Dr. Hankó Zoltán

… és ideje van a szólásnak… I. A létszámhelyzetről[1]

Az elkövetkező hónapokban néhány olyan kérdést szeretnék körbe járni, amelyek komoly kihívást jelentenek a gyógyszerészetnek. Az első a létszámhelyzettel kapcsolatos.

Az érdeklődés (és a szakmai közbeszéd) középpontjába került, hogy a lakossági gyógyszerellátásban „egyre nagyobb" a gyógyszerészhiány. Úgyszintén visszatérő téma – különösen a négy egyetem képviselőivel folytatott megbeszéléseken –, hogy a gyógyszerészkarokra megfelelő számú és minőségű jelentkezői és hallgatói létszámot kellene biztosítani ahhoz, hogy a képzés személyi, infrastrukturális és gazdasági háttere, valamint szakmai színvonala továbbra is biztosított és fejlődőképes legyen. A két téma egymással összefügg, ezért a létszámhelyzetet és az egyetemi felvételikkel kapcsolatos kérdéseket a Kamarában együtt elemezzük.

A liberalizáció lezárását követő első nagyszabású adatgyűjtésre és feldolgozásra 2015-ben került sor. Ekkor a négy képzőhellyel (Semmelweis Egyetem, Szegedi Tudományegyetem, Debreceni Egyetem, Pécsi Tudományegyetem) és az MGYT-vel közös adatgyűjtést és elemzést végeztünk [publikálva: Gyógyszerészet *59*, 352-356 (*2015*)]. Erre támaszkodva sikerült az EMMI akkori Felsőoktatásért Felelős Államtitkárságával folytatott egyeztetéseken megállapodni abban, hogy az államilag finanszírozott felvételi ponthatárokat 400-ról 385-re módosítják és – az eredetileg tervezett 275 fő államilag finanszírozott keretet jóval megnövelve – évente legalább 400 fő gyógyszerészhallgató felvételét teszik lehetővé úgy, hogy ebbe a számba az önköltséges képzésben részt vevőket (évente max. 40-50 fő) is beszámítjuk. Az akkori egyeztetéseken vállaltuk, hogy néhány év múlva az elemzést friss adatokkal is elvégezzük, hogy – szükség esetén – a megfelelő korrekciókra sor kerülhessen.

A 2018. decemberi küldöttközgyűlés elnöki beszámolójában már szóltam arról, hogy – a 2015-ben publikált 2014-es adatokat bázisnak tekintve – a korábban ígért elemzést elkezdtük. Ezzel párhuzamosan a tavaly decemberi Köztestületi Napokon, majd a 2019-es lillafüredi Vándorgyűlésen *dr. Nagy Vilmos* mutatta be az adatokat. Az azóta is folyamatosan frissített elemzés a Gyógyszerészet augusztusi számában megjelenik és a Kamara honlapján is közzétesszük. Mivel ez által a részletes számok széles körűen elérhetővé válnak, most nem ezek bemutatására, hanem a folyamatok megértésére és a teendőkre szeretnék koncentrálni azzal, hogy ebben az írásban – az érthetőség érdekében – a legalapvetőbb számokat mégis meg fogom idézni, melyek *dr. Fittler Andrással*, dr. Nagy Vilmossal és *dr. Sohajda Attilával* közös adatgyűjtésünkből származnak.

A HELYZET…

1. A jogelőd nélküli magángyógyszertárak megjelenését megelőzően (1990-ben) összesen kb. 1400 közforgalmú gyógyszertár működött. A gyógyszertári törvény 1994.

Borító gondolat: Mit tegyünk a betegért?
"Küldje el a beteget orvoshoz, ha vényköteles gyógyszerre van szüksége!"

Alapelv, hogy gyógyszerrel, egyéb termékkel, jó szóval és tájékoztatással minden helyzetben a beteget segítsük. Nincs ez másként akkor sem, ha a beteg vényköteles gyógyszert kér, de nincs receptje. Vagy azért, mert elfogyott a korábban már neki rendelt gyógyszer és nem éri el az orvosát, vagy azért, mert a tüneteire önmaga elgondolása vagy mások tanácsa szerint az lenne a leginkább megfelelő.

