

Mreža lekarn v Sloveniji - pregled stanja in možnosti razvoja

Pharmacy nets in Slovenia - overview of the present situation and future perspectives

Andreja Čufar

Povzetek: V skladu z Zakonom o lekarniški dejavnosti je ta opredeljena kot javna služba, ki jo lahko opravljajo javni zavodi in na podlagi koncesije zasebniki oziroma lekarnarji.

Ugotovitve študije Zasnova lekarniškega omrežja v Sloveniji kažejo, da so z lekarnami najbolj preskrbljena strnjena urbanizirana območja, najslabše pa agrarna, tradicionalno nerazvita območja Slovenije. V Sloveniji je konec leta 2003 82,8 % prebivalstva živelo na območju, ki je manj kot 6 km oddaljeno od najbližje lekarne.

Konec leta 2005 je lekarniška enota v povprečju oskrbovala 7339 prebivalcev, zaposleni farmacevt pa 2562 prebivalcev. V primerjavi z drugimi državami EU je bilo v Sloveniji na 100 000 prebivalcev skoraj za 50% manj magistrstov farmacije kot v povprečju v vseh državah članicah EU. Izboljšanje preskrbe z zdravili in lekarniški storitvami v bodoče v Sloveniji ni mogoče z odpravo geografskih in demografskih kriterijev, pač pa le z izboljšanjem vrednotenja lekarniške dejavnosti.

Ključne besede: lekarna, lekarniške storitve, magister farmacije, preskrba prebivalcev

Abstract: In Slovenia only public institutions and individual pharmacists obtained a concession may provide pharmacy services by law. According to a survey urban regions are better provided by pharmacy services (number of inhabitants per pharmacy) than agrarian and undeveloped ones. By the end of 2003, 82,8% of inhabitants lived less than 6 km away from the nearest pharmacy.

By the end of 2005 the average number of inhabitants per pharmacy was 7339 and 2562 inhabitants per pharmacist, which is nearly half of the average number of pharmacists per 100.000 inhabitants in the EU.

Abolition of geographic and demographic criteria for establishing of new pharmacies will not improve the quality of supply of pharmacy services (number of pharmacies and number of pharmacists per 100.000 inhabitants) in Slovenia, but only better evaluation of these services.

Key words: pharmacy, pharmacy services, master of pharmacy, supply

1. Zakonske podlage za opravljanje lekarniške dejavnosti v Sloveniji

Zakon o lekarniški dejavnosti opredeljuje osnovne kriterije za ustanavljanje lekarn in enot lekarn (1). Poleg teh so izgradnjo sedanje mreže lekarn kreirali tudi kriteriji, ki so bili opredeljeni v Nacionalnem programu zdravstvenega varstva »Zdravje za vse do leta 2004« (2). Kakovost preskrbe prebivalcev z zdravili in lekarniški storitvami je opredeljena s številom in vrsto lekarniških enot, njihovo opremljenostjo, poslovnim časom, zalogami zdravil oz. časom, potrebnim za zagotavljanje iskanega zdravila, preskrbljenostjo s farmacevtskimi strokovnimi kadri, predvsem z magistri farmacije itd. Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti natančneje predpisuje pogoje za delovanje posamezne vrste lekarniške enote, kakor tudi postopek ugotavljanja teh pogojev (3).

2. Statusno pravne oblike lekarniške dejavnosti, lastništvo in vrste lekarniških enot

V skladu z 2. členom Zakona o lekarniški dejavnosti je ta opredeljena kot javna služba, ki jo lahko opravljajo javni zavodi in na podlagi koncesije zasebniki oziroma lekarnarji.

2.1. Javni zavodi

Ustanovitelji javnih zavodov so lahko občine ali mesta. Za ustanovitev morajo pridobiti mnenje Zavoda za zdravstveno zavarovanje in soglasje ministrstva, pristojnega za zdravstvo (9. člen Zakona).

Javni zavod opravlja lekarniško dejavnost v organizacijskih enotah, ki so lahko lekarne, podružnice lekarn ali priročne zaloge zdravil. Poleg tega javni zavodi lahko organizirajo galenske in analizne laboratorije.

Direktor zavoda mora imeti v primeru, ko poslovodna funkcija in funkcija vodenja strokovnega dela zavoda nista ločeni, visoko izobrazbo farmacevtske smeri (12. člen). Zakon pa določa tudi pogoje, ki jih mora izpolnjevati vodja lekarne (7. in 8. člen Zakona).

2.1.1. Zasebniki - lekarnarji

Lekarniško dejavnost lahko na podlagi zakona opravljajo tudi zasebniki, ki za to pridobijo koncesijo. Koncesijo podeljuje upravni organ občine ali mesta, v katerem bo delovala potencialna lekarna. Za podelitev koncesije mora pristojni organ najprej pridobiti mnenje Lekarniške zbornice in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in soglasje ministrstva, pristojnega za zdravstvo. Izhodišče za javni razpis koncesije so merila, ki jih določa plan zdravstvenega varstva Republike Slovenije (13. člen Zakona).

S podelitvijo koncesije se določi tudi območje njene veljavnosti. Zakon določa, da lahko posameznik pridobi koncesijo le za eno območje (15. člen). Delovanje izven tega območja je možno le preko podružnice (21. člen). Tudi pri zasebnih lekarnah mora vodja oziroma koncesionar izpolnjevati podobne pogoje, kot veljajo za vodje lekarn v javnih zavodih (7. in 8. člen Zakona).

Medtem ko je pri lekarnarjih lastništvo pogojeno s tem, da ima lastnik-koncesionar farmacevtsko izobrazbo, to za javne zavode ne velja, saj so tam lastniki občine oziroma mesta. V obeh primerih pa mora vodja lekarne imeti farmacevtsko izobrazbo.

2.1.2. Podružnice lekarn

Tudi delovanje podružnic ureja Zakon o lekarniški dejavnosti, in sicer v členih od 21. – 23. Podružnico lahko organizirata javni zavod ali lekarnar. Pogoj za njeno ustanovitev je ugotovljena potreba za izdajo zdravil v kraju, kjer ni lekarne. Če se v kraju, kjer deluje lekarniška podružnica, ustanovi javni zavod ali podeli koncesija, se mora podružnica zapreti (1).

V praksi so se v preteklem obdobju lekarniške podružnice ustanovljale v skladu z določili Nacionalnega plana zdravstvenega varstva v krajih, kjer deluje osnovna zdravstvena dejavnost in je število prebivalcev manjše od 5000.

2.1.3. Priročne zaloge zdravil

Priročno zalogo zdravil lahko lekarna organizirana v zdravstvenem domu, njegovi dislocirani enoti ali pri zasebnem zdravniku, vendar le, če v kraju, kjer je organizirana zdravstvena služba, ni lekarne ali njene podružnice. Drugače pa velja za zaloge zdravil v socialnovarstvenih zavodih ali drugih zavodih, ki opravljajo zdravstvene storitve za svoje varovance. Ti imajo lahko priročno zalogo zdravil ne glede na razdaljo do najbližje lekarne. Dovoljenje za priročno zalogo zdravil izda za zdravstvo pristojen občinski upravni organ, ki mora pred tem pridobiti mnenje Lekarniške zbornice Slovenije (24. člen Zakona).

