořádnou fluktuaci ve svých řadách. Jejím zákonitým důsledkem je neosobní přístup naprosté většiny farmaceutů za pulty lékárenských řetězců k zákazníkům. Přestože marketingová oddělení lékárenských řetězců dělají v této věci, co je v jejich silách, farmaceuti zaměstnaní v lékárenských řetězcích nemají, a objektivně ani nemohou mít „své pacienty“, které by znali řadu let, znali by jejich anamnézy, jejich lékovou historii, často i jejich svěřené osobní reakce na ten který lék, či kombinaci léků... Péče o pacienta-zákazníka v řetězcích nemůže být jiná než oboustranně anonymní. (Jistou „chladnost“

a „osobní nezájem“ při komunikaci s pacientem v lékárenských řetězcích nám následně a často popisují pacienti v našich lékárnách.)

Já osobně považuji za daleko nebezpečnější skutečnost, že řetězce z podstaty své orientace na maximalizaci zisku jednoznačně ohrožují solidární systém veřejného zdravotního pojištění v naší zemi.

Uvedu konkrétní příklad: V roce 2008 byly zavedeny tzv. regulační poplatky za výdej léků na účet zdravotního pojištění. Ještě před tímto datem nejmenovaný řetězec doslova lákal zákazníky na marketingovou akci „Dostanete 5 Kč za Váš recept!“. Z hlediska tvorby zisku řetězce to byl pochopitelný krok, protože v nezávislé lékárně tvoří 70 % obratu příjem od zdravotních pojišťoven za vydané léky na recept. Aby mohly řetězce zvyšovat své zisky, musely přistoupit k tomuto marketingovému nástroji a začaly „si kupovat“ své zákazníky za 5 Kč. Od roku 2008 pak jen přizpůsobily výši této pobídky na 30 Kč. Zákazník byl spokojený, protože regulační poplatek de facto neplatil. Současně byl ale zcela eliminován regulační vliv tohoto poplatku na chování pacienta v oblasti potřeby a spotřeby léků. Následně se roční ochranný limit pacienta začal plnit a byl velmi rychle vyčerpán. Vše nakonec zaplatily



Marek Hampel

a dodnes každý rok platí zdravotní pojišťovny. Ano, je tomu skutečně tak, své reklamní kampaně si řetězce nechávají ve skutečnosti platit ze solidárního veřejného zdravotního pojištění. Zákazník totiž dostane od své zdravotní pojišťovny zpět peníze, které vlastně v řetězcích nezaplatil. Naopak k tomu zde navíc ještě zaplatí vyšší doplatek za léky na recept, takže nákladné reklamní kampaně jsou financovány také přímo jím.

... své reklamní kampaně si řetězce nechávají ve skutečnosti platit ze solidárního veřejného zdravotního pojištění.

Doufám, že je jen otázkou času, kdy si zneužívání solidárního zdravotního pojištění ze strany řetězců uvědomí i kompetentní a pokusí se o nápravu současného nemravného stavu. Vždyť zatím do kapes obchodních společností přispíváme přes systém veřejného zdravotního pojištění my všichni, kteří do tohoto systému povinně posíláme odvody a poplatky.

MUDr. Marek Potysz,
předseda dozorčí rady, Moje ambulance a.s.

Máme se bát řetězců?

Konsolidace trhu a vznik holdingů, řetězců, či jinak ekonomicky propojených subjektů je průvodním jevem rozvinuté tržní ekonomiky. Hlavními motivy pro tento rozvoj jsou: úspory z rozsahu, vyjednávací pozice s dodavateli a odběrateli, schopnost zavést vyspělé systémy řízení kvality a nově schopnost inovace jako strategického nástroje rozvoje.

Nevidím důvod, aby ve zdravotnictví tomu bylo jinak. Česká republika je odlišná vysokým procentem veřejných zdrojů ve zdravotnictví. Cena je regulátorem více méně pevně stanovena, a tudíž odpadá výhoda vyjednávací pozice s odběrateli – plátcí – veřejnými zdravotními pojišťovnami.

Ostatní výhody konsolidace však zůstávají.

Oblast řízení kvality vidí Moje ambulance ve

dvou rovinách, a to rovině odborné a klientské. V odborné rovině je to systém zavádění guideline, systém na míru šitých odborných školení lékařů a sester (děkujeme tímto Evropské unii) a následné vyhodnocování odborné léčby mechanismem hlavní lékař – dozorčí rada. Vzniká tak nepodkročitelný standard léčby, nad kterým pak lékař může realizovat své další schopnosti v diagnostice, léčbě léky i slovem.

