

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle 2017. 17. sz. (Lapzárta: 2017. május 19.)

Franciaország

- És mi jót hoz Emmanuel Macron a francia orvosok számára?

Globális egészségügy

- Az Egészségügyi Világszervezet Statisztikai Évkönyve 2017
- Az OECD jelentése az elhízottság helyzetéről 2017-ben – *Obesity Update 2017*
- Az Orvosok Világszövetsége a módosított hippokrateszi eskü megváltoztatását kezdeményezi

Európai Unió

- Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés akadályai Európában (2. rész): A szolgáltatások korlátozása, gyógyszerellátás, fogászati ellátás
- A stroke-kal járó betegségteher Európában

Gyógyszergyártók

- Az Amerikai Gyógyszerészeti Kutatók és Gyógyszergyártók Szövetsége megszigorította a tagsági viszony feltételeit

Gyógyszertárak

- A gyógyszertári honoráriumok helyzete Angliában. Bírósági ítélet a honoráriumok csökkentéséről

Hivatásrend

- Romániában adómentessé válnak az orvosi fizetések

Personalia

- Agnès Buzyn új francia egészségügyi miniszter
- † Elhunyt Mark Wainberg az AIDS-kutatás úttörője
- Az Egészségügyi Világszervezet új főigazgatót választ

Melléklet:

- A gyógyszertári piac helyzete Európában - egységes szerkezetben

A sajtószemle az EGVE honlapján: <http://www.egve.hu/sajtoszemle>

Denis Durand De Bousingen:
És mi jót hoz Emmanuel Macron a francia orvosok számára?
Ärzte Zeitung online, 15.05.2017

Kulcsszavak: egészségügy, hivatásrend, egészségbiztosítás, Emmanuel Macron, Franciaország

Forrás Internet-helye:

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/article/935708/machtwechsel-Elysee-schwieriger-start-hoffnungstraeger-macron.html?cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20170515-Gesundheitspolitik+international

A francia orvosok leghőbb kívánsága a költségtérítési rendszerhez való visszatérés. Ám ez csalóka ábránd maradhat.

Emmanuel Macron az egészségügy átfogó modernizációja mellett foglalt állást, az egészségpolitikai kurzus drasztikus megváltoztatására azonban jelenleg nincs kilátás. A választási kampány során az egészségpolitikai témák háttérbe szorultak és Macron-nak nem az a dolga, hogy eljuttassa a szakértőt. Mindezen a családi kötelek sem változtatnak: apja neurológus, anyja tisztiorvos, fivére és nővére is orvos, valamint további hozzátartozói között is vannak orvosok.

Macron ígéretei között szerepel az orvoshiánynak a telemedicina alkalmazásával való kiváltása. Az orvosok tehermentesítése céljából pedig további opciót lát az orvosi teendők delegálásában, amit az orvosok nem utasítanak el, de azt a felügyelet feltételéhez kötik.

Az egészségpolitikai kérdésekkel kapcsolatban az orvosok a párbeszédre való nagyobb készséget várnak az új elnöktől. Az eddigi egészségügyi miniszternek, Marisol Touraine-nek ugyan sikerült stabilizálnia az egészségbiztosítás hosszú ideje deficites pénzügyi helyzetét, az orvosokkal való partnerséget és párbeszédet nem sokra tartotta. Ellenkezőleg: Touraine az orvosok tiltakozása ellenére végigvitte a költségtérítés elvének megszüntetését és a természetbeni ellátás bevezetését, ami François Hollande választási programjának része volt. A reform 2014-ben és 2015-ben éles konfliktusokhoz, sztrájkokhoz vezetett, így azt 2016-ban csak részben sikerült bevezetni. [Ezzel kapcsolatban lásd részletesebben: *A francia orvosok tiltakozó akciója: papírhadjárat a betegpénztárak ellen, 2015. 5. sz.; Búcsú a költségtérítéstől. A francia orvosok továbbra is harcban állnak, 2015. 8. sz.*]

Az orvosszervezetek a költségtérítéshez való teljes visszatérést követelik. Ám ez csalóka ábránd maradhat, Macron ugyanis a választási kampány során „korszerű rendszerként” jellemezte a természetbeni ellátások modelljét.

Macron számára a legnagyobb kihívást az elitek uralta francia közigazgatás megtörése és modernizációja, egy kompetens kormány kijelölése jelenti, amely hitelesen megtestesíti a modernizáció felé való kitörést. Választási kampányában azt ígérte, hogy orvost fog kinevezni egészségügyi miniszternek. A korábbi kormányokban egészségügyi miniszteri posztot betöltő orvosok sikeresen egyengették a politika és az orvostársadalom közötti kapcsolatokat.

Most azonban számos orvos észrevételezi, hogy a vezető köztisztviselők zöme Touraine köreiből származik, ami kissé letöri lelkesedésüket. Másrészt Macron valamivel megválasztását megelőzően néhány kórházi orvost vitt be tanácsadóként csapatába.

Legfontosabb feladatai közé tartozik a kórházi reform folytatása, a kormány szerint a kórházaknak még hatékonyabban és költségtudatosabban kell működniük. A kórházak, amelyek közül nem kevésnek a mutatói a sötétvörös tartományban mozognak, valóságos aknamezőt jelentenek a kormány számára.

Mindenesetre Macron-nak a parlamenti választásokig hátralevő néhány hét alatt többséget kell szereznie ahhoz, hogy végigvihesse elsősorban a gazdaságot, az oktatást és Európát érintő terveit.

A parlamenti választásokra 2017. június 11-18. között kerül sor. Franciaországban tradicionálisan sok orvos jelölteti magát a választásokon és ez most is így van. A jelenlegi nemzetgyűlésben 34 orvos foglal helyet, ám nem mind foglalkoznak egészségpolitikai kérdésekkel.

Macron új mozgalma, a "*La République en Marche!*", 450 képviselőjelöltet indított, akik között néhány orvos is van, de csaknem valamennyien újoncok a politikában. A politikai pártok és az orvosszervezetek az elkövetkező négy hét során minden bizonnyal élni fognak a lehetőséggel és komolyan kifejtik elképzeléseiket, követeléseiket.

[*P. S. Az új francia kormány egészségügyi minisztere Agnès Buzyn. CV-jét lásd a Personalia rovatban.*]

***Az Egészségügyi Világszervezet Statisztikai Évkönyve 2017 –
World Health Statistics 2017***

Egészségügyi Világszervezet, 2017. május 17.

Kulcsszavak: globális egészségügy, statisztika, Egészségügyi Világszervezet

Forrás Internet-helye: <http://www.who.int/en/> ;
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255336/1/9789241565486-eng.pdf?ua=1>

Alkoholfogyasztás: Az első 16 helyen európai országok állnak. A 15 év fölötti lakosság körében a legtöbb alkoholt a litvánok fogyasztják (évente 18,2 liter). Az „élvonalba” tartoznak még: Belgium, Nagy-Britannia, Lengyelország, Franciaország.

A levegőszennyezés egészségi következményei: 2012-ben 100.000 haláleset közül Dél-Koreában 238,4 eset a levegőszennyezésnek volt tulajdonítható. A további sorrend: Bosznia-Hercegovina, Bulgária, Grúzia, Albánia.

Az Egészségügyi Világszervezet előrelépést ért el a halálokok statisztikája tekintetében. 2005-ben még a halálokok mindössze egyharmadát sikerült statisztikailag dokumentálni, 2015-ben már csaknem a felét. A születéskor várható élettartam 2000 és 2015 között globálisan öt évvel növekedett.

Az ENSZ 2030-ig elérendő fenntartható fejlődési céljai tekintetében a következő években az alábbi vonatkozásokban szükséges előrelépést elérni:

- A 100.000 szülésre eső szülés utáni anyai halálozás arányát 70 alá kell csökkenteni. 2015-ben ez a szám még 216 volt, minden nap 830 nő hal meg a szülés során.
- A malária felszámolása. Az esetek száma világviszonylatban 2015-ben még 212 millió volt. A kockázati területeken élő emberek 60%-a rendelkezett moszkítóhálókkal (2010-ben: 34%).
- A gyermekéhezés felszámolása. Rossz táplálkozása miatt minden ötödik öt év alatti gyermek testmérete túl kicsi életkorához képest. Európában viszont az öt év alatti gyermekek 12,8%-a túlsúlyos.

Az OECD jelentése az elhízottságról – Obesity Update 2017

OECD, 2017. május 18. (16 p.)

Kulcsszavak: globális egészségügy, fiatalkorúak egészsége, túlsúlyosság, elhízottság, OECD

Forrás Internet-helye: <http://www.oecd.org/health/obesity-update.htm> ;
<http://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>

Az OECD jelentése szerint a 29 tagállamban a túlsúlyos 15 évesek aránya 2001/2002 és 2013/2014 között 12%-ról 15,5%-ról növekedett.

2015-ben az OECD-tagállamok felnőtt lakosságának 19,5%-a volt elhízott. Koreában és Japánban nem éri el a 6%-ot, Magyarországon, Új-Zélandon, Mexikóban és az Egyesült Államokban meghaladja a 30%-ot. Ausztráliában, Kanadában, Chilében, Dél-Afrikában és az Egyesült Királyságban négy felnőtt közül több mint egy elhízott. A rendelkezésre álló adatok szerint az 1990-es évek óta az elhízottak aránya Angliában, Mexikóban és az Egyesült Államokban erőteljesen növekedett, miközben hét tagállamban csökkent. Az elmúlt évtizedben a túlsúlyosság és az elhízottság rátája Kanadában, Franciaországban, Mexikóban, Svájcban és az Egyesült Államokban növekedett, miközben Angliában, Olaszországban, Koreában és Spanyolországban stabilizálódott.

