

Quo vadis pharmacia?

„...éljetez méltón ahhoz a hivatáshoz, amelyet kaptatok” (Ef 4,1)

Néhány héttel ezelőtt Csupor Dezső professzor felkért, hogy egy készülő kiadványba írjam meg a közforgalom (közvetlen lakossági gyógyszerellátás) helyzetértékelését és vízióját. A levélből az is nyilvánvalóvá vált, hogy hasonló felkérést kapott az oktatás, az ipar és a kórházi-klinikai gyógyszerészet egy-egy képviselője is.

A felkérést elfogadtam, de nem azért, mert perdöntő lenne, hogy milyennek látom a hazai gyógyszerészet és ezen belül a lakossági gyógyszerellátás jelenlegi helyzetét, vagy hogy tudnám, milyen lesz a magyar lakossági gyógyszerellátás 10, 20 vagy 30 év múlva. Enélkül is sokan mondanak általuk megfellebbezhetetlennek gondolt ítéletet a mai gyógyszerellátásról, és úgyszintén kétely nélkül nyilatkoznak arról, hogy milyen lesz a gyógyszerészet a közeli és távolabbi jövőben. Én azonban a jövőlátók képességével nem rendelkezem, és a gyógyszerészet helyzetét is sajátos szemüvegen keresztül látom.

Dolgoztam közforgalomban (és ma is a családi vállalkozásunkban működtetett gyógyszerári vállalkozás egyik tulajdonosa vagyok), néhány évet kórházi gyógyszerészként és középüzemben is. A Gyógyszerészet c. folyóiratnak több mint három évtizeden keresztül voltam felelős szerkesztője és „belülről” ismertem meg az MGYT céljait és életét. Tagja és egyik vezető tisztségviselője voltam hosszú éveken át a MOSZ-nak és sok év óta veszek részt a Kamara irányításában. Volt lehetőségem együttműködő szervezetekkel és piaci szereplőkkel közös cselekvésre, és ennek a fordítottját is megtapasztaltam. Egyeztettem olyan politikai vezetőkkel, akik jó szándékkal közelítettek a gyógyszerészet ügyéhez, és megtapasztaltam azt is, hogy milyen az, ha a gyógyszerészethez nem értő, de a hatalmát fitogtató, sértődékeny, vagy az ügyeink iránt közömbös politikus volt felelős a gyógyszerügyért. És volt lehetőségem azt is megtapasztalni, hogy milyen az, ha sikerül legalább a képviselt szervezeten belül egységet kialakítani, és milyen önszorgató folyamatok indulnak el, ha ez a szakmai és/vagy szervezeti egység nem biztosítható.

Az elmúlt évtizedek arról győzték meg, hogy a helyzetértékelésben sok mindenkinek lehet részigazsága, de egyikünk sem birtokolja a megfellebbezhetetlen igazságot. Ami pedig a jövőt illeti, sok olyan kérdés van, amelyre ma nincs biztos válasz. Azt azonban jó lehetőségnek éreztem, hogy mostani kamarai vezetői funkciómól függetlenül, de korábbi és jelenlegi közfeladataim tudatában, viszont ezen közfeladatokból fakadó szigorú tartalmi, stílári és egyeztetési kötelezettségektől mentesülve, írassak le néhány – egyébként engem visszatérően foglalkoztató – gondolatot.

Elöljáróban szólnom kell még a címválasztásról. Először – ifjúkoromban – Henryk Sienkiewicz hasonló című könyvében (és az ebből készült filmen) találkoztam a „Quo vadis?” kérdéssel, amelyre válaszként a műben a főszereplő (Péter apostol) életfordító döntésre jutott. Felnőtteként többször találkoztam hasonló címmel készült írásokkal, sőt ezek között a gyógyszerészet helyzetét és jövőjét taglalókkal is. Ezek közül rám legnagyobb hatással Bayer István professzor (az OGYI volt főigazgatója, az MGYT egykori főtákar) írásai voltak, akivel nyugdíjas éveiben rendszeresen volt lehetőségem konzultálni, és aki a történelmi múlt, a jelen és a várható jövő kontextusában igyekezett a kérdésre válaszolni: „Quo vadis pharmacia hungarica?” Kérem, ne vegyék szerénytelenségnek, ha én is ilyen tágabb dimenzióban próbálom a kérdéssel foglalkozni.

Történelmi távlatok

Végh Antal professzor a Társaság (akkori nevén az Orvos-egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Gyógyszerészi Szakcsoportja) elnöke 1953-ban így írt a gyógyszerertári gyógyszerészet helyzete kapcsán: *„A múlt század (értsd IXX. század – a szerző) közepétől (a kémiai és főleg a szerves kémiai iparosodás kezdetétől) számítva a gyógyszerészi gyakorlat napjainkig olyan mélyreható változáson ment át, hogy már évtizedek óta nyitott a kérdés: szükség van-e még gyógyszerészetre, mint tudományra, és egyáltalán van-e tudományos kutatási lehetőség magán a gyógyszerészet keretén belül? A kérdést ennyire éles formában a gyakorlati élet vetette fel. A gyógyszeripar fejlődése a gyógyszerertári laboratóriumból és annak rovására történt, éppen úgy, mint (ahogy) a gyáripár a kisipart, a kisüzemi mértékben való előállítás általában minden téren visszaszorította, sőt nem egy esetben feleslegessé tette. A gyógyszeripar 'betörése' az egykori gyógyszerészi munkaterületre nemcsak az alapanyagok (...) elkészítését érintette, hanem a vénykészítést (...) is kb. 30-40 százalékra szorította vissza azzal, hogy a beteg számára közvetlenül kiadható ún. 'kiszertelt' gyógyszereket gyárt. (...) Az elmúlt száz év alatt tehát a gyógyszerelés forradalmi fejlődésével egyidejűleg a gyógyszerészet maga eredeti tevékenységének annyira töredékére zsugorodott, hogy legtöbb gyógyszerész maga (sem látja tisztán) a gyógyszerészi hivatásnak azokat az alapelveit, (...) melyeknek a változott körülmények ellenére is, vagy talán még annál inkább, egyre jobban ki kell domborodniuk.”* Ezek között az alapelvek között említi Végh Antal a gyógyszerész felelősségét a gyógyszer és gyógyszeralapanyag minőségéért (gyógyszervizsgálat), a készítendő gyógyszer hatásosságáért (gyógyszerszertelés) és a minőség tárolás alatti megőrzéséért (gyógyszerszertárolás).

Tény, hogy a 71 éve papírra vetett gondolatok magukban foglalták annak felismerését, hogy a gyógyszeripar megjelenésével a gyógyszerért korábban kizárólagos személyes felelősséget viselő „gyógyszerszertelő gyógyszerész” tevékenysége alapvetően megváltozott és ez a felelősség többszereplőssé vált. Ebben a folyamatban megkülönböztethető a „gyógyszerszertelő gyógyszerész” megjelenése, akinek garancia kellett arra, hogy a tőle távol gyártott és kereskedelmi csatornákon hozzá eljuttatott gyógyszer tényleg az, és tényleg olyan, mint amit mondanak róla. A nagyhatású gyógyszerek megjelenésével előtérbe került a gyógyszerész minél mélyebb farmakológiai tudása, majd a toxikológiai ismeretek. A farmakológiai és toxikológiai gyógyszerészi ismeretek nemcsak azért váltak fontossá, hogy a gyógyszerész tisztában legyen azzal, hogy mit ad át a betegnek, hanem azért is, hogy érdemi segítséget tudjon nyújtani a terápiát elrendelő orvosnak. Az orvosnak (is) tanácsot adó gyógyszerészi szerepkörből nőtt ki a klinikai gyógyszerész funkciója, amely az elnevezése ellenére nem kizárólag kórházi-klinikai keretek között érvényesíthető tevékenység. A klinikai gyógyszerészi feladatkör kiterjed a betegtanácsadásra is, ahol a gyógyszeradagolás rendjére, módjára és időtartamára, a gyógyszer tárolására, az ellenjavallatok, kölcsönhatások és mellékhatások ismertetésére, sőt az élelmiszerek és élvezeti cikkek gyógyszerhatást befolyásoló szerepének a bemutatására is figyel a gyógyszerész.

Tény, hogy nemcsak az ipari / technológiai fejlődés volt befolyással a gyógyszerertári gyógyszerészetre, hanem a társadalmi-gazdasági folyamatok is hatottak és hatnak rá. A fogyasztói társadalom az elmúlt század hatvanas éveiben bontakozott ki Európa nyugati felén, ami magával hozta az egyes emberek viszonyának változását az egészségi állapotukhoz. Ezzel párhuzamosan indult el a zöld hullám is. Ezek részeként került előtérbe az öngyógyítás-

öngyógyszerelés (benne az OTC-gyógyszerekkel és egyéb, többek között növényi eredetű termékekkel) is. Nálunk ez a folyamat fáziskéséssel indult (a '80-as években) és a rendszerváltozás időszakában teljesedett ki (gyógyteák, gyógytermékek, importliberalizáció egyfelől, gyógynövény-szaküzletek, drogériák másfelől), és egybeesett a gyógyszerellátó rendszer struktúraváltásával (de erről kicsit később). A gyógyszerészi gondozás megjelenése, a compliance és az adherencia előtérbe kerülése, a prevencióba és a népegészségügyi programokba való bekapcsolódás igénye mind ennek a folyamatnak a következménye.

Az elmúlt több mint másfél évszázadban a gyógyszerertári gyógyszerészet szakmailag az öt körülvevő ipari, technológiai és társadalmi-gazdasági változásokra „követő üzemmódban” reagált. Erre sokszor önerejéből volt képes, máskor viszont a változásokra – részben önhibáján kívül – „fáziskéséssel” reagált.

Állam és gyógyszerészet

1. A Mária Terézia által 1770-ben kiadott „*Generale Normativum in Re Sanitatis*” és „*a közegészségügyről szóló 1876-os XIV. törvénycikk*” alapjaiban határozta meg a magyarországi gyógyszerertári gyógyszerészet helyzetét és fejlődési irányát. Ezek kimondták, hogy a gyógyszerertárok állami felügyelet alatt álló közegészségügyi intézmények, és mint ilyenek, nem tartoznak az „iparüzletek” sorába. A korábbi reáljogú gyógyszerertárok fennmaradhattak, azonban új gyógyszerertárt már csak személyi jog alapján lehetett nyitni. Új helyzetet teremtett az 1948. évi XXX. törvénycikk „*a gyógyszerészetéről*”, amely megerősítette a személyi jog intézményét, részletesen körülírta a gyógyszerertárlétesítés demográfiai és geográfiai feltételeit, sőt a hatályba lépését követően a korábbi reáljogú gyógyszerertárokat határidőhöz kötötte, már csak személyi jogú gyógyszerertárként lehetett tovább működtetni (ami az örökléssel és a hozzátartozói személyi joggal kapcsolatos kérdéseket középpontba állította). ***A II. világháború utáni évekig (pontosabban az 1950-es államosításig) a hazai gyógyszerertári gyógyszerészet az Osztrák-Magyar Monarchia gyógyszerészet-modelljét őrizve, lényegében a „kontinentális” gyógyszerészet modellhez tartozott.***

2. Az államosítás (1950-ben) az addig a gyógyszerertára működéséért a gyógyszerész személyes felelősségére és egzisztenciális függetlenségére (magántulajdonára) épülő, új gyógyszerertár létesítését a szükségleti elv alapján engedélyező rendszert megszüntette. A döntést a gyógyszerésztársadalom nehezen viselte el, hatalmas, sokáig nem gyógyuló sebet kapott. A gyógyszerertártulajdonosoknak a vagyonát kártalanítás nélkül vették el, sőt azt sem engedték meg, hogy saját volt gyógyszerertárjukban dolgozhassanak tovább. A döntés súlyos, de ritkán említett következményei között kell szólni arról, hogy a gyógyszerészeknek nemcsak az addigi szakmai és egzisztenciális függetlensége szűnt meg, hanem ***a gyógyszerésztársadalom egésze bérből élő állami alkalmazottá vált és még gyógyszerertárvezetőként is beosztott lett. A szakmai és egzisztenciális önállóság elvételével párhuzamosan az értelmiségi lét megélése is nehezzé vált.*** Ráadásul sok éven át szakmai kérdésekben is laikus vezetők dirigáltak a diplomás egészségügyi szakembereknek. Tovább nehezítette a helyzetet, hogy a gyógyszerészek gyermekeinek is hosszú időn át gátolták az egyetemi felvételét (nemkívánatosá váltak a gyógyszerész „dinasztiák”), s az „ötvenes évek” fojtott légkörében a szakma újra szervezése szinte lehetetlen küldetésnek tűnt. Ugyanakkor tény, hogy a rendszerváltozást megelőző

másfél-két évtizedben a gyógyszerértári központok vezetői közé már egyre több gyógyszerész került, akiknek jelentős szerepük volt a konszolidációs folyamatban.