2.1.4. Bolnišnične lekarne

Bolnišnične lekarne organizirajo bolnišnice z namenom preskrbe z zdravili in drugimi pomožnimi sredstvi, ki se uporabljajo za zdravljenje in nego hospitaliziranih oseb. Podobno kot pri javnih zavodih tudi pri bolnišničnih lekarnah lastništvo lekarne ni pogojeno s farmacevtsko izobrazbo, medtem ko mora vodja bolnišnične lekarne izpolnjevati enake pogoje kot vodja javne lekarne.

2.2. Opremljenost lekarn

Strokovno-tehnično ureditev lekarniških enot (prostori, oprema, dokumentacija), strokovne delavce in postopke ugotavljanja izpolnjevanja pogojev (verifikacija) natančneje določa Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti.

Glede na določila novega, v letošnjem letu objavljenega pravilnika, mora biti prostor za pripravo in izdajo zdravil skupaj s prostorom za shranjevanje zdravil (oficina in materialka) v lekarni velik najmanj 40 m². Površina drugih lekarniških prostorov ni predpisana, pravilnik pa določa, da skupna površina lekarne z največ dvema izdajnim mestoma mora znašati vsaj 70 m², če pa je število izdajnih mest večje, mora biti večja tudi skupna površina lekarne (9. člen Pravilnika). Podružnica lekarne lahko opravlja manjši obseg del, čemur je prilagojena tudi vrsta in površina prostorov, vendar pa skupna površina prostorov lekarniške podružnice ne sme biti manjša od 34 m² (10. člen Pravilnika) (3).

Poleg prostora je bistvena za poslovanje lekarn tudi oprema. Pravilnik v Prilogi I opredeljuje minimalno potrebno opremo za lekarno, podružnico lekarne in bolnišnično lekarno. Lekarna mora obvezno imeti tudi strokovno literaturo in predpise, kot to določa Lekarniška zbornica Slovenije (22. člen Pravilnika).

Nenazadnje je sestavni del sistema zagotavljanja kakovosti pri opravljanju lekarniške dejavnosti tudi dokumentacija (23. člen Pravilnika).

Ugotavljanje, ali sta prostor in oprema primerna za opravljanje lekarniške dejavnosti, je v pristojnosti ministra, pristojnega za zdravstvo (31., 32. in 33. člen Pravilnika).

2.3. Poslovni čas in neprekinjena preskrba z zdravili

Lekarne morajo poslovati najmanj 40 ur na teden. Poslovni čas lekarne je treba prilagoditi krajevnim potrebam po preskrbi z zdravili, zato se ta določi v sodelovanju z občino. Za poslovni čas morajo lekarnarji dobiti potrditev pristojnih mestnih oziroma občinskih upravnih organov, pri zavodih pa poslovni čas določi ustanovitelj - torej tudi občina ali mesto (27. člen Zakona). Lekarne, ki zaradi ekonomskih (ali kadrovskih) razlogov ne morejo poslovati od jutra do večera, tako običajno svoj poslovni čas prilagodijo urniku dela ambulate splošne oz. družinske medicine v kraju.

Ko je lekarna zaprta, mora biti lekarniška dejavnost organizirana tako, da je na širšem območju vedno zagotovljena neprekinjena preskrba z zdravili, in sicer z organizacijo dežurstva ali v obliki stalne pripravljenosti v nočnem času oziroma ob nedeljah in praznikih (28. člen Zakona) (1). Način in obseg zagotavljanja neprekinjene preskrbe z zdravili določa Zavod za zdravstveno zavarovanje, ki v skladu z določili splošnega in področnega dogovora zagotavlja tudi sredstva za plačilo dežurstva oz. stalne pripravljenosti.

Da bi bila zagotovljena nemotena preskrba z zdravili, morajo imeti lekarne ustrezne zaloge. V skladu z novim Pravilnikom o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti mora lekarna imeti na zalogi ali v roku, dogovorjenim med Ministrstvom, pristojnim za zdravje (v nadaljnjem besedilu: ministrstvo), Lekarniško zbornico Slovenije in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, priskrbeti potrebne

količine in vrste zdravil ter medicinskih pripomočkov. Potrebne zaloge določijo lekarna, pri čemer se upoštevajo zdravila in medicinski pripomočki, ki jih zdravniki na njenem območju predpisujejo. Pri določanju primernih zalog so lekarne samostojne, kot izhodišče za odločitev pa morajo upoštevati zdravila, ki jih predpisujejo zdravniki na njenem območju (19. člen Pravilnika)(3).

2.4. Farmaceutski strokovni kadri

V lekarniški dejavnosti opravljajo strokovno delo naslednji farmacevtski strokovni delavci (29. člen Zakona):

- specialisti, magistri ali doktorji farmacevtske znanosti,
- diplomirani inženirji farmacije oziroma diplomirani farmacevti (v nadaljevanju magistri farmacije),
- inženirji farmacije oziroma višji farmacevtski tehniki,
- farmacevtski tehniki.

Samostojno lahko izdajajo zdravila magistri farmacije z opravljenim strokovnim izpitom (34. člen Zakona o lekarniški dejavnosti), na osnovi dopolnitve zakona o lekarniški dejavnosti iz leta 1999 pa tudi inženirji farmacije, ki pa ne smejo pripravljati in izdajati zdravil, ki vsebujejo mamila(1).

Natančneje določa pooblaščen osebe za izdajo zdravil Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini (2003) (4). 46. člen Pravilnika tako določa, da lahko zdravila, ki se izdajajo na poseben zdravniški recept, posebno naročilnico ali obnovljivi zdravniški recept, izdaja le magister farmacije z opravljenim strokovnim izpitom. Pooblaščen osebi za izdajanje zdravila na recept sta tako magister farmacije kot tudi inženir farmacije, ki ima opravljen strokovni izpit. To pa seveda pomeni, da mora lekarna, ki ima odpiralni čas daljši od 40 ur na teden, nujno zaposlovati večje število magistror farmacije.

Zdravila brez recepta, ki se smejo izdajati le v lekarnah, lahko izdajajo magister farmacije, inženir farmacije z opravljenim strokovnim izpitom kakor tudi farmacevtski tehnik z opravljenim strokovnim izpitom, vendar le pod nadzorom pooblaščen osebe za samostojno izdajanje zdravil.

Zdravila brez recepta z dovoljenjem za izdajanje v lekarnah in specializiranih prodajalnah pa lahko poleg magistror farmacije in inženirjev farmacije samostojno izdajajo tudi farmacevtski tehniki, ki imajo opravljen strokovni izpit.