A közelmúlt botrányai után, amikor egyes gyógyszertárak vényköteles gyógyszereket rendszeresen értékesítettek vény nélküli betegeknek, még nem sikerült kodifikálni a „vis major" helyzetek patikai kezelését. Így ma az a jogszerű segítség az olyan betegnek, akinek elfogyott a vényköteles gyógyszere és nem éri el az orvosát, hogy segítünk egy orvos elérésében és/vagy átmenetileg vény nélküli gyógyszerrel segítjük ki (ha ez szakmailag megfelelő). Más a helyzet akkor, ha a beteg vény nélküli gyógyszert vagy egyéb terméket akart vásárolni a gyógyszertárban, de a vele folytatott konzultáció során kiderül, hogy olyan panaszai vannak, amelyek szükségessé tehetnek egy alaposabb orvosi kontrollt és az ehhez kapcsolódó gyógyszerrendelést.

Az ilyen szituációk nemcsak alapos felkészültséget követelnek meg az expediáló gyógyszerésztől, hanem annak tudatosítását is, hogy felelősek vagyunk a betegeinkért és minden helyzetben a javukat kell keresnünk – kompetenciáink és a szabályok szem előtt tartásával.

(Dr. Nagy Vilmos)

Fotó: dr. Nagy Vilmos. Borítóterv: Oláh Csaba

[1] Ez úton is köszönöm dr. Fittler Andrásnak, dr. Nagy Vilmosnak és dr. Sohajda Attilának az adatok feltárásában és elemzésében való áldozatos munkáját, valamint e cikk szakmapolitikai szempontok szerinti lektorálását.

szeptemberi hatályba lépéséig (amikor geográfiai és demográfiai korlátokhoz kötötték új közforgalmú gyógyszertár létesítését) összesen közel 500 új jogelőd nélküli magángyógyszertár létesült, majd 1997 végén (a patikaprivatizáció lezárultával) már 2036 közforgalmú gyógyszertár működött. A 2006. év végi liberalizációkor kb. 2010 közforgalmú gyógyszertárnak volt működési engedélye, de a gyógyszertári törvény 1994-es hatályba lépése és a liberalizáció 2007 elejei kezdete közötti időszakban több száz fiókgyógyszertár is létrejött, számuk meghaladta a 600-at. 2007 elejétől ismét a közforgalmú gyógyszertárak létesítése került előtérbe; a liberalizáció 2010-es leállításáig kb. 550 új közforgalmú gyógyszertári engedély került kiadásra. Mivel időközben számos gyógyszertár megszűnt, 2010 végén összesen kb. 2450 közforgalmú gyógyszertárnak volt működési engedélye. Az ezt követő két-három évben viszonylag sok gyógyszertár bezárt, így ma a közforgalmú gyógyszertárak száma kb. 2300, a fiókgyógyszertáraké kb. 650. Ez azt jelenti, hogy *jelenleg kb. 900 közforgalmú és 650 fiókgyógyszertárral van több, mint három évtizeddel ezelőtt, és az intézeti gyógyszertárak is kb. 70 ún. közforgalmi részleget működtetnek.*