Ma sem lehetünk eléggé hálásak azoknak az elődeinknek (elsősorban Schulek Elemérnek, Végh Antalnak, Mozsonyi Sándornak, Nikolics Károlynak, Kedvessy Györgynek, Zalai Károlynak és a munkatársaiknak), akik az államosítás után összefogtak, hogy mentsek a menthetőt. Rövid idő alatt megszervezték a szakfelügyeletet, az új V. gyógyszerkönyvre hivatkozással továbbképzéseket szerveztek, a betiltott tudományos és korábbi érdekvédelmi szerveződések helyett – okos kompromisszummal – elfogadták, hogy másfél évtizedig csak szakszervezeti keretek között szerveződhetnek. És úgyszintén hálásnak kell lennünk azoknak a patikusoknak, akik ellehetetlenített helyzetük ellenére, amikor már ismét lehetett, gyógyszerésznek adták a gyermekeiket. Ezzel az „értékőrző” hozzáállással sikerült a rendszerváltozásig megőrizni a szakmailag és egzisztenciálisan független gyógyszerészet ethoszát. A rendszerváltozáskor (még élő) ethosz megtartásában komoly szerepe volt a Magyar Gyógyszerészeti Társaság vezetőinek, a gyógyszerész dinasztikák képviselőinek és a rendszerváltozáskor a függetlenséget célul kitűző szerveződéseknek (akik végül a kamara szervezetében tömörültek).

3. A rendszerváltozáskor a gyógyszerésztársadalom tőke és vezetői tapasztalat nélkül, négy évtized negatív mentális terheivel és kiválasztási aránytalanságaival vágott bele a gyógyszerészet szakmai, erkölcsi és anyagi rehabilitációjába. Az első jogelőd nélküli magángyógyszertárt 1990-ben lehetett megnyitni egy olyan miniszteri rendelet alapján, amely (hivatalosan) nem a gyógyszerértárok létesítését és működtetését akarta szabályozni, hanem csak magángyógyszerészeti tevékenységre adott lehetőséget. Azonban ennek keretei között jöttek létre a jogelőd nélküli magángyógyszertárok. A magángyógyszertár létesítésének sem a helyére, sem a feltételeire (beleértve a tevékenységi körét, az alapterületét, funkcionális helyiségeit), sem a tulajdonosi összetételére, sem a működtető gazdasági társaságra vonatkozóan nem volt jogszabályi rendelkezés, mégis közel 500 gyógyszerértár létesült 1994-ig. Ekkor lépett hatályba a „gyógyszerértárok létesítéséről és működésük egyes szabályairól szóló” 1994. évi LIV. törvény. Ez egyfelől szabályozta az állami/önkormányzati tulajdonban lévő, gyógyszerértári központok által működtetett kb. 1400 közforgalmú gyógyszerértár privatizációjának legfontosabb szabályait, beleértve a személyi jog visszahozatalát a gyógyszerészeti jogrendbe, valamint a működtető gazdasági társaságok korlátozására vonatkozó előírásokat. Privatizálni, illetve új gyógyszerértárt létrehozni e törvény alapján már csak egyéni vállalkozó gyógyszerésznek és olyan betéti társaságnak lehetett, amelyben a gyógyszerész belfog (aki teljes magánvagyonával felelt a gyógyszerértárért és a vállalkozásért) 25%-os vagyoni betéttel rendelkezett. Új gyógyszerértárt létrehozni már csak a szükségleti elv figyelembevételével, demográfiai és geográfiai korlátok között lehetett. És az új jogszabály azt is előírta, hogy a korábban létesített magángyógyszerértáraknak öt éven belül (1999 szeptemberig) az építészeti és tárgyi feltételekhez, a személyi jog előírásaihoz, valamint a működtető gazdasági társaságra vonatkozó előírásokhoz igazodni kell.

Az új törvény jó szándéka és sok értéke nem vitatható. A korábbi szocialista (államkapitalista) berendezkedésű gyógyszerértári rendszer helyett – a „kontinentális” gyógyszerészet történelmi hagyományaihoz visszanyúlva – visszahozta a jogrendbe a személyes felelősség és a szükséglet alapú gyógyszerértárlétesítés elvét: a szociális piacgazdaság építésének egyik téglájaként volt értelmezhető. Ha valaki összeveti az 1948-as XXX. törvénycikk normaszövegét az 1994-ben megalkotott gyógyszerértári törvényével, sok esetben betűhíven átvett részleteket talál. Tény azonban, hogy a '90-es évek elején már más körülmények voltak, mint 40 évvel azelőtt, és az

1948-ban használt fogalmak is mást jelentettek. Pl. a betéti társaság kültagjai, akik többnyire a hiányzó tőkét biztosították, ekkor már nem „csendestársak” voltak, hanem jogot tartottak a vállalkozás irányítására. Viszont a teljes felelősség a beltág gyógyszerészé volt, aki a személyi jogával és teljes magánvagyonával felelt a vállalkozásért. Az új szabályozás a gyógyszerertári hálózatokról nem vett tudomást (így nem szabott korlátot arra vonatkozóan, hogy egyszerre hány gyógyszerertári vállalkozásban lehet tulajdonos valaki és a fúziótilalomról sem rendelkezett), holott már a jogelőd nélküli magángyógyszerterek között is szép számmal voltak ilyenek, sőt a gyógyszerertarak privatizációja során ezek tovább bővültek és újak is létrejöttek.

A gazdasági társaságok kizárására irányuló törekvés érthető volt. A gyógyszerertári törvény a gyógyszerész egyéni vállalkozását engedte meg és a betéti társaságban a személyi jogos gyógyszerész legalább 25%-os vagyoni betétjét írta elő. Az egyéni vállalkozás elvileg tiszta helyzetet teremtett, ugyanakkor a személyi jogos gyógyszerész halálával a vállalkozás megszűnt és a gyógyszerertár működési engedélye sem maradhatott fenn. (Megjegyzem, hogy még ma is vannak egyéni vállalkozásként működtetett gyógyszerertarak, amelyek személyi jogos – tulajdonos – gyógyszerészeinek ezzel a kockázattal számolni kell.) A betéti társaság induló vagyoni betétje akár ötezer forint is lehetett. Így, ha 1251 Ft-tal vett részt benne a gyógyszerész, az alapítása már szabályos volt, miközben a hiányzó összeget a bt alapítói (döntő mértékben a kültagok) tagi kölcsönként is biztosíthatták. Ez az egyébként gyakori helyzet a vállalkozáson belüli döntési kompetenciákat alapvetően meghatározta.

A hálózatosodás folyamatát budapesti patikaprivatizációs igazgatóként közlelről megtapasztalhattam, sőt azt is, hogy a gyógyszerészeknek biztosított kedvező kamatozású és futamidejű hitelek ellenére, számos olyan privatizációra került sor, ahol a gyógyszerertárvezetői pozíció (munkahely) megtartásáért, vagy „külsős” (tehát nem az adott gyógyszerertárban foglalkoztatott) pályázóként, kollégáink stróman szerepet vállaltak.

Az időközben (1994-től) megváltozott politikai szemlélet azt is lehetővé tette, hogy az 1995-ben indult patikaprivatizáció során több megyében lényegében az összes gyógyszerertár egy befektetőcsoport kezébe kerüljön (ráadásul úgy, hogy papíron teljesítették a jogszabályi előírásokat). Utólag is tanulságos és máig ható következményei vannak, hogy a törvény ugyan tiltotta gyógyszer-nagykereskedő gyógyszerertári tulajdonszerzését, de a közvetett tulajdonlást (nagykereskedő tulajdonosának más vállalkozásán keresztül tulajdonszerzését) nem zárta ki. Ilyen körülmények között indult el a ma legnagyobb gyógyszerertári lánc építése is, ráadásul a tényeket legalább másfél-két éven keresztül titkolva a gyógyszerészek elől.

Tény, hogy az állam a magángyógyszerészetéről szóló miniszteri rendelet és a gyógyszerertári törvény (ez utóbbi megkésétt) megalkotásával megteremtette a lehetőséget arra, hogy a gyógyszerertári gyógyszerészet visszatérjen a hagyományaihoz, és ez nagy jelentőségű esemény volt. De részben a késedelmes törvényalkotás és a gyógyszerészek tőkehiánya, részben az előző évtizedek szellemi öröksége, részben az 1994-es parlamenti választást követően megváltozott politikai környezet miatt a gyógyszerertarak gyógyszerészeti kézbe kerülése felemás eredménnyel járt. A deklarált szándékok és a napi valóság feszültségét a gyógyszerertári törvény megalkotását követően nem sokkal a szociális piacgazdaságot építő politika neoliberális politikára való cserélése tovább növelte.

4. Az állam és gyógyszerészet viszonyának a gyógyszerertarak 2006-os liberalizációja egy új dimenzióját nyitotta meg. Az akkori hazai politikai elit eleve meglévő neoliberális törekvéseit az Unió Bizottságának 2005-ös felszólítása is legitimálta, amikor utasították a tagállamokat a

lakossági gyógyszerellátás liberalizációjára. A hazánkban radikális gyorsasággal és kíméletlenséggel végrehajtott liberalizálás egyik pillanatról a másikra lehetővé tette új gyógyszertárak szinte korlátlan létesítését, megszüntette a gazdasági társaságok addigi korlátozására és a gyógyszerészek kötelező vagyoni betétjére vonatkozó előírásokat. Az új szabályozás legitimálta a korábban szabálytalanul vagy szabálykerülő módon kialakult tulajdonosi pozíciókat és a nagykereskedők immár korlátozás nélkül létesíthettek, működtethettek és adhattak-vehettek gyógyszertárakat. Egyfajta „aranyláz” jegyében új befektetők is megszállták a gyógyszertárakat. Sok gyógyszerész vagyona egyik pillanatról a másikra elértéktelenedett és a korábbi egzisztenciális védettség megszűnt. A személyi jog elnevezése megmaradt, de teljesen kiüresedett, sőt a gyógyszertár vezetéséhez fűződő jogköröket is lenullázták.

Jellemző volt a helyzetre az akkori hasonlat: szerzhető vezetői jogosítvány úgy, hogy nem kell hozzá autótulajdonosnak lenni. Bárki kaphatott személyi jogot (ha a szakmai feltételnek megfelelt), de az önmagában nem hatalmazott fel konkrét gyógyszertár irányítására. Emiatt a liberalizációs időszak végére több személyi jogos gyógyszerész volt, mint ahány gyógyszertár működött.

A gyógyszertárak létesítésére, tulajdonlására és működtetésére vonatkozó rendelkezéseken túl szinte minden gyógyszerési diplomához kötött, jogszabályban rögzített és piacképes kompetenciát elvettek a gyógyszertári gyógyszerészekről. Ekkor született politikai döntés arról is, hogy (1) az egy gyógyszerésszel működő gyógyszertárak nyitvatartási idejének 30 százalékában nem kell gyógyszerésznek jelen lennie (később sikerült helyreállítani a „rendet”), (2) gyógyszerkiadó automaták is telepíthetők (később ezt is sikerült a jogszabályból kivezetni), (3) nem kell minden gyógyszertárban magizni (később ez is rendeződött), továbbá a gyógyszerek egy része gyógyszertáron kívül is forgalmazható.

A liberalizáció éveiben több mint 550 új gyógyszertár jött létre (akár az utca túloldalán, szemben egy már korábban működővel). Az időszak végére mintegy 70 milliárdra nőtt a kifizetetlen számlák összértéke, a gyógyszertárak negyede veszteséges volt, az ágazat súlyos gazdasági, szakmai és morális válságba sülyedt.

A 2006 végén hatályba lépett gyógyszergazdaságossági törvény új gyógyszertár létesítését először ún. „többletszolgáltatás” vállalásához kötötte, ami a valóságban nem jelentett plusz terhet. A patika létesítés teljes körű liberalizálásának határidejét 2010. január 1.-ben jelölték ki, ami után már semmiféle korlát nem lett volna. Ennek hatályba lépését megelőzően egészen a parlamenti végszavazás előtti fázisig sikerült egy olyan módosítást végig vinni, amely szerint az új patikák létesítése olyan többletvállaláshoz lett volna kötve (24 órás nyitvatartás), amely valódi korlátot jelentett volna és nem tette volna lehetővé új gyógyszertárak további tömeges nyitását. Azonban az „utolsó pillanatban” az egyik (akkor még gyógyszerészek előtt rejtett) láncépítésben érdekelt nagykereskedő vezetője és a láncépítés talán legkétesebb hírnevet szerzett szereplője a politikai kapcsolatait kihasználva elérte, hogy az előterjesztést visszavonják. Viszont az akkori nagyobb kormánypárt néhány egészségpolitikusával együttműködve, a teljeskörű liberalizálás határidejét jogszabálmódosítással 2011. január 1-ig sikerült elhalasztani. Az Egészségügyi Bizottság egyik akkori (kormánypárti) alelnöke erről, a 2010 tavaszi parlamenti választás eredményét és a kormányváltást előre látva, úgy tájékoztatott telefonon, közvetlenül a döntés után: „lesz fél éved, hogy visszafordítsátok a liberalizációt”.

A liberalizáció és annak bevezetési körülményei az állam és a gyógyszerészet viszonyában komoly törést és súlyos hitelességi válságot okoztak. A gyógyszerellátás újabb rendszerváltozására sok gyógyszerész kiégéssel reagált, mások pedig „felvették a kesztyűt” és az életben maradásért szabadpiaci modell szerint kezdték el irányítani gyógyszerertári vállalkozásukat. A liberalizáció sok negatív hatása máig velünk él.