Túlsúlyosság és elhízottság a gyermekek körében: A túlsúlyosak vagy elhízottak aránya a 15 évesek körében Dániában 15%, az Egyesült Államokban 31%. A *Health Behaviour in School-aged Children Survey* eredményei szerint a politikai intézkedések ellenére a túlsúlyosság és az elhízottság a 15 évesek körében 2000. óta az országok többségében növekedett. A 3 és 17 évesek körében végzett analízis szerint a túlsúlyosak és elhízottak aránya Franciaországban 2012-ig stabilizálódott, 2012. óta Angliában mind a fiúk, mind a lányok körében, az Egyesült Államokban a fiúk körében valamelyest növekedett.

***Az Orvosok Világszövetsége a módosított
hippokrateszi eskü megváltoztatását kezdeményezi***

World Medical Association, Press Release. Public consultation opens on
WMA Declaration of Geneva. World Medical Association. 2017 May 08

Kulcsszavak: globális egészségügy, hivatásrend, orvostika, hippokrateszi eskü, Genfi Deklaráció, Orvosok Világszövetsége, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<https://www.wma.net/news-post/public-consultation-opens-on-wma-declaration-of-geneva/>

Az *Orvosok Világszövetsége (World Medical Association)* a *Genfi Deklaráció*, a hippokrateszi eskü módosított változatának további megváltoztatását kezdeményezi. A javasolt változtatások az orvos jó közérzetére, az oktatók és az orvostanhallgatók közötti kölcsönös tiszteletre, az orvosi ismereteknek a betegek javát és az orvostudomány fejlődését szolgáló továbbadására vonatkoznak. A szövetség javasolja továbbá az „orvosi eskü” alcím hozzáadását az esküszöveghez.

1948-ban, a Genfi Deklarációt egy korszerűsített hippokrateszi esküként fogták fel, amelyre az orvosoknak működésük engedélyezése során fel kellett esküdniük. Az Orvosok Világszövetsége megvizsgálta a dokumentumot és arra a következtetésre jutott, hogy a Deklaráció és az esküszöveg alkalmazása tekintetében az egyes országok között jelentős különbségek vannak. Megállapította továbbá, hogy az alkalmazás az eskü szövegére korlátozódik, ahelyett, hogy az integrálna a szakmai kódexbe.

Az Orvosok Világszövetsége nyilvános konzultációt kezdeményezett a Deklaráció megváltoztatásáról és felszólította a nemzeti tagszövetségeket, hogy 2017. május 29-ig foglaljanak állást a javaslatokkal kapcsolatban. Ezeket majd integrálják a végleges, átdolgozott szövegtervezetbe, amelyet a Orvosok Világszövetségének Etikai Bizottsága és Tanácsa 2017 októberében Chicago-ban a szervezet Közgyűlése elé terjeszt.

Verena Finkenstädt :

*Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés akadályai Európában
(2. rész): A szolgáltatások korlátozása, gyógyszerellátás, fogászati ellátás
Wissenschaftliches Institut der PKV, März 2017 (88 p.)*

Kulcsszavak: egészségügyi rendszer, finanszírozás, társadalombiztosítás, várólisták, ellátásokhoz való hozzáférés, racionálás, Európa

Forrás Internet-helye:

<http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/zugangshuerden-in-der-gesundheitsversorgung-ein-europaeischer-ueberblick.html>

3. Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés akadályai

3. 1. A szolgáltatások korlátozása

Az egészségügyben az ellátásokhoz való hozzáférés legnyilvánvalóbb akadály a szolgáltatások konkrét kizárása. A szolgáltatások kizárása abszolút vagy kvalifikált formában jelenhet meg. Előbbi esetben az állami egészségügyi rendszer egyáltalán nem vállalja át egy bizonyos szolgáltatás költségeit. A szolgáltatások kvalifikált kizárása esetén arról van szó, hogy valamely szolgáltatás bizonyos feltételek mellett biztosítható, egyébként kizárt. Ez vonatkozhat valamely meghatározott indikációra vagy egy bizonyos betegcsoportra (pl. 18 éven aluliak számára nyújtott terápia).

Az adókból finanszírozott egészségügyi rendszerekben (pl. Dánia, Finnország, Nagy-Britannia, Norvégia, Svédország, Portugália) a lakosság elvben jogosult a térítésmentes állami egészségügyi ellátásra. Az egyes országok szintjén azonban nem létezik explicite megfogalmazott szolgáltatási katalógus, az állam csupán kötelezettséget vállal a minimális szolgáltatások biztosítására. Az ellátás megszervezése a háttérintézmények és hatóságok hatáskörébe tartozik.

Nagy-Britannia

A brit *National Health Service (NHS)* számára a törvény előírja a szolgáltatások indokolt mértékű biztosítását („to meet all responsible requirements”). Ám ez nem jelenti, hogy minden szolgáltatást ténylegesen kifizetnek. Az NHS a rendelkezésére álló költségvetés szerint racionálja a szolgáltatásokat. A szolgáltatások kizárása két szinten valósulhat meg: regionális szinten a *Clinical Commissioning Groups (CCG)*, nemzeti szinten az *NHS Clinical Commissioning Board*-ja által. Nemzeti szinten jelentős szerepet játszik még a *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, mivel ez kötelező szolgáltatáskizárásokat is megfogalmaz. Mivel az NHS-ben a szolgáltatások költségeinek átvállalásáról szóló döntéseket regionális szinten hozzák, a bizonyos

kezelésekhez való hozzáférés tekintetében regionális különbségek jelentkeznek, mint pl. a csípőműtétknél. Ezekkel kapcsolatban fogalomná vált a „*postcode lottery*“.

Írország

A vizsgált országok körében Írország az egyetlen, ahol az állami egészségügyi rendszer nem vállalja át a teljes lakosság részére a háziorvosi ellátás költségeit. Ingyenes háziorvosi ellátást biztosító kártya iránti igényt csak azok nyújthatnak be, akiknek a jövedelme nem ér el egy bizonyos határt. 2016-ban az ír lakosság 37%-a rendelkezett ilyen kártyával. A többi polgárnak saját zsebből kell fizetnie a háziorvosi vizsgálatok költségeit.

Skandinávia

Dániában és Norvégiában csak a 18 év alattiak jogosultak fogászati kezelésekre. Svédországban az egészségügyi ellátás tekintetében a tartományi gyűlések illetékesek. Így a betegek (a brit NHS-hez hasonlóan) nem minden településen jogosultak ugyanazokra a szolgáltatásokra.

A járulékokból finanszírozott rendszerekben (pl. Németország, Ausztria, Franciaország, Hollandia) szolgáltatási katalógusokban rögzítik, hogy az állami egészségügyi rendszer mely szolgáltatásokat finanszíroz, ill. a biztosítottak mely szolgáltatásokra jogosultak.

Hollandia

A holland állami egészségügyi rendszerben létezik egy alapsomag („*basispakket*“), amely fedezi a rendszeres egészségügyi ellátás költségeit (pl. háziorvosi vizsgálat). Egyes szolgáltatások, mint a fogászati kezelések, fizioterápia, logopédia, nem szerepelnek az alapsomagban, ezeket a betegeknek maguknak kell fizetniük. Korlátozások vannak a terhesség és a szülés tekintetében is. Hollandiában alacsony kockázatú szüléseknél alapvetően csak bábaasszonyi közreműködést biztosítanak. Az orvossal való szülést kizárólagosan veszélyeztetett terhességek eseteire tartják fenn, amelyekre vonatkozóan egyértelmű indikációs lista készült. Ha nem áll fenn semmilyen kockázat, a betegpénztár nem vállalja át a kórházi szülés költségeit. Ha egy nő kórházban szeretne szülni, magának kell viselni a napi 340 EUR összegű költségeket.

Svájc

A svájci egészségügyi rendszer nem vállalja át a fogászati kezelések költségeit. A kantonális szervezet folytán regionális különbségek jelentkeznek a mentőszolgálatok, valamint a költséges diagnosztikai készülékek tekintetében. Svájcban a kórházak globális költségvetése korlátozásként, tehát implicit racionálásként hat, ami azzal jár, hogy a

kezelési teamek nem tudnak biztosítani, vagy akár elutasíthatnak bizonyos szükséges szolgáltatásokat.

3. 1. 1. Gyógyszerellátás

A gyógyszerellátás tekintetében a vizsgált országok többségében pozitívlistákat alkalmaznak, amelyek rögzítik, hogy a betegek mely gyógyszerekre jogosultak. Az állami egészségügyi rendszer nem vállalja át a listán nem szereplő gyógyszerek költségeit. Kivételt képez Németország, ahol az állami egészségügyi rendszer (a vénymentes gyógyszerek kivételével) minden gyógyszert kifizet, hacsak azokat nem zárja ki a jogszabály. Számos más országban viszont a politika feltételeket szab a súlyos betegek terápiájának prioritizálása, ill. a nem sürgős esetek kezelésének hátrасorolása tekintetében.

Számos országban halogadják, esetenként elutasítják az innovatív gyógyszerek bevezetését. Az árszabályozást alkalmazó országok többségében mindaddig nem vezetnek be az új gyógyszereket, amíg nem születnek meg a térítésre és az árképzésre vonatkozó döntések. Jóllehet a 89/105/EGK Irányelv szerint az innovatív gyógyszerek tekintetében az ármegállapításra és a költségtérítési eljárásra vonatkozó nemzeti döntéshozatali eljárásnak elméletileg 120 napon belül le kellene zárulnia, a gyakorlatban ezt nem tartják be. Ezt a célt 2014-ben csak Németország és Nagy-Britannia teljesítette. Az engedélyezés és a nemzeti piacon való forgalmazás közötti időbeli eltérés Németországban 3,5 hónap, Hollandiában 9,7 hónap, Spanyolországban 15,8 hónap.