2. A közforgalmú gyógyszertárakban foglalkoztatott gyógyszerészek létszáma KSH adatok szerint 1990-ben 3390 fő volt, ami 1997-re 4389-re nőtt. 2006-ban 4897, 2010-ben 5401, gyógyszerész dolgozott közforgalmú gyógyszertárban. Ez a szám a veszteséges patikák 2010-es évek elején történt bezárásaihoz kapcsolódó átmeneti csökkenést követően, OSAP adatok szerint 2017-re 5575-re nőtt. Ez azt jelenti, hogy *jelenleg kb. 2200 gyógyszerésszel dolgozik több a közforgalmú gyógyszertárakban, mint három évtizeddel ezelőtt (de ebben a nyugdíjas foglalkoztatás számai is benne vannak).*
3. A fentiek alapján *1990-ben és 2017-ben is lényegében 2,4 gyógyszerész jutott egy közforgalmú gyógyszertárra (ez az arány 2010-ben 2,2 volt).*
4. A közforgalomban foglalkoztatott asszisztensek/szakasszisztensek létszáma KSH adatok szerint 1990-ben 7074 volt (gyógyszertáranként 5-ös átlag!). Ez a szám 1997-re (2036 gyógyszertárban) 6070-re csökkent (gyógyszertáranként kb. 3-as átlag), 2016-ban pedig 7185 volt, ami *gyógyszertáranként 3,12-es asszisztensi/szakasszisztensi átlagot jelent (a 2010-es* átlag *3,01 volt).*
5. A gyógyszerészi (és az asszisztensi/szakasszisztensi) foglalkoztatás adatai a fentiek szerint az utolsó 25-30 évben látszólag nem romlottak, azonban
   - ma kb. 650 fiókgyógyszertár gyógyszerész-ellátottságát is biztosítani kell,
   - a személyi jogos gyógyszerészek alap-feladata a gyógyszertár és a vállalkozás irányítása is, szemben az 1990-es gyakorlattal, amikor a gyógyszertárvezetőknek „csak" a gyógyszertár operatív vezetői teendőit kellett ellátniuk,
   - lényegesen több feladatot jelent (és több munkaidőt is igényel) a logisztikai feladatok ellátása az 1990-es helyzethez képest (hiszen sokkal többféle terméket forgalmaznak a gyógyszertárak, továbbá a napi többszöri rendelés és áruátvétel is a „kibővült" feladatok közé tartozik),
   - jelentősen megnövekedtek az adminisztrációs és az új technológiával járó kötelezettségek (pl. szerializáció),
   - a betegek szakszerű ellátása (a gyógyszer- és gyógyszeralkalmazás szakértői feladat) is több időt és energiát igényel. Ezen felül
   - gyógyszerészi kompetenciába sorolható alap- és emeltszintű gyógyszerészi gondozási szolgáltatások jelennek meg, melyek a gyógyszerészek aktívabb tára melletti jelenlétét feltételezik és
   - olyan új szolgáltatások is teret nyernek (pl. internetes gyógyszerforgalmazás, házhoz szállítás), amelyek munkaerő-igényével korábban nem kellett számolni.

   Ezeknek a többlet-feladatoknak a számszerűsítése (létszám-igény felmérése) eddig nem történt meg. Ugyanakkor tény, hogy pl. a magisztrális gyógyszerkészítés visszaszorulása ezzel ellentétes hatású és a robotika megjelenése is kedvező a létszám-gazdálkodás szempontjából.
6. A 2018. decemberi küldöttközgyűlés elnöki beszámolójában már szóba került, hogy
   - 2017-ben
     - 156-tal kevesebb volt a gyógyszertár 2010-hez képest, de 166-tal több gyógyszerész dolgozott a gyógyszertárakban,
     - 34-gyel volt kevesebb a gyógyszertár 2014-hez képest, de 338-cal több volt a patikákban foglalkoztatott gyógyszerész,
     - a főállású gyógyszerészek száma a 2014-es adatokhoz képest 298-cal volt nagyobb, összesített számuk 4566;
   - ha viszont a gyógyszertárak össz-nyitva tartását nézzük, 2017-ben 6 millió 597 ezer óra adódik (ügyelet és készenlét nélkül) a 2014-es 6 millió 394 ezer órával szemben, ami 197 ezer óra növekményt jelent (a 34-gyel kisebb gyógyszertárszám ellenére);
   - mindeközben a fiókgyógyszertárak nyitva tartási ideje 2014-hez képest éves szinten alig változott (kb. 1000 órával növekedett és 2017-ben 467 ezer óra volt).

   Ezek az adatok azt mutatják, hogy a liberalizáció idejében megnőtt heti átlag nyitva tartási idő tovább emelkedik és a 2014-es hetenkénti 53 órás ágazati nyitva tartási átlaghoz képest 2017-ben két órával többet, ágazati átlagban heti 55 órát voltak nyitva a gyógyszer-

tárak. Ezt a folyamatot igazolják vissza azok az OSAP adatok is, amelyek szerint *a három vagy annál több gyógyszerészt foglalkoztató gyógyszertárak száma növekszik, míg az egy és két gyógyszerészeseké csökken*.