3. Zasnova lekarniškega omrežja v Sloveniji 2003 - povzetki in ugotovitve študije Geografskega inštituta Antona Melnika

3.1. Izhodišča

Z namenom nadaljnjega zagotavljanja enakomernega razvoja lekarniških storitev v Sloveniji je Lekarniška zbornica Slovenije že leta 2001 pri Geografskem Inštitutu Antona Melnika naročila izdelavo analize mreže lekarn v Sloveniji. Analiza je bila leta 2003 s strani istega inštituta posodobljena in kot taka posredovana na Ministrstvo

za zdravje z namenom, da se po izreku veljavnosti Nacionalnega programa zdravstvenega varstva Zdravje za vse do leta 2004 mreža lekarn uzakoni in tako jasno določi tudi v bodoče. Izdelana analiza zajema vse obstoječe lokacije lekarn, kot tudi potencialne, ob upoštevanju obstoječih demografskih in geografskih kriterijev še možne nove lokacije lekarn.

Analiza mreže lekarn Slovenije je na osnovi prostorske analize lokacije dejavnosti (lekarne, podružnice lekarne, priročne zaloge zdravil), gravitacije prebivalstva ter gostote in dostopnosti mreže oblikovala predloge za nove lokacije. Izdelan je bil tudi kartografski prikaz.

3.2. Kriteriji za mrežo lekarn

Kriteriji za analizo obstoječe lekarniške mreže in potencialne nove lokacije so bili povzeti po dokumentu »Kriteriji za javno lekarniško mrežo do leta 2000«, ki ga je sprejel UO Lekarniške zbornice Slovenije v letu 1995 in potrdil leta 2001. Gre za podrobnejše kriterije, na osnovi katerih je Upravni odbor Lekarniške zbornice Slovenije oblikoval svoja mnenja k podeljevanju koncesij in zajemajo tako kriterije, opredeljene v Zakonu o lekarniški dejavnosti kot tudi tiste, opredeljene v Nacionalnem planu zdravstvenega varstva. Kriteriji (povzeto in skrajšano, v obsegu, ki je bil pomemben za pričujočo analizo) so naslednji:

- optimalna velikost gravitacijskega zaledja za lekarno je 7000 prebivalcev;
- lekarna se ustanovi v občini, kjer je organizirana osnovna zdravstvena dejavnost z najmanj vsakodnevno prisotnostjo vsaj enega zdravnika v splošni ambulanti ali v občini, ki predstavlja največji delež prebivalstva;
- nova lekarna se ustanovi za preskrbo vsaj 5000 prebivalcev;
- lekarno lahko ustanovi tudi občina z manj kot 5000 prebivalci, če vanjo gravitira še del prebivalstva iz sosedstva;
- pri zdraviliških krajih se upošteva tudi zdraviliške goste (365 nočitev = 1 prebivalec);
- v naselju z že obstoječo lekarno se ustanovi novo lekarno le, če število prebivalstva na obstoječo lekarno presega 7000, presežek pa ni manjši od 5000 prebivalcev; pod pogojem, da število prebivalcev na farmacevta ne preseže ciljnega normativa 2755;
- podružnica lekarne se ustanovi na območju, ki ima lahko manj kot 5000 prebivalcev, če je vsaj 6 km oddaljeno od najbližje lekarne in ima organizirano osnovno zdravstveno dejavnost z vsakodnevno prisotnostjo zdravnika;
- priročna zaloga zdravil se organizira v manjših naseljih (območjih) z organizirano zdravstveno dejavnostjo, ki so vsaj 10 km oddaljena od najbližje lekarne;
- lekarna s 4 ali več zaposlenimi farmacevti se šteje kot dve lekarniški enoti⁵.

Analiza je zajela lekarniško mrežo po statistično opredeljenih naseljih. Pri lekarnah (v primeru Ljubljane tudi podružnicah) v istem naselju je bilo upoštevano skupno (isto) gravitacijsko zaledje. Območij lekarn znotraj istega naselja analiza ni zajela, saj bi to terjalo drugačen metodološki pristop (podatki, opredelitev gravitacije in zaledja, manjše prostorske enote merjenja, kot je naselje). Mrežo lekarn v Sloveniji, prikazano v študiji, tako sestavljajo lekarne (optimalna velikost gravitacijskega območja lekarne je 7000 prebivalcev, minimalna 5000; zagotovljena mora biti osnovna

⁵ Upoštevanje tega kriterija daje bistveno drugačno sliko o preskrbljenosti z lekarniški storitvami. Glede na dejstvo, da tega kriterija Zakon o lekarniški dejavnosti in nacionalni plan zdravstvenega varstva ne opredeljujeta, poleg tega pa je zanj značilno, da se pogosto in nenadzorovano spreminja, ga v nadaljevanju razprave o razvoju mreže lekarn v Sloveniji ne upoštevamo.

zdravstvena dejavnost; v kraju, kjer sta dve lekarni ali več, oddaljenost nove lekarne od obstoječe mora znašati vsaj 400 m cestne razdalje; lekarna s štirimi ali več zaposlenimi farmacevti se statistično obravnava kot dve lekarniški enoti), podružnice lekarn (število prebivalcev je lahko manjše od 5000, dnevno zagotovljena osnovna zdravstvena dejavnost, lokacija mora biti najmanj 6 km oddaljena od najbližje lekarne ali podružnice) in priročne zaloge zdravil (demografska velikost območja ni pomembna, pomembna je oddaljenost - vsaj 10 km od najbližje lekarne ali podružnice; namenjena je zagotavljanju lekarniških storitev odročnim in prometno slabše povezanim območjem).

Gravitacijska območja so bila opredeljena po naslednjih principih:

- območje občine z eno lekarno (ali lokacijo lekarn v istem naselju) večinoma sodi v isto gravitacijsko območje;
- prebivalstvo občin brez lekarne gravitira v najbolj dostopno lekarno, to je ponavadi lokacija v središču upravne enote;
- k nekaterim gravitacijskim območjem sodijo tudi bližnji deli sosednjih občin, ki sicer imajo lekarno;
- gravitacijska območja znotraj občin z več lokacijami lekarn (lekarne v več naseljih) so bila opredeljena glede na gravitacijsko območje centralnih naselij nižjega ranga.

3.3. Preskrbljenost z lekarnami konec leta 2003

V Sloveniji je v začetku leta 2003 57 lekarn, ki so po prej navedeni metodologiji šteje za dve lekarniški enoti, imelo več kot štiri farmacevte. Mreža je tako v celoti obsegala 328 lekarniških enot. Vštete so že delujoče lekarne in tiste, za katere je bilo izdano pozitivno mnenje s strani Lekarniške zbornice Slovenije.

Lekarno ali podružnico lekarne je imelo 177 naselij, od tega 45 več kot eno oziroma več kot eno lekarniško enoto. 39 podružnic lekarn je bilo razporejenih po 38 naseljih, dve podružnici sta samo v naselju Ljubljana.

Lekarno (ali več lekarn) je imelo 148 občin, brez nje jih je 45.

V Sloveniji je bilo v začetku leta 2003 17 priročnih zalog zdravil. Priročne zaloge zdravil z izjemo tiste v Ljubljani oskrbujejo manjša prometno odročnejša območja.

Vsi tipi lekarn so prisotni samo v naselju Ljubljana.