5. A liberalizáció csődje után 2010-ben sor került annak leállítására és az előző két évtized számos szabályozási hibája is felszámolásra került. 2011-től ismét érvényesült a gyógyszerertárlétesítésben a szükségleti elv, a személyi jogot rehabilitálták, a nagykereskedőknek megtiltották a további tulajdonszerzést gyógyszerertárakban (a közvetett tulajdonszerzést is!), kizárásra kerültek az *off shore* cégek a patikatulajdonlásból és bevezették a fúziótilalmat. A gazdasági társaságokra 2006-ig érvényes korlátozásokat már nem hozták vissza, de a változások részét képezte, hogy 20 évvel a rendszerváltozás kezdete után, felmenő rendszerben jogszabály írta elő a kezeteiktől igényelt tényleges többségi gyógyszerészit tulajdont a gyógyszerertári vállalkozásokban. Ezt később kiegészítette a szindikálás tilalma és semmissége, ami egyaránt vonatkozott a tulajdoni hányadra és a személyi joggal kapcsolatos jogkörökre.

A liberalizáció leállítása és a gyógyszerészet újabb rendszerváltása három tényező eredőjeként valósulhatott meg.

1. Az Unió Bizottsága 2005-ös felszólításának – amely a tagállamokat utasította patikapiacuk liberalizálására – nem minden tagállam engedelmeskedett, sőt ezek ügye az Unió Bíróságánál kötött ki. A Bíróság 2009. május 19-én kimondta, hogy

- az Unió által védett értékek között a letelepedés szabadságának és a tőke szabad mozgásának elvénél erősebb az élet és az egészség védelme, valamint a közegészségügyi érdek,*
- az egészségügy szabályozása tagállami hatáskör,*
- a gyógyszerellátás az egészségügy rendszerébe tartozik és ebből adódóan a tagállamok eltérhetnek a versenypiaci szabályozástól a gyógyszerertárak létesítésének, tulajdonlásának és működtetésének szabályozásában,*
- nem biztonságosabb és nem hatékonyabb a liberális gyógyszerellátás a szabályozott rendszereknél,*
- a tagállamnak nem kell megvárni a negatív folyamatok bekövetkeztét, hanem a kockázatot felismerve, „preventív” módon is intézkedhet,*
- a biztonság, a minőség és a hatékonyság garanciája a szakmailag és egzisztenciálisan független gyógyszerész,*
- a gyógyszerész függetlensége a gyógyszerpiac többi szereplőjével szemben (gyárak, nagykereskedők, orvosok) különösen fontos,*
- a gyógyszerésznek figyelembe kell venni a betegérdeket és a költségtakarékosság igényét,*
- a betegellátásban résztvevő gyógyszerésszel szemben hivatásetikai követelmények támaszthatók.*

Ezt követte az Unió Bíróságának 2010. június 1-i döntése, amely szerint (1) a párhuzamos feladatot ellátó struktúrák lehetővé tétele felesleges és káros, ezért (2) indokolt lehet a geográfiai és demográfiai szabályozás.

2. A 2010-ben kormányra kerülő politikai erő szakított az előző években hatalmon volt kormány társadalompolitikájával. Az előző években a részben külföldi tőkére, részben hazai nagyvállalkozói rétegre alapozó gazdaságpolitika és az ebből egyenesen következő „kétpólusú”

társadalmi szerkezet helyett (amelybe tökéletesen illeszkedett a gyógyszerláncok építése, a vertikális integráció és a gyógyszerészek alkalmazottá válása), előtérbe került a nemzeti érdekkörbe tartozó, akkor még döntően kkv-kra alapozó vállalkozások megerősítése és egy stabil középosztály kialakításának igénye. Ez széles rétegeknek tárta ki a kaput az egzisztenciális megerősödés (függetlenség) előtt. Ebbe a filozófiába beilleszthető volt a gyógyszertárak nemzeti érdekkörbe történő visszahozatala, a többségi gyógyszerészi tulajdonlása és a hárompólusú (erős középosztályt feltételező) társadalomkép középosztályába a szakmailag és egzisztenciálisan független gyógyszerésztársadalom beillesztésének igénye. (A gyógyszertárak nemzeti érdekkörbe tartozását – az Unió általános szabályaira tekintettel – az életvitelszerűen Magyarországon élő, természetes személy gyógyszerészek, gyógyszerári vállalkozásban való többségi tulajdonlásának biztosítása garantálja azzal, hogy a tulajdoni hányadának megfelelő – többségi – szavazati arányt számára biztosítani kell.) A társadalom- és gazdaságpolitikai vízió ezáltal volt harmonizálható a gyógyszerészek többségi patikatulajdonlásának igényével.

3. A 2010-es kormányváltást megelőző években a háttérben – kivonva a napi politikai csatározásokból – szisztematikus munka folyt egy új egészségpolitikai stratégia kidolgozása érdekében. Ebbe az években át tartó (publicitást nem kapó) előkészítő munkába a gyógyszerellátás témakörét is sikerült bevonnunk. Így a 2010-ben győztes politikai erő által meghirdetett kormányprogramba beépült és a legelső intézkedések között valósulhatott meg a patikaliberalizáció leállítása (először a patikalétesítési moratórium kimondásával, majd a gyógyszergazdaságossági törvény 2011. január 1-jén hatályba lépő átfogó módosításával). A végül Semmelweis-terv néven ismertté vált egészségpolitikai célkitűzések meghatározó eleme lett a lakossági gyógyszerellátás rendszerének átalakítása.

A változások a befektetők körében nagy ellenállást generáltak: jogi úton, a politikai erőterben, a patikapiacon és a gyógyszerészek körében is igyekeztek az érdekeiket érvényesíteni. A jogi lépéseik között – amelyeket a Hálózati Gyógyszertárak Szövetsége égisze alatt folytattak – volt alkotmánybírósági megkeresés és uniós bírósághoz fordulás – eredmény nélkül. Az Európai Bizottságnál viszont sikerült elérniük egy kötelezettségszegési eljárást, amit a Bizottság sok évvel később (csak 2017 nyarán, a többségi tulajdonlás bevezetési határidején túli időpontban) zárt le intézkedési kötelezettség nélkül, helybenhagyva a korábbi évek jogalkotását.

Emlékszem, a jogi eszközökön túl, a politika és a nyilvánosság meggyőzéséért, valamint a gyógyszerészek „lelkének” megszerzéséért a hálózatok tulajdonosai és a láncépítésben érdekelték az eszközökben nem válogató kampányokat is folytattak. Ezek részét képezte egyes egészségpolitikuskok és kamarai vezetők lejáratása és a gyógyszerészek manipulálása is.

A többségi gyógyszerészi tulajdonlás 2017. januári hatályba lépési határideje előtt – részben az akkori hatóság vezetőinek kezdeményezésére – terítékre került a többségi gyógyszerészi tulajdonlás törvényből való kivétele vagy a határidő hosszabbítása, és majdnem egy éven át tartó vita kerekedett belőle. Ez a módosítás végül nem került a parlament elé, részben a Miniszterelnökséget akkor vezető miniszter és az EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkárság egyik helyettes államtitkárának a kamarával egyeztetett fellépésére. Sőt, a belső csatározásokra is tekintettel (a gyógyszerhatóság akkori vezetőinek ellenkezése ellenére) a gyógyszerhatóság nyomozati jogkört kapott a gyógyszertárak tulajdonlásával kapcsolatos szabályok és a személyi joghoz tapadó menedzsment jogok érvényesülésének ellenőrzésére. (Ezzel a jogkörével a mai napig nem élt!) Piaci információk (és személyes tapasztalatok) alapján a négyes szabály kijátszásával és a személyi joghoz tapadó, jogszabályban rögzített menedzsment jogok/kötelességek megkerülésével folyik a tulajdonosi és franchise hálózatok terjeszkedése. Az elmúlt évek hiányzó jogalkotói és hatósági intézkedései miatt a 2010-ben

kialakított új modell a napi gyakorlatban nem teljesedik ki. Ezt a helyzetet erősíti a 2018-2022 közötti egészségpolitikai vezetés érdektelen hozzáállása miatt a gyógyszerészek politikával szembeni hitelvesztése.

A gyógyszertári gyógyszerészet mai modelljét nem lehet sem etikus, sem merkantil modellnek nevezni. Az elmúlt három és fél évtized alatt immár az ötödik gyógyszerellátó rendszer van hatályban (állami; szabályozatlan magángyógyszerészi; szociális piacgazdasági; liberalizált; vegyes) és az egyes rendszerváltások a legmélyebbre hatolón változtatták meg a tulajdonosi és szakmai kompetenciákat. A változások – akárcsak a korábbi időszakokban – rendre leképezték a politikai változásokat: a gyógyszertári gyógyszerészet a politika által befolyásolt terület.

Mindezek ellenére a hazai gyógyszerésztársadalom helyzete több környező ország gyógyszerészeihez képest kedvező, ugyanis (1) hatályban vannak a szükséglet alapú gyógyszertárlétesítés szabályai, (2) jogszabályok garantálják a szakmai függetlenséget a személyi joghoz tapadó menedzsment jogokon (és a gyógyszerész szakmai önállóságán) keresztül, valamint (3) adottak a gazdasági függetlenséget garantáló jogszabályi rendelkezések a gyógyszertári vállalkozásokban a többségi gyógyszerési tulajdon és a szindikálás semmisségének együttes előírásával. Más kérdés, hogy az előírások napi gyakorlatban való érvényesülése sok kívánni valót hagy maga után.

A gyógyszertári gyógyszerészet gazdasági dimenziói

Ami a gyógyszertári gyógyszerészet gazdasági dimenzióit illeti, ott is árnyalt a kép. A jelenlegi helyzet értelmezéséhez az 1990-es rendszerváltozás óta történeteket érdemes szemügyre venni és elemezni a főbb összefüggéseket.

1. A jogelőd nélküli magángyógyszertárak létesítését megelőző időszakban (a '80-as években) a gyógyszerészek nagy általánosságban nem vettek részt az „eredeti tőkefelhalmozás” folyamatában, így általában tőkehiányos helyzetben indították el vállalkozásaikat. Ezt a helyzetet többnyire hitellel vagy befektetőtársak bevonásával hidalták át. Speciális hitelkonstrukció a gyógyszertári vállalkozások indításához nem volt, ugyanakkor a „politika” ebben az időben több eszközzel segítette az új gyógyszertárak létesítését és működését. Egyfelől a patikai árrésképzés kifejezetten kedvező volt (sőt a Gyógyért – a Hungaropharma jogelődje – és a gyógyszertári központok is jó szállítási feltételeket biztosítottak az új magánvállalkozásoknak, amibe nem egy esetben még az induló készlet előfinanszírozása is beletartozott). Másfelől az első időben a tb az új gyógyszertár előre megbecsült hat heti közfinanszírozott forgalmának (támogatásának) megfelelő előfinanszírozást is lehetővé tett. (Megjegyzendő, hogy a hathetes előfinanszírozáshoz eleinte havonkénti elszámolás kapcsolódott, így az előfinanszírozás összege többnyire kitartott a következő utalásig.)

A magángyógyszertárak számának növekedésével párhuzamosan először háromheti, majd hetenkénti előfinanszírozásra állt át a tb (és az elszámolási időszakok is sűrűbbekké váltak), az előfinanszírozás rendszerét pedig 1999-ben vezették ki. Azóta utólagos a támogatás-elszámolás. 1993 elején bevezetésre került a degresszív árrésrendszer, az árrés fentről számolt ágazati átlaga a bevezetést megelőzően 22,1 százalék volt.

Az első évek kormányzati szerepvállalását részben a tb elszámolások informatikai és szervezeti nehézségei magyarázzák, másfelől az akkori intézkedésekben markánsan tetten érhető az a kormányzati filozófia, amely minden lehetséges eszközzel támogatta, hogy új gyógyszertárak jöhessenek létre. Ezek az „ösztönző” módszerek eredményesek voltak, ugyanakkor a mérséklésük, majd végleges megvonásuk egyfelől azt jelezte, hogy a kormány már nem tekinti céljának, hogy ilyen „protekcionista” eszközökkel segítse új gyógyszertárak létrejöttét, másrészt a patikaprivatizáció is lezárult 1997-re és a rendszer gazdaságilag működőképesnek bizonyult. Továbbá gyors ütemben fejlődtek az OEP informatikai kapacitásai és elindult a gyógyszerári vállalkozások feltőkésítése is. Ez szintén a rendszer működőképességét és stabilitását igazolta.

2. Miután az állami gyógyszertárak privatizációjára is sor került és a politika már nem tartotta indokoltnak több új közforgalmú gyógyszertár létesítését, a gyógyszerári vállalkozások jövedelmezősége mérséklődött, majd beállt egy közel állandó szintre. Míg a gyógyszertárak egy része fiókgyógyszertárak létesítésében látta a bevételnövekedés lehetőségét, a gyógyszertárláncok gyógyszerári vállalkozások akvirálásával, illetve kisebb hálózatok felvásárlásával növelték piaci lehetőségeiket. Ezekben az években viszonylag sok tulajdonoscsere került sor az egyes hálózatoknál. Mindezek ellenére **tény, hogy a gyógyszertárak gazdasági működőképessége a liberalizációt megelőzően rendszerszinten stabil volt még azzal együtt is, hogy 2001-ben a degresszív árrérendszer kiegészítéseként a drágább gyógyszereknél bevezetésre került a „dobozdíjas” árrés.**

A dobozdíjas rendszer bevezetése egyik pillanatról a másikra éves ágazati szinten 4,2 mrd Ft árréstömeg-csökkenést okozott. Mivel a nagykereskedők árrésszabályozása nem változott, ekkor indult el egy olyan árrés-átrendeződési folyamat, amelynek a következtében a közfinanszírozott gyógyszerek kereskedelmi árréstömegének egyre nagyobb hányada kerül a nagykereskedőkhöz.