Klientská rovina je definována 12hodinovou otevírací dobou, funkčním objednávkovým systémem, spoustou online služeb, hezkým prostředím ambulance, výběrem lokality a v neposlední

řadě příjemným personálem školeným v oblasti komunikace s pacientem.

To, co nás nejvíce bude odlišovat od samostatných lékařských praxí, je schopnost rychlé inovace služeb pro přicházející facebookovou generaci. Jsou jiní, updatují své profily, googlují potřebné informace, konzultují v internetových skupinách své problémy a hledají online řešení. Měsíčně se jich 600 online pomocí internetu registruje i u nás.

Široký a rozrůstající se strom online služeb je přesto jen nadstavbou nad fyzickou přítomností pacienta u lékaře.



Marek Potysz

MUDr. Lubor Kinšt,
člen předsednictva, Sdružení praktických lékařů

Bát se či nebát, toť otázka

Záleží na tom, komu na ni odpovídáte. Osobně si myslím, že my, tady v té naší malé české kotlině, se hrozně rádi bojíme, respektive se rádi necháváme strašit těmi nejčernějšími scénáři. Na všem novém vidíme jenom rizika a negativa. Podle mě i profesor Murphy musel být asi Čech, jenom o tom štěstí nevěděl, a tak formuloval bezděky naši mentalitu tak trefně, že to ani dobře dopadnout nemohlo. Ale k věci...

Všechno má tendenci se rozrůstat, mohutnět a košatět. Žijeme v globalizovaném světě a díváme se, že kromě proletářů, kteří se spojovali spíše v minulém století, se nyní řetězí průmysl, služby i věda. Proč ne tedy řetězce i ve zdravotnictví? Protože, a to je typické, nám nejde většinou o to, dát obsahu formu, ale jen o to, co nejvíce si z veřejných peněz urvat pro sebe, a máme strach, že k tomu se řetězce hodí lépe než jednotlivá zařízení, protože jsou logicky silnější. Nevím, zda to

lze ještě nazvat předběžnou opatrností, a nebo již přímo předpojatostí, ale je to fakt.

Ale i v sousední – civilizovanější – Evropě mají jednotlivá zdravotnická zařízení tendenci se sdružovat a poskytovat tak komplexnější služby při nižších provozních nákladech, zatímco u nás si jen velmi neradi necháváme koukat pod prsty. Takže forma nemusí určovat obsah.

Když se objevily řetězce v ambulanci péči, mou první otázkou bylo: V čem mohou nabídnout pacientům lepší služby než já? V promotion PR nabízeli takřka neomezené služby jak v čase, tak v personálním zajištění v takovém až hypermarketovém balení. Skutečnost se posléze ukázala jiná i z důvodu všeobecně sdílené personální nedostatečnosti zdravotnických pracovníků. Přesto jsem se tedy snažil i já vybavit svou ordinaci moderními přístroji pro rychlou diagnostiku, vzdělávat se a učit se práci s touto technikou a v neposlední řadě i rozšířit rozsah poskytované péče. A to je nepochybně pozitivní přínos efektu řetězců. A v čem mám výhodu já? No v tom, že své pacienty znám již mnoho let, většinou i jejich rodiče, resp. prarodiče. A oni mají snad dobrý pocit z toho, že chodí ke svému lékaři, který je zná z opakovaného kontaktu, tedy lépe než někdo, kdo je vidí poprvé. Tento vztah nemůže zastoupit žádná sebedokonalejší dokumentace.

Co já vyčítám řetězcům, je to, že v nich mnohdy poskytuje zdravotní služby ne zcela kvalifikovaný lékař, který sice pracuje pod odborným dohledem, ale tento se nachází mnoho desítek kilometrů daleko. Toto by se totiž u tzv. jednomužné, z genderového hlediska jednoženné, tedy jednohlavé ordinaci mohlo stát jen výjimečně. Připouštím však, že nemám k dispozici žádná tvrdá data a že jde jen o můj dojem, který jsem získal na základě informací od kolegů a různí se region od regionu.

Řetězce však fungují a rozrůstají se dále. Pořizují si laboratoře, lékárny, ba přímo celé nemocnice. A k tomu i zdravotní pojišťovny. Až se řetěz uzavírá. Mají pojištěnce, pacienty, lékaře v ambulancích i v nemocnicích. Dosud mi není známo,

že by k řetězcům patřila i pohřební služba, ale nemusím mít vyčerpávající informace.