Preskrbljenost območij z lekarniški storitvami najbolj predstavimo s številom prebivalstva na lekarniško enoto. Z lekarnami najbolj preskrbljena so strnjena urbanizirana območja, medtem ko najslabšo preskrbljenost na širšem prostorskem nivoju izkazujejo agrarna, tradicionalno nerazvita območja severovzhodne Slovenije (Slovenske gorice), planotast kraški svet južne in jugozahodne Slovenije ter večji deli obmejnih območij s Hrvaško. V slednjih je število prebivalcev na lekarno v povprečju za enkrat večje kot v najbolj preskrbljenih področjih (6). V tabeli 1 so prikazani podatki o številu prebivalcev na lekarniško enoto po upravnih enotah, ki so bile v letu izdelave študije najslabše oziroma najbolj preskrbljene z lekarnami.

Osnovni zaključki analize preskrbljenosti so:

- najbolj preskrbljena so strnjena urbanizirana območja;
- najslabšo preskrbljenost na širšem prostorskem nivoju izkazujejo agrarna, tradicionalno nerazvita območja severovzhodne Slovenije (predvsem Slovenske gorice), planotast kraški svet južne in jugozahodne Slovenije ter večji deli obmejnih območij s Hrvaško;
- nekatera sicer dobro preskrbljena območja kažejo velike kakovostne razlike v preskrbljenosti na lokalnem nivoju – v Slovenski Istri so lekarne izrazito zgoščene v obalnem pasu;
- med slovenskimi centralnimi naselji podobnega ranga je, zlasti v vzhodni Sloveniji, precejšnja neuskkljenost glede preskrbljenosti z lekarnami.

3.4. Oddaljenost območij krajevnih skupnosti od najbližje lekarne v začetku leta 2003

Analiza oddaljenosti od najbližje lekarne je upoštevala kriterije za lokacijo podružnične lekarne (najmanj 6 km) in priročne zaloge zdravil (najmanj 10 km).

Tabela 1: Pet najslabše in najboljše preskrbljenih upravnih enot z lekarnami v Sloveniji glede na število prebivalcev na lekarniško enoto v letu 2003

Najslabše preskrbljene		Najboljše preskrbljene	
Upravna enota	Število prebivalcev na lekarno	Upravna enota	Število prebivalcev na lekarno
Ribnica	13.295	Piran	4.187
Logatec	11.220	Sevnica	4.330
Pesnica	9.966	Trbovlje	4.428
Litija	9.661	Sežana	4.549
Ljutomer	9.201	Črnomelj	4.581

Opombe: Podatki o številu prebivalcev na lekarniško enoto zajemajo le podatke o dejanskem številu lekarn in podružnic lekarn in ne zajemajo kriterija upoštevanja lekarniške enote s štirimi ali več farmacevti za dve lekarniški enoti.

VIR: Analiza Geografskega inštituta Antona Melika (2003) (5)

Tabela 2: Pet najslabše in najboljše preskrbljenih upravnih enot z lekarnami v Sloveniji glede na delež prebivalcev, ki so 6 km ali več oddaljeni od najbližje lekarniške enote v letu 2003

Najslabše preskrbljene		Najbolj preskrbljene	
Upravna enota	Delež prebivalcev, živečih najmanj 6 km od lekarne (%)	Upravna enota	Delež prebivalcev, živečih najmanj 6 km od lekarne (%)
Lenart	50,5	Hrastnik	0,4
Pesnica	49,1	Celje	0,7
Ormož	48,9	Maribor	1,7
Litija	48,8	Trbovlje	1,8
Sežana	43,1	Velenje	2,2

VIR: Analiza Geografskega inštituta Antona Melika (2003) (5)

V Sloveniji je 82,8 % prebivalstva živel v območju, ki je manj kot 6 km oddaljeno od najbližje lekarne, 11,1 % v območju 6,0 do 9,9 km in 6,1 v območju oddaljenem 10,0 ali več km. Približno šestina prebivalstva je več kot 6 km oddaljena od najbližje lekarne ali podružnice. Tabela 2 prikazuje upravne enote, kjer je najvišji oz. najnižji delež prebivalstva oddaljen 6 km ali več od najbližje lekarniške enote (brez priročne zaloge zdravil).

Glede oddaljenosti prebivalstva od najbližje lekarniške enote študija navaja naslednje zaključke:

- oddaljenost od najbližje lekarne je najmanjša v strnjeno urbaniziranih območjih;
- območja z nizkim številom lekarn se v veliki meri pokrivajo z območji, kjer je velik del prebivalstva več kot 6 km oddaljen od najbližje lekarne; gre predvsem za predele večje geomorfološke razgibanosti terena, drobnonaselbinske in hribovske poselitve;
- demografsko ogrožena območja (priloga 10) so izrazito oddaljena od lekarn, podobno kot velja za ostale centralne dejavnosti.

Tabela 3: Možne nove lokacije lekarn (L) ali lekarniških podružnic (P) po naseljih (pogoj je zagotovljena osnovna zdravstvena dejavnost), Slovenija 2003

Ime	Opis	Občina	Upravna enota	Statistična regija	Zdr. regija	Tip lek.	Število preb.	Kriterij oddaljenosti ***	Kriterij zdravstvena služba ***
Loče	del občine	Slovenske Konjice	Slovenske Konjice	Savinjska	Celje	P	4121	1	1
Vitanje*	občina	Vitanje	Slovenske Konjice	Savinjska	Celje	P	2341	1	1
Gračišče	del občine	Koper	Koper	Obalnokr.	Koper	P	3261	1	ni podatka
Šmarje*	del občine	Koper	Koper	Obalnokr.	Koper	P	3459	1	ni podatka
Naklo**	občina	Naklo	Kranj	Gorenjska	Kranj	L	6584	1	ni podatka
Pragersko	del občine	Slovenska Bistrica	Slovenska Bistrica	Podravska	Maribor	L	5913	1	1
Mirna Peč	občina	Mirna Peč	Novo mesto	Dolenjska	Novo mesto	P	2745	1	ni podatka

* v obeh naseljih je že priročna zaloga zdravil

** v gravitacijsko zaledje bi sodila še naselja Križe, Sebenje in Žiganja vas iz občine Tržič (skupaj 1690 prebivalcev)

*** 1 – izpolnjuje kriterij

VIR: Analiza Geografskega inštituta Antona Melika (2003) (5)

TABELA 5: Število lekarn in število prebivalcev na lekarno v Sloveniji v letih 1996 – 2005 (7, 8)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Javni zavodi ^c	159	165	164	167	173	176	179	183	188	199
Stopnje rasti v %	-	3,8	-0,6	1,8	3,6	1,7	1,7	2,2	2,7	0,5
Zasebne lekarnе ^a	48	54	56	60	69	72	73	76	81	84
Stopnje rasti v %	-	12,5	3,7	7,1	15	4,3	1,4	4,1	6,6	3,7
Skupaj	207	219	220	227	242	248	252	259	269	273
Stopnje rasti v %	-	5,8	0,5	3,2	6,6	2,5	1,6	2,8	3,9	1,5
Število prebivalcev na lekarno ^b	9.599	9.064	8.992	8.757	8.223	8.040	7.917	7.714	7.424	7.339

Opombe: ^a V številu so zajete tudi podružnice.