A liberalizációt megelőző években nagy vita volt a gyógyszerek árképzésének szabályairól, ami az akkor már jelenlévő neoliberális gazdasági szemléletből egyenesen következett, de az is tény, hogy a „percentezést” ezt megelőzően a szakma kezdte. Először az OTC gyógyszerek árképzése változott meg, majd a liberalizáció alatt napi gyakorlattá vált a közfinanszírozott gyógyszerek vonatkozásában is az eltérő patikai árképzés és a különböző – vásárlási volumentől függő – kedvezmények adása (pl. a szomszéd fagyaltatózóban ingyen fagyalt, vagy a közeli boltban egy liter ingyen tej).

3. A liberalizáció gazdasági kihívását növelte, hogy 2007 elején, az akkori kormány konvergenciaprogramjának részeként, jelentős támogatáscsökkentésre került sor, ami negatívan hatott a gyógyszerári ágazat működésére is. A liberalizáció ideje alatt a gyógyszerforgalom dobozszámában nem növekedett, ugyanakkor a gyógyszertárak száma 2000-ről közel 2550-re emelkedett, ráadásul az ágazat saját tőke ellátottságát illetően 2006 és 2010 között semmilyen érdemi előrelépés nem történt: az új gyógyszertárak megjelenése nem jelentett komoly tőkebevonást a rendszerbe. A negatív gazdasági folyamatok fontosabb adatait fentebb már említettem. Itt csak annyit ismétel meg, hogy a liberalizációs időszak végére súlyos szakmai, gazdasági és morális válság alakult ki az ágazatban.

4. A liberalizáció 2010-11-es leállítása és sok veszteséges gyógyszertár bezárása az ágazat gazdasági helyzetének javulásával járt és lényegében 2014 után az ágazat kikerült a gazdasági

válságból. A közforgalmú gyógyszertárak száma 2300, a fiókgyógyszertáraké 650 körül stabilizálódott, a veszteségesen működő vállalkozások aránya 5% alá szorult. Mindezek annak ellenére megvalósultak, hogy a Széll Kálmán-terv jelentős forráskivonással járt a gyógyszerágazatban. Viszont a kieső árrés kompenzálására új elemként bevezetésre került a generikus ösztönző és a szolgáltatási díj is. Az árrésszabályozás is módosult: a dobozdíjas sáv árrését – a nagykereskedői árrés terhére – megemelték, amelynek éves összkihatása kb. 3,5 mrdFt volt. A hátrányos helyzetű kisforgalmú gyógyszertárak működőképességének fenntartására 2013-ig szolidaritási adó került kivételre a nagyforgalmú, több gyógyszertárat tömörítő gyógyszerári vállalkozásokra.

A gyógyszerári ágazat konszolidációját elősegítő lépések (árréskorrekció, generikus ösztönző, szolgáltatási díj, működési célú támogatás) jelentős, érzelmekkel terhelt vitával jártak. Azt látni kell, hogy mindegyik lépés a kisforgalmú gyógyszertárak fennmaradását célozta azzal, hogy egy-egy helyettesítéshez, expedíáláshoz kapcsolódóan a kisforgalmú gyógyszertárak fajlagosan nagyobb juttatáshoz jutottak. Talán a legnagyobb vita az árréskorrekcióhoz kapcsolódott, de az idő azt igazolta, hogy az intézkedés miatt egyetlen nagykereskedő és egyetlen nagy forgalmú gyógyszertár sem került rossz helyzetbe, azoknak a kicsiknek pedig, akik nem jutottak nagykereskedői kedvezményhez vagy visszatérítéshez, a jogszabályban rögzített árréskorrekció kifejezetten előnyös volt.

5. A gyógyszerári gyógyszerészet gazdasági problémái közül ma a közbeszédben az árrésrendszer hibái, a támogatott GYSE termékek negatív árréssel történő forgalmazása, az ügyeleti finanszírozás hiánya, a kognitív szolgáltatásokért juttatott összegek elégtelensége dominál. Tény, hogy az árrésrendszer rossz, a 22,5 ezer forintnál drágább gyógyszerek nagykereskedelmi árrése nagyobb a patikainál és a 245 ezer forint feletti árú gyógyszerek banki átutalási költsége is nagyobb, mint az érvényesíthető árrés. Kis túlzással, eredményes pályázatot lehetne benyújtani a GYSE árképzés hungarikummá nyilvánítása érdekében: veszteséget termel a gyógyszertár, ha kiszolgálja a negatív árréssel forgalmazott segédeszközzel a beteget, ha viszont ezt nem teszi meg, hatósági szankció a „jutalma”.

A gyógyszertárak jövedelemtermelő képessége (gazdasági működőképessége) a gyógyszer- és GYSE-forgalmazás bevételi és kiadási elemein túl egyéb tényezőktől is függ. Ilyen pl. a gyógyszertárak profilja, amit jogszabály korlátoz, ugyanakkor a gyógyszertár elhelyezkedésétől, a településtípustól és a gyógyszertár marketing tevékenységétől is függ, hogy az egyéb termékek forgalmazásában rejlő többletlehetőséggel hogyan él. Ágazati szinten ma a közfinanszírozott gyógyszerek (fentről számított) árrése 8,2 százalék, ugyanakkor az ágazati átlagárrés 20 százalék fölötti. Amíg a közfinanszírozott gyógyszerek forgalmazásából származó árrés-jellegű bevételek alig haladják meg a 60 mrdFt-ot, az ágazat össz fedezeti tömege 210 mrdFt körüli, ugyanakkor a támogatott gyógyszerek teszik ki az összforgalom kétharmadát. Ez azt jelenti, hogy a támogatott gyógyszerek nyomott árrése miatti kiesést az ágazat hatékonyan pótolja az OTC gyógyszerek és egyéb termékek forgalmazásával és szabad ár(rés)képzésével. Az aggregált ágazati adatok azonban nem segítenek azokon, akik olyan településen működtetik a gyógyszertárukat, ahol a közgyógyellátott és támogatott forgalom mellett nincs fizetőképes kereslet (vagy igény) az egyéb termékekre.

A gyógyszerészi közgondolkodás szerint a gyógyszertárak kognitív (gyógyszerészi gondozási jellegű) szolgáltatásait a politika nem finanszírozza. Ez csak részben igaz, mert a generikus helyettesítés és a gyógyszerbiztonsági validálás végzéséért járó szolgáltatási díj ilyen célokat

(is) szolgál. Összesített értéke évente 8,7 mrdFt, ami azonban évek óta nem változott, másrészt sem a volumene, sem a jellege nem alkalmas a gyógyszerészi gondozási típusú szolgáltatások ellentételezésére.

6. A közforgalmú gyógyszertárak száma az utóbbi években diszkrét csökkenésnek indult, a fiókgyógyszertárak „megmentését” a kormány a gyógyszerészek jelenléti kötelezettségének megszüntetésével akarja megoldani. Az ágazat mai adózott eredménye 40 mrd Ft fölötti, azonban a jövedelmezőségi olló folyamatosan nyílik: a nagyforgalmú és tulajdonosi összefonódással vagy franchise rendszerben működő gyógyszertárak jövedelmezősége sokkal jobb, mint a családi vállalkozásként (főként vidéken) működtetett gyógyszertáraké. Másfelől az ágazat adózott eredményének több mint 50 százalékát teszi ki a nagykereskedői visszatérítés mértéke, amiről egyrészt tudjuk, hogy nem egyenletes: abból inkább a nagyforgalmú és a hálózatokhoz tartozó gyógyszertárak részesülnek, másfelől az ágazat adózott eredményének és a nagykereskedői visszatérítésnek az egymáshoz viszonyított aránya a gyógyszertárak gazdasági függését igazolja és növeli a nagykereskedőkkel szemben. Ha mindehhez hozzávesszük, hogy a hálózatokat működtető vállalkozások az adózott ágazati eredmény feléhez közelítő összértékű számlát állítanak ki saját gyógyszertáraiknak és 10 milliárd fölötti adózott eredményt könyvelhetnek el, elmondható: ***ma a gyógyszertári ágazat gazdasági egyenletlensége olyan mértékű, hogy az átfogó felülvizsgálat és beavatkozás már nem kerülhető el. A felülvizsgálat során nemcsak a gyógyszertár gazdasági működőképessége és a gyógyszertárhálózat területileg kiegyensúlyozott megmaradása fontos. Ha a gazdasági működőképesség stabilan és előre láthatóan nem biztosítható, a gyógyszerész és a gyógyszertár nemcsak az egzisztenciális önállóságát veszítheti el, hanem a szakmai önállósága is súlyosan sérül. És ez nem lehet egészségpolitikai érdek!***

7. Kétségtelen tény, hogy a költséghatékonyság és a méretgazdaságosság a nemzetgazdaság minden területén fontos szempont. A lakossági gyógyszerellátás az állami költségvetés szempontjából teljesen költséghatékonnyá, ugyanis a gyógyszertárak árrésjellegű bevételeinek a központi költségvetésből származó részével azonos összeget fizetnek be a gyógyszertári vállalkozások különböző adók formájában a költségvetésnek. Az egyenleg nullszaldós!

Az ágazat működésének költségei között – logisztikai szempontból – jelentős tényező a működő gyógyszertárak száma, fenntartási költségei (beleértve t.k. a készlettartás és készletutánpótlás költségeit, a személyi kiadásokat, az anyag- és szolgáltatási költségeket, a befektetett tőke elvárt hozamát). A racionalizálásra viszonylag kevés lehetőség van pl. a fix költségek magas aránya vagy a létszámszabályozás miatt, és a bevételek növelhetősége is sok tényezőtől függ. Emiatt komoly jelentősége van a beszállítói szerződéseknek és a különféle marketing együttműködéseknek. Az ilyen jellegű együttműködések a gyógyszertárak között már a magángyógyszerészet kezdetekor kialakultak és sajátos evolúciós utat járnak be. Tény, hogy minél inkább a hálózat-tulajdonosok, a beszállítók, illetve a franchise gazdák veszik át ezekben a folyamatokban az irányítást, a kereskedelmi ellátási értéklánc és az egészségügyi értéklánc közötti kívánatos egyensúly felborul, ráadásul könnyen sérül a személyi jogos gyógyszerész szakmai függetlensége. Az együttműködések egészséges formáinak védelmét és a két értéklánc harmóniáját a gazdálkodás fentebb említett anomáliáin túl a finomszabályozás hiánya és a hatóság ez irányú érdektelensége is gátolja.

8. A lakossági gyógyszerellátás rendszere klasszikusan három profitcentrummal működik: a gyártóval, a nagykereskedővel és a gyógyszerházzal. A gyógyszerházi hálózatok tulajdonosai és a franchise gazdák negyedik profitcentrumként lépnek be a rendszerbe. Ugyanakkor az olyan modellben, amelyben gyógyszerházak a nagykereskedők tulajdonosai, lényegében két profitcentrum működik: a gyártó és a gyógyszerház, feltéve, ha a nagykereskedő működéséhez és fejlesztéséhez szükséges költségeken felüli eredmény a gyógyszerházak működési feltételeit segíti.

Összegezve, a gyógyszerházi gyógyszerészet gazdálkodási feltételei ágazati szinten szuboptimálisak. A jelenlegi helyzetnek vannak nyertesei és vesztesei. A rendszer megfelelő működéséhez nem csupán többletforrásokra vagy forrásallokációra van szükség. Ha a közvetlen lakossági gyógyszerellátás egészségpolitikai és szakmai elvárásoknak megfelelő, ugyanakkor költséghatékony működése elérendő cél az egészségpolitika részéről, a rendszer mélyreható elemzésére és számos korrekciós intézkedésre van szükség.

Kompetenciák, gyógyszerházi szolgáltatások

A történelmi visszatekintéssel foglalkozó fejezetben már leírtam, hogy a gyógyszerházi gyógyszerészet szakmailag az őt körülvevő technológiai és társadalmi változásokra „követő üzemmódban” reagált. A közelmúlt folyamatait érdemes a kompetenciák és a gyógyszerházi szolgáltatások alakulása szempontjából elemezni.

A gyógyszerészeti kompetenciákra speciális (szakmapolitikai) nézőpontból tekintek és azokat tartom a szakmai és egzisztenciális függetlenség szempontjából fontosnak, amelyek (1) jogszabályban elismert, (2) gyógyszerészeti diplomához kötött és (3) a munkaerőpiacon releváns kompetenciák.

1. Tény, hogy a '90-es évek kompetencia-bővüléssel járó folyamatai a 2000-es évek elején megtorpantak, sőt visszajára fordultak. Ezek között is jelentős volt a gyógyszerházvezetéshez addig szükséges szakgyógyszerészeti végzettség előírásának eltörlése, de a gyógyszerházak profiljában bekövetkezett változások (pl. néhány termékcsoporthoz kizárólagos gyógyszerházi forgalmazásának megszüntetése) is ebbe az irányba mutattak.