A tak i já, provozovatel malého zdravotnického zařízení, se stávám partnerem řetězců. Např. laboratoř, se kterou léta spolupracuji, bývala zpočátku v mém o k r e s n í m městě, posléze fúzovala s větší v krajském, aby se v současné době část materiálu vozila do našeho hlavního města, přičemž management sídlí zřejmě již za hranicemi ČR. Takový je život. A i když již při interpretaci výsledků nehovořím s paní „Vonáskovou“, ale hlásím se v call centru jakýmsi PINem, výsledek v podobě přesných dat mám odpoledne ve svém počítači stejně. A o tom to je.



Lubor Kinšt

Co s tím? „ČLK bojuje s řetězci“, četl jsem jeden titulek v časopise té, nyní spíše odborářské, profesní komory. Bojovat, protestovat, pomlouvat a závidět, to není řešení.

Řešením je akceptovat tento fakt s veškerými jeho přednostmi, ale i nedostatky a hlavně požadovat a vynucovat si aplikaci stejných norem daných zákonem pro všechny. O to více mi nyní připadá jako velmi rozumné to, co požadoval v návrhu zákona bývalý ministr Julínek: Mějte zdravotnická zařízení, mějte si i zdravotní pojišťovnu, ale musíte to jasně sdělit a tím i riskovat zvýšenou kontrolu. Určitě je to transparentnější než nějaký poloanonymní, těžko dohledatelný vlastník např. přes kyperské obchodní společnosti.

Ale i v sousední – civilizovanější – Evropě mají jednotlivá zdravotnická zařízení tendenci se sdružovat a poskytovat tak komplexnější služby při nižších provozních nákladech, zatímco u nás si jen velmi neradi necháváme koukat pod prsty.

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. Preferujete péči poskytovanou řetězci nebo individuálními poskytovateli lékařské či lékárenské péče?
2. Jaké výhody a nevýhody mají oba způsoby poskytování zdravotních služeb?
3. Jaký vývoj v této oblasti čekáte, jaká jsou jeho rizika a která by se jim dalo předcházet?



PhDr. Ivana Plechatá,
pracovnice Dětské onkologické
kliniky, LF MU

odpovědi Ivany Plechaté:

1. Jako klient, zákazník nebo pacient preferuji především možnost volby. Nabídku pak porovnávám se svými potřebami, preferencemi a možnostmi. Pokud se nabídka v podobě kvality a širší sortimentu, služeb a dobrého vychování potká s mými požadavky, je mi celkem jedno, kdo je zřizovatel, provozovatel lékárny či zdravotnického zařízení. Je to zkrátka o kvalitě a ne o druhu poskytovatele.

2. Pokud hovoříme o komerčních řetězcích, výhody a nevýhody takových společností jsou známy, co trh trhem stojí, a platí stejně tak pro zdravotnictví, jako pro jiné oblasti podnikání. Výhody pramení z centrálního řízení, jednotně nastavených vnitřních pravidel a postupů (včetně

kontrolních), důrazu na efektivitu a výkon, vzdělávání zaměstnanců atd. Rizika pramení ze samé podstaty podnikání, tedy tvorby zisku a prioritního úsilí o minimalizaci vstupů a maximalizaci výstupů. Pokud jsme do zdravotnictví již trh pustili (a já se domnívám, že je tomu tak správně), musíme být připraveni na to, že trh bude vždy o krůček napřed před naší schopností ho usměrňovat a regulovat. Individuální poskytovatel, například v podobě praktika či ambulantního specialisty, se má v dnešní době co ohánět. Jednak aby vyhověl všem zákonným požadavkům (což při četnosti novelizací není vůbec jednoduché), jednak aby nezešlel z byrokratické zátěže různých nařízení a vyhlášek, aby vše precizně vyučtoval plátcům, po nocích se vzdělával, a nakonec se ještě mohl věnovat péči o své pacienty. Na druhou stranu je více méně nezávislý, pracuje takzvaně na sebe a žádný šéf mu do práce nemluví. Ve féroovém prostředí by to měla být pouze jeho volba, zda „nezávislý“ zůstane, či zda obětuje část své suverenity a vstoupí do řetězce.

