

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2017. 30. sz. (Lapzárta: 2017. október 29.)

Globális egészségügy

- *A Lancet Commission* a környezetszennyezésről és az egészségről
- A pszoriázis világnapja
- Az oszteoporózis kézikönyve

Hivatásrend

- Az orvosok száma és regionális eloszlása az OECD egyes országában (1. rész): Az orvosok száma

Népegészségügy

- Különbségek a halálozás és a morbiditás tekintetében a szegénységgel összefüggésben
- Burn-out az orvosok körében
- Német Alkoholatlasz 2017 – *Alkoholatlas Deutschland 2017* (1. rész): Alkoholfogyasztás Németországban

Ortopéd sebészet

- A Német Endoprotézis Regiszter jelentése (2016) – *Endoprothesenregister Deutschland (EPRD). Jahresbericht 2016*

Personalia

- Prof. Dr. Lothar H. Wieler, a IANPHI Executive Board tagja

Gyógyszertárak

- A gyógyszeres társaságok helyzete Hollandiában

Melléklet: A gyógyszeres társaságok helyzete Európában – egységes szerkezetben (első frissítés)

A Lancet Commission a környezetszennyezésről és az egészségről
The Lancet Commission on pollution and health

The Lancet (2017; doi: 10.1016/S0140-6736(17)32345-0)

Kulcsszavak: globális egészségügy, környezetvédelem, környezetegészségügy, környezetszennyezés, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32345-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32345-0/fulltext)

Philip Landrigan (Mount Sinai School of Medicine) és mt. tanulmánya szerint a környezetszennyezés 2015-ben kilencmillió ember halálát okozta.

A tanulmány eredményeit kiértékelő „*Commission on Pollution and Health*“ 40 epidemiológiai és környezetegészségügyi szakértőből áll. A kutatók a *Global-Burden-of-Disease-(GBD)* projekt adatait elemezték.

A környezetszennyezés legfontosabb tényezője a légszennyezés. Az ipar és a gépjárművek mellett az organikus fűtőanyagok is jelentős megterhelést okoznak. A szegényebb országokban gyakran nyílt tűzön főznek és elégetik a hulladékot. A kutatók becslései szerint 2015-ben 6,5 millió ember halt meg a légszennyezés következtében.

A szennyezett folyóvíz és a víztisztítók hiánya a fertőző betegségeknek kedvez. A kutatók számításai szerint 2015-ben 1,8 millió ember halt meg a vízszennyezettség miatt. Munkahelyi azbeszt és festék okozta, valamint a széniparban keletkező megterhelések miatt 800.000 ember veszítette életét, egyebek között rákban vagy szilikózisban. 2015-ben félmillió ember halt meg ólommérgezésekben.

A vegyi károsodások értékelése tekintetében a kutatók viszonylag visszafogottságot tanúsítottak. A halálos áldozatok 92%-a feltörekvő vagy fejlődő országokban élt, a legtöbb halálesetre Indiában és Kínában került sor.

A tuberkulózis, AIDS és malária halálos áldozatainak száma évente megháromszorozódik. Az egészségi problémák gazdasági költségekkel és szociális nehézségekkel járnak. A gazdaságilag erőteljesen növekedő országokban, mint Kína és India, sürgős intézkedésekre van szükség a környezetszennyezés csökkentése érdekében.

A pszoriázis világnapja – World Psoriasis Day
International Federation of Psoriasis Associations (IFPA)

Kulcsszavak: globális egészségügy, pszoriázis, pikkelysömör, International Federation of Psoriasis Associations, Egészségügyi Világszervezet

Forrás Internet-helye: <https://ifpa-pso.com/our-actions/world-psoriasis-day/> ;

WHO Global Report on Psoriasis (2016):

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189_eng.pdf

Global Psoriasis Coalition:

<https://ifpa-pso.com/our-actions/advocacy/global-psoriasis-coalition/> ;

European Psoriasis White Paper (2012):

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3083.2012.04576.x/full>

Október 29. a pszoriázis világnapja. Az idei akció jelmondata: “Psoriasis Inside Out”. A betegszervezetek és a bőrgyógyászok állást foglalnak a stigmatizáló előítéletek ellen és követelik a megfelelő kezelésekhez való hozzáférés biztosítását az összes érintett részére.