7. A több gyógyszerészt foglalkoztató gyógyszertárak számának növekedése más aspektusból is értelmezhető. Amikor a létszám-minimum szabályozás bevezetésre került (2013-ban), az elsődleges cél a kirívóan szabálytalan gyakorlat felszámolása volt (és sem a gyógyszertári ügyelet/készenlét, sem a fiókgyógyszertárak létszám-igénye nem került beépítésre a normákba). Talán vannak még, akik emlékeznek, hogy a gyógyszertár-létesítési lázat követően nem volt ritka az olyan gyógyszertár, amely az önként vállalt hosszú nyitva tartási idő ellenére mindösszesen egy (vagy max. két) gyógyszerésszel működött és döntő mértékben (szak)asszisztensekkel hajtották végre a gyógyszerészi kompetenciába tartozó feladatokat is. *A foglalkoztatási arányok változása a normakövetés szempontjából pozitív, ugyanakkor a foglalkoztatási arányok átrendeződése a kis létszámú (kisebb forgalmú) gyógyszertárak munkaerő-ellátottsági problémáinak a növekedésével jár együtt.* (Könnyű belátni, hogy egy kisforgalmú és létszámú gyógyszertárban egy-egy munkatárs kiesésének kompenzálása és/vagy pótlása sokkal nagyobb kihívás, mint egy nagy forgalmú (és nagyobb létszámú) gyógyszertárban vagy gyógyszertári hálózatban.) Új kihívás a 24 órás nyitva tartású gyógyszertárak számának növekedése is, amelyek nyitása gyógyszertáranként jóval a gyógyszertáranként 2,4-es gyógyszerészi átlag fölötti számú gyógyszerészek foglalkoztatását igényli.
8. A Gyógyszerészi Hírlap júliusi számában dr. Sohajda Attila első szerzős cikkében jelent meg a gyógyszertári bérek 2017-es elemzése, amely megerősíti a fenti megállapítást: *a kisforgalmú gyógyszertárakban realizált bérek nemzetgazdasági átlag alattiak, majd a forgalom növekedésével – ágazati átlagban – egyre emelkednek, de csak az igazán nagy forgalmú gyógyszertáraknál* érik *el a nemzetgazdasági átlagot*. Pedig a gyógyszertárakban a nemzetgazdasági átlagnál magasabb a diplomás és az érettségi után szakképesítést szerzett szakemberek aránya. A családi tulajdonú gyógyszertárakban működő gyógyszerészek bérük egy részét legitim módon veszik ki osztalék ágon, azonban az ágazat nemzetgazdasági átlagtól való elmaradása ennél nagyobb mértékű. Az alacsony bérek a munkaerő megtartása és pótlása szempontjából is nehézséget jelentenek, így a munkaerőpiaci versenyben azok vannak előnyben, akik nagyobb bérek kigazdálkodására képesek. Úgyszintén növekvő problémát jelent a garantált bérminimum dinamikus növekedésének (és következményeinek) a követése. Ma úgy tűnik, a nagyobb forgalmú gyógyszertárak és a hálózatok nemcsak a forgalmi hányad növelésében eredményesebbek, hanem a munkaerőpiacon is kedvezőbb helyzetben vannak. A bérviszonyok elemzésekor nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a kórházi gyógyszerészek és asszisztensek részesei a közszférában foglalkoztatott orvosok és szakdolgozók bérrendezésének. (Az egészségügyi közszféra bérrendezése minden tekintetben indokolt és a kórházi gyógyszerellátásra jótékony hatású.)
9. Az átlag nyitva tartási idő növekedése és a bérezésre rendelkezésre álló források korlátozottsága a létszámhiányos helyzetben a helyettesítés szempontjából minden gyógyszertárnak rossz, de különösen a kisforgalmú vidéki gyógyszertáraknak nehéz a megfelelő létszám biztosítása, a városokban pedig egyrészt a fluktuációt növeli, másrészt bérfelhajtó hatású (ami nyilván az alkalmazott és a helyettesítő gyógyszerészeknek előnyös).
10. Szólni kell arról is, hogy a külföldi munkavállaláshoz szükséges jó hírnév igazolás igénylésében 2014-ben volt a csúcs, azóta mérséklődő trend alakult ki. Ugyanakkor *terjed azon fiatal gyógyszerészek köre, akik friss diplomásként eleve helyettesítő gyógyszerészi státuszban kezdenek el dolgozni*.
11. Könnyű belátni, hogy a közforgalomban megnövekedett létszámú gyógyszerészek utánpótlása nagyobb számú gyógyszerész-hallgató beiskolázását és képzését igényli. A magángyógyszerészet 1990-es megjelenését megelőzően évtizedeken át 220-230 hallgató beiskolázására került sor, majd először a debreceni, később a pécsi képzés beindulásával ez a helyzet változott. 2001-ben 252, 2010-ben 360, 2014-ben 401 hallgatót vettek fel a gyógyszerészkarok a magyar nyelvű gyógyszerészképzésbe.
12. Amikor 2015-ben a Felsőoktatásért Felelős Államtitkársággal a felvételi ponthatárok csökkentéséről és az évenként felvehető gyógyszerészhallgatók létszámának növeléséről megállapodtunk, arra lehetett számítani, hogy alacsony (10%-ot meg nem haladó) lemorzsolódás és a végzett gyógyszerészek közforgalomban történő elhelyezkedési arányának megtartása mellett, változatlan patikaszámot és nyitva tartási időt feltételezve mintegy 10-15 éves időtávon belül a közforgalomban foglalkoztatott gyógyszerészek számában elérhetjük az akkor optimálisnak becsült kb. 7 ezres számot. *A ma ismert adatok alapján az „optimális" gyógyszerészi létszámnak a közforgalmú gyógyszerellátásban közelítenie kellene a 7500-at.* Ennek elérése az eredetileg becsültnél hosszabb időt és magasabb bérigényt feltételez.
13. Az elmúlt években az évenkénti kb. 400 fő felvételét általában sikerült biztosítani (sőt 2017-ben 416 hallgató felvételére kerülhetett sor) és úgy tűnik, hogy ez 2019-ben meg is haladható (lásd a Rövid hírekben erre vo-