3. Řetězce jsou a budou vznikat další. Nepředpokládám však, že by hrozil nějaký diktát řetězců a „vláda silného hráče“ na celostátní úrovni, respektive ve všech oborech zdravotnických služeb. Určité náznaky, například v lékárenství, se nicméně objevují v některých městech

či regionálně, kde vytlačováním drobných provozovatelů lékáren může hrozit zúžení volby a s tím další negativní následky v podobě omezení služeb či sortimentu, zvýšení ceny apod. Podobné „ovládnutí trhu“ může postihnout některé lukrativní lékařské obory, náchylnější k většímu zájmu řetězců. Opravdový problém by nastal až v případě, pokud by řetězce měly tendence k „válcování“ ostatních, jejich vytlačování, zkrátka k dominantnímu, či dokonce monopolnímu chování. Domnívám se, že obranou je důsledně nastavený transparentní právní a úhradový systém, který nebude upřednostňovat žádného z možných poskytovatelů, ale ani oborů, nebude glorifikovat či demonizovat jedno nebo druhé podle ideového klíče a všem nabídne stejné podmínky. Na druhé straně je třeba pečlivě sledovat dodržování féroového „podnikání“ a důsledně trestat mafiánské a nekalé praktiky. O velkých řetězcích totiž platí, že obvykle nevládnou pouze silou kapitálu, ale zejména silou vlivu, včetně vlivu na politiky jako tvůrce právního prostředí.

Pokud však hovoříme o rizikách komerčních řetězců ve zdravotnictví, pro potřebu vyváženého přístupu bych ráda varovala před riziky politicky řízených krajských a obecních zdravotnických zařízení a jejich „řetězců“. Politicky motivované a populistické zásahy bez

dlohodobých koncepcí, kombinované s neznalostí, nekompetentností, nehospodárností a mnohdy korupcí, mohou nést stejně velká rizika pro naše zdravotnictví.



doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., praktický lékař a přednost ÚVL 1. LF UK

odpovědi Bohumila Seiferta:

1. Jako pacient preferuji osobní kontinuální péči u praktického lékaře s historií praxe na daném místě. To mluví pro individuální poskytovatele. Obecně z hlediska kvality nechci být předpojatý. Záleží na organizační úrovni pracoviště a osobnosti zdravotníků přímo poskytujících péči. Podobně to vnímám i v lékárenské péči.

2. Jestliže je individuálním poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství ve smyslu otázky lékař se sestrou, pak výhody jsou v kontinuitě péče, jejím osobním charakteru, znalosti potřeb registrované populace a také v přímé odpovědnosti za péči. Je ale otázka, jak se tento model do budoucna vyvíjí a jak se vyrovná s rostoucími nároky na primární péči. Řetězce mají

kromě kapitálu také větší personální zázemí, mohou nabídnout větší rozsah ordinační doby, zajistí zástupy při vzdělávání lékařů, mají ekonomické výhody při nákupu ve velkém a při vyjednávání, mohou aplikovat jednotné organizační modely. V České republice ale zatím platí, že dobří praktičtí lékaři dávají přednost samostatné praxi, kde mohou spíše rozvíjet své vize ve prospěch pacientů.

3. Zatímco u nás vyvrcholila atomizace praxí, v Evropě je spíše trend k jejich sdružování a ke sdílení péče o pacienty. Je charakteristické, že i u nás někteří praktičtí lékaři rozšiřují své praxe nebo pokrývají více praxí a zaměstnávají kolegy, kteří zatím o vlastní praxi neuvažují. Využívají svých zkušeností, organizačních i profesionálních. Trend k větším praxím vyplývá z vysoké náročnosti odborné i organizační práce, feminizace, naléhavé potřeby kontinuálního vzdělávání a potřeb ekonomické efektivity. V této situaci také nastupují řetězce. Vstup silných ekonomických subjektů do primární péče není naším specifikem, odehrává se i jinde v Evropě. O pozici řetězců v naší primární péči rozhodne mimo jiné míra přirozené obměny v nezávislých praxích, závislá na přílivu mladých do oboru a vyřešení mechanismu předávání/prodeje praxí. Riziko vidím spíše v propojení poskytovatelů, ambulantních i nemocničních, a plátců, tam se mohou promítat ekonomické zájmy na úkor kvality.

odpovědi Adély Čabanové:

1. V primární péči dávám osobně rozhodně přednost individuálním poskytovatelům. Souvisí to jistě s tím, že mám se svými registrovanými lékaři dobré

zkušenosti. Střídání lékařů v ordinaci praktického lékaře mi nepřijde ideální. Podobný přístup mám i k lékárenské péči. Protože potřebuji v lékárně nejen sehnat „zboží“, ale především se poradit o samoléčbě, vracím se neustále do jedné lékárny, kde se mi personál věnuje a budí ve mně důvěru. Tato lékárna není součástí žádného řetězce, ale na druhou stranu by mě samo o sobě asi neodradilo, kdyby byla. Naproti tomu v nemocniční péči jako pacient nedělám rozdíl mezi poskytovatelem podle zřizovatele nebo majitele. Určující je pro mě spíše blízkost nemocnice, personál a zaměření než to, jestli se jedná o nemocnici fakultní, krajskou příspěvkovku, akciovou společnost nebo součást řetězce.



Adéla Čabanová, redaktorka, Lidové noviny

2. Řetězce se snaží získat klienty vstřícnou ordinační dobou, doplňkovými službami, příjemným prostředím nebo v případě řetězců lékárenských cenou. Pacienti mají naštěstí stále na výběr, jestli zvolí řetězec, nebo samostatného poskytovatele s více osobním přístupem, každý až zvolí podle svých prefe-

rencí. Dokud nejsou řetězce dominantní zaměstnavatelé, mají i zdravotníci a další pracovníci možnost vybrat si, kdo jim přináší větší výhody a menší nevýhody. Velké nevýhody můžou ale z chování řetězců plynout pro zdravotnický systém v případě ekonomického propojení se zdravotní pojišťovnou.

3. Netroufám si odhadnout, jaký budoucí vývoj nastane. Vnímám ale riziko, že by se mohlo několik málo řetězců stát ve svém oboru a regionu dominantními poskytovateli, propojenými s významnou zdravotní pojišťovnou. Takové dominantní postavení by právem budilo obavy z možného zneužití. Proti takovému případnému protežování spřátelených firem vidím mezi známými návrhy jedinou funkční obranu, a to povinné zveřejňování veškerých smluv mezi pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními. V případě lékáren by mimo to stálo za to uvažovat o ohodnocení odborné konzultační a další činnosti farmaceutů a případně podpořit lékárny v menších obcích.

odpovědi Lubomíra Chudoby:

1. Preferuji péči poskytovanou na vysoké odborné úrovni, přiměřeně nákladnou, se skutečným zájmem o spokojeného pacienta. Principiálně nezáleží na tom, zda jde o individuálního či skupinového poskytovatele. Měl by to být ale především subjekt, který je ochoten se rozvíjet a věnovat svou pozornost poskytování komplexních a kvalitních zdravotních služeb. Za užitečné v této souvislosti považují také profesní působení v místě bydliště. Oslovení a získání si důvěry těch, kteří vás

léta znají, má určitě svou hodnotu. Naopak ostražitě přistupují k investorům, kteří pouze na čas zaparkují své přebytečné finance ve vybraném odvětví. Nelíbí se mi jejich snaha urvat maximální tržní podíl a v nej příhodnějším okamžiku se ziskem vše prodat. Jde o taktiku, která v dlouhodobém horizontu nepřináší výhody ani pacientům, ačkoliv to tak zpočátku někdy vypadá.



*PharmDr. Lubomír Chudoba
prezident, Lékárnická komora*

2. U individuálního poskytovatele se předpokládá vysoké osobní nasazení, nezávislost, kreativita a snaha vyhovět každému jednotlivému pacientovi. Nevýhodou je snížená schopnost dosáhnout v případě nenadálé změny významnějších úspor, případně výnosů. Z obecného hlediska je individuální poskytovatel ekonomicky zranitelnější. Zaměstnanci řetězce se naopak nemusejí rozptylovat řadou doprovodných aktivit – často disponují dost

zúženým sortimentem léčiv i doplňků stravy a veškeré činnosti, praním prádla počínaje a účetnictvím konče, za ně řeší centrála. Jsou článkem soukolí, kde se oceňuje zejména loajalita a striktní dodržování interních předpisů. Přesto lze u nich pozorovat vyšší fluktuaci a někdy i neosobní přístup, který může být daný za určitou nemožnost vlastní seberealizace mimo striktně nastavená firemní pravidla. Srovnávat kvalitu poskytovaných služeb mezi malou lékárnou a řetězcem paušálně myslím nelze. Vždy záleží na konkrétním majiteli a jeho zaměstnancích.