A 2006-os liberalizáció részeként megszűnt a gyógyszerházak gyógyszerforgalmazási és a gyógyszerészek expedíálási monopóliuma is. A politika a fenti hármas kritériumrendszert figyelembe véve szinte minden kompetenciától megfosztotta a gyógyszerészeket és a gyógyszerházakat. Emiatt 2007-ben a kamara egy új kompetenciarendezési programot indított, amelynek fontosabb pontjai az alábbiak:

- *Tulajdonosi program*, melynek célkitűzése a gyógyszerházi vállalkozásokban a tényleges többségi gyógyszerészeti tulajdoni hányad jogszabályi előírása és napi gyakorlatban való biztosítása. A 2011. január 1-jén hatályba lépett módosítások értelmében – átmeneti időszakot követően, két lépcsőben – 2017. január 1-től jogszabályi előírás a többségi gyógyszerészeti tulajdon és kimondásra került az ezzel ellentétes megállapodások tilalma és semmissége is.

- *A személyi jog rehabilitálása és a felelős vezetői státusz rendezése.* Az első ezzel kapcsolatos eredmény 2009-ben született, amikor a felelős vezetői státusz jogszabályi rendezése megtörtént, majd 2011. januártól a személyi jog rehabilitálásra került a jogok és kötelezettségek jogszabályi előírásával. Később a jogszabályi előírásokkal ellentétes és azokat megkerülő megállapodások semmissége is kimondásra került.
- *A gyógyszerészi szakmai jogkörök megújítása.* Ennek egyik eleme a foglalkoztatott gyógyszerészek szakmai önállóságának biztosítása 2011. január 1-től a gyógyszergazdaságossági törvényben. Időközben a gyógyszerérték fogalmából – jogszabályi definíció szintjén – kikerült a „kiskereskedelmi” kifejezés és ma már „csak” egészségügyi szolgáltató a patika. Minden olyan tevékenység, amely a betegekhez, lakossághoz kapcsolódik, „egészségügyi feladatként” került meghatározásra (beleértve pl. az étrend-kiegészítőkkel kapcsolatos tevékenységet is).
- *A gyógyszerészi expedíálás megújítása.* Ennek keretei közötti cél és feladat a gyógyszer- és ellátásbiztonság, a költséghatékonyság és szolgáltatásminőség garantálása, a compliance és adherencia elősegítése, az öngyógyítás-öngyógyszerelés hatékony támogatása. A gyógyszerbiztonsági validálás minden expedíálási folyamatban kötelező. A hatóanyagnéven történő gyógyszerrendelés előírása megtörtént (de a gyakorlatban nem érvényesül). A generikus helyettesítés alapvető gyógyszerészi feladat.
- *A gyógyszerészi gondozás elismertetése és gyakorlatának elősegítése.* A törvényi definíció 2009-ben, majd nem sokkal később a rendeleti szintű szabályozás is megszületett, amit a TÁMOP 6.2.5 program keretei között 2018-ig számos irányelv kidolgozása, elfogadása és napi gyakorlatba történt részleges bevezetése követett. A 2018-2022 közötti időszakban a politikát ez a kérdés nem foglalkoztatta, az irányelvek készítése és megújítása ma újra napirenden van.
- *A gyógyszerértéki minőségbiztosítás megújítása,* aminek a keretei között elsődlegesen a Belső Minőségügyi Kézikönyvek megjelentetésére utalok. (Az előrelépés ellenére ezen a területen is van még bőven feladat. Egyfelől a „minőség” nem azonos az egyes szabványoknak való „megfelelőséggel”, másfelől a minőséget alapvetően erkölcsi kérdésnek tekintem, aminek etikai vonatkozásai is vannak. Ennek kifejtése nem ennek az elemzésnek a feladata.)
- *A magisztrális gyógyszerkészítés visszaszorulásának fékezése,* amiben sokáig semmilyen érdemi eredményt nem sikerült elérni (leszámítva, hogy végül minden gyógyszerértéknek kötelező a magisztrális gyógyszerek készítése), annak ellenére, hogy 2015-ben a kamara kezdeményezésére indult el egy új FoNo készítése. Ez 2021-ben vitatott körülmények között jelent meg és csak 2023-ban – húsz év után – sikerült a magisztrális díjakat is rendezni.
- *A szakgyógyszerészi kompetenciák rendezése és a szakgyógyszerészképzés megújítása,* amire több lépésben került sor. Ez egy 2001-ben megjelent – rossz – jogszabálymódosítás miatt vált szükségessé. Először a Than Károly ösztöndíj bevezetésére került sor, majd a jogszabályi rendezés első lépése 2015-ben történt meg azzal, hogy tíz év múltával (2025. január 1-től) válik kötelezővé a közforgalmú és az intézeti gyógyszerérték vezetéséhez a szakgyógyszerészi cím.

Ma már a kompetenciafejlesztés programjába új elemek is beépültek. Ilyen (1) a digitalizációval és telemedicinával/telefarmáciával kapcsolatos témakör, (2) a „vidékfejlesztés”, hogy gyógyszerertári és gyógyszerészeti kompetencia legyen (maradhasson) a vidéki kistéleplülések gyógyszerellátása, valamint (3) az online-térben való gyógyszerészeti részvétel.

Mindehhez szeretnék három – szubjektív – megjegyzést fűzni.

Az egyik, hogy nem elég egy kompetencia megszerzését (visszaszerzését) a szakmai / szakmapolitikai vezetésnek célul kitűzni és a szükséges jogszabálmódosítást elérni: a kompetenciát a napi gyakorlatban is érvényesíteni kell. Ráadásul úgy, hogy kétség se férjen ahhoz, hogy (1) ezt a jogkört gyógyszerészeti diplomához kell kötni, sőt (2) erre a legalkalmasabbak a gyógyszerészek. Ha ezt nem tudjuk ilyen módon kezelni, nem csodálkozhatunk azon, hogy mindig lesznek, akik (1) adott területeken kétségbe vonják az alkalmasságunkat és (2) mások akarnak a mi területünkre benyomulni. Ez a megjegyzés nemcsak a szűken vett szakmai kompetenciákra érvényes, hanem a gyógyszerertári vállalkozás működtetésével kapcsolatosakra (sőt az államigazgatásban korábban gyógyszerészek által betöltött pozíciókra is).

A másik, és ez nem új jelenség, hogy egy-egy elvett / elvesztett kompetencia visszaszerzése, illetve új kompetencia elfogadtatása általában hosszú éveket vesz igénybe. Ez jól látszik pl. a szakgyógyszerészeti kompetenciák körül kialakult helyzettel, de évekig kellett küzdeni azért is, hogy a személyi joghoz tapadó kompetenciákat (jogszabályi szinten) visszaszerezzhessük. Azt, hogy a gyógyszerészeti gondozás jogszabályi definiálása megtörténjen, úgyszintén évtizedes egyeztetés előzte meg.

Apropó, gyógyszerészeti gondozás, mint gyógyszerertárhoz kötött gyógyszerészeti kompetencia. A világ úgy tudja, hogy a gyógyszerészeti gondozás fogalma két amerikai gyógyszerészhez: C.D. Heplerhez és L.M. Strandhez kapcsolódik, akik 1990-ben jelentettek meg erről egy tanulmányt egy amerikai szaklapban. Az MGYT vezetése az Országgyűlés Szociális és Egészségügyi Bizottsága részére 1986-ban készített egy előterjesztést, amely négy évvel a Hepler és Strand által 1990-ben megjelentetett és világszerte ma is mérvadónak elismert közleménynél korábban, azonos (!) szakmai tartalommal és elnevezéssel érvelt a gyógyszerészeti gondozás hazai bevezetése mellett. Az eredmény abból a szempontból ismert, hogy bár az országgyűlési bizottság kedvezően fogadta a javaslatot, mégsem Magyarország lett a gyógyszerészeti gondozás „őshazája”, mert az ezt követő politikai cselekvés elmaradt. (Nem ez az első és vélhetően nem is az utolsó olyan magyar kezdeményezés, amely megelőzte a korát, mégis másokhoz kötődik a kezdeményezés a világ közvéleményében...)

2. Ahhoz, hogy a gyógyszerészeti kompetenciákat vissza tudjuk szerezni, meg tudjuk őrizni és képesek legyünk fejleszteni, megfelelő létszámú, megfelelő felkészültségű és megfelelő szemléletű gyógyszerészekre is szükség van.

Tény, hogy a rendszerváltozáskor két egyetemen képeztek gyógyszerészeket és az évente diplomát szerzett gyógyszerészek száma 200 körül volt. Az is tény, hogy az 1400 akkor működő közforgalmú gyógyszerertárban kb. 3000 gyógyszerész dolgozott. Nem volt gyógyszerészeti munkanélküliség, de érdemi munkaerőhiány sem. Ma kb. 2300 közforgalmú gyógyszerertárban (a fiókgyógyszerertárakkal együtt kb. 3000 helyen) mintegy 6300 gyógyszerész dolgozik; az egy gyógyszerertárra jutó gyógyszerészeti átlag három évtizede 2,1 volt, és most is ennyi. Mégis visszatérő panasz, hogy nincs elég gyógyszerész.

Az egyik ok nyilván az, hogy a személyi jogos gyógyszerészeknek olyan egyéb feladatai is vannak, amelyekkel az állami gyógyszerellátó rendszerben nem kellett foglalkozniuk és ezek a tára mögött vagy a laborban töltött munkaóráik számát csökkentik. Ehhez kapcsolódnak az expediálással kapcsolatos elvárás-változások. A másik ok az ágazati össz nyitvatartási óraszám folyamatos emelkedése (miközben a gyógyszerertárak száma nem növekszik). A harmadik pedig az, hogy a nagyforgalmú városi gyógyszerertárakban anyagilag kedvezőbb körülmények között tudnak elhelyezkedni a gyógyszerészek, mint a kisforgalmú (vidéki) gyógyszerertárakban. Tanulságos jelenség, hogy a pályakezdő gyógyszerészek egy része eleve „helyettesítő” gyógyszerészként akar a pályán elindulni. Nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a pályakezdő fiatalok több mint fele a négy gyógyszerészkar térségében helyezkedik el. (És azt sem szabad elfelejteni, hogy a frissdiplomás gyógyszerészek legnagyobb hányada nő, akiknek jó része diplomás éveit elején a kisgyermekét neveli.)

Ha tehát a munkaerőhiányt csökkenteni akarjuk, egyfelől növelni kell a gyógyszerészek jelentkező és diplomát szerző fiatalok számát. Erre vonatkozóan 2016 óta van megállapodás a felsőoktatásért felelős politikai vezetéssel, hogy évente több mint 400 gyógyszerészhallgató kerüljön beiskolázásra. A megállapodásnak megfelelően ez eddig minden évben teljesült. Fontos a lemorzsolódási arány jelentős (10% alá) történő csökkentése is. Erre vonatkozóan mind a négy karon komoly erőfeszítések indultak. Másfelől újra kellene szabályozni a szolgálati rendet, mert egyrészt „túlszolgáltató spirálban” van az ágazat, továbbá ideje van az ügyeleti rendszer radikális átalakításának is. És vonzóvá kellene tenni a vidéki munkavállalást. (Ez utóbbinak olyan sok vonatkozása van, hogy a kibontásuk szétfeszítené ennek az írásnak a kereteit.)

A megfelelő felkészültség nem csak a gyógyszerészeti graduális képzés színvonalától, tematikájától és módszertanától függ. Vannak ugyanis a köznevelésnek olyan – a klasszikus természettudományi (és ezen belül a kémiai) ismeretek szerzésével kapcsolatos – negatív jellemzői, amelyeknek a befolyásolására a szakmának kevés lehetősége van. Másfelől a továbbképzések rendszere ugyan normatív és sokat változott az elmúlt években, azonban jelenlegi formájában nem alkalmas arra, hogy a közforgalomban foglalkoztatott több mint 6000 gyógyszerész (köztük 35-40 évvel ezelőtt végzetek is) naprakészen legyenek felkészültek a gyorsuló ütemben változó és rengeteg új szakmai és technikai ismeretet megkövetelő ellátórendszerben.

Hadd tegyek itt is két – szubjektív – megjegyzést. A gyógyszerertári gyógyszerészetben foglalkoztatott gyógyszerészek döntő hányada napi 8-10 órát dolgozik a táránál, a laborban és a gyógyszerertár többi helyiségében, így a továbbképzésre és a naponta megújuló ismeretanyag megszerzésére töredékidőben vagy a szabadidejükben van csak lehetőség.... A másik, hogy a most frissen végző gyógyszerészek graduális képzés során szerzett ismeretei nem vethetők össze egy 35-40 évvel ezelőtt diplomát szerzőével (akinek viszont óriási rutinja és szakmaismerete van). A „life long learning” érvényesítése nemcsak az ismeretanyag vonatkozásában jelent komoly kihívást, hanem annak a szemléletnek és módszertannak a megszerzését illetően is, ami az egészségüggyel és ezen belül a gyógyszerüggyel szembeni társadalmi elvárások következtében válik indokolttá.

A megfelelő szemlélet szempontrendszerével egy későbbi fejezetben foglalkozom.