natkozóan megjelent beszámolót). Ahhoz, hogy a létszám-probléma minél hamarabb mérséklődjék, jó lenne még tovább növelni az évenként felvehető gyógyszerészhallgatói létszámot és tovább csökkenteni a lemorzsolódási arányt. Ugyanakkor egyre komolyabb kihívást jelent, hogy az első helyen a gyógyszerészkart választó jelentkezők száma elérje, sőt jelentősen meghaladja a felvehető hallgatók számát. A Felvi (Oktatási Hivatal) adatai alapján voltak olyan évek a közelmúltban, amikor több hallgató felvételére kerülhetett sor országosan, mint ahányan első helyen gyógyszerészhallgatónak jelentkeztek. A jelentkező (illetve felvehető) hallgatók számának csökkenésében a jól ismert demográfiai adatok is korlátozó tényezőt jelentenek. Míg 2011-ben 142 ezer fő volt az érettségizők összlétszáma, 2019-ban már csak 111 ezer. Ugyanakkor fontos mérlegelni és kezelni a jelenség hátterében álló további tényezőket. Ellenkező esetben vagy színvonalromlással, vagy a hallgatói létszám csökkentésével kell számolni, amelyek következményei beláthatatlanok lennének.

MIT LEHET TENNI?

Mindezekre tekintettel célszerű meghatározni azokat a teendőket, amelyek a megfelelő létszámú, felkészültségű és hivatástudattal rendelkező gyógyszerészeket országosan, regionálisan és az egyes kistérségekben (gyógyszertárakban) is biztosítani tudják. Az első két pontban engedjenek meg egy szubjektív megállapítást és egy előfeltétel deklarálását.