3. 1. 2. Fogászati ellátás

A fogászati kezelések költségeit 10 országban egyáltalán nem térítik, a többi országban a betegeknek magas önrészeket kell fizetniük.

Érdekes következtetések vonhatók le egy aktuális komparatív vizsgálatból, amely a németországi, franciaországi, hollandiai, magyarországi, dániai, nagy-britanniai és svájci fogászati ellátásokra terjedt ki. Eszerint a kötelező betégbiztosítás keretében biztosított betegeknek a fogászati kezelések csekély részét kellett önerőből fedezniük. A többi vizsgált országban a fogászati kezelések, elsősorban a protétika, egyáltalán nem férnek bele a betégpénztárak, ill. állami egészségügyi szolgálatok által biztosított szolgáltatási volumenbe. Ezekben az országokban a betegeknek teljes egészében maguknak kell fizetniük a kezeléseket. Példának okáért a konzerváló-sebészeti kezelések csak Németországban és Magyarországon önrészmentesek, miközben Dániában, Franciaországban és Nagy-Britanniában a betegeknek a kezelés jellegétől függően a költségek 20-90%-át kell viselniük.

***A stroke-kal járó betegségteher Európában –
„The Burden of Stroke in Europe“***

Stroke Alliance for Europe (SAFE), Brussels, May 11th 2017

Kulcsszavak: stroke, betegségteher, stroke költségei, Stroke Alliance for Europe (SAFE), Európa

Forrás Internet-helye: <http://strokeeurope.eu/>

A stroke-kal kapcsolatos betegségteherről szóló európai jelentés szerint az európai országok között és az országokon belül is jelentős különbségek mutatkoznak. Ez a stroke kezelésének teljes spektrumára kiterjed. A stroke utókezelését az összes európai országban elhanyagolják. A ***Stroke Alliance for Europe (SAFE)*** jelentésének bemutatására az Európai Parlamentben került sor.

A stroke-kal összefüggő halálozási ráták Európában az elmúlt húsz év során folyamatosan csökkentek. A jelentés ugyanakkor rámutat, hogy az esetszám 2015 és 2035 között 34%-kal növekedni fog, ami elsősorban a lakosság elöregedésével függ össze.

Országok rangsora (2015), adatok 100.000 lakosra

Stroke-esetek száma

- 1: Egyesült Királyság (< 50)
- 2: Izland
- 3: Izrael

Stroke utáni túlélési ráta

- 1: Izland (300)
- 2: Olaszország
- 3: Izrael

Stroke miatti halálesetek

- 1: Izland (30)
- 2: Franciaország
- 3: Ciprus

Stroke miatt egészségkárosodással korrigált életévek (DALY)

- 1: Izland (<400)
- 2: Franciaország
- 3: Ausztria

Stroke-Unit-ban való ellátás (százalék)

1: Svédország (88)

2: Csehország (85)

3: Egyesült Királyság (Skócia nélkül) (83)

Macedónia, Bulgária és Románia többnyire sereghajtok.

Magas vérnyomás százalékos aránya (≥ 15 éves felnőttek): Magyarországon (32%), Bulgáriában (30%), Lettországon (29%), Németországban (29%) és Litvániában (28%) a legmagasabb, Norvégiában (13%), Franciaországban (14%), Svédországban (16%), az Egyesült Királyságban (16%) és a Benelux országokban (mindegyikben 17% alatt) a legalacsonyabb.

A stroke költségei

A stroke kezelésének összköltségei Európában 2015-ben 45 milliárd EUR-t tettek ki. A jelentés szerint mind a direkt, mind az indirekt egészségügyi költségek növekedni fognak. Az extrapolációk szerint a stroke miatt krónikus betegekké válók száma 2035-ig 25%-kal növekedni fog. Az európai egészségügyi rendszereknek ezzel a hullámmal összefüggésben további egymillió beteggel kell számolniuk és fel kell készülniük a fejleményekre. Szükségessé válik egy stroke-akcióterv összeállítása, hogy a növekedés ne terhelje túl a nemzeti egészségügyi rendszereket.

A Stroke Alliance for Europe (SAFE) követelése az Európai Unióhoz

A szervezet szerint az EU minden egyes tagállamának ki kell dolgoznia egy nemzeti stroke-akciótervet, amelynek le kell képeznie a kezelés teljes spektrumát, a lakosság tájékoztatásától és a prevenciótól, a diagnózisokon és speciális intézményekben nyújtott kezeléseken keresztül a rehabilitációig és az ambuláns utókezelésig. A SAFE felszólítja az EU tagállamait adatgyűjtési rendszerük szisztematizálására, a stroke kezelésében résztvevő intézmények rendszeres auditálására és az európai szintű összehangolásra.

***Az Amerikai Gyógyszerészeti Kutatók és Gyógyszergyártók Szövetsége
megszigorította a tagsági viszony feltételrendszerét***

Pharmaceutical Research and Manufacturers of America – PhRMA,

9 May 2017

Kulcsszavak: gyógyszeripar, Pharmaceutical Research and Manufacturers of America – PhRMA, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye:

<http://www.phrma.org/press-release/phrma-board-of-directors-establishes-new-membership-criteria>

Az Egyesült Államokban a magas gyógyszerárakról szóló vita elhúzódásával összefüggésben az *Amerikai Gyógyszerészeti Kutatók és Gyógyszergyártók Szövetsége (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America – PhRMA)* megszigorította a tagsági viszony feltételrendszerét, amelynek folytán hét eddigi tagszervezetnek távoznia kell. A statútumból törölték a társult tagság kategóriáját, amely 15 céget érint.

Az új, azonnal hatályba lépő szabályzat szerint a tagsági viszony kritériuma, hogy az adott cég K&F-fel összefüggő hároméves globális forgalma érje el vagy haladja meg a globális forgalom 10%-át, továbbá, hogy K&F-re fordított hároméves globális beruházásai ériék el az évente 200 millió USD-t. A felvételi kritériumok megszigorításával a szövetség egyértelmű jelzést ad arra vonatkozóan, hogy az intenzív kutatást, az orvostudományi előrelépést és a betegek javát szolgáló tevékenységet képviseli az ágazatban.

A tagok többsége már jelenleg is sokkal többet fordít termékfejlesztésre, mint amennyit az új kritériumok megkövetelnek. A kutatás aránya átlagosan 20%. A K&F-re fordított költségek aránya a biofarmaceutikumok ágazatában 17%, több mint a szoftveriparban (13%), az autóiparban (5%) és a repülőgépiparban (4%). Egy úgy gyógyszer kifejlesztése több mint tíz évig tart, a kutatás 2 milliárd USD-be kerül.

***A gyógyszerértári honoráriumok helyzete Angliában.
Bírósági ítélet a honoráriumok csökkentéséről***
DAZ.ONLINE - 18. 05. 2017, 16:39

Kulcsszavak: gyógyszerértárok, gyógyszerészek, bírósági ítélet, National Health Service, Anglia

Forrás Internet-helye:

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/05/18/richter-laesst-kuerzungen-am-apothekenhonorar-zu/chapter:all>

Angliában a gyógyszerértárok honoráriumai fokozatosan csökkennek. A *National Health Service (NHS)* megtakarításokra törekszik. A megszorítások miatt két gyógyszerész szövetség is pert indított. A Legfelső Bíróság egyik bírója azonban nem adott nekik igazat, ám azt sem mulasztotta el, hogy az egészségügyi miniszternek is üzenjen.

Az egészségügyi minisztérium az elmúlt évben mélyreható takarékosági intézkedéseket jelentett be. Az állami egészségügyi szolgálatnak 2021-ig 22 milliárd GBP-t (28 milliárd EUR-t) kell megtakarítania. Ennek keretében több lépésben csökkentik a gyógyszerértárok honoráriumait. Az első csökkentésre (6,1%) 2016 októberében került sor. A gyógyszerészek egyre kevesebb pénzt fognak kapni.

Ennek érdekében a gyógyszerértári honoráriumok több komponensének összevonására kerül sor. A gyógyszerészek eddig „*practice payment*“-ekben részesültek. Ezek az évente diszpenzált dobozok száma szerint járó átalányok, amelyeket a gyógyszerek készletben tartása és a gyógyszerértári helyiségek karbantartása fejében fizettek. Ezeket a kifizetéseket most egyebek között a gyógyszerkiadásért járó honoráriumban és az e-receptek kiváltásáért járó további honoráriumban vonják össze. Az egészségügyi minisztérium már tavaly kilátásba helyezte, hogy az összesen 12.000 brit gyógyszerértár közül 1.000 vagy akár 3.000 bezárhat. [Ezzel kapcsolatban lásd részletesebben: *A gyógyszerértári piac helyzete Nagy-Britanniában, 2017. 10. sz.*]

Az intézkedés ellen két gyógyszerész szövetség: a *National Pharmacists Association (NPA)* és a *Pharmaceutical Services Negotiating Committee* indított pert. A „*Chemist and Druggist*“ gyógyszerészeti újság szerint a Legfelső Bíróság (*High Court*) illetékes bírója minden panaszukat elutasította. Az ítélet indokolása szerint a minisztérium felhatalmazással rendelkezik az ilyen lépések megtételére, a megszorítások nem voltak önkényesek, a folyamat során kivehető volt, hogy a honoráriumok mely összetevőit fogják megrövidíteni, nehéz időkben a minisztérium takarékosági intézkedésekhez folyamodhat. Ugyanakkor a bíró a minisztériumot is figyelmeztette, hogy „más megszorítási intézkedések” talán hatékonyabbak lettek volna. Másrészt a honoráriumok elvonásának hatásaival kapcsolatban a gyógyszerész szövetségeknek is igazat adott.