Összegezve, gyógyszerészi diplomához kötött, jogszabályban rögzített és piacképes kompetencia nélkül a gyógyszerértári gyógyszerészet nehéz helyzetbe kerülhet. Ezek a kompetenciák a szakmai és egzisztenciális függetlenséghez egyaránt szükségesek, de nem elégségesek: mindezt úgy kell megvalósítani, hogy kétség se férhessen hozzá: ezek kizárólagos, csak a gyógyszerészek (és gyógyszerértárok) által teljesíthető jogokat és kötelezettségeket biztosítanak.

Társadalmi környezet és az elvárások

Amikor a minket körülvevő és a tevékenységünket meghatározó környezet adta lehetőségekről, valamint a velünk szemben támasztott követelményeiről beszélünk, érdemes az egészségügy tágabb rendszerén túl a társadalom velünk szembeni elvárásairól is gondolkodni.

1. Az orvostársadalomhoz való viszony változóban van; ennek sok szép példája látható az elmúlt évtizedekben. Nikolics Károly professzor visszatérően hangoztatott mondása volt, hogy a gyógyszerész és az orvos viszonyát a recept első szava határozza meg: „recipe”, amivel az orvos utasítja a gyógyszerészt. Az „alá-fölérendelt” viszony változásában szerepet játszik, hogy a gyógyszerészek beléphettek a vállalkozások világába és az önállóságuk respektusra lett érdemes. Ehhez a presztízshöz illeszthető a 2009-ben elismert foglalkozásdoktori cím. A gyógyszerrendelő orvos rendszeres tájékoztatása a beszerezhető és főleg a helyettesíthető gyógyszerekről, szintén kapcsolatteremtő tényező, mint ahogy az eRecept bevezetéséből is „jól jöttünk ki”. A gyógyszerészi gondozáshoz, adherencia-fejlesztéshez kapcsolódó törekvések szintén ebbe az irányba mutatnak, azonban sok még a feladat ahhoz, hogy ne csak egyenjogú, hanem egyenrangú partnereivé váljunk az orvosoknak.

2. Korábban már említettem, hogy a fogyasztói társadalom megjelenésével megváltozott az emberek saját egészségükhöz való viszonya. Ezt tovább erősítette a rendszerváltozás után a magánvagon megjelenése, ami sok vonatkozásban előrelátóbb, felelősségteljesebb gondolkodást generál az egészség megőrzésével kapcsolatban. Ugyanakkor viszonylag széles rétegek alacsony egészségműveltségéről sokaknak személyes tapasztalataik vannak, csakúgy, mint a beteg-együttműködés hiányairól. Hosszú éveken át „központi” problémának tűnt a különböző alternatív gyógymódokban való fanatikus hit, amelynek képviselői a tényekre alapozott gyógyítás és gyógyszerek helyett ezek bemondásra alapozott, „könnyű” megoldást kínáló erejében hittek. Ennek következményei a hivatalos egészségügyi ellátórendszerben csapódtak (és csapódnak) le és egyfajta hitelességi problémát is generálnak a hivatásos gyógyítókkal szemben. Ma a „Google-doktor” és a különböző közösségi felületek alternatív információs csatornái által generált következményekkel, tévhitekkel is szembe kell nézni.

3. Változott a gyógyszerértárról alkotott vélemény is; ma többen tekintik „egészségügyi termékeket árusító boltoknak” a gyógyszerértárat, mint egészségügyi szolgáltatónak. Ugyanakkor nem kevesen vannak, akik inkább egészségügyi szolgáltatóként szeretnék a gyógyszerértárra számítani. Egy két évvel ezelőtti felmérés megmutatta azt is, hogy a különböző klaszterekbe sorolható betegek (pl. 65 év feletti diplomások, diplomás fővárosiak, vényköteles gyógyszer használók vs étrendkiegészítőt vásárlók, 18-34 év közöttiek, fitness-szemléletűek), más és más típusú segítséget és szolgáltatást várnak a gyógyszerértártól és a gyógyszerésztől. Szép számmal vannak, akik a különböző egészségügyi problémáikat a gyógyszerészek segítségével szeretnék megoldani. Ezek aránya kifejezetten magas azok között, akiknek az orvosuk elérhetőségével

problémáik vannak. A gyógyszertárat felkeresőknek a kiszolgálás minősége (szakértelem, figyelmesség, segítőkészség, költséghatékony helyettesítés) és a megfelelő készletszint fontosabb, mint az akciózás, vagy akár a szabadpolcos termékkínálat. A betegek nagy hányada örömmel venné, ha az állandó gyógyszereinek a felíratásáért nem kellene orvoshoz fordulni, hanem a gyógyszertárban oldhatná meg a beszerzésüket, és örülnének (sőt hajlandóak lennének többet is fizetni) gyógyszereik házhoz szállításáért. Ugyanakkor elgondolkodtató, hogy sokan vannak, akik nemhogy „a gyógyszerészükhöz” nem ragaszkodnak, hanem az sem fontos nekik, hogy gyógyszerész szolgálja ki őket. Ennek hátterében többek között az áll, hogy most sem tudják: gyógyszerész vagy más egészségügyi szakember szolgálja ki őket.

Emlékszem, nem is olyan régen hosszú és „vegyes színvonalú” vita folyt arról gyógyszerészek széles körében, hogy szabad-e, kell-e névkitűzött használni, ahol a név mellett a gyógyszerész végzettség is feltüntetésre kerül. Míg az orvost az állandóan nyakban lévő fonendoszkóp alapján meg tudják különböztetni a többi egészségügyi dolgozótól, a gyógyszerészek jelenleg ilyen „attributumot” nem használnak.

Szubjektív felvetés csupán, de a fentiek visszaigazolják, hogy már becsukódik a gyógyszerfogyasztó ember füle, amikor a reklámban azt hallja, hogy „a kockázatokról és mellékhatásokról kérdezze meg (...) gyógyszerészét”. Másfelől a gyógyszerész kevésbé van jelen a gyógyszertáron kívüli társadalomban (a közéletben); részlegesen vesz részt a felelős gyógyszerhasználatra nevelésben (ráadásul a közoktatásért felelős politikai vezetők eddig a kamara több hivatalos kezdeményezését figyelmen kívül hagyták) és nincs kellő súllyal jelen a népegészségügy és a prevenció területein sem.

Ambivalens tehát a kép: vannak, akik egészségügyi termékeket értékesítő üzletet, és vannak, akik egészségügyi szolgáltatót látnak a gyógyszertárakban, az ott velük foglalkozó szakembertől pedig csak minden harmadik várja el, hogy diplomás gyógyszerész legyen. Holott a gyógyszertárban forgalmazható minden termék értékesítése „egészségügyi feladat”, ráadásul a gyógyszerész egyedül „a gyógyszer és a gyógyszeralkalmazás szakértője”.

Ismét Végh Antal professzor urat idézem, aki 1960-ban így fogalmazott: *„Tudatában vagyunk annak, hogy a társadalom csak azt becsüli meg, aki a társadalmat is megbecsüli és annak jó szolgálatot tesz.”* A gyógyszertári gyógyszerészet jövője szempontjából kulcsfontosságú kérdés, hogy a társadalom miként vélekedik a gyógyszerészekről és kiáll-e mellette és érte.

A technológiai környezetről

A gyógyszertári gyógyszerészet feladatait és mozgásterét sok esetben a gyógyszerészen belüli fejlődés (gyógyszeripar, analitika, kereskedelem, farmakológia, toxikológia, kisüzemek, galenusi laboratóriumok), máskor társadalmi változások (fogyasztói társadalom, zöld hullám, egészség értékévé válása), sok esetben pedig politikai döntések befolyásolták.

1. Az informatika múlt század végi berobbanása a korábbiakhoz képest teljesen új helyzetet teremtett, a fejlődés egyes lépései a szemünk előtt zajlanak. Ezek a változások az információszerzés, adattárolás és -továbbítás új módszerei mellett a pénzügyi-gazdálkodási

folyamatokban és pl. a támogatás-elszámolás minőségében és módszereiben is sok változással járnak.

Az informatika fejlődése magával hozta az üzleti adatok védelmének új feladatait és egységes uniós szabályozás (GDPR) született a személyes (és ezen belül külön az egészségügyi) adatok védelmére. Az EESZT elindítása és az eRecept rendszer új feladatot adott, de egyben új lehetőségeket is hozott az orvos-beteg-gyógyszerész együttműködésben. Egészen közel hozta az egységes adattartalmú és valid adatbázisok és szolgáltatások lehetőségét is a teljes egészségügyön belül. Ezek a folyamatok a kényszerítő nyilvánvalóság erejével teszik asztalra azt a kérdést, hogy milyen feltételekkel biztosítható ezekhez a hatalmas informatikai rendszerekhez és szolgáltatásokhoz való hozzáférése a gyógyszertáraknak, és mit profitálhatnak ebből? Másként fogalmazva: „adatrabzolgákká” válnak, akik a náluk képződött és nagy értékű adatok hasznosítását végző cégek kiszolgálói lesznek (beleértve a beszállítók érdekkörében működtetett informatikai szolgáltatókat)? Illetve, az állam részben a saját hasznára, részben a nemzetbiztonsági kockázatok elkerülésére egységes irányítás alá veszi-e az egészségügyi és ezen belül a gyógyszertári / gyógyszerészeti adatvagyon és informatikát?

A gyógyszertáraknak jogszabály által meghatározott keretek között van szerződése a NEAK-kal a támogatással értékesíthető termékek kiszolgáltatására, a támogatás betegnek történő megelőlegezésére és a NEAK-kal való elszámolására. Úgyszintén szerződése van a neki informatikai szolgáltatást nyújtó rendszergazdával, a rendszergazda pedig a NEAK-kal (és az EESZT-vel) közvetlenül egyeztet a szoftver jellemzőiről és az akkreditációról. Korábban, amikor még nem volt ennyire koncentrált a patikai rendszergazdák piaca, működött a szövetségük, amelyik időről időre egyeztetett a kamarával (pl. egy-egy nagyobb támogatásváltozás, a NAV-pénztárgépek kötelező telepítése, vagy akár az EESZT bevezetése előtt). A szövetség ma már nem létezik.

Rendszeres vita van arról, hogy az EESZT és a NEAK rendszereivel való gyógyszertári együttműködés üzembiztonsági problémáiért ki a hibás: az EESZT, a NEAK, az internetes szolgáltató, a rendszergazda, vagy a patika (aminek a szoftverét úgyszintén valamelyik rendszergazda működteti). Az informatika mai szintjén ez lehetne másként is.

Ma nincsenek informatikai akadályai sem az egységes adatbázisoknak, beleértve a szakmai szolgáltatásokat (pl. interakció), sem a harmonizált informatikai rendszereknek. Úgyszintén minden információtechnológiai feltétel adott pl. ahhoz, hogy a gyógyszertár által a betegnek megelőlegezett támogatás összegét lényegében jelen idejű módon írja jóvá a NEAK (illetve a Kincstár) a gyógyszertáraknak.

2. Az informatika világa magával hozta a gyógyszerforgalmazásban az online technika megjelenését, beleértve a webpatikák működését és a csomagküldéssel történő gyógyszerértékesítést. Ez utóbbi kapcsán 2022. januártól van hatályban a csomagküldés tiltása Magyarországon, aminek az elrendelése komoly vitákat generált. Egyfelől késve született az egyébként jó döntés, így ismét már egy tömegessé váló tevékenység utólagos szabályozására került sor. Másfelől látható, hogy van lakossági igény az online gyógyszerforgalmazásra, de a szabályozás megújítása azóta is késik. A csomagküldéssel történő gyógyszerértékesítés tiltása révén a zárt forgalmazási rend továbbra is érvényesül és ez gyógyszerbiztonsági és betegjogi garanciákat eredményez. És (körültekintő szabályok megalkotásával) elkerülhetővé teszi azokat a németországihoz hasonló folyamatokat, amelyek az utóbbi években több ezer gyógyszertár bezárásához vezettek.

3. Az informatikai lehetőségekre támaszkodva megindult a telemedicina (bár a telemedicinális szolgáltatások bevezetésekor – a COVID-pandémia alatt – a valódi feltételek még nem voltak meg). Hatalmas távlatok nyílnak meg ezen a területen is, amelyek nemcsak az orvosi gyakorlatra, hanem a gyógyszerértári szolgáltatásokra is kihatással lesznek. Elég, ha csak a Naszlady Attila Egészségfejlesztési Programra utalok.

A telemedicina szükségszerűen maga után vonja a telefarmácia kialakulását és fejlődését, amely komoly kihívást jelenthet akár már a közeli jövőben is. A kihívás azonban egyben lehetőséget is jelent, a gyógyszerértár nélküli települések gyógyszerellátásának és/vagy a betegkapcsolatok javítása során (pl. jelen idejű kapcsolatok teremtésével a legközelebbi gyógyszerértárral, vagy akár az otthonukat elhagyni nem tudó betegek gyógyszerész gondozásakor).

Úgyszintén komoly változásokat hoz a robotika megjelenése a gyógyszerértárakban (pl. a kommissiózó rendszerekkel). Az eddigi tapasztalatok szerint ez a raktári munka megkönnyítése mellett a minőségbiztosítás új dimenzióit hozhatja el.