^b Število prebivalcev ob koncu leta.

^c V številu so zajete lekarnе in lekarniške podružnice javnih lekarniških zavodov ter javne lekarnе bolnišnic

VIR PODATKOV: Inštitut za varovanje zdravja, Statistični urad Republike Slovenije, LZS

3.5. Predlogi za dopolnitve mreže lekarn

Kriteriji za opredelitev novih možnih lokacij so bili naslednji:

- občina z več kot 5000 prebivalci, ki nima lekarnе, prebivalstvo pa ni izrazito gravitacijsko vezano na nobeno že obstoječo lekarno;
- občina s 4500 do 5000 prebivalci, ki nima lekarnе, je pa del strnjenege urbano-suburbanega območja z močno dnevno migracijo zaposlenih;
- zaokrožena gravitacijska območja (občina, več občin, skupina krajevnih skupnosti) s 3000 do 5000 prebivalci, ki je več kot 6 km oddaljena od najbližje lekarnе;
- zaokrožena gravitacijska območja (občina, več občin, skupina krajevnih skupnosti) z 2000 do 3000 prebivalci, ki je več kot 10 km oddaljena od najbližje lekarnе;
- lokacije na območjih z majhnim številom lekarn;
- lokacije na območjih z veliko oddaljenostjo prebivalstva od najbližje lekarnе;
- nove lokacije ne smejo bistveno zmanjšati gravitacijskega zaledja že obstoječih lekarn;
- potreben kriterij za lokacijo je tudi stalno prisotna osnovna zdravstvena dejavnost.

Tabela 4: Možne nove lokacije priročnih zalog, Slovenija 2003

Črni Vrh (v domu ostarelih občanov)	občina Idrija
Kočevska Reka	občina Kočevje
Predgrad	občina Kočevje
Fara	občina Kostel

VIR: Analiza Geografskega inštituta Antona Melika (2003) (5)

Podružnici v Zrečah in na Igu bi bilo mogoče spremeniti v lekarni, saj gre v obeh primerih za občini z več kot 5000 prebivalci in prisotno osnovno zdravstveno dejavnostjo.

4. Osnovni podatki o lekarniški dejavnosti v Sloveniji 31. 12. 2005

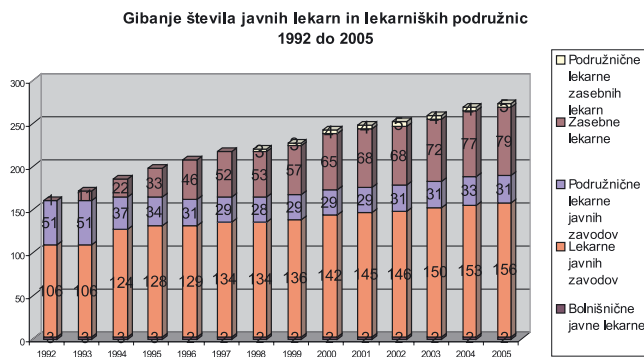
Javno lekarniško službo je 31. 12. 2005 opravljalo 24 javnih lekarniških zavodov s 156 lekarnami in 31 lekarniški podružnicami, 79 zasebnih lekarn s 5 lekarniški podružnicami ter 2 bolnišnični lekarni, ki opravljata tudi javno lekarniško službo, skupaj 273 lekarniških enot. Število lekarniških enot se je v primerjavi z letom 2004 povečalo za 4 enote. Lekarniška enota je v povprečju oskrbovala 7339 prebivalcev.

4.1. Preskrbljenost z lekarnami konec leta 2005

V tabeli 5 prikazujemo podatke o gibanju števila lekarn in števila prebivalcev na lekarno po letih, v diagramih 1 in 2 pa so podatki prikazani še grafično.

Diagram 1 prikazuje gibanje števila lekarniških enot javnih lekarn po vrsti in lastništvu. Iz diagrama je razvidno, da je po letu 1992 naraščalo število lekarn tako v javnih zavodih kot pri lekarnarjih. Število lekarniških podružnic javnih lekarniških zavodov se je v letih 1993, 1994 in 1995 precej zmanjšalo, in sicer predvsem na račun njihovega preoblikovanja v lekarnе. Lekarnarji so pričeli z organizacijo lekarniških podružnic leta 1998. Organizacija lekarniške podružnice je zaenkrat edina legalna pot, po kateri lahko lekarnar pridobi več kot eno lekarniško enoto, saj se v skladu z zakonom koncesija za opravljanje lekarniške dejavnosti lahko podeli le za eno območje. Lekarnarju se namreč koncesija odvzame, če pridobi koncesijo za drugo območje (18. člen Zakona).

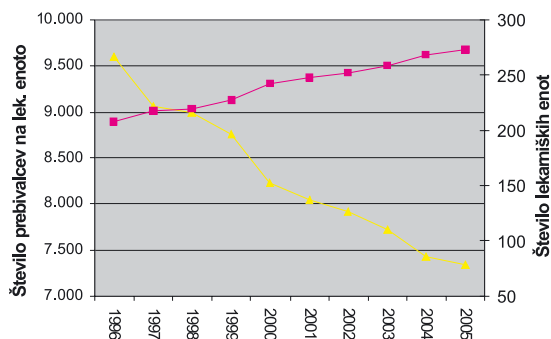
Diagram 1: Gibanje števila lekarniških enot v Sloveniji po vrsti enote v obdobju 1992 – 2005



VIR PODATKOV: LZS

Preskrbljenost prebivalcev z zdravili in lekarniški storitvami pa je še bolj razvidna iz diagrama 2, ki prikazuje tudi gibanje števila prebivalcev na lekarniško enoto.

Diagram 2: Gibanje števila prebivalcev na lekarniško enoto v Sloveniji (lekarnne in lekarniške podružnice) glede na število lekarniških enot od leta 1996 do leta 2005



VIR PODATKOV: LZS

Demografski in geografski kriteriji, ki so se v Sloveniji upoštevali vse od uveljavitve Zakona o lekarniški dejavnosti leta 1992 dalje, tako nikakor niso zaviralno vplivali na širitev mreže lekarn. Ugotavljamo lahko celo nasprotno: nove lekarnne so se odpirale v krajih in na lokacijah, ki so izpolnjevali postavljene kriterije, pri čemer je bila gospodarska uspešnost novih lekarn drugotnega pomena. Lekarnne so se odpirale tudi v tržno manj zanimivih krajih, ki pa so izkazovali potrebo po lekarniški storitvah (npr. v krajih, kjer je delovala osnovna zdravstvena služba). Na dinamiko odpiranja novih lekarn v Sloveniji je mnogo bolj kot tržni interes javnih zavodov in koncesionarjev vplivalo ustanavljanje novih občin. Skrb za organizacijo zdravstvene dejavnosti na primarnem nivoju, ki jo je Zakon o lokalni samoupravi

poveril občinam, so številne občine izkoristile tudi za krepitev pripadnosti lokalni skupnosti s tem, da so vzpodbujale ustanavljanje novih lekarn in odpiranje zdravniških in zobozdravniških ambulant.