Az Egészségügyi Világszervezet 2014-ben tűzte kiemelten napirendre a pszoriázis témáját. A pikkelysömört felvették a nem fertőző betegségek listájára, amelyek nemzetközi szinten magasabb követelményeket támasztanak a jobb orvosi ellátás iránt. A világszervezet nemzeti programok kidolgozására szólította fel tagállamait. A határozat nem korlátozódott a fejlődő országokra, hanem a fejlett ipari országokat is megcélozta. A tagállamoknak fel kell lépniük a pikkelysömörben szenvedők megbélyegzésével szemben.

Az Egészségügyi Világszervezet ebben az összefüggésben 2016-ban közzétette „***A pszoriázis helyzetéről szóló globális jelentést***” (“***Global Report on Psoriasis***”). [Ezzel kapcsolatban lásd: *Globális jelentés a pszoriázis helyzetéről, 2016. 10. sz.*]

Az oszteoporózis kézikönyve

Cooper C & Ferrari S. IOF Compendium of Osteoporosis.
International Osteoporosis Foundation. October 2017 (76 p.)

Kulcsszavak: globális egészségügy, csontritkulás, oszteoporózis, kézikönyv, guideline, International Osteoporosis Foundation (IOF)

Forrás Internet-helye:

<https://www.iofbonehealth.org/news/new-iof-compendium-documents-osteoporosis-its-management-and-global-burden>

IOF Compendium of Osteoporosis (76 p.):

<http://share.iofbonehealth.org/WOD/Compendium/IOF-Compendium-of-Osteoporosis-WEB.pdf>

A *Nemzetközi Oszteoporózis Alapítvány (International Osteoporosis Foundation – IOF)* közzétette az oszteoporózis kézikönyvének első kiadását. A kiadvány angol, arab és kínai nyelven jelent meg, de rövidesen spanyolul és franciául is olvasható lesz.

A kézikönyv („kompendium”) áttekintést nyújt a megbetegedés diagnózisáról, prevenciójáról és kezeléséről, meghatározza az elsődleges és másodlagos törések prevenciójának keretfeltételeit. A jelentés nyolc intézkedést fogalmaz meg a betegségteher csökkentésére. Többek között ortogeriatríai és frakturális liaison-szolgálatokat kellene felállítani az időskorúak részére, akik a csontok fokozott fragilitása miatt töréseket szenvednek, miáltal megelőzhetőek lennének a potenciálisan életveszélyes másodlagos fraktúrák.

Prof. Cyrus Cooper, az IOF elnöke szerint a csontok fragilitásával összefüggő fraktúrák világviszonylatban hatalmas emberi és gazdasági-társadalmi megterhelést jelentenek. Ám mint azt a kompendium dokumentálja, a jelentős csonttörési kockázattal rendelkező betegeknél igen kemény aluldiagnosztizáltság és alulkezelés áll fenn, beleértve azokat is, akik korábban már elszenvedtek töréseket. Az elkövetkező évtizedekben a csontok fragilitásával összefüggő fraktúrák száma előreláthatóan növekedni fog, ezért mindez mind emberi, mind szocioökonómiai perspektívában óriási jelentőséggel rendelkezik.

Christine Arentz: Az orvosok száma és regionális eloszlása az OECD egyes országában (1.rész): Az orvosok száma
Wissenschaftliches Institut der PKV – WIP PKV
WIP - Diskussionspapier 2 / 2017 – Oktober 2017 (61 p.)