Benjamin Rohrer, Chefredakteur DAZ.online
brohrer@daz.online

Romániában adómentessé válik az orvosok fizetése

ziare.com, 19 Mai 2017, 13:52

Kulcsszavak: hivatásrend, orvosok fizetése, fizetésemelés, Románia

Forrás Internet-helye:

<http://www.ziare.com/liviu-dragnea/presedinte-psd/dragnea-pentru-orice-medic-impozitul-pe-salariu-va-fi-zero-din-ianuarie-2018-1466240>

Liviu Dragnea, a Szociáldemokrata Párt (PSD) elnöke bejelentette, hogy 2018. január 1-től adómentessé teszik az orvosok fizetését. Az intézkedés célja az elvándorlás megakadályozása.

Az orvosok fizetése annak mértékétől függetlenül nullakulcsos lesz.

Dragnea szerint évek óta siránkozunk az orvosok elvándorlása miatt. Teljesen érthető, hogy a jól képzett orvosok külföldre mennek a magasabb kereset miatt. Ahhoz, hogy hazahozzuk őket, a nyugatiakhoz mérhető fizetéseket kell nyújtanunk nekik.

Egyelőre nyitott kérdés, hogy az adómentesség csak az állami alkalmazottként dolgozó, vagy a privát orvosokra is kiterjed-e.

A szociáldemokraták kormányprogramja, amellyel megnyerték a választásokat, azt ígérte, hogy több foglalkozási csoport, mint az orvosok, művészek, írók, újságírók, közjegyzők, könyvelők számára, akik önálló tevékenységekből évente 20.000 lejig terjedő jövedelemmel rendelkeznek, eltörlik a jövedelemadót. [***MNB: 2017. május 19.: 1 RON = 67,78 HUF; BNR: 2017. május 19.: 100 HUF = 1,4725 RON***]

Dragnea azt is bejelentette, hogy 2018. január 1-től emelik az összes orvos fizetését.

Más kategóriáktól eltérően, akiknél a fizetésemelés lépcsőzetes lesz, az orvosok fizetésemelésére 2018. január 1-től egységesen kerül sor.

Agnès Buzyn francia egészségügyi miniszter

Forrás Internet-helye:

https://fr.wikipedia.org/wiki/Agn%C3%A8s_Buzyn



Agnès Buzyn, sz. Párizs, 1962. november 1. Apai ágon lengyel származású. Apja, Élie Buzyn ortopéd sebész volt a Saint-Marcel klinikán. Anyja, Ety Buzyn pszichológus, pszichoanalista, író. Férje, Yves Lévy, az *Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)* vezérigazgatója. Három gyermekük van.

Egyetemi tanár, hematológus, immunológus, transzplantációs szakértő.

Kutatási területei a csontvelő-transzplantáció és a leukémia.

1992-2011: *Université Paris Descartes (Paris-V) - Hôpital Necker*, a felnőtt hematológiai és csontvelő-transzplantációs intenzív osztály vezetője.

Az *Université Pierre-et-Marie-Curie (Paris-VI)* hematológia professzora.

2008-2013: az *Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN)*, igazgatótanácsának elnöke.

2009: a *Comité de l'énergie atomique du Commissariat à l'énergie atomique* tagja.

2015 december: az *Haute Autorité de Santé* kijelölt elnöke, hivatalos kinevezésére 2016 márciusában került sor.

2009: a Becsületrend tagja

2017. május 17. egészségügyi miniszter

† *Elhunyt Mark Wainberg, az AIDS-kutatás úttörője*

Forrás Internet-helye:

https://en.wikipedia.org/wiki/Mark_Wainberg



Mark Arnold Wainberg, (1945. április 21. – 2017. április 11.).
Kanadai AIDS-kutató és AIDS-aktivista.

1966: *McGill University: Bachelor of Science*

1972: *Columbia University: PhD*

Hadassah Medical School of the Hebrew University Jerusalem:
posztdoktori kutató

A McGill University AIDS Centre Montreal Jewish General Hospital
igazgatója

A McGill University mikrobiológia professzora

1998-2000: az *International AIDS Society* elnöke, 2000-ben vezető szerepet játszott a 13. Nemzetközi AIDS-konferencia (Durban) megszervezésében.

2004: a *Journal of International AIDS Society* alapítója

A Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) informális tanácsadója

Florida partjainál úszás közben érte a halál. Egyesek szerint asztmás rohamot kapott, mások úgy vélik, hogy maga alá gyűrte egy hullám.

Az Egészségügyi Világszervezet új főigazgatót választ

Egészségügyi Világszervezet

The Lancet, DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31356-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31356-9),

18 May 2017

Kulcsszavak: globális egészségügy, személyi hírek, Egészségügyi Világszervezet

Forrás Internet-helye:

<http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2017/director-general-nominees/en/> ; <http://www.who.int/mediacentre/events/2017/wha70/en/> ; [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31356-9/fulltext?elsca1=etoc](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31356-9/fulltext?elsca1=etoc)

Margaret Chan mandátumának lejártával az Egészségügyi Világszervezet új főigazgatót választ. A Végrehajtó Tanács 2017. január 25-én három jelölt kiválasztása mellett döntött. Az új főigazgató megválasztására a szervezet 2017. május 22-31. közötti genfi Közgyűlésén kerül sor. Az új főigazgató 2017. június 1-én lép hivatalba.

A három jelölt:

- Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus (Etiópia)
- Dr. David Nabarro (Egyesült Királyság)
- Dr. Sania Nishtar (Pakisztán)

A The Lancet 2017. május 18-i szerkesztőségi cikkében szenvedélyesen Dr. Sania Nishtar megválasztása mellett foglal állást: „Sania Nishtar az az egészségügyi vezető, akire a világnak szüksége van.”

[P. S. A megválasztott főigazgató személyére a következő számban részletesen visszatérünk.]

*A gyógyszerári piac helyzete Európában
A DAZ.ONLINE cikksorozata*

Nagy-Britannia

DAZ.ONLINE, 28. 12. 2016, 19:55 ; 02. 03. 2017, 06:55

Forrás Internet-helye:

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2016/12/28/grossbritannien-staatsversorgung-und-deregulation> ;
https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/03/02/theresa-may-verteidigt-honorarkuerzung-fuer-apotheker?utm_campaign=kurzNach6&utm_source=20170302&utm_medium=newsletter&utm_keyword=article

Az angol *National Health Service (NHS)* az európai állami egészségügyi rendszerek egyike, amelynek finanszírozása csaknem teljes egészében adóforrásokból történik. Az Egyesült Királyság minden országa saját NHS-sel rendelkezik, amelyek mindenben az angol NHS-hez hasonlítanak, az egészségbiztosítási rendszer fontos strukturális és pénzügyi kérdéseiről azonban minden esetben a helyi parlamentek döntenek. A források szolgáltatók részére történő elosztására vonatkozó egyeztetésre azonban decentrálisan a regionális grémiumokban kerül sor. Angliában például az NHS regionális alárendelt hatóságokkal rendelkezik (*Clinical Commissioning Groups*), amelyek döntenek a források elosztásáról. Az elmúlt években bevezetett reformok ellenére az angol egészségügyi rendszer pénzügyi nehézségekkel küszködik. Az egyik domináns téma a Brexitet megelőző kampány során is az NHS finanszírozása volt. Az NHS az ország egyik legnagyobb munkaadója, 2015-ben több mint 1,6 millió foglalkoztatottal rendelkezett.

Nagy-Britannia gyógyszerári piaca a legnagyobb mértékben deregulált európai piacok közé tartozik. A gyógyszerárügy tekintetében itt sohasem alkalmaztak túl sok szabályt, legalábbis a gyógyszerári tulajdonviszonyok és az Internetes kereskedelem vonatkozásában. Miközben ugyanis az elmúlt évtizedekben az európai országok többségében célirányos liberalizáció ment végbe, a briteknél a gyógyszerárak fölötti idegen vagy többes tulajdon tilalma sohasem létezett. Több piaci liberalizáció során, mint pl. Svédországban, üdítő kivételként, bezzeg-országgként tekintettek Nagy-Britanniára.

Mivel Nagy-Britanniában vállalkozások is nyithatnak gyógyszerárat, az 1990-es években az egyre nagyobb gyógyszerkereskedelmi konszernnek elsősorban ott próbálkoztak vertikális szerveződéssel – a brit nagykereskedők nemzetközi gyógyszerkereskedelmi cégek gyógyszerárláncaivá váltak. A stuttgarti *Gehe* nagykereskedelmi cég például 1995-ben felvásárolta az *AAH Pharmaceuticals* nagykereskedelmi céget és mára már 6.000 gyógyszerár beszállítójává vált. Két évvel később bekebelezte a *Lloydspharmacy* gyógyszerárláncot, amely mára Nagy-Britannia-szerte 1.500 telephellyel rendelkezik.

*

Az új brit kormány a Brexit mellett számos belpolitikai kérdéssel szembesül, egyebek között a nemzeti egészségügyi szolgálat (NHS) megújításával, amelyet alacsony hatékonysága miatt érnek bírálatok. A parlament nyílt vitanapján Theresa May miniszterelnök arról is beszélt, hogy a gyógyszerári piacon további megtakarításokat kell elérni. A megszorítási csomagról már Cameron kormánya döntött. A terv szerint átszámítva évente 3,3 milliárd EUR-ral kevesebbet kell fordítani a gyógyszertárakra. A gyógyszertárak honoráriumai már 2016-ban több mint 6%-kal csökkentek, egyes honoráriumi tételeket teljesen töröltek, vagy új átalányokkal helyettesítettek.