Po usmeritvah in merilih za oblikovanje mreže javne zdravstvene službe, sprejetih v okviru Nacionalnega programa zdravstvenega varstva Republike Slovenije (NPZV) v letu 2000, naj bi se do leta 2004 lekarna organizirala v povprečju na 7000 prebivalcev in najmanj na 5000 prebivalcev. Podatki kažejo, da se temu cilju v povprečju postopno približujemo, pri čemer pa se posamezna geografska področja glede na povprečje števila prebivalcev na lekarno pomembno razlikujejo, kar je razvidno iz zgoraj predstavljene študije geografskega inštituta Antona Melnika »Zasnova lekarniškega omrežja v Sloveniji«. Glede na ugotovitve te študije in predloge za razširitev mreže lekarn smo lahko ob koncu leta 2005 ugotovili, da se je lekarna ustanovila v Naklem, lekarniške podružnice v Ankaranu, Ločah, Mirni Peči in tudi v Pragerskem, čeprav so tam izpolnjeni pogoji za lekarno. Na novo so bile ustanovljene priročne zaloge zdravil v Predgradu in Fari. Lekarniška podružnica Zreče se je preoblikovala v lekarno, s strani Lekarniške zbornice pa je bilo izdano tudi soglasje za vključitev lekarnne Ig v mrežo lekarn.

Zaskrbjujoče je dejstvo, da sta se v letu 2005 ob soglasju Ministrstva za zdravje zaprli dve lekarnni, in sicer lekarna na Dobrovi in lekarna v Šentjurju pri Celju, namesto tega je bilo s strani pristojnih občinskih organov izdano soglasje za organizacijo lekarniške podružnice. V obeh primerih je bilo dovoljenje za organizacijo lekarniške podružnice izdano koncesionarju, ki že ima koncesijo za določeno lokacijo.

4.2. Preskrbljenost s kadri

Na področju kadrov naj bi se po usmeritvah in merilih za oblikovanje mreže javne zdravstvene službe, sprejetih v okviru Nacionalnega programa zdravstvenega varstva Republike Slovenije (NPZV) v letu 2000, število magistror farmacije v lekarniški dejavnosti do leta 2004 postopoma povečevalo. Tako bi naj v letu 2004 prišlo 2.755 prebivalcev na enega magistra farmacije (2). To pomeni, da bi moralo biti v Sloveniji leta 2004 v lekarnah zaposlenih okrog 726 magistror farmacije, če upoštevamo za prebivalstvo številko dva milijona.

Število nezdravstvenih delavcev v lekarnah naj bi se zmanjšalo na račun zaostrenih standardov, nacionalni program pa predvideva še enega specialista farmakoinformatike na 65.000 prebivalcev za preskrbo z zdravili iz sredstev javnih financ in za preskrbo prebivalstva z zdravili, medicinskimi pripomočki in drugimi izdelki iz tržnega dela poslovanja.

V javni lekarniški službi je bilo 31.12. 2005 zaposlenih 1619,5 delavcev, od tega 1572,5 redno in 47 pogodbeno. V javnih zavodih je bilo zaposlenih 1372, v zasebnih lekarnah pa 247,5 delavcev.

Po stanju 31.12. 2005 je bilo v javni lekarniški službi zaposlenih 1232,5 strokovnih farmacevtskih delavcev, od tega 782 farmacevtov (skupaj z magistri znanosti, specialisti in pogodbeno zaposlenimi).

Zaposleni farmacevt je v povprečju oskrboval 2562 prebivalcev (ob upoštevanju 2.003.584 prebivalcev po stanju 09. 2005 - Statistični urad RS).

Za ugotavljanje kakovosti preskrbe z lekarniški storitvami je potrebno posebej ovrednotiti preskrbljenost z magistri farmacije kot nosilci dejavnosti.

TABELA 6: Farmacevtski strokovni delavci v javnih lekarnah v Sloveniji v obdobju 1939 - 2005

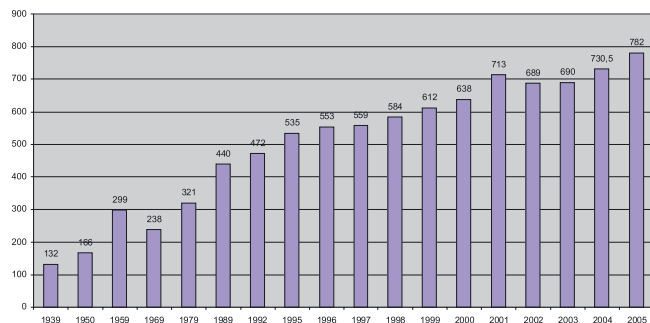
Farmacevtski strokovni delavci v javnih lekarnah							
LETO	dr.sci.	magistri	specialisti	mag.farm.	inž.far.	farm.tehniki.	VSI FARMACEVTSKI KADRI
1939				132	-	-	132
1950				166	-	74	166
1959				299	-	153	299
1969				238	-	244	238
1979				321	-	371	321
1989				440	42	405	440
1992				472	37	365	472
1995		10	32	493	35	360	535
1996		9	35	509	31	366	553
1997		9	38	512	34	387	559
1998		9	37	538	28	389	584
1999		8	37	567	25	389	612
2000		7	40	591	25	387	638
2001		6	42	665	26	404	713
2002		10	41	638	22	412	689
2003		9,5	43,5	637	23	412	690
2004		9,5	45,5	675,5	20,5	426,5	730,5
2005	1	11	48,5	721,5	20,5	430	782

VIR PODATKOV: LZS

Število magistrów farmacije se je v javnih lekarnah v Sloveniji v zadnjih letih povečevalo z dinamiko okoli 50 dodatnih magistrów farmacije na leto, kar je razvidno iz diagrama 3.

Diagram 3: Gibanje števila magistrów farmacije v javnih lekarnah v Sloveniji od 1939 do 2005

Gibanje števila magistrów farmacije v javnih lekarnah (1939 do 2005)



VIR PODATKOV: LZS

Število magistrów farmacije v javnih lekarnah narašča, pri čemer lahko opazimo pomembno razliko med javnimi zavodi in zasebnimi lekarnami, kar je prikazano v tabeli 7.