1. Véleményem szerint *a gyógyszertári ágazat az össznyitva tartási idő tekintetében a lehetőségeihez képest jelenleg túlszolgáltat*. Ennek oka a liberalizációs patikaszám növekedés mellett az, hogy a liberalizációs években az új gyógyszertárak demográfiai korlátoktól független nyitására 60 óra feletti nyitva tartási idő vállalásával volt lehetőség, amire az akkor már működő gyógyszertárak (a túlélésük érdekében) sok esetben nyitva tartási idő hosszabbítással reagáltak. A liberalizáció leállítása óta eltelt években a nyitva tartási idő racionalizálására irányuló folyamatokat még nem látok, sőt az újonnan megnyíló gyógyszertárakra vonatkozó pályázatok esetén most annak van nagyobb esélye, aki hosszabb, a kiemelt helyeken most már 24 órás nyitva tartást vállal. Ez a folyamat instabilitást eredményez. *A szolgálati rend racionalizálásának egyik első lépése lehet az ügyelet/készenlét évek (évtizedek) óta húzódó újra szabályozása.* Az alapelvekben az OGYÉI és a Kamara között végre már konszenzus van, most már „csak" a kodifikáció van hátra. Ezt követően – széles körű konszenzusra támaszkodva – érdemes lehet a szolgálati rend szabályozásának jelenlegi elvi alapjairól a nagyobb racionalitás jegyében konzultációt kezdeni.
2. Több helyen felmerült az utóbbi időben, hogy lehetővé kellene tenni fiókgyógyszertárak gyógyszerész nélküli működését. Azt gondolom, hogy egy ilyen döntés beláthatatlan folyamatokat indítana el és emiatt sem az egészségpolitika, sem a Kamara részéről nem támogatható. Ugyanakkor a gyógyszertár nélküli kistelepülések vonatkozásában létjogosultsága van a gyógyszerellátás fejlesztéséről való gondolkozásnak, amely a környező települések gyógyszertárainak a közreműködésével, az ágazati informatika lehetőségeinek a felhasználásával és az adott kistelepülés támogatásával jelenthetne előre lépést. Az erre vonatkozó koncepciót a Kamara kidolgozta, ugyanakkor *ma az elsődleges feladat a jelenleg működő kisforgalmú vidéki és fiókgyógyszertárak megtartása.*
3. Ahhoz, hogy megfelelő számú szakember legyen a gyógyszertárakban, alapfeltétel olyan jövedelmezőségi viszonyok biztosítása, amelyek mentén a gyógyszertárak képesek kigazdálkodni a foglalkoztatás költségeit. Az ágazat jelenlegi árrés-jellegű bevételei erre nem elegendőek; többletforrások bevonására van szükség. *A többletforrások bevonására irányuló javaslatokat 2018-ban a Kamara már benyújtotta; a tárgyalások elindultak.*
4. A legkritikusabb helyzetben lévő kisforgalmú gyógyszertáraknak a szükséges többletforrás előteremtésére több esetben matematikailag sincs lehetőségük. Ráadásul ezek jó része fiókgyógyszertár(ak)at működtető gyógyszertár. *A többletforrások megteremtése során a fiókgyógyszertárakat működtető gyógyszertárak jogos igényeire külön is figyelemmel kell lenni.*
5. Ma nem vonzó a vidéki letelepedés. Ezt célzott támogatásokkal kell segíteni. Az erre irányuló kamarai koncepció elkészült. Ezen túl *a Kamara a graduális képzésben részt vevő felső évfolyamos hallgatóknak és a szakképzésben részt vevő fiatal gyógyszerészeknek ez év tavaszán ösztöndíj-program indítását kezdeményezte, melynek javasolt feltétele a vidéki munkavállalás.*
6. *Hosszú távon biztosítani kell az évenkénti 400 főt meghaladó beiskolázást a gyógyszerészkarokra úgy, hogy a képzés során a lemorzsolódási arány 10% alatt maradjon, és a közforgalomban való elhelyezkedési arány a jelenlegihez képest ne romoljon.* Ez nemcsak folyamatos egyeztetést igényel a felsőoktatásért felelős kormányzati tényezőkkel, hanem a gyógyszerészet ismertségének és elismertségének a növelését, valamint hivatásunk társadalmi reputációjának a javítását is igényli. Az egyetemekkel és az MGYT-vel a közös munka elindult.
7. *Sürgető feladat annak tisztázása, hogy ki, milyen gyakorlattal, milyen helyettesítő gyógyszerészi feladatokat vállalhat, és azt is tisztázni célszerű, hogy a helyettesítő gyógyszerész mit várhat el az őt foglalkoztató gyógyszertártól, illetve a gyógyszertár milyen igényeket támaszthat a helyettesítővel szemben*.