Sir Kevin Barron képviselő a nyílt napon azzal a kérdéssel fordult Theresa May miniszterelnökhöz, hogy támogatja-e és folytatja-e a gyógyszerári piacot sújtó megszorításokat. Egy választókerületében működő gyógyszerész levélben kereste fel és tájékoztatta, hogy tavaly decemberben készített mérlege az előző hónaphoz viszonyítva 19%-kal alacsonyabb bevételt mutatott.

A miniszterelnök válaszában utalt arra, hogy a gyógyszertárak száma az elmúlt tíz év során 18%-kal növekedett, ami azzal magyarázható, hogy a brit kormány néhány éve fellazította a szükséglettervezésre vonatkozó előírásokat. A szupermarketekben és bevásárlóközpontokban a szükséglettervezést teljesen megszüntették. May szerint a gyógyszertárak számának növekedése csökkentette a hatékonyságot. A rendszer reformra szorul, hogy az NHS forrásait hatékonyan lehessen felhasználni. A gyógyszerári piac reformszükségletét aláhúzó, May további adatokkal érvelt: A gyógyszertárak kétötöde 10 percnyi járóföldre van két vagy több további gyógyszertártól, egy átlagos gyógyszertár pedig nagyjából 220.000 GBP-t kap az NHS-től.

A miniszterelnök tehát támogatja az előző kormány megtakarítási törekvéseit. May kifejtette a gyógyszertárakat érintő megszorítások metodikáját. Az elmúlt évben a brit kormány a honoráriumok több összetevőjét egy új díjban foglalta össze. A gyógyszerészek eddig például „*practice payment*”-ekben részesültek. Ezek az évente kiadott dobozok mennyisége fejében járó kifizetések, amelyek a gyógyszerári helyiségek fenntartása és karbantartása fejében jártak. Ezeket a kifizetéseket most egyebek között a dobozdíjjal és az e-recept kiváltásért járó új kiegészítő honoráriummal vonják össze.

May feltehetően a gyógyszerári honorárium egy további módosítására is utalt. A brit kormány ugyanis a leírt beavatkozások ellenére mentőövet dobott a vidéki gyógyszertáraknak. A legközelebbi gyógyszertártól legalább 1,6 km-re levő gyógyszertárak, amelyek forgalma nem ér el egy bizonyos határt, a honoráriumok megrövidítésének semlegesítése érdekében rendkívüli kifizetésekben részesülnek az NHS-től.

Forrás Internet-helye:

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/01/13/frankreichs-apotheken>

Franciaországban 22.400 gyógyszertár működik. A gyógyszertárakra szigorú tilalom vonatkozik az idegen tulajdon és korlátozott tilalom a többes tulajdon vonatkozásában. Szigorúan kezelik az Internetes kereskedelmet. De már Franciaországban is többször nekirugaszkodtak a gyógyszertári szabályozások deregulációjának.

A gyógyszertáralapításra szigorú szabályok vonatkoznak. Részben évszázados szabályok biztosítják az állami kontrollt a gyógyszertárak alapítása tekintetében. Csak azok a gyógyszerészek pályázhatnak új gyógyszertár megnyitására, akik elvégezték a hatéves képzést és sikeresen megvédték doktori disszertációjukat. A hallgatóknak azonban már tanulmányaik idején el kell dönteniük, hogy később gyógyszertárat szeretnének-e vezetni, mivel ebben az esetben még egy féléves gyakorlati képzést is el kell végezniük és meg kell szerezniük gyógyszerész címet, ami oklevelükön is megjelenik.

A gyógyszertáralapítás szigorú területi szükséglettervezéshez kapcsolódik. A francia régiókban levő tervezési körzetekben egy-egy gyógyszertárnak legalább 2.500 polgárt kell ellátniuk. Ha ugyanazon körzetben egy új gyógyszertár megnyitása válna esedékessé, akkor ott legalább 4.500 további embernek kell laknia. A szükséglettervezés szabályai alól csak a városok és a tengerentúli területek mentesülnek.

Ha valamely tervezési körzetben megüresedésre kerül sor, a pályázó gyógyszerésznek két hatósághoz kell benyújtania kérelmét: a francia nemzeti megbiztosító regionális képviselőjéhez és a régióban illetékes gyógyszerész kamarához. A vállalkozásokra vonatkozó szigorú szabályok eredményeként Franciaországban sikerült biztosítani a gyógyszertárak számának stabilitását: 2002-ben 22.900, jelenleg valamivel több mint 22.400.

A többes tulajdon szabályának alkalmazása is egyedülálló. Egy gyógyszerész tulajdonában alapvetően egy gyógyszertár lehet. (Ez az egyik oka annak, hogy a tulajdonos által vezetett gyógyszertárakban dolgozó gyógyszerészek száma európai összehasonlításban Franciaországban a legmagasabb. Európában a franciaországi gyógyszertárakban dolgozik a legtöbb gyógyszerész.). Ha egy gyógyszerész még egy második vagy harmadik gyógyszertárat is szeretne megnyitni, erre csak igen bonyolult társaságok formájában nyílik lehetőség, amelyekben legalább még egy gyógyszerésznek részt kell vennie.

A gyógyszerészek két ilyen típusú társaságba investálhatnak. Saját gyógyszertára mellett egy gyógyszerész még két további társaságban szerezhethet

részesedést. Franciaországban jelenleg összesen 8.645 *Société d'exercices libéral (SEL)* működik. Egy további társasági forma keretében orvosok és vállalkozók is szerezhettek csekély mértékű részesedést, ez a forma azonban egyelőre nem eléggé elterjedt.

A nagykereskedelemre is szigorú szabályozások vonatkoznak. Az országban 200 teljeskörű készletet tartó nagykereskedő működik, amelyeket a törvény egy bizonyos mennyiségű raktári készlet biztosítására kötelez. Minden nagykereskedőnek képesnek kell lennie arra, hogy a megrendelést követő 24 órán belül szállítson. Minden gyógyszernagykereskedelmet folytató cég igazgatótanácsában legalább egy gyógyszerésznek is helyet kell biztosítani, aki személyesen felelős a beszállítási szabályok betartásért.

Új gyógyszernagykereskedelmi vállalkozás elindításához a gyógyszerügyi hatóság engedélyére van szükség. A törvény a nagykereskedők nyereségét is szabályozza. A 450 EUR alatti gyári áron forgalmazott gyógyszerekért a nagykereskedő 6,68%-os árrésben, továbbá 30 Cent fix pótlékban részesül a nemzeti betegbiztosítási pénztárak részéről. Ennél drágább gyógyszerek esetén kizárólagosan a 30,06 EUR fix honorárium érvényes.

A franciaországi gyógyszerári piac számokban

- Franciaországban jelenleg 22.400 gyógyszerár működik, amivel első helyen áll Európában. A következő helyeken Spanyolország (21.900) és Németország áll.
- Egy-egy gyógyszerár átlagosan 2.800 lakos ellátását biztosítja. Az EU-ban az átlag: 4.335, Németországban valamivel több mint 4.000.
- A Gyógyszerész Kamara nyilvántartásában 75.000 gyógyszerész szerepel. A nők aránya 65%.
- Európai összehasonlításban Franciaországban a legmagasabb az officina-gyógyszerárakban dolgozó gyógyszerészek aránya. Több mint 55.400 gyógyszerész dolgozik officina-gyógyszerárban. Franciaországban egy gyógyszerártra 2,47 gyógyszerész jut, Németországban átlagosan 2,44.
- A *Dossier Pharmaceutique*-ban 22.275 gyógyszerár (99,8%) vesz részt. A Dossier a nemzeti gyógyszerelési adatbank, amelybe a gyógyszerészek bevezetik a betegek gyógyszerelését. Ennek célja a rendelvények redundanciájának csökkentése és a mellékhatások megelőzése. A gyógyszerelési szerverbe percenként 1.000 belépésre kerül sor.
- Franciaországban 8.645 ún. *Sociétés d'exercices libéral (SEL)* létezik. Ezek több gyógyszerár egyesülései, amelyek keretében egy vagy több közös gyógyszerár megnyitására kerül sor.

Forrás Internet-helye:

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2016/12/27/die-schleichende-deregulierung/chapter:1>

Az olasz gyógyszerertári piacot az 1990-es évek elején még az idegen és többes tulajdon szigorú tilalma, a szoros szükséglettervezés és a bónuszok hiánya jellemezte. Am mind a piacon, mind a politikában már akkor megjelentek a bevált gyógyszerertári piac megkérdőjelezésének tendenciái. Európában már akkor megjelentek az első nemzetközi gyógyszernagykereskedelmi egyesülések, Olaszországban a Stefano Pessina és élettársa, Ornella Barra által felépített nagykereskedő, az *Alleanza Salute* egyesült a brit *UniChem* nagykereskedővel és létrejött az *Alliance UniChem*, amelyből aztán *Alliance Healthcare*, majd *Alliance Boots* lett. Jelenleg a konzern a *Walgreens Boots Alliance* nevet viseli és 25 országban van jelen.