V letu 2002 so tako zasebne lekarne zaposlovale 19,3 % vseh magistrów farmacije, leta 1998 pa le 13,3 %. Če primerjamo leti 2002 in 1998, ugotovimo, da se je število magistrów farmacije v zasebnih lekarnah povečalo za 79 %, medtem ko se je število zasebnih lekarn v tem obdobju povečalo le za 21,4 %. To torej pomeni, da delo v zasebnih lekarnah ne temelji le na delu koncesionarja, temveč ta zaposluje tudi vedno več magistrów farmacije, kar potrjujejo tudi podatki v tabeli 8 o številu magistrów farmacije na lekarno. Še vedno pa javni zavodi zaposlujejo v povprečju več magistrów farmacije kot zasebne lekarne. (6)

Tabela 8: Število magistrów farmacije na lekarno v Sloveniji v obdobju 1998 - 2002 (6)

Leto	Vse lekarne	Javni zavodi	Zasebne lekarne
1998	2,53	2,94	1,32
1999	2,57	2,96	1,5
2000	2,59	3,02	1,51
2001	2,59	3,02	1,54
2002	2,73	3,11	1,82

VIR PODATKOV: Inštitut za varovanje zdravja, LZS

TABELA7: Število magistrów farmacije v javnih lekarnah v Sloveniji v obdobju 1998 do 2002 glede na lastništvo (6)

Leto	Vsi	Stopnje rasti v %	V javnih zavodih			V zasebnih lekarnah		
			Število	Stopnje rasti v %	Delež vseh v %	Število	Stopnje rasti v %	Delež vseh v %
1998	556	-	482	-	86,7	74	-	13,3
1999	584	5	494	2,5	84,6	90	21,6	15,4
2000	627	7,4	523	5,9	83,4	104	15,6	16,6
2001	643	2,5	532	1,7	82,7	111	6,7	17,3
2002	689	7,1	556	4,5	80,7	133	19,8	19,3

VIR PODATKOV: Inštitut za varovanje zdravja, LZS

Tabela 9: Farmacevtski strokovni delavci v bolnišničnih lekarnah v Sloveniji v obdobju 1990 - 2005

Farmacevtski strokovni delavci v bolnišničnih lekarnah						
leto	dr. sci.	specialisti in magistri	mag.farm.	višji tehniki	farm. tehniki	VSI FARMACEVTSKI KADRI
1990		39	78	17	82	216
1995		16	37	15	83	151
1996		19	40	17	92	168
1997		19	37	14	94	164
1998		20	32,5	12	93	157,5
1999		21,5	36	10	96	163,5
2000		21,5	33,5	10	99	164
2001		22	33,5	8,5	97	161
2002		23	30,5	8,5	100	162
2003		24	31,5	6,5	107	169
2004		26	34	6,5	109	175,5
2005		26	34	5,5	116	181,5

VIR PODATKOV: LZS

V bolnišničnih lekarnah je bilo na dan 31.12. 2005 zaposlenih 181,5 strokovnih farmacevtskih delavcev.

Gibanje števila magistrów farmacije v bolnišničnih lekarnah prikazuje diagram 4.

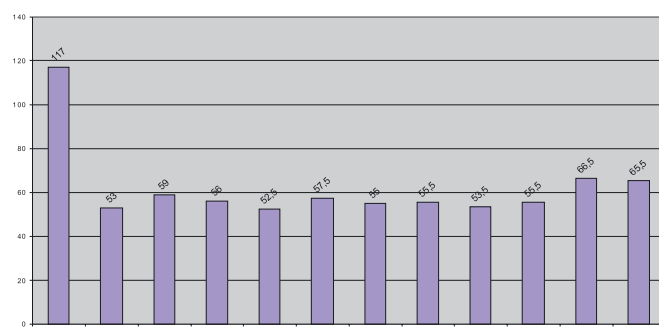
Iz diagrama je razvidno, da je problematika preskrbljenosti z magistri farmacije v bolnišnicah še bistveno bolj pereča kot v javnih lekarnah. V bolnišnicah bi bilo najprej potrebno nadomestiti izpad tega kadra, do katerega je prišlo po letu 1991. Ključni razlog, zaradi katerega tega problema v vseh teh letih ni bilo mogoče rešiti, je neustrezno vrednotenje magistra farmacije v zdravstvu.

Na farmacevta v bolnišnični lekarni je v povprečju prišlo 5281 primerov zdravljenih bolnikov.⁹

V primerjavi z drugimi državami EU je bilo v Sloveniji na 100 000 prebivalcev skoraj za 50% manj magistrów farmacije kot v povprečju v vseh državah članicah EU, kar je razvidno iz tabele 10.

Diagram 4: Gibanje števila magistrów farmacije v bolnišničnih lekarnah v Sloveniji od 1990 do 2005

Magistri farmacije v bolnišničnih lekarnah (1990 - 2005)



VIR PODATKOV: LZS

Pregledni članki - Review Articles

TABELA 10: Medicinsko osebje na 100 000 prebivalcev v izbranih evropskih državah

Država	Poraba zdravil na osebo (US \$)	Medicinsko osebje na 100 000 prebivalcev			
		zdravniki	zobozdravniki	farmacevti	medicinske sestre
Avstrija	>300	308,27	47,77	55,88	583,12
Belgija	>300	413,70	68,27	144,78	1075,11
Francija	>300	328,37	68,62	102,18	672,45
Nemčija	>300	358,40	76,77	58,27	930,43
Švica	>300	336,31	48,80	63,38	778,94
Danska	200 - 300	283,52	85,63	50,14	937,37
Finska	200 - 300	307,28	92,62	147,99	2178,73
Italija	200 - 300	567,20	57,36	104,88	296,15
Luksemburg	200 - 300	248,80	64,31	68,48	756,44
Nizozemska	200 - 300	322,18	47,60	18,75	1320,98
Norveška	200 - 300	469,61	114,94	33,39	1996,19
Portugalska	200 - 300	317,94	37,73	78,06	378,67
Švedska	200 - 300	310,87	152,12	67,41	831,10
UK	200 - 300	163,93	39,83	58,21	497,20
Grčija	100 - 200	434,07	114,36	69,15	256,51
Irska	100 - 200	249,25	53,16	77,07	1701,63
Španija	100 - 200	328,80	40,98	78,73	372,20
Češka	100 - 200	336,86	64,81	49,25	919,81
Madžarska	100 - 200	361,42	57,83	48,93	286,20
Slovenija	100 - 200	215,25	60,42	34,96	693,12
Bolgarija	20 - 100	336,91	82,96	12,48	461,95
Hrvaška	20 - 100	238,26	67,88	48,89	505,71
Estonija	20 - 100	322,36	74,13	59,37	632,52
Latvija	20 - 100	320,35	53,86		518,11
Litva	20 - 100	379,75	66,19	59,40	758,12
Makedonija	20 - 100	219,85	55,72	15,35	515,36
Poljska	20 - 100	226,43	34,30	52,33	526,73
Slovaška	20 - 100	323,16	47,81	41,57	747,68
Povprečje - članice		338,26	72,63	75,84	924,02
% SLO glede na povprečje EU		64%	83%	46%	75%
Povprečje- nove članice*		310,70	57,42	49,40	635,29
% SLO glede na povprečje novih članic		69%	105%	71%	109%
Povprečje - skupaj		329,07	67,56	67,79	827,77
% SLO glede na povprečje članic		65%	89%	52%	84%
SLO 2005 (782 vseh mag. farm.)				39,03	

* Nove članice od 2004 brez Cipra in Malte

VIR PODATKOV: Health for all database, WHO Regional Office for Europe, 2000 ali več, LZS