Ami pedig az expedáló automatákat illeti, 2006 óta folyamatos vita van a használatukkal kapcsolatban. Az első változatok nem voltak alkalmasak pl. a 14 éven aluli gyermekek kiszűrésére. A későbbi kezdeményezések szinte kivétel nélkül külső befektetők által működtetett, nagy tömegben telepített automatákra irányultak, amelyek használatával szemben szakmai és szakmapolitikai szempontok is felállíthatóak voltak. Az automatáknak a jelenlegi technológiai és informatikai fejlettségi szintjükön lehet létjogosultságuk jól körülhatárolt funkcióval és gyógyszerértárak által működtetve. Meggondolatlan, vagy a szakmai szempontokat figyelmen kívül hagyó bevezetésük nemcsak a betegek, hanem a gyógyszerellátás struktúrájára is kockázatot hordozhat.

Számomra az informatikai fejlesztésekhez kapcsolódó sok éves egyeztetések tapasztalata, hogy a fejlesztésekről való végső döntést nem szabad informatikusokra bízni, mert ilyen esetben fennáll a kockázata, hogy nem egészségpolitikai vagy szakmai cél által vezérelt, hanem eszköz (lehetőség) vezérelt fejlesztések születnek, amelyek egészségpolitikai, szakmai és etikai racionalitása is megkérdőjelezhető. (Ezt a megállapításomat a mesterséges intelligenciával kapcsolatos fejlesztésekre is érvényesnek tartom.)

Gyógyszerész szemlélet

A gyógyszerészek jelentős része hivatásként tekint a gyógyszerértári tevékenységére. A hivatások magas társadalmi presztízzsel rendelkező foglalkozások, ahol a hivatásukat űzők feladataikat lelkiismeretesen, azaz a hivatásukból rájuk háruló szakmai, etikai normákat és személyes morális értékrendjüket szem előtt tartva hajtják végre. Azokban a hivatásokban, amelyek gyakorló az emberekkel közvetlenül is kapcsolatba lépnek, általában nagy az információs aszimmetria a hivatásgyakorló és a szolgáltatást igénybe vevő között, továbbá jellemző, hogy „bizalmi” szolgáltatást nyújtanak. (A közvélekedés a hivatásokat gyakran a diplomás foglalkozásokra korlátozza, de itt is igaz, hogy a hivatás megélése nem diplomafüggő; vannak olyan hivatások, amelyek betöltése nem feltételez felsőfokú iskolai végzettséget.)

Ugyanakkor emlékszem azokra a méltatlan vitákra, amelyek a liberalizációt közvetlenül megelőző (2002-2006 közötti) és a liberalizációs években folytak vezető politikusok, köztisztviselők és „gondolkodók” részvételével arról, hogy a gyógyszerertári gyógyszerészeti munka nem is hivatás, sőt nem is annyira egészségügyi, hanem inkább kereskedelmi tevékenység. Érvként többnyire azt hozták fel, hogy a vényre felírt gyógyszerek vonatkozásában a gyógyszerészek más akaratát hajtják végre, az öngyógyítás-öngyógyszerelés kapcsán pedig a „beteg” dönt arról, hogy mire van szüksége. És egyébként is az ilyen termékbeszerzés az „élményvásárlás” kategóriájába tartozik, amikor is a vásárló „megajándékozza magát” egyik vagy másik gyógyszerrel. A gyógyszerészet azonban bizalmi szolgáltatás, mert a beteg nem tudja megítélni a termék/szolgáltatás (1) szükségességét, (2) jóságát és (3) árának reális voltát, továbbá az öngyógyítás-öngyógyszerelés folyamata sem a termékválasztással kezdődik.

1. A gyógyszerészet egyszerre segítő és gazdálkodó hivatás. Segítő hivatásként „legfőbb érték a beteg üdve”. A vállalkozások világában viszont legitim cél a gazdasági haszon (profit) maximalizálása. Ebben a kettős kötésben nehéz megfelelő egyensúlyt találni. Elvileg az egyensúlyt szolgálják a piacsabályozás eszközei.

Az egyensúly megteremtésében közös a felelőssége

- a politikának (mint szabályozónak és mint a gazdálkodási feltételek alakítójának, továbbá a finanszírozási prioritásokról döntő aktornak),
- a hatóságnak/hatóságoknak (amelyeknek az egyértelmű ellenőrzési feltételek kialakításával és azzal kell(ene) hozzájárulni az egyensúlyhoz, hogy „megérje” a szabályokat betartani és „ne érje meg” a szabályokat figyelmen kívül hagyni), valamint
- a hivatás gyakorlójának, akinek törekednie kell arra, hogy olyan döntési modellt alakítson ki magának, amelyben az első döntési pont a beteg objektív érdeke, és csak ezt követően keresi a számára gazdaságilag is kedvező megoldást.

A nem gyógyszerész gyógyszerertártulajdonostól várni lehet, de elvárni nem, hogy saját üzleti érdekeit önként háttérbe szorítva lelkesedjen a gyógyszerészeti hivatásetika alapvető normáinak érvényesüléséért. Úgyszintén nem lehet elvárni, hogy a gyógyszerertári vállalkozás beszállítói (pl. gyárak, nagykereskedők, gyógyszerertári hálózatok tulajdonosai, franchise gazdák, informatikai szolgáltatók, könyvelő cégek) saját üzleti céljaikat önként rendeljék alá a hivatásetikai céloknak, és olyan szabályozást kezdeményezzenek, amely ezek prioritását saját üzleti céljaik ellenében érvényesíti.

A gyógyszerertár egyszerre része az egészségügyi értékláncnak és a gyógyszerpiaci ellátási értékláncnak, sőt mindkét értéklánc végső pontja. A gyógyszerész a gyógyszerertárban találkozik a beteggel és feladata az egészségügyi problémáinak megoldása. A gyógyszerpiaci ellátási értéklánc utolsó pontjaként ugyan együttműködnek vele a piaci aktorok, azonban senki nem kérheti számon rajtuk, hogy az együttműködésben a saját önértékeiket tekintik elsődlegesnek. Ezt tudomásul kell venni. Ezért „haragudni” nem lehet rájuk, mert a mai gazdasági életben ez velük szemben az elvárás és az ismert tanmese szavaival élve „ilyen a természetük”. Ugyanakkor sem elfogadni irányító pozíciójukat a gyógyszerertár működtetésében, sem belesimulni a piaci magatartásukba nem szabad(na).

Az egészségügyi és a gyógyszerpiaci ellátási értéklánc közötti kényes egyensúly megteremtésében és fenntartásában, másra nem áthárítható felelőssége van a szabályozó/finanszírozó politikának, a hatóság(ok)nak, a szakmai érdekvédelemnek és a

hivatás gyakorlójának, akit nemcsak az esküje kötelez, hanem az Európai Unió Bírósága fentebb már idézett ítélete is kimondta, hogy vele szemben komoly etikai elvárások támaszthatók.

A piacsabályozás egyaránt kiterjed a gyógyszerre, a gyógyszerhárra és a gyógyszerészre. Ugyanakkor a jelenlegi szabályozást (minden értékének elismerése mellett) elégtelennek tartom, mert olyan struktúra és feltételek folyamatos biztosítására lenne szükség, (1) amelyben nem kell a hivatás gyakorlójának sem anyagi, sem személyes áldozatot hozni azért, mert szakmai és gazdasági tevékenységében etikus döntést akar hozni, (2) ahol nem éri meg szabályt sérteni és etikátlanok lenni, mert számolni kell ennek a következményeivel, és (3) amely preferálja a szakmai lelkiismeret szerinti feladatvégzést. Rossz az a struktúra, amelyik késztet / kényszerít személyes hibák (bűnök) elkövetésére. Kötelessége lenne a politikának, a hatóságnak, a szakmapolitikának és minden (munkahelyi) vezetőnek olyan struktúra és feltételek kialakításáért dolgozni, amelyek minden elemében az objektív betegérdekeket kiszolgáló gyógyszerészeti gyakorlatot támogatják.

Személyes élmény – amit budapesti patikaprivatizációs biztosként tapasztaltam meg –, hogy az egzisztenciális (gazdasági) érdekek és etikai normák ütközésekor rendre a gazdasági önérdékvényesítés nyer. Azóta számos alkalommal tapasztaltam ennek a megállapításnak a valóságát.

Önkritikusnak kell lenni abban, hogy míg a kamara sok év óta a megfelelő struktúra kialakításáért küzd (több-kevesebb eredménnyel), addig az etikai intézményrendszere korlátozott hatékonysággal végzi a feladatát. Egyfelől nem egyszer érzem a „szekértábor” szemlélet érvényesülését (ne bántuk, mert hozzánk tartozik). Másfelől problémát jelent az etikailag kifogásolható magatartás egységes értelmezése. Harmadrészt a mai napig azt tapasztalom, hogy az etikának a gyógyszerészeti közgondolkodásban a szankcionáló oldala van előtérben, holott az etikus szemlélet és magatartás kialakítását kellene az intézményrendszerünknek preferálni: a jogszabályi előírások betartása mellett az etika pozitív aspektusaira kellene elsődlegesen fókuszálni.

Nagy kérdés, ha túl akarunk lépni az etikai intézményrendszer egyébként jogszabályok és etikai kódex által meghatározott normatív tevékenységi körén és el szeretnénk érni egyfajta pozitív etikai szemléletet, vajon milyen etikai modell szerint érdemes gondolkodni. Ma sokféle etikai modell van „használatban” (pl. utilitásetika, következményetika, kötelességetika, arisztotelészi etika – valahol ez is egyfajta értékválság tünete). Ezek között – a bioetika nagy rendszerét is figyelembe véve – a felelősségetikai megközelítést látom a gyógyszerészeti gyakorlatban a leginkább érvényesíthetőnek. A felelősség egy viszonyrendszer, ahol (1) valaki, (2) valakinek (3) valakiért felel (felelősséget vállal). A stakeholder elmélet alapján mindazok nevesíthetők, akikért a gyógyszerész felelősséggel tartozik, másfelől a felelősségvállalás egy olyan hozzáállás, ami a világnézetünk, habitusunk és személyes tulajdonságaink különbözőségeitől függetlenül egységesen értelmezhető. A gyógyszerész egyszerre értelmiségi, egészségügyi szakember és vállalkozó (vagy mikrovállalkozás alkalmazottja), ezért felelősséget kell vállalnia (1) önmagáért, (2) a vállalkozásáért, (3) a betegéért és (4) a környezetéért (beleértve a saját hivatását is.) Más kérdés, hogy a felelősségvállaláshoz a szükséges feltételeket is biztosítani kell (pl. felkészültség, döntésképeség, szakmai és egzisztenciális függetlenség).

2. A normakövetés normája, pontosabban a szabályok betartásának szándéka, úgyszintén az alapokhoz tartozik. Ez több szempontból fontos, de nehéz elvárás. Az elmúlt évtizedeket figyelembe véve ma az ötödik gyógyszerészeti modell van hatályban. Volt (1) állami/önkormányzati 1990-ig, majd (2) ennek tovább élése mellett szabályozatlan (1990-

1994), aztán (3) szükséglet alapú (etikus modell) 1994-2006 között, utána (4) liberalizált (merkantil modell) 2010-ig, amelyet egy (5) vegyes modell követett 2011-től. Ez utóbbi az etikus modellre irányuló, szükséglet alapú, személyes felelősségre alapozó rendszer. Egy felnőtt ember az életben egy rendszerváltáshoz is nehezen igazodik, mégis sokan vannak olyan pályatársaink, akiknek mind az öt modellhez egyik napról a másikra igazodni kellett.

Ráadásul a rendszerváltozást megelőzően az volt a társadalmi „norma”, hogy csak azt lehet tenni, amit megengednek. A rendszerváltozáskor ez megváltozott a „bármit tehetsz, ami nem tilos”-ra. Azonban pár éven belül ez tovább változott a „bármit tehetsz, csak rajta ne kapjanak” szlogenre. Sajnos ez a szemlélet – személyes tapasztalat is – jónéhány gyógyszerértári vállalkozásban is polgárjogot nyert.

3. A gyógyszerészi hivatás közösségben való megélése nemcsak a megosztott érdekek miatt nehéz, hanem a gyógyszerértári gyógyszerészek jelentős mértékben „atomizált” környezetben dolgoznak, ahol egyedül (legalább 600 gyógyszerértárban) vagy másod, illetve harmadmagukban dolgoznak gyógyszerészként. A közösségépítés „virtuális” technikái az eddigi tapasztalatok szerint a kritikai attitűd erősödésével járnak (ahol nem is mindig érvényesül a racionalitás), de a valódi közösségépítésben kevés eredményt hoznak.

4. Végezetül, a gyógyszerészi szemlélet szempontjából, fontosnak tartom, hogy saját magunk számára egyértelműsítsük a lakossági gyógyszerészetben a tulajdonos és foglalkoztatott gyógyszerészek helyzetét. Ezt különösen az után tartom indokoltnak, hogy a COVID-pandémia legsúlyosabb időszakában az akkori miniszter nemcsak az „összes egészségügyi dolgozónak” beígért egyszeri juttatást nem biztosította a gyógyszerészeknek és a gyógyszerértárakban foglalkoztatottaknak, hanem az ezt követő polémiában a valósággal köszönőviszonyban nem lévő és a gyógyszerészek számára dehonesztáló adatokkal akarta igazolni a hibás döntést. Egy vele készült interjú részeként pedig „tejfölárusnak” titulálták azokat a gyógyszerészeket, akik akkor a lakossági egészségügyi ellátásban szinte egyedül elérhető szakemberekként állták a sarat.