Kulcsszavak: hivatásrend, emberi erőforrás, orvosok, regionális eloszlás, OECD

Forrás Internet-helye: <http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/regionale-verteilung-von-aerzten-in-deutschland-und-anderen-ausgewaehlten-oecd-laendern.html>

2. Az orvosok száma és regionális eloszlása az OECD egyes országában

A vizsgált országokban az egészségügy finanszírozásának és az orvosok javadalmazásának különböző formáit alkalmazzák. Az egészségbiztosítás finanszírozásának domináns formái az adókból és a járulékokból történő finanszírozás. Az orvosok javadalmazása történhet egyedi szolgáltatások térítése, átalányok, illetmény, vagy teljesítményorientált térítés („*pay for performance*“) formájában. Egyes országokban az orvosok javadalmazása az esetátlányok, ill. fejkvóták, valamint egyedi szolgáltatások térítése formájában történik. Finnországban, Izlandon, Kanadában, Új-Zélandon, Svédországban és az Egyesült Államokban az orvosi illetmények is elterjedtek.

2.1. Ezer lakosra jutó orvosok száma

1.000 lakosra Ausztriában 5,2, Norvégiában 4,4, Svájcban 4,3, Svédországban 4,2, Németországban 4,1 orvos jut. A vizsgált országokban 1.000 orvosra átlagosan 3,4 orvos jut. Az 1.000 lakosra jutó orvosok száma viszonylag alacsony Nagy-Britanniában (2,8), az Egyesült Államokban és Kanadában (2,6), valamint Japánban (2,4) és Koreában (2,3). Az egészségbiztosítás finanszírozásának típusa szerint nem azonosítható általános tendencia arra vonatkozóan, hogy több vagy kevesebb-e az orvos. A viszonylag magas orvossal rendelkező országok között a rendszert adókból finanszírozó (Svédország, Norvégia) és járulékokból finanszírozó (Svájc, Németország, Ausztria) országok is vannak. Hasonlóképpen, a skála alján található adókból való finanszírozást (Egyesült Királyság, Kanada) és járulékokból való finanszírozást (Japán, Korea) alkalmazó országok is.

Több vizsgált országban explicit házi-orvosi központú rendszert alkalmaznak, amelynek keretében a betegnek kötelező módon először a házi-orvoshoz kell fordulnia, aki majd szükség esetén szakorvoshoz irányítja őt (ún. *gatekeeping*). Ilyen rendszer működik Ausztráliában, Finnországban, Új-Zélandon, Hollandiában, Norvégiában, Írországban, Olaszországban, Svédországban és az Egyesült Királyságban. Belgiumban, Dániában, Franciaországban, Kanadában és Svájcban a betegeket pénzügyi ösztönzőkkel készítetik, hogy előbb házi-orvoshoz forduljanak. Az Egyesült Államokban a biztosítók olyan szerződéseket kínálnak, amelyek eleve korlátozzák a szakorvoshoz való hozzáférést.