5. Perspektive razvoja mreže lekarn v Sloveniji

5.1. Preskrbljenost z lekarnami

Preskrbljenost z lekarnami v Sloveniji v bodoče je bistveno odvisna od nadaljnega obstoja geografskih in demografskih kriterijev. V skladu z Lizbonsko strategijo se v okviru EU pojavljajo številni pritiski po deregulaciji reguliranih dejavnosti, med katerimi je lekarniška dejavnost zelo pogosto tarča napadov. Glede na dejstvo, da obstaja čedalje več dokazov, da deregulacija lekarniške dejavnosti ne daje pričakovanih rezultatov izboljšanja kakovosti preskrbe z zdravili (boljša dostopnost, nižje cene,...), pričakujemo, da bo naša država obdržala kriterije za mrežo lekarn tudi v bodoče. Spreminjanje obstoječih kriterijev z namenom povečevanja števila lekarn bi Slovenijo tudi po številu prebivalcev na lekarno približalo drugim članicam EU. Ob tem pa je potrebno posebej poudariti, da je povečevanje števila lekarn povezano tudi z večjimi stroški, zato se bo mreža lekarn v Sloveniji lahko zgostila le ob pogoju, da se bo tudi vrednotenje lekarniške dejavnosti v Sloveniji približalo vrednotenju te dejavnosti v drugih državah EU.

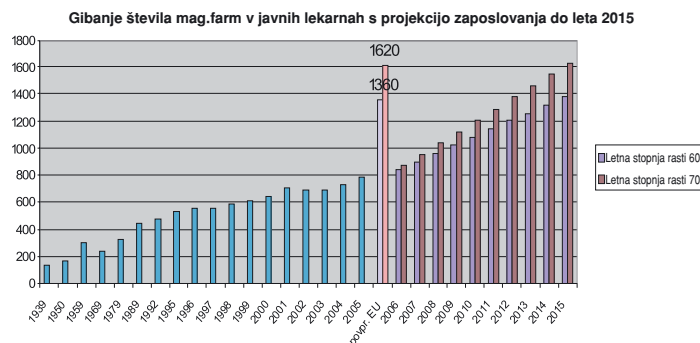
5.2. Preskrbljenost z magistri farmacije

Če bi želeli v Sloveniji glede števila magistrów farmacije na 100 000 prebivalcev do leta 2015 doseči povprečje v EU, bi morali rasti, ki smo ji priča zadnja leta, še nekoliko povečati (na okoli 60 mag. farm./leto). Preračunano na Slovenijo bi namreč povprečje držav članic EU dosegli, če bi imeli 1360 magistrów farmacije. Za ugotavljanje kakovosti preskrbljenosti z magistri farmacije je potrebno upoštevati tudi posebnosti posamezne države, zato bi bilo ciljne vrednosti za Slovenijo smiselno naravnati na povprečje v državah, ki so nam podobne glede sistema zdravstvenega varstva in splošnih družbenih značilnosti. Če v skladu s tem v izračun povprečnega števila magistrów farmacije upoštevamo le stare članice EU brez skandinavskih držav in Nizozemske ter brez novih članic, bi za doseg njihovega povprečja do leta 2015 v Sloveniji potrebovali 1620 magistrów farmacije ob hipotetičnem številu prebivalcev 2.000.000. Skandinavske države so zaradi geografskih in demografskih posebnosti (neenakomerna poseljenost dežele s koncentracijo prebivalstva v mestih in zelo redko naseljenimi odročnimi področji, kjer ni niti zdravstvene niti lekarniške službe) razvile drugačen sistem lekarniške dejavnosti. Zanj so značilne večje lekarne, ki poleg magistrów farmacije za izdajanje zdravil zaposlujejo tudi posebej za to delo izšolan nižji profil kadrov, t.i. »pharmacy assistants«. Podobne zakonitosti veljajo tudi za Nizozemsko.

Ob upoštevanju podatkov Fakultete za farmacijo o letnem številu novih diplomantov so taki cilji realno dosegljivi, vključno z nadomeščanjem upokojenih farmacevtov. Za doseganje ustrezne preskrbljenosti z magistri farmacije v Sloveniji tako ni potrebno iskati rešitev z uvozom teh strokovnjakov iz tujine. Želena stopnja izboljšanja preskrbljenosti lahko dosežemo, če se zagotovi ustrezen sistem vrednotenja dela magistrów farmacije in vrednotenja lekarniške dejavnosti, ki bo omogočal zaposlovanje dodatnih kadrov (in potencialno širitev mreže lekarn). Za kakovost preskrbljenosti prebivalcev bi bila taka rešitev najbolj primerna, saj je pri delu z bolniki poznavanje kulturnih in socialnih značilnosti okolja, v katerem se storitve izvajajo, ključnega pomena.

Predvidena projekcija gibanja števila magistrów farmacije je prikazana v diagramu 5. Pri izdelavi projekcije zaposlovanja je potrebno upoštevati tudi upokojitve, ki spodnjem diagramu niso zajete. Pri načrtovanju dinamike zaposlovanja je smiselno upoštevati zmerno rast števila magistrów farmacije (cca 60/leto), saj bi hitra rast v kratkem časovnem obdobju lahko povzročila motnjo v delovanju dejavnosti, njenem financiranju, zaradi velikih nihanj v potrebah trga delovne sile (najprej veliko, nato malo) pa bi bile negativne tudi posledice na sistem izobraževanja.

Diagram5: Gibanje števila magistrów farmacije v javnih lekarnah v Sloveniji s projekcijo zaposlovanja do leta 2015



Pri načrtovanju potrebnega števila magistrów farmacije v zdravstvu v Sloveniji do leta 2015 pa je potrebno upoštevati tudi potrebe bolnišničnih lekarn oz. bolnišnic.

Literatura:

1. Zakon o lekarniški dejavnosti, Uradno prečiščeno besedilo, Uradni list RS 36/2004
2. Nacionalni program zdravstvenega varstva »Zdravje za vse do leta 2004«, Uradni list RS 49/2000
3. Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti, Uradni list RS 39/2006
4. Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini, Uradni list RS 59/2003
5. Upoštevanje tega kriterija daje bistveno drugačno sliko o preskrbljenosti z lekarniški storitvami. Glede na dejstvo, da tega kriterija zakon o lekarniški dejavnosti in nacionalni plan zdravstvenega varstva ne opredeljujeta, poleg tega pa je zanj značilno, da se pogosto in nenadzorovano spreminja, ga v nadaljevanju razprave o razvoju mreže lekarn v Sloveniji ne upoštevamo.
6. Zasnova lekarniškega omrežja v Sloveniji, Geografski inštitut Antona Melnika, študija, izdelana po naročilu Lekarniške zbornice Slovenije, Ljubljana 2003
7. Ovin R, Festič M, Kranfogel Šlebinger M, Narodnogospodarske posledice financiranja lekarniške dejavnosti v Sloveniji, IEDP EPF Maribor, študija, izdelana po naročilu Lekarniške zbornice Slovenije, Maribor, januar 2004
8. Podatki LZS
9. Poročilo o delu Lekarniške zbornice Slovenije; gradivo za 20. redno zasedanje skupščine LZS, Ljubljana, april 2006