Sajnos, sem az akkori miniszter sem más, sem a hibás döntésért, sem ezért az otromba megnyilvánulásért azóta sem kért elnézést. Így hát a szakmán belül kellett valamiféle „gyógyírt” tenni a sebre, hogy önértékünkkel tisztában lehessünk. Nem csak tudni, hanem tudatosítani is kell, hogy a gyógyszerértári gyógyszerész

- diplomás szakember; diplománk egyike annak az ötnek, amelynek megszerzése foglalkozásdoktori címmel jár,
- a gyógyszer szakértője, a gyógyszerminőség és -biztonság őre és garanciája,
- a gyógyszeralkalmazás szakértője, a gyógyszerhasználati adherencia záloga,
- az ellátásbiztonság letéteményese, a gyógyszerellátási logisztika felelőse,
- a gyógyszerértári vállalkozás jogszabály által elismert többségi tulajdonosa,
- a gyógyszerértár működtetője és szakmai vezetője,
- a gyógyszerértári gyógyszerkészítés kizárólagos felhatalmazottja, továbbá
- nincs olyan orvosi szakma, amely gyógyszer nélkül képes lenne gyógyítani: a gyógyszer és a gyógyszerész az egészségügy megkerülhetetlen szereplője.

Nincs értelme a gyógyszerértári gyógyszerésznek azon meditálni, hogy egészségügyi szakember vagy sem: rajtunk múlik a betegekhez és a világhoz való viszonyunk. Sőt, ha az

önértékünkkel tisztában vagyunk és rendben van az önreflexiós képességünk, az önvédelmi reflexeink is egészségesek lehetnek.

Merre tovább?

Annak megválaszolására, hogy milyen lesz 10, 20 vagy éppen 30 év múlva a gyógyszerértári gyógyszerészet, nehéz válaszolni. Azt gondolom, az előző fejezetekben sikerült bemutatni, hogy a gyógyszerértári gyógyszerészet változásai az elmúlt másfél évszázadban (és az utolsó harmincöt évben is) nemcsak attól függtek, hogy a gyógyszerészek felismerték-e társadalmi küldetésüket és az „idők változását”, hanem a politikai döntésektől, a gyógyszerészetet körülvevő technológiai fejlődéstől, vagy éppen a társadalmi igények változásától is. Tény azonban, hogy a változások minősége jelentős mértékben függött attól, hogy a gyógyszerészek felismerték-e az „idők szavát” és képesek voltak-e az új kihívásokhoz igazodni.

Ma a gyógyszerértári gyógyszerészeket jórészt az foglalkoztatja, hogy lesz-e és ha igen, mikor lesz árréskorrekció, mikor rendezik a GYSE árképzést, megoldódik-e a gyógyszerértárok ügyelet szabályozása és finanszírozása. Mi történik a kórházi gyógyszerellátás (és ezen belül a vényforgalmas részlegek) tervbe vett kiszervezése kapcsán, illetve hogyan lehet a Naszladý Attila Egészségfejlesztési Program feltételezett negatív hatásait kiküszöbölni? Ezek fontos kérdések és megoldandó feladatok. Nem kisebbítve ezek jelentőségét, azonban van néhány olyan kérdés, amelyekre a válasz „történelmi távlatokban” határozhatja meg a gyógyszerértári gyógyszerészet jövőjét. Néhány ilyen kérdést, amelyek jelentősen befolyásolhatják a gyógyszerészet jövőjét, igyekszem megfogalmazni.

1. Nemzeti érdekkörben és gyógyszerészi többségi tulajdonban lesznek-e a gyógyszerértárok?

Ez nyilván függ attól, hogy

- az Unió az elkövetkező időszakban az egészségügy egységesítésének folyamatában milyen politika mellett dönt: a szolgáltatások harmonizálási törekvései kiegészülnek-e a struktúra és/vagy a finanszírozás egységesítésének szándékával. A gyógyszer-szabályozás egyre egységesebb, azonban az Unió Bizottsága 2005-ös félresikerült kezdeményezése a gyógyszerértári piac harmonizációját illetően a részükről óvatosságot igényel;
- a mindenkori magyar kormány milyen álláspontot képvisel. Ez ma 2010 óta változatlan. A nemzeti érdekkörben tartásnak ma a legfontosabb eleme a gyógyszerértári vállalkozásban a gyógyszerészek valódi többségi tulajdonosi pozíciója, valamint a gyógyszerpiac többi szereplőjének (gyártók, nagykereskedők, vényíró orvosok) kizárása a gyógyszerértárakban való tulajdonszerzésből. A napi gyakorlatban ez az elv csak korlátozottan érvényesül;
- a gyógyszerészek élni tudnak-e a jelenlegi szabályozásból fakadó előnyükkel, a többségi gyógyszerészi tulajdonhoz tapadó jog- és felelősségi körük transzparens érvényesítésével.
Jó lenne elkerülni, hogy a nemzeti érdekkörben tartás más eszközei előtérbe kerüljenek, de ezért a gyógyszerészek tehetnek a legtöbbet.

2. Biztosítani lehet-e a gyógyszerészek szakmai önállóságát?

Ehhez szükséges előfeltétel olyan tudás, képesség és szemlélet ágazati szintű megléte, amely a gyógyszerértár szakmai irányításában és a napi gyógyszerértári munkában a gyógyszerészt megkerülhetetlenné teszi. Ebből a szempontból olyan kompetenciák megtartására és bővítésére van szükség, amelyek (1) piacképes, (2) jogszabályban előírt és (3) gyógyszerészi diplomához kötött kompetenciák. Ma ilyen a személyi jog és a gyógyszerértárvezetés, elvileg

ilyen lehet a gyógyszerészi gondozás (és kevésbé hangsúlyosan a magisztrális gyógyszerkészítés). Komoly előrelépést jelenthet a klinikai gyógyszerészi szemlélet (és gyakorlat!) lakossági gyógyszerellátásban történő bevezetése. Fontosnak tartom, hogy a gyógyszerpiaci ellátási értéklánc és az egészségügyi értéklánc viszonyában az egészségügyi értéklánc dominánsabbá váljék, mert ehhez kapcsolódhatnak további szakmai kompetenciák (pl. prevenció, szűrések, praxisközösségek munkájának támogatása).

3. Megkerülhetetlenek lesznek-e a gyógyszertárak a lakossági gyógyszerellátás rendszerében?

Sok év óta az egyik igen kritikus kérdés a gyógyszertárak jövője szempontjából. Egyfelől folyamatos törekvés van a gyógyszerek gyógyszerértéklánci forgalmazási monopóliumának megtörésére. 2006 óta a gyógyszerek egy részét gyógyszerértékláncon kívül is lehet forgalmazni. A gyógyszerkiadó automaták rendszerbe állításának szinte valamennyi kezdeményezője alternatív forgalmazási útvonalat látott a lehetőségben. A nagykereskedők speditőr cégei úgyszintén a patikákat akarták megkerülni és a csomagküldéssel történő gyógyszerértékesítés is erőteljes kísérlet volt a gyógyszertárak kiiktatására. A Máltai Szeretetszolgálat Naszlady Attila Egészségfejlesztési Programja a kistélepusülésen élőkét a gyógyszertárak de facto kikerülésével akarja gyógyszerrel ellátni, és akkor még az online kereskedelembe rejlt potenciált nem is hoztam szóba. A kérdés – számomra – itt is az, hogy **tud-e a gyógyszerészet a politikának és a társadalomnak olyan „ajánlatot” tenni, amely politikai, gazdasági és szakmai szempontból is a gyógyszertárak lakossági gyógyszerellátásban ma még meglévlt monopóliumát meg tudja őrizni.** Az ajánlatnak egyszerre kell a szakmai és logisztikai kihívásokra válaszolni (beleértve a gyógyszerbiztonságot, az ellátási garanciákat, az adherencia-fejlesztést és a népegészségügyi programokba való integrálódást, valamint a gyógyszerértéklánc nem rendelkezlt település és a gyógyszerértéklánc felkeresni nem tudó idlt, beteg emberek gyógyszerellátását, továbbá az online térben való jelenléte).

4. Tovább folyik-e és ha igen, milyen ütemben a gyógyszerek és egyéb egészségtermékek kommercializálódása?

A gyógyszerek egy része – elsltlegesen a mai reklámgyakorlat miatt – a közgondolkodásban egyre inkább a klasszikus fogyasztási cikkek közé tartozik. Ez együtt jár azzal az igénynel, hogy a beszerzése és használata is a többi fogyasztási cikkéhez igazodjék. Úgyszintén megfigyelhetlt, hogy az étrend-kiegészítlt és a vénynélküli gyógyszerek közötti különbségtétel is egyre nehezebb. Ugyanakkor a gyógyszer (a vénynélküli is) komoly élettani hatással rendelkezik. Indokolatlan vagy hibás használata éppúgy egészségkárosodást okozhat, mint indokolt alkalmazásának elmulasztása. A gyógyszerek kommercializálódásának folyamata paradox módon a gyógyszerész gyógyszer- és betegbiztonságot garantáltó feladatát és felelltségét növeli, de ehhez a gyógyszer- és a gyógyszerértéklánci marketing közötti különbségek felismerése és tudatos alkalmazása is szükséges.

5. Képesek leszünk-e a minket körülvevlt politikai, gazdasági, technológiai és társadalmi változásokra preventív módon reagálni?

Ez az elmült másfél évszázad állandó kihívása a lakossági gyógyszerellátásban. Ez olyan szakemberek jelenléteét igényli a szakmapolitikában, akik képesek a politikai, gazdasági, társadalompolitikai és szociológiai folyamatok értelmezésére és arra, hogy ezek ismeretében megfelelő stratégia legyen kidolgozható. Ez tudatos építkezést igényel a szakmáért és szakmapolitikáért felellt vezetltk részéről. Személyes tapasztalatom, hogy az ágazati szintlt

tiltakozásra, politikával szembeni zsarolásra építő szakmapolitika hosszú távon nem lehet eredményes (és ez nemcsak a gyógyszerészetre, hanem más hivatásrendekre is érvényes). Stabil eredmény akkor érhető el, ha a szakmapolitika képes meggyőzni a politikai döntéshozót arról, hogy amit kér, javasol vagy ellenez, az nemcsak a saját érdeke, hanem a politikának és a társadalomnak is jó és hasznos.

6. Képes lesz-e a gyógyszerészet ágazati stratégiai önértékelésének felismerésére, artikulálására és egységes képviselésére?

Ez egyfelől feltételezi az ágazati, a csoport- és az egyéni érdekek megfelelő prioritizálását és az ágazati érdek csoport- és egyéni érdekek elé helyezését. Ebben az elmúlt három és fél évtizedben csak korlátozott eredményeket értünk el: a szakma (gyógyszerészek) érdekeinek képviselésére hivatkozva a legkülönbözőbb részérdekek is rendre utat törtek maguknak. Másfelől feltételezi a célok és az elérésükért alkalmazott eszközök ágazati konszenzusának kialakítását. (Sajnos sok esetben azonos célokért folyó munkában is „össze lehet veszni” az alkalmazható eszközökről.)

Közéleti funkcióimban képviselt álláspontom és személyes meggyőződésem is az, hogy a gyógyszerészek és a gyógyszertárak szakmai és egzisztenciális függetlenségének megőrzése jelentheti azt az alapot, amelyre építve a gyógyszerészet önállósága megmaradhat és fejlődhet. A gyógyszerészet egyszerre gazdálkodó és segítő hivatás, amelynek egységét „kapitalista” körülmények között is meg kell tudni teremteni és őrizni. Ez szabályozási, finanszírozási, ellenőrzési és szemléleti szempontból egyaránt tudatos és elkötelezett tevékenységet, valamint megfelelő struktúrát kíván. A struktúrának elő kell segíteni, hogy a gyógyszerész normakövető módon, a beteg objektív érdekét szem előtt tartva tudjon szakmai, etikai és gazdasági értelemben is kiteljesedni. A beteg és a gyógyszerész személyes kapcsolatának megőrzése és megerősítése szintén fontos: az ember nemcsak sejtek, szövetek és szervek szervezetté összeálló egysége, amit a biológiai folyamatokat befolyásolni képes molekulákkal és eszközökkel lehet befolyásolni, hanem biológiai, szellemi és lelki értelemben is jól összerendezett egységet képvisel: gyógyszerészként ennek a harmóniáját is szolgálnunk kell. Mindehhez a gyógyszerésznek megfelelő szakmai ismeretekkel, készségekkel és szemlélettel is rendelkeznie kell, amelyhez nélkülözhetetlen az önértékelés megfelelő tudata és jó önreflexiós képessége, hogy az önvédelmi reflexei is egészségesek legyenek. Végezetül Deák Ferencet idézem. Nem először az elmúlt években, mert a gyógyszerészet története és a szakmapolitikában eltöltött évtizedek arra tanítottak, hogy ez a gyógyszerészetre is igaz: *„Amit erő és hatalom elvesz, azt idő és kedvező szerencse ismét visszahozhatják. De miről a nemzet, félve a szenvedésektől, önmaga lemondott, annak visszaszerzése mindig nehéz, s mindig kétséges.”* A jövőnk rajtunk múlik!

Kistarcsa, 2024. július

Dr. Hankó Zoltán

(A szerző címe: 2143 Kistarcsa, Vadrózsa u. 26.)