3. Zdravotnictví bude i v příštích letech velmi nákladnou oblastí s vysokou přidanou hodnotou. Zasloužilo by si větší předvídatelnost a postupnou kultivaci. Revoluční změny pravděpodobně nehrozí, byť o nich někteří stále dokola mluví. Přál bych si, aby si zákonodárci uvědomili nezastupitelnost malých podnikatelů a rodinných firem, jejichž konkurence a znalost místních podmínek je opravdu pro pacienty velkým přínosem. Oproti tomu na řetězce a velká podnikatelská uskupení je a nadále bude státní aparát „krátký“. Vzpomeňme na původní předsevzetí exekutivy a legislativní podmínky pro provoz zdravotních pojišťoven. Již dnes se průmysloví giganti fakticky vymykají účinné kontrole. Mám velkou obavu, že i v případě léků to nebudou státní orgány ani zdravotní pojišťovny, ale nadnárodní výrobní a distribuční firmy včetně řetězců lékáren, které nakonec rozhodnou o sortimentu a cenách léčiv pro české pacienty.

**Mgr. Jana Lukášová a Mgr. Jakub Jeřábek,
advokátní koncipienti, Advokátní kancelář Bradáč Advokáti**

Rostoucí tržní podíl řetězců lékáren – ohrožení hospodářské soutěže?



Řetězce poskytující lékárenské služby jsou často spojovány s možným porušováním etických pravidel a kodexů příslušných komor. Otázkou je, zda může rostoucí tržní podíl řetězců lékáren představovat také problém právní, a to především s ohledem na regulaci hospodářské soutěže. Tento příspěvek se věnuje právě problematice řetězců lékáren v prostředí hospodářské soutěže a na příkladu řetězce lékáren Dr.Max, vlastněných společností Česká lékárna, a. s., zobrazuje, že právo hospodářské soutěže a etické normy komor nejdou vždy ruku v ruce, naopak jsou často v souladu s právem i praktiky, které se odborným komorám jeví jako neetické.

Konkurenční výhoda řetězců lékáren pramení bez pochyby ze skutečnosti, že jsou na rozdíl od menších nezávislých lékáren vedeny profesionálními manažery a významnou roli v jejich tržním chování mají marketingová oddělení. Tato skutečnost s sebou nese uplatňování tržních praktik, které jsou v jiných oborech již zažitou praxí, avšak na trhu léků a ostatních lékárenských výrobců jsou poměrně nové. V posledních měsících se množí otázky, zda je užívání reklamy, marketingových strategií a různých nástrojů cenové politiky v tomto oboru v souladu s profesní etikou lékárníků a zda je takové chování řetězců v souladu s právem na ochranu hospodářské soutěže na trhu lékáren.

Hospodářská soutěž je již tradičně zákonem chráněna ve dvou rovinách. Za prvé je chráněna právem proti omezování hospodářské soutěže spočívajícím v zákazu kartelů, zneužívání dominantního postavení a omezení spojování soutěžitelů (fúzí). Ochranu hospodářské soutěže v této rovině zajišťuje zákon č. 143/2001 Sb., o ochraně hospodářské soutěže. Druhou rovinu tvoří právo proti nekalé soutěži, zakazující praktiky soutěžitelů, jako jsou například klamavá reklama, klamavé označení zboží a služeb, podplácení a parazitování na pověsti. Právo nekalé soutěže je upraveno v § 44 a násl. zákona č. 513/1991 Sb., obchodního zákoníku.

Pro aplikaci výše uvedených případů porušení pravidel hospodářské soutěže je nezbytné naplnění znaků hospodářské soutěže, kterými jsou pluralita tržních subjektů, jež se účastní hospodářské soutěže, a vymezení relevantního trhu, na kterém soutěž probíhá. Úřad na ochranu hospodářské soutěže ve svých rozhod-



Jana Lukášová



Jakub Jeřábek

nutích opakovaně konstatoval, že lékárny navzájem soutěží v poskytování lékárenské péče, a to v oblasti léčivých přípravků na předpis i volně prodejných. Lékárny si mohou účinně konkurovat při respektování zákonných omezení. Konkurence je typická v oblasti ceny (rozdílné obchodní přírážky), kvality a rozsahu poskytovaných služeb. Zákonným omezením je především regulace reklamy na léčebné přípravky vydávané na předpis a povinnost vybírat tzv. regulační poplatky. Relevantním trhem je celostátní trh lékárenské péče, neboť vztah nabídky a poptávky na trhu lékárenské péče je považován na území České republiky za natolik homogenní, že jej není nutno dále dělit na jednotlivé dílčí trhy (např. obce).