Az olaszországi gyógyszerertári piac számokban

- Olaszországban az elmúlt évben **18.201 gyógyszerertár** működött.
- **1.500 gyógyszerertár éjszakai ügyeletet tart.**
- A gyógyszerertári **szolgáltatások** közé tartoznak: a **gyógyszerkiadás, sebellenőrzés, vizeletvizsgálat, táplálkozási tanácsadás, vérnyomásmérés, előjegyzés** kórházakban és praxisokban való vizsgálatokra, az önrészek **inkasszó-eljárás** formájában történő továbbítása a regionális megbízottak részére.
- **1,5 millió olasz** rendszeresen vesz igénybe prevenciós szolgáltatásokat a gyógyszerertárakban.
- **3.340 lakosra jut egy gyógyszerertár**, ami európai középmezőnynek felel meg.
- Több mint **6.000 gyógyszerertár** rendkívüli kifizetésekben részesül, mivel **vidéki gyógyszerertárként** működik.
- Olaszországban **50.000 gyógyszerész dolgozik közgyógyszerertárakban; egy gyógyszerertárra átlagosan 2,8 gyógyszerész jut.**
- Egy gyógyszerertár **átlagos forgalma 1,19 millió EUR.**
- A gyógyszerészek a gyógyszerkiadás fejében egy **százalékos árrésben** részesülnek, amely a gyógyszerár mértéke szerint **6-21,25%** között mozog. Olaszországban nincs fix honorárium.

A gyógyszerertári piac deregulációja 1999-ben kezdődött, amikor az olasz önkormányzatok a kommunális gyógyszerertárak („*Farmacia comunale*“) privatizációja mellett döntöttek. Akkoriban, elsősorban Közép- és Észak-Itáliában több mint 1.300 kommunális gyógyszerertár működött. Ezt további politikai lépések követték. Az olasz kormány 2005-ben első alkalommal nyúlt bele az árszabályozásba és megengedte a gyógyszerészeknek, hogy a nem vényköteles gyógyszerekre (OTC) 20%-ig terjedő bónuszokat biztosítsanak. A

gyógyszerészek bojkottálták a törvényt és a 20%-os határt meg is szüntették, azóta azonban a különféle bónuszok teljesen mindennaposakká váltak. Súlyos csapást mértek a gyógyszerészekre azzal, hogy az OTC-készítmények árusítása gyógyszertárakon kívül, pl. bevásárlóközpontokban is lehetségessé vált. Azzal a feltétellel, hogy a boltban gyógyszerésznek is jelen kell lennie. Ezzel a döntéssel az olasz egészséggazdaságban egy teljesen új ágazat keletkezett: a nagyvárosokban és bevásárlóközpontokban többszáz OTC-shop („*Parafarmacia*“) nyílt. 2006-ban feloldották a többes tulajdon tilalmát. Azóta a gyógyszerészek birtokában összesen négy gyógyszertár lehet és új telephelyek megnyitása céljából társaságokba tömörülhetnek.

2007-ben megszűnt a nem vényköteles gyógyszerek árszabályozása, majd engedélyezték a gyógyszerek reklámozását. Négy évvel később az AIFA gyógyszerhatóság egy sor gyógyszert kivett a vénykötelesség köréből, így az OTC-shopok bővíthették kínálatukat. Ebben az évben érte az első támadás az ún. „*Fascia C*“-t. Ez a gyógyszerlista tartalmazza mindazokat a készítményeket, amelyek vénykötelesek ugyan, de nem támogatottak. Olaszországban ilyenek az antibiotikumok, az analgetikumok és az erős nyugtatók, mint a lorazepam. A törvényhozó lehetővé tette bónuszok biztosítását az ilyen gyógyszerek tekintetében.

Mario Monti technokrata kormánya 2011 őszén lépett hivatalba, amely a gyógyszertári piac tekintetében egyebek között az idegen és a többes tulajdon tilalmának teljes megszüntetését és a „*Fascia C*“-készítmények OTC-shopokban való árusításának engedélyezését tervezte, ám kudarcot vallott. Sikerral járt viszont a szükséglettervezés fellazításával. Forgalmas területeken (repülőtereken, bevásárlóközpontokban, pályaudvarokon, kikötőkben) teljesen feloldották a szükséglettervezést, amivel új gyógyszertárak alapítását provokálták. Monti liberalizálta a gyógyszertárak nyitvatartási idejét, 2012. óta pedig az OTC-shopok állatgyógyszereket is árusíthatnak és egyes készítményeket receptúra alapján maguk is előállíthatnak.

A szükséglettervezés deregulációja a gyógyszertárak számát is befolyásolta. Az olasz gyógyszertárak száma 1975 és 2015 között 37,1%-kal növekedett (13.271-ről 18.201-re), miközben a lakosság lélekszáma 10%-kal növekedett. Az OTC-kínálat kiszervezése egyelőre nem gyakorolt jelentős pénzügyi hatást a gyógyszerészekre. Az átlagos forgalom 2010. óta enyhén csökkent, 2014-ben 1,18 millió EUR volt. Egy átlagos gyógyszertár nyeresége évente 1.000 EUR-ral növekedhetett.

A gyógyszertári piacon pozitív fejlemény a vidéki gyógyszertárak támogatása. Ha egy gyógyszertár egy kevesebb mint 5.000 lakossal rendelkező körzetben működik, hivatalosan vidéki gyógyszertárnak számít és a régiók részéről való többlétszámú támogatásokra jogosult. Tavaly a gyógyszerész szövetség alapot létesített a kevesebb mint 250.000 EUR forgalommal rendelkező gyógyszertárak támogatására, amely az elmúlt évben 175 gyógyszertár részére nyújtott pénzügyi

támogatást. Olaszországban a vidéki gyógyszertárak az összlakosság egyötödét látják el.

Ausztria

DAZ.ONLINE, 28.03.2017, 06:55

Forrás Internet-helye:

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/03/28/alles-reguliert-im-alpenland/chapter:1>

Ausztria európai összehasonlításban az egyik legszigorúbban szabályozott gyógyszertári rendszerrel rendelkezik. A gyógyszertárak és új telephelyek számát az állam a szükséglettervezés eszközével szabályozza. Időnként az orvosokkal való vitákra ad okot, hogy félreeső területeken az orvosok gyógyszer-diszpenzációs joggal rendelkeznek. A vényköteles gyógyszerekkel való internetes kereskedelem szigorúan tilos.

Ausztriában 100.000 lakosra 16 gyógyszertár jut, ami elmarad az európai átlagtól (31 gyógyszertár/100.000 lakos). 2015 végén 1.340 közgyógyszertár működött. A gyógyszertáralapítást szigorúan szabályozzák. A gyógyszerészek maximum egy fiiláléval rendelkezhetnek. Ezért országszerte mindössze 30 fiilálé létezik. Új gyógyszertár létesítése számos korlátozásba ütközik. Gyógyszertárat csak gyógyszerész alapíthat. Ehhez koncesszióra, azaz hatósági engedélyre van szüksége. Az alapítás során több gyógyszerész is összefoghat, de ebben az esetben a főgyógyszerésznek 51%-os tulajdonrészrel kell rendelkeznie.

A gyógyszertári törvény a szükséglettervezés tekintetében a kizárás elvét követi. Új gyógyszertár alapításának feltétele, hogy a gyógyszerész életvitelszerűen a településen lakjon. A két gyógyszertár közötti távolság legalább 500 méter. A gyógyszertárnak ellátási területén legalább 5.500 lakost kell ellátnia. Az elmúlt tíz év során Ausztriában „csak” 157 új gyógyszertár nyílt.

Európában különleges esetnek számítanak az osztrák „házi gyógyszertárak”. Egyes orvosok diszpenzációs joggal rendelkeznek, amelynek feltétele, hogy a legközelebbi gyógyszertár legalább 6 km távolságra legyen. Az orvos csak saját betegeinek adhat ki gyógyszert. Jelenleg 840 orvos rendelkezik diszpenzációs joggal. Emiatt időnként fellángol az orvosok és gyógyszerészek közötti vita. Az egészségügyi minisztérium azonban néhány hónapja kiváltotta a gyógyszerészek haragját, mivel felvetette, hogy a 6 km-es határ bizonyos esetekben akár csökkenthető lenne.

A gyógyszerek internetes kereskedelme néhány éve még szigorúan tilos volt. 2015 nyara óta azonban a közgyógyszertáraknak megengedték, hogy OTC-készítményeket postázzanak. Az Európai Bíróság 2003-ban úgy döntött, hogy a tagállamok az egészségvédelem érdekében megtilthatják a vényköteles

gyógyszerekkel való internetes kereskedelmet. OTC-készítményekre a tilalom nem terjed ki.

Ausztriában a gyártók maguk szabhatják meg a gyógyszerárakat. Ha azonban termékeiket a betegpénztárak által térített készítmények közé akarnák felvételni, gyógyszereiknek fel kell kerülniük egy pozitívlistára. Ezeknek a gyógyszereknek az árai szabályozottak és az adott készítmény EU-ban alkalmazott átlagáraihoz kell igazodniuk.

Tab. 1: Gyógyszerárak a forgalmazás különböző szakaszaiban néhány kiválasztott országban

	Teljes ár átlaga	Gyári ár	Nagy-kereskedelmi árrés	Gyógyszertári árrés (teljes ár%-a)	ÁFA
Németország	33,6	18,0	1,3	8,90 (26,5)	5,4
Svájc	26,05	19,6	1,2	4,60 (17,7)	0,6
Ausztria	17,57	12,3	1,0	2,60 (14,8)	1,6
Hollandia	12,15	8,4	0,6	2,40 (20,0)	0,7
Franciaország	9,67	7,2	0,5	1,80 (18,7)	0,2
Lengyelország	6,46	4,8	0,4	0,80 (12,4)	0,5

* Adatok EUR-ban; Teljes ár nem kerekített, egyéb adatok tizedesig

Forrás: „Daten und Fakten 2016“ der Österreichischen Apothekerkammer auf Basis einer Studie des Instituts für Pharmakoökonomische Forschung (IPF) 2015

Azoknak a gyógyszertáraknak, amelyeknek a kötelező betegbiztosítás keretében bonyolított forgalma meghaladja a többi gyógyszertár átlagát, egy további, 2,5%-os rendkívüli rabottot kell biztosítaniuk. Ez a szabály azonban a kevesebb mint 200 EUR-ba kerülő gyógyszerekre nem vonatkozik. A betegpénztáraknak nyújtott rabottok és árrések figyelembevételével a gyógyszerész vényköteles gyógyszerekből származó nyeresége (az árral arányosan) 3,8% és 25,1% között mozog. A *Wiener Pharmaökonomie-Institut* tanulmánya szerint az osztrák gyógyszerészek dobozonként átlagosan 2,61 EUR-t kapnak. Németországban a betegpénztárak dobozonként 8,93 EUR-t térítenek a gyógyszerészeknek.