Az egészségügyi rendszer finanszírozása és az orvosok javadalmazása

| Ország | Az egészségügy finanszírozása | Az orvosok javadalmazásának módja |
|---------------------------|---|---|
| Ausztrália | Túlnyomórészt adókból finanszírozott | Egyedi szolgáltatások térítése és egyéb javadalmazási formák. |
| Belgium | Túlnyomórészt járulékokból finanszírozott | Átalányok és egyedi szolgáltatások térítése |
| Dánia | Túlnyomórészt adókból finanszírozott | Átalányok és egyedi szolgáltatások térítése |
| Németország | Túlnyomórészt járulékokból finanszírozott (kötelező betegbiztosítás); díjak (privát betegbiztosítás) | Átalányok és egyedi szolgáltatások térítése |
| Finnország | Túlnyomórészt adókból finanszírozott | Illetmény és egyedi szolgáltatások térítése |
| Franciaország | Túlnyomórészt járulékokból finanszírozott | Egyedi szolgáltatások térítése és egyéb javadalmazási formák |
| Írország | Túlnyomórészt adókból finanszírozott | Átalányok |
| Izland | Túlnyomórészt adókból finanszírozott | Illetmény |
| Olaszország | Túlnyomórészt adókból finanszírozott | Egyedi szolgáltatások térítése és egyéb javadalmazási formák |
| Japán | Túlnyomórészt járulékokból finanszírozott | Egyedi szolgáltatások térítése |
| Kanada | Túlnyomórészt adókból finanszírozott | Átalányok és egyedi szolgáltatások térítése, illetmény. |
| Korea | Túlnyomórészt járulékokból finanszírozott | Egyedi szolgáltatások térítése és egyéb javadalmazási formák |
| Luxemburg | Túlnyomórészt járulékokból finanszírozott | Egyedi szolgáltatások térítése |
| Új-Zéland | Túlnyomórészt adókból finanszírozott | Átalányok, egyedi szolgáltatások térítése, illetmény |
| Hollandia | Túlnyomórészt járulékokból finanszírozott | Átalányok, egyedi szolgáltatások térítése és egyéb javadalmazási formák |
| Norvégia | Túlnyomórészt adókból finanszírozott | Átalányok, egyedi szolgáltatások térítése |
| Ausztria | Túlnyomórészt járulékokból finanszírozott | Egyedi szolgáltatások térítése |
| Svédország | Túlnyomórészt adókból finanszírozott | Illetmény |
| Svájc | Túlnyomórészt járulékokból finanszírozott | Átalányok, egyedi szolgáltatások térítése |
| Egyesült Királyság | Túlnyomórészt adókból finanszírozott | Átalányok, egyedi szolgáltatások térítése és egyéb javadalmazási formák |
| Egyesült Államok | Vegyesen adókból és járulékokból (Medicare/Medicaid), díjak (privát csoportos és egyéni biztosítások) | Átalányok, egyedi szolgáltatások térítése, illetmény |

Az 1.000 lakosra jutó általános orvosok („*generalist medical practitioners*“) száma a vizsgált OECD-országok közül Írországra és Németországra a legmagasabb. A további sorrend: Ausztria, Ausztrália, Hollandia és Franciaország. Finnország, Kanada, Svájc és Belgium még meghaladja az 1.000 lakosra jutó általános orvosok számának átlagát (1,1). Ezzel szemben az Egyesült Királyság, Svédország, Olaszország és Norvégia nem éri el az átlagot, pedig ezekben az országokban explicit gatekeeping-et alkalmaznak. A sereghajtók: Izland és az Egyesült Államok (1.000 lakosra 0,3 általános orvos).

A szakorvosi ellátásra a járulékinanszírozású országokban többnyire egyéni és csoportpraxisokban, az adófinanszírozású országokban többnyire a kórházak ambuláns osztályain kerül sor.

A szakorvosokkal való ellátottság tekintetében a helyzet Olaszországban, Ausztriában és Svájcban a legjobb, de Németországban is átlagon felüli. A vizsgált országokban 1.000 lakosra átlagosan 2,0 szakorvos jut. Az 1.000 lakosra jutó szakorvosok száma Írországra és Kanadára 1,4.

A szakorvosi ellátás formái

| <i>Szakorvosi ellátás többnyire</i> | <i>Adófinanszírozású országok</i> | <i>Járulékinanszírozású országok</i> |
|--|---|--|
| Egyéni praxisokban | | Ausztria, Belgium, Franciaország, Németország, Korea, Luxemburg, Svájc |
| Csoportpraxisokban | Ausztrália, Izland | Japán, Hollandia*, Egyesült Államok |
| Kórházi ambuláns ellátás | Kanada, Dánia, Finnország, Írország, Olaszország, Új-Zéland, Norvégia, Svédország, Egyesült Királyság | Hollandia* |

* Hollandiában a szakorvosi ellátásra többnyire kórházakban kerül sor. Az utóbbi években a várakozási időknél az ambuláns ellátás területén való csökkentése érdekében ún. szakorvosi centrumokat létesítettek, amelyek azonban ugyancsak kórházakban működnek. [Ezzel kapcsolatban lásd: Verena Finkenstädt: *Ambuláns orvosi ellátás Németországban, Hollandiában és Svájcban (egységes szerkezetben), Archivum*].