V poslední době často diskutovanou otázkou je možné zneužití dominantního postavení na trhu lé-

kárenskými řetězci. Dominantním postavením soutěžitele je přítom takové postavení, které mu umožňují chovat se ve značné míře nezávisle na spotřebitelích a dalších soutěžitelích. Dominantní postavení na trhu se v praxi posuzuje zejména podle tržního podílu soutěžitele, přičemž je brána v úvahu struktura ostatních soutěžitelů, jejich tržní podíly a finanční síla. Pokud není prokázán opak, má se vždy za to, že soutěžitel, který dosáhl tržního podílu nejméně 40 %, má dominantní postavení. Je nutno poznamenat, že dominantní postavení soutěžitele samo o sobě ještě není v rozporu s právem na ochranu hospodářské soutěže. Soutěžitel porušuje právo hospodářské soutěže až v okamžiku, kdy zákonem předvídaným způsobem této tržní pozice zneužije. Řetězci lékáren s největším tržním podílem jsou v současné době lékárný Dr.Max, lékárný Pharmed a lékárný Lloyds. Celkový počet lékáren evidovaný ke konci roku 2011 SÚKL byl 2448, přičemž řetězec lékáren Dr.Max s největším tržním podílem čítal 210 lékáren. Z toho vyplývá, že z pozice zákona nelze domnívat, že je některý z řetězců v dominantním postavení. V případě, že by přesto Úřad v budoucnosti shledal postavení některého řetězce za dominantní v prostředí trhu s lékárenským zbožím, musel by se takový řetězec důsledně vyvarovat: a) přímého nebo nepřímého vynucování nepřiměřených podmínek ve smlouvách s jinými účastníky trhu (především klienty a dodavateli); b) vázání souhlasu s uzavřením smlouvy na podmínku, že druhá smluvní strana odebere i další s předmětem smlouvy nesouvisející plnění

(např. odebrání léčebných pomůcek bezprostředně nesouvisejících s aplikací léku); c) diskriminace konkrétních účastníků trhu (výdej léků pouze pacientům určitých zdravotnických zařízení, odebírání léčiv bezdůvodně pouze od některých distributorů); d) dlouhodobého nabízení a prodeje zboží za nepřiměřeně nízké ceny (tzv. cenový dumping). V případě podezření ze zneužití dominantního postavení lékárenským řetězcem je možné se obrátit s podnětem na Úřad pro ochranu hospodářské soutěže, který má celou řadu nástrojů včetně vysokých pokut, jak narušení hospodářské soutěže zabránit.

Za nekalosoutěžní praktiku lékárenského řetězce je nutno považovat takové jednání v hospodářské soutěži nebo v hospodářském styku, které je v rozporu s dobrými mravy této soutěže a je způsobilé přivodit újmu jiným soutěžitelům (lékárnám, dodavatelům), spotřebitelům (pacientům) nebo dalším zákazníkům. Dobrými mravy soutěže se rozumějí pravidla ustálená v poctivém hospodářském styku, která však nevyklučují jistou dávku agresivity nutnou k úspěchu na trhu. Lékárenské řetězce musejí tedy zachovávat podmínky poctivého hospodářského styku a fair play. Podmínkou nekalosoutěžního jednání je způsobilost přivodění újmy dalším tržním subjektům, přičemž újma reálně nastat nemusí. Typickým příkladem nekalosoutěžního jednání lékárenských řetězců by mohla být klamavá reklama, která by byla způsobilá vyvolat u lékařů a pacientů klamnou představu o určitém léčivém přípravku a tím zjednat řetězci prospěch na úkor dalších sou-



**S tématy otevíranými na seminářích
v CERGE-EI a v Občanovi v síti
se můžete pravidelně setkávat
na vlnách Českého rozhlasu 6.**

těžitelů. Dalším příkladem nekalosoutěžního jednání je klamavé označení léčebných přípravků, které by bylo způsobilé vyvolat u lékařů a pacientů mylnou domněnku, že pocházejí z určité oblasti nebo místa, od určitého výrobce nebo mají zvláštní jakost. Tento problém se jeví jako vysoce aktuální v souvislosti s medializovaným plánem řetězce Dr.Max nechávat si vyrobit léky ve Velké Británii na zakázku a následně je prodávat pod vlastní značkou. Označení léků musí být v takové situaci velmi přesné, nesmí vyvolávat klamavou představu pacientů o léku, nesmí vyvolávat nebezpečí záměny s lékem jiného výrobce a nesmí parazitovat na pověsti léku jiného výrobce.