Tab. 2: Foglalkoztatottak az osztrák gyógyszertárakban (nők aránya zárójelben %-ban)

A foglalkoztatás jellege	Személyek száma
Gyógyszerész	5.647 (78,8)
• önálló vállalkozó	1.432 (54,4)
• alkalmazott	4.215 (87,1)

Egyéb gyógyszerértári személyzet	10.467 (93,7)
• gyógyszerészeti-kereskedelmi alkalmazottak, tanoncok	6.689
• egyéb alkalmazott és segédszemélyzet	3.778
Összesen 2014-ben	16.114 (88,5)

Svájc

DAZ.ONLINE, 19. 04. 2017, 12:30

Forrás Internet-helye:

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/04/19/schweiz-entlaesst-600-medikamente-aus-der-apothekepflicht/chapter:all>

Svájcban rövidesen az OTC-készítmények többsége gyógyszerháron kívül is szabadon árusíthatóvá válik. A gyógyászati eszközökről szóló törvény revízióját követően a svájci gyógyszerhatóság nyilvánosságra hozott egy tervet, mely szerint az OTC-készítmények 90%-a kikerül a gyógyszerhári monopóliumból. Ugyanakkor azonban a gyógyszerészek bizonyos vényköteles készítményeket vény nélkül is kiadhatnak. A törvény egyebek között átírta a vényköteles gyógyszerek bónuszainak és a rabattok szabályait, felgyorsította a fitofarmakonok engedélyezését és intézkedett az antibiotikumok felírásának jobb dokumentációjáról. A törvény szerint egyszerűsíteni kell az öngyógyszerezést. A svájci gyógyszerhatóság tájékoztatta az érintett szakmai szervezeteket az eljárás részleteiről. Konkrétan arról van szó, hogy Svájcban megszűnik egy teljes hatóanyaglista: az ún. „C” lista 650 OTC-készítményt tartalmaz, amelyek nem vénykötelesek ugyan, de kiadásuk során a gyógyszerésznek részletes szakmai tanácsadást kell nyújtania. A C listához tartozik több fájdalomcsillapító, mint az ibuprofen, a hidrokortizon kenőcs, a doxylamin, a dihydrocodein csepp, a levonorgestrel („esemény utáni tableta“), valamint több megfázás elleni gyógyszerkombináció, amelyek pl. ephedrint és codeint tartalmaznak.

A gyógyszerhatóság közleménye szerint a 650 gyógyszer 90%-a szabad utat kap a gyógyszerháron kívüli árusításra. Ez a 600 gyógyszer a szaktanácsadás feltételével drogériákban is árusítható lesz. A C listás gyógyszerek fennmaradó 10%-a „magasabb” besorolást kap és így vénykötelessé válik.

A gyógyszerészek számára az egyetlen jó hír, hogy a jövőben egyes gyógyszereket orvosi rendelvény nélkül is kiadhatnak. A törvényhozó szándéka a gyógyszerészek egészségügyi szakmai kompetenciáinak erősítése. A Szövetségi Egészségügyi Hivatal az elkövetkező hónapokban kidolgoz egy ún. „gyógyszerészeti-listát”, amely tartalmazza mindazon gyógyszereket, amelyek recept nélkül kiadhatók.

Az új szabályok csak 2018-ban és 2019-ben lépnek hatályba. Mindenesetre kész tény, hogy a svájci szupermarketeket működtető nagy konszernnek, mint a *Migros*, ugrásra készen állnak a gyógyszerpiac egy részének átvételére. A *Migros* éppen a közelmúltban tette közzé, hogy együttműködési megállapodást kötött a *Zur Rose* internetes gyógyszertárral. A *Zur Rose* egy berni szupermarketben tervezi első gyógyszertárának megnyitását.

Az internetes gyógyszerkereskedelem kialakulása Európában

DAZ.ONLINE, 05.05.2017, 07:00

Forrás Internet-helye:

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/05/05/die-geschichte-des-europaeischen-versandhandels/chapter:all>

Mióta az Európai Bíróság ítéletet hozott a vényköteles gyógyszerek viszonteladási árának megkötéséről, a gyógyszertári piacon fellobbant a vita az internetes gyógyszerkereskedelem jövőjéről és célszerűségéről. Az internetes kereskedelem támogatói arra hivatkoznak, hogy mind az OTC, mind a vényköteles gyógyszerekkel való internetes kereskedelem többé már nem számít ritkaságnak. Szerintük az internetes gyógyszertárak az ellátás bevált láncszemeivé váltak és helyesnek tekintik, hogy az elmúlt 18 év során az európai államok többsége felpuhította az internetes kereskedelemre vonatkozó szabályozásait. Európában már 17 ország engedélyezte az OTC készítményekkel való internetes kereskedelmet, sőt hét ország (Németország, Anglia, Finnország, Svédország, Hollandia, Svájc és Norvégia) a vényköteles gyógyszerekkel való kereskedelmet is. Egyes országokban azonban olyan szigorú szabályokat alkalmaznak, hogy az internetes kereskedelem gyakorlatilag nem releváns.

Egyesült Királyság; Az első európai internetes gyógyszertár 1999-ben nyílt meg az észak-angliai Leeds-ben („*Pharmacy2U*”). Az alapító nem sokat törődött azzal, hogy annak idején a receptek postán való megküldése nem volt engedélyezett, mivel az nem is volt kifejezetten tiltott. A brit gyógyszerész kamarával folytatott vitát követően megjelent egy függelék a gyógyszerügyi törvényhez, amely rendezte, hogy a feladónak milyen feltételeket kell teljesítenie. Az angol internetes gyógyszertáraknak egyebek között 1999. óta regisztráltatniuk kellett magukat a gyógyszerész kamaránál. A lista élén a „*Pharmacy2U*” áll. Jelenleg Angliában csaknem 500 regisztrált internetes gyógyszertár működik.

Dánia: Hasonló úttörő vállalkozás fűződik 26 dán gyógyszerész nevéhez, akik közvetlenül az ezredforduló után vágtak bele az internetes gyógyszerkereskedelembé. Mivel az idő tájt Dániában sem léteztek specifikus szabályozások, a 26 gyógyszerész összefogott és 2000-ben „*A te gyógyszertárad*” néven létrehozta az első közösségi gyógyszertárat. Az internetes megrendelést követően az ügyfél minden esetben a lakóhelyéhez legközelebbi taggyógyszertárban vehette át a gyógyszert.

A helyzet jogi szabályozására 2013-ban került sor: internetes gyógyszerkereskedelmet csak gyógyszerészek folytathatnak, ehhez a gyógyszerészeknek akkreditálniuk kell magukat a gyógyszerhatóságnál. A gyógyszertárak többsége a közösség portálján (www.apoteket.dk) keresztül kereskedik, csak néhányan létesítettek saját portált. Vényköteles gyógyszerek küldése csak feltételekkel megengedett. Ez elsősorban a vidéki ellátásra jellemző. Dániában ún. pick-up-modelleket alkalmaznak, a gyógyszerészek a recept vételét követően a megfelelő gyógyszertárhoz irányítják a gyógyszert, ahol az átvehető.

Svájc: Az ezredfordulón még Svájcban is jelentős joghézagok voltak. Létrejött néhány internetes gyógyszertár, amelyek hozzáláttak a forgalmazáshoz. Időközben a törvényhozó is magához tért és létrehozta a megfelelő szabályozásokat, beleértve az OTC készítmények küldését. A gyógyszerésznek egy OTC küldemény postázását megelőzően, akár csak vényköteles gyógyszerek esetén, az OTC-re vonatkozóan is recepttel kell rendelkeznie. A *zur Rose* internetes gyógyszertár ugyan kísérletet tett a szabályok megkerülésére azzal, hogy Internet-oldalán kérdőíveket töltetett ki ügyfeleivel, a Szövetségi Bíróság azonban ezt gyorsan megtiltotta. Alapvető szabály, hogy távrendelvények esetén a betegnek közvetlenül kapcsolatba kell lépnie orvosával.

Hollandia: Az internetes gyógyszerkereskedelem tekintetében Hollandiában soha nem léteztek korlátozások. Az első internetes gyógyszertárak alapítására 2000 és 2002 között került sor, amelyek közül máig a *DocMorris* a legismertebb. A törvényhozó 1992-ben explicit engedélyezte, hogy az ügyfelek postán vagy Interneten küldjék meg a vényt a gyógyszertárnak.

Svédország: A helyzet a hollandiaihoz hasonlóan alakult. Az állami gyógyszertárlánc, az *Apoteket AB*, már, jóval a gyógyszertári liberalizációt (2002) megelőzően elkezdte az OTC készítmények internetes kereskedelmét. Mivel a piacon egyetlen szolgáltató állt rendelkezésre, az ügyfél egyetlen Internet-portálon adhatta le rendeléseit. A gyógyszert az ügyfél lakóhelyéhez legközelebbi gyógyszertár adta ki. Svédországban sohasem került sor az internetes gyógyszerkereskedelem tényleges szabályozására. A törvény azonban előírja, hogy Interneten csak gyógyszertártulajdonos árusíthat gyógyszert. Az *Apoteket* 2004-ben elindította a vényköteles gyógyszerekkel való internetes kereskedelmet.