8. A foglalkoztatás rugalmasabbá tétele is mérsékelheti a munkaerő-gondokat. Reális megoldásnak tűnhet *a személyi joggal rendelkező gyógyszerészek másik gyógyszertárban való szakmai feladatvégzésének engedélyezése*, feltéve, ha az adott gyógyszertárban gyógyszerészi-ként elismert tulajdoni hányaddal rendelkeznek. Az erre vonatkozó jogszabály-módosítás kezdeményezése megtörtént.
9. *Foglalkozni kell a gyógyszertári asszisztens- és szakasszisztens-képzés és foglalkoztatás megújításával is.* Az a tapasztalat, hogy egyre kevésbé támogatják a gyógyszertárvezetők az asszisztens-jelöltek beiskolázását, mert nekik szakasszisztensekre lenne inkább szükségük. A 2006-tól az oktatás liberalizációja kapcsán elindult és esetenként pár hónapos képzéssel záruló boom után ma már kevesebb asszisztenst képeznek (bár az idei év első félévében az ÁEEK közlése szerint 650 asszisztens és szakasszisztens vizsgáztatására került sor). A jelenlegi helyzet több szempontból is beavatkozást igényel. Egyrészt indokolt, hogy az asszisztens- és szakasszisztens-képzésben a Kamara az egyetemekkel karöltve részt vállaljon – és ennek előkészítő munkája elkezdődött. Másfelől szükség van a kurrikulum módosítására is. Erre jó lehetőséget adhat a szakképzések rendszerének küszöbön álló átalakítása. A képzés minőségének biztosítása mellett újragondolandó a képzési struktúra; ma ugyanis az asszisztensképzésbe való beiratkozástól minimálisan öt év telik el addig, amíg a szakasszisztensi oklevél megszerezhető. Ezzel párhuzamosan az asszisztens/szakasszisztens kompetencia-körök újragondolása is indokolt lehet, ami a gyógyszertárban legitim módon végezhető feladataik bővülésével járhat.
10. Ahogy a gyógyszerészetben, úgy a minket körülvevő környezetben is dinamikus változások zajlanak. Az orvosi tudományok, a gyógyszeripari technológiák, az informatikai és logisztikai lehetőségek folyamatosan megújulnak és ez nemcsak a társadalmi igényekre, hanem a gyógyszerészetre is hatással van. Szükségszerűen változnak a gyógyszerészek feladatai, munkafeltételei, a technológiai környezet és a társadalom igényei is. Ez pedig a gyógyszerellátás létszám-igényére is kihatással van. Ezért *a létszámelemzést folyamatosan napirenden kell tartani.*

ÖSSZEGZÉS HELYETT...

A fentiekből (és a párhuzamosan közzétett, fentebb hivatkozott részletes elemzésből) jól látható, hogy a szakemberhiány régóta jelen lévő, változó intenzitással felszínre kerülő probléma, amelynek a megoldása (mérséklése) viszonylag hosszabb idő alatt és sok egymásra épülő intézkedéstől várható.

Ha elfogadjuk, hogy a Kamara szempontjából nem járható út a működő közforgalmú és fiókgyógyszertárak számának csökkentése, törekedni kell

- a szolgálati rend racionalizálására,
- az évenként beiskolázható gyógyszerészhallgatók számának növelésére,
- a gyógyszerészhallgatók lemorzsolódásának csökkentésére és a külföldi munkavállalás visszaszorítására,
- a lakossági gyógyszerellátásban különböző státuszban részt vevő gyógyszerészek számának növelésére,
- a vidéki gyógyszerellátás stabilizálására,
- a meglévő szabályozási anomáliák megszüntetésére,
- a (szak)asszisztens képzés és foglalkoztatós újraszabályozására,
- a technológiai fejlődés naprakész követésére és természetesen arra, hogy
- a gyógyszerellátás miden szintjén a megnövekedett igényekhez igazodó, megfelelő jövedelmezőségi viszonyok alakuljanak ki.

Fontos, hogy a probléma feltárásában, a teendők meghatározásában, valamint a végrehajtásában a szakmán belül konszenzus alakuljon ki. És az sem hagyható figyelmen kívül, hogy a létszám- és foglalkoztatási problémák megoldatlansága a szakmai rendszerváltás eredményességét is gátolhatja.

ÉVFOLYAM-TALÁLKOZÓ

Évfolyam-találkozóra várunk minden 1974-ben Szegeden államvizsgázott gyógyszerész évfolyamtársunkat.

Találkozzunk 2019. szeptember 21-én, Szegeden!

A részletekkel kapcsolatban hívjatok bennünket és küldjétek tovább a hírt.

Pozsár Mária: 06-30-2992992

Ungvári József: 06-30-8845559