Používají tedy lékárenské řetězce nekalosoutěžní praktiky? Příkladem jejich jednání, které vyvolalo vlnu mediálních reakcí, jsou letáky, které doručoval řetězec lékáren Dr.Max v dubnu tohoto roku lékařům. Česká lékárnická komora tyto letáky ve své tiskové zprávě z 25. 4. 2012 odsoudila jako korupční a uvedla, že nabízejí slevy a výhody lékařům, kteří budou své pacienty nutit k návštěvě lékáren Dr.Max. Při bližším seznámení se s letáky je však nutno konstatovat, že tyto letáky nikterak nevybočují z běžných marketingových praktik tržních subjektů a nenaplníjí znaky žádné ze speciálních skutkových podstat nekalé soutěže. Nejedná se o klamavou reklamu, protože leták neobsahuje informace způsobilé vyvolat klamnou představu. Nejedná se ani o podplácení, ke kterému je potřeba nabídnout za získání konkurenční výhody prospěch statutárnímu orgánu nebo zaměstnanci jiného soutěžitele. Nejedná se ani o skutkovou podstatu srovnávací reklamy, která vyžaduje výslovnou nebo alespoň nepřímou identifikaci jiného soutěžitele, a stejně tak nelze rozeslání letáku považovat ani za tzv. zlehčování, které vyžaduje po narušiteli soutěže rozšiřování takových informací o poměrech, výrobcích nebo výkonech (a to i pravdivých) jiného soutěžitele, které jsou mu způsobilé přivodit újmu. Ostatní speciální skutkové podstaty nekalé soutěže pak v úvahu nepřicházejí vůbec.

Ačkoli tedy Česká lékárnická komora nazvala praktiku řetězce Dr.Max jako korupční a dále se vy-

jádřila ve smyslu, že leták navozuje domněnku, že individuální a profesionální péči lze získat jen v lékárnách Dr.Max, z pohledu práva nekalé soutěže nelze s takovým hodnocením souhlasit. Leták dále výslovně nenabádá lékaře posílat pacienty výhradně do lékáren Dr.Max, pouze se abstraktně vyjadřuje o tom, že cílem těchto lékáren je, aby pro lékaře byly „lékárnou první volby“. Na tomto místě je vhodné zmínit také „způsobilost vyvolat klamnou představu“, která je pojmovým znakem několika speciálních nekalosoutěžních skutkových podstat. Je nezbytné rozlišovat klamavost sdělení u jednotlivých cílových skupin. Je zřejmé, že marketingové aktivity řetězců zacílené na lékaře jsou způsobilé vyvolat klamnou představu obtížněji než marketingové aktivity zacílené na širokou laickou veřejnost.

V tomto konkrétním případě se tedy řetězec žádného porušení práva proti nekalé soutěži nedopustil. Česká lékárnická komora naopak použila ve svém vyjádření silnější výrazy jako „korupční jednání“, aniž by tuto skutečnost měla reálně právně podloženu. V takovém případě hrozí obrana řetězce formou žaloby pro neoprávněný zásah do dobré pověsti právnické osoby. Ostatně již v roce 2008 Česká lékárnická komora ve snaze zabránit řetězci v marketingové akci „vyplácení pětikoruny“ byla nucena zaplatit pokutu ve výši 1 000 000 Kč, uloženou jí Úřadem pro ochranu hospodářské soutěže.

Lze tedy shrnout, že marketingové aktivity řetězců lékáren, dříve v tomto segmentu trhu neznámé, nejsou bez dalšího způsobilé k zásahu do práv lékařů, pacientů, jiných řetězců lékáren nebo nezávislých lékáren. Na druhou stranu ovšem musejí řetězce věnovat při svých marketingových aktivitách zvýšenou pozornost právu na ochranu hospodářské soutěže s důrazem na možné nekalosoutěžní jednání. V případě porušení právních norem hrozí řetězcům soudní žaloby, pokud jde o porušení práva proti nekalé soutěži, a řízení před Úřadem pro ochranu hospodářské soutěže, pokud jde o zneužití dominantního postavení, dohody soutěžitelů narušující soutěž (kartely) nebo nepovolené fúze.