A svéd gyógyszertári piac teljes deregulációját (2009) és az állami gyógyszermonopólium szétverését követően az internetes gyógyszerkereskedelem robbanásszerűen terjeszkedett. Az összes privát gyógyszertárlánc, mint a *Celesio* leányvállalata, a *Lloyds*, internetes gyógyszertárakat is létrehozott. Néhány éve egy „tisztán” internetes gyógyszertár is működik (*Apotea*). A gyógyszerész szövetség adatai szerint a gyógyszertárlánccok csak az elmúlt évben 20 millió SEK-kel többet kerestek, mint 2015-ben, ami 150%-os növekedésnek felel meg. Dobozszámra kivetítve már most az összes gyógyszer (vényköteles és OTC) több mint 8%-át postán küldik.

Spanyolország: A spanyol törvényhozó már az Európai Bíróság DocMorrisról szóló ítéletét megelőzően legalizálta az internetes gyógyszerkereskedelmet. A spanyol parlament 2002-ben fogadta el az *e-Commerce*-ről szóló törvényt, amely szerint a gyógyszertárak kiküldhetik az OTC készítményeket. Ám Spanyolországban az OTC készítmények postázása éveken keresztül rendezetlen maradt, mivel a törvényhozó egy további rendeletben írta elő az OTC-k internetes kereskedelmének feltételeit, ám azt pusztán kihirdette, de nem léptette hatályba. Csak 2013-ban került sor egy dekrétum elfogadására, amely pontosan szabályozza, hogy a gyógyszerész milyen körülmények között postázhat OTC készítményt. A jogszabály egyebek között megköveteli, hogy a küldeményt gyógyszerész ellenőrizze. Spanyolországban az OTC-k postázását szigorúan szabályozzák és ezek jelenleg nem rendelkeznek jelentős piaci részesedéssel.

Az Európai Bíróság ítélete az internetes gyógyszerkereskedelemtől – a „DocMorris ítélettel” kapcsolatos fejlemények: A vényköteles gyógyszerekkel való internetes kereskedelem hívei manapság is gyakran hivatkoznak az Európai Bíróság 2003 végén hozott ítéletére. A *DocMorris* megalapítását követően vényköteles gyógyszereket és OTC készítményeket szállított németországi ügyfelei számára, jóllehet annak idején a német törvények mindkettőt szigorúan tiltották. A német törvényhozó 1998-ban novellálta a gyógyszerjótörvényt, amelyben azt megelőzően internetes kereskedelemről szó sem volt. Miután a Német Gyógyszerész Szövetség panaszt emelt a *DocMorris* praktikái miatt, az Európai Bíróság ítéletében engedélyezte az OTC készítményekkel való internetes kereskedelmet, ám szabad kezét adott a tagállamoknak a vényköteles gyógyszerekkel való kereskedelem szabályozására. A 2013. december 11-i ítélet azonban a német gyógyszerészek szempontjából túl későn érkezett. A törvényhozó 2013-ban „gyorsított eljárásban” engedélyezte mind a vényköteles, mind az OTC gyógyszerekkel való internetes kereskedelmet.



2002-ben, a DocMorris ítéletet megelőzően az internetes kereskedelem Európában még kivételnek számított:

- piros: még nem szabályozták, vagy tiltották
- sárga: csak az OTC készítményeket engedélyezték
- zöld: mind a vényköteles, mind az OTC készítményeket engedélyezték

Írország: Az internetes gyógyszerkereskedelem deregulációjára 2006-ban került sor. Írországban számos OTC készítmény szupermarketekben is árusítható. Privát forgalmazók, például szupermarket-láncok is postázhatnak készítményeket. Az OTC készítmények teljes kínálatát azonban csak gyógyszerertári forgalmazók postázhatják. A vényköteles gyógyszerekkel való internetes kereskedelem mind a mai napig tilos.

Portugália: A portugál parlament 2007-ben dekrétumban engedélyezte az OTC készítményekkel való belföldi és külföldi internetes kereskedelmet. A gyógyszerészeknek engedélyeztetniük kell honlapjaikat az *Infarmed* gyógyszerhatósággal.

Belgium: A belga gyógyszerészek 2009. óta Interneten is árusíthatnak OTC készítményeket. A változás azonban itt is várhatóan bekövetkezik. A Belga Gyógyszerész Szövetség szerint a parlament jelenleg a vényköteles gyógyszerek internetes kereskedelmének engedélyezését készíti elő.

Norvégia: Jóllehet Norvégiában 2001-ben sor került a gyógyszerertári piac deregulációjára (az idegen és többes tulajdon tilalmának feloldása), az internetes kereskedelem még néhány évig tilos volt. A törvényhozó az Európai Bíróság ítéletének hatására döntött az internetes kereskedelem engedélyezése mellett. A láncokban működő forgalmazók 2010. január 1. óta kínálhatnak OTC készítményeket az Interneten. A parlament 2015 végén döntött a vényköteles gyógyszerek engedélyezéséről, a láncokban működő forgalmazók 2016 január óta postázhatnak vényköteles gyógyszereket. Egy további módosítás szerint 2016 január óta bizonyos OTC készítményeket nem gyógyszerertári jellegű forgalmazók is postázhatnak (egyes OTC készítmények ugyanis drogériákban és szupermarketekben is árusíthatók).



• **Az Internetes gyógyszerkereskedelem helyzete Európában 2007-ben**

Franciaország: A francia parlament 2012 végén fogadta el az OTC készítmények internetes kereskedelmének engedélyezéséről szóló törvényt. 2013. óta mintegy 500 OTC készítmény rendelhető Interneten.

Olaszország: Az első *DocMorris* ítéletet követően egyre több gyógyszerész kezdett Interneten OTC készítményeket kínálni, ám sorra bíróság elé kerültek és be kellett szüntetniük e tevékenységet. Az olasz törvényhozó 2014-ben vette át az Európai Unió gyógyszerhamisításról szóló irányelvét és megteremtette az internetes gyógyszerkereskedelem feltételeit. Olaszországban azonban az internetes kereskedelem továbbra is kiegészítő tevékenységnek számít.

Luxemburg: Egy gyógyszerésznő, aki OTC internetes gyógyszertárat szeretett volna nyitni, beperelte az államot, mert mindaddig nem reagált sem az Európai Bíróság ítéletére, sem az Európai Unió gyógyszerhamisítás elleni irányelvére. Végül a törvényhozó beadta a derekát és 2014-ben engedélyezte az OTC gyógyszerekkel való internetes kereskedelmet. A „*Pharmacie de Steinfort*“ most honlapján Luxemburg első internetes gyógyszertáraként hirdeti magát.

Ausztria: Az internetes gyógyszerkereskedelem sokáig politikai kérdés volt. Miközben az osztrák kormány 2015-ig elutasította az OTC készítményekkel való internetes kereskedelem engedélyezését, az európai gyógyszertárak elkezdtek az Ausztriában való internetes forgalmazást. A nyomás hatására aztán az osztrák kormány is feladta és 2015 júniusában engedélyezte az OTC készítmények internetes forgalmazását. A nagy érdeklődés ellenére 2016-ban mindössze 24 közgyógyszertár jelentkezett be az internetes kereskedelemben való részvételre.

P. S. A sorozat folytatódik. Az eddigi cikkek egységes szerkezetbe foglalása a sorozat rendszertelensége és elhúzódása miatt látszott célszerűnek. A továbbiakban öt-hat részenként hólabdászerűen ismét egybeszerkesztjük a cikkeket.

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Egészséggazdaság

- Az egészséggazdaság helyzete Németországban 2017-ben (1-3. rész)
- A privát betegbiztosítás egészséggazdasági jelentősége

Európa

- Európai áttekintés az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés akadályairól (PKV WIP) (2-8. rész)
- Az egészségügy monitorizálása és az egészségügyi indikátorok Európában (RKI)

Svájc

- Jelentés a rákos megbetegedések helyzetéről Svájcban
- Autonómia és kapcsolat. Konferenciakötet
- A Svájci Orvostudományi Akadémia ajánlásai az érdekkonfliktusok kezeléséről a guideline-ok kidolgozása során
- A gyógyító és prevenciós szolgáltatások költségeinek alakulása 2002 és 2012 között (*Soziale Sicherheit* 2015. 6. sz.)
- Az új kórházfinanszírozás hatása a kórházi ellátások minőségére. Aktualizálás 2013 (*Obsan Bulletin*)
- Az időskorúak részére nyújtott átmeneti struktúrák kínálata és igénybevétele (*Obsan Dossier* 52)
- A nem fertőző betegségek indikátorai Svájcban
- *Swiss Personalized Health Network (SAMW)*
- Longitudinális elemzés a krónikus betegekről (*Obsan Bulletin*)

Szociálpolitika:

- Jelentés az időskori biztosítás helyzetéről Németországban 2015-ben
- Kutatási jelentés: az időskori gondoskodás elterjedtsége Németországban 2015-ben
- A nyugdíjkiadások alakulása Németországban
- Munkanélküliség és előrehozott nyugdíjazás az időskorúak körében Európában (*ZSR-Kompakt*)
- A csökkent keresőképesség miatti előrehozott nyugdíjazás biográfiai előzményei (*ZSR-Kompakt*)
- Jövedelmi egyenlőtlenségek és csúcsjövödelmek (*IMK Report*)

Rövidhírek (aleatorikusan):

- Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)
- Gyógyszerpiaci rövidhírek (*Pharmazeutische Zeitung, Deutsche Apotheker Zeitung*)
- Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)