***Különbségek a halálozás és a morbiditás tekintetében
a szegénységgel összefüggésben***

***Wealth-Associated Disparities in Death and Disability
in the United States and England***

JAMA Internal Medicine (2017; doi: 10.1001/jamainternmed.2017.3903)

Kulcsszavak: népegészségügy, halálozás, morbiditás, Egyesült Államok, Anglia

Forrás Internet-helye:

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2659324>

Lena Makaroun és mt. (Division of Gerontology and Geriatric Medicine, University of Washington, Seattle) komparatív vizsgálata a szegénység és a morbiditás, ill. halálozás kockázatának összefüggésére irányult. A közismert fordított asszociáció a két vizsgált országban, az Egyesült Államokban és Angliában is kimutatható volt, jóllehet a két egészségügyi rendszer homlokegyenest eltérő.

Angliában minden polgár járulégmentesen biztosítással rendelkezik, az Egyesült Államokban a lakosság nagy tömegei semmilyen biztosítási védelemmel nem rendelkeznek. Az adókból finanszírozott brit *National Health Service (NHS)* mindenki számára nyitva áll, az Egyesült Államokban azonban a nagyon szegények, a veteránok és a nyugdíjasok az állam támogatására vannak utalva.

A kutatás a jövedelmi és vagyoni helyzet egészségi állapotra gyakorolt hatását vette célba. A kutatók ezzel kapcsolatban két felmérés eredményeit értékelték, amelyek rendszeresen megkérdezik az 50 év fölötti lakossági egészségi állapotával kapcsolatban: az Egyesült Államokban a *Health and Retirement Study (HRS)* és az angol *Longitudinal Study on Aging (ELSA)* egyaránt a felnőttek egészségi állapotával foglalkozik.

Az Egyesült Államokban a legszegényebb kvintilisben tíz év után a kohorsz 17%-a meghalt, 48%-a krónikus betegségben szenvedett. A legnagyobb vagyonnal rendelkező kvintilisben 5% halt meg és 15%

szenvedett krónikus betegségben. Az Egyesült Államokban a szegények háromszor olyan gyakran halnak meg korábban és négyszer olyan gyakran szenvednek krónikus betegségben, mint a gazdagabbak.

Angliában az alacsony jövedelemmel (34.000 GBP) rendelkező 50-64 év közöttiek kvintilisében tíz év leforgása alatt a halálozás kockázata 16%-os lett. A felső kvintilisben (több mint 310.550 GBP vagyon) ugyanazon időtartam alatt csak 4% halt meg. A krónikus megbetegedések aránya 42%, ill. 17% volt.

Meglepő, hogy az Egyesült Államok és Anglia között ebben a tekintetben alig van különbség, jóllehet az egészségüghöz való hozzáférés teljesen eltérő. Korábbi vizsgálatok szerint az egészségügyi ellátásban mutatkozó különbségek csak a halálozási kockázat 10%-ára nyújtanak magyarázatot.

A vagyoni helyzet az időskorúaknál is befolyásolja a morbiditást és a mortalitást. A különbségek azonban csekélyebbek voltak. Az amerikai vizsgálatban a legalsóbb kvintilisben a hazard ratio 2,2 (1,8-2,6), Angliában 2,1 (1,6-2,6) volt. A rokkantság tekintetében az amerikai vizsgálatban a hazard ratio 2,1 (1,8-2,5), az angliában 2,1 (1,6-2,7) volt.

Ez az eredmény is meglepő, mivel az időskorúak mindkét rendszerben ingyenes egészségbiztosítással rendelkeznek. A szerzők sejtése szerint az élet megelőző szakaszában a különböző vagyoni viszonyokkal összefüggésben felhalmozott megbetegedési kockázatokat az időskorban az egyenlő egészségügyi ellátási feltételek már nem korrigálják.

További hivatkozások:

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/10.1001/jamainternmed.2017.3903> JAMA Internal Medicine ;

<https://media.jamanetwork.com/news-item/wealth-associated-disparities-death-disability-older-adults-u-s-england/> JAMA ;

<https://hrsonline.isr.umich.edu> Health and Retirement Study ;

<https://www.elsa-project.ac.uk/English> Longitudinal Study on Aging ;

<http://content.healthaffairs.org/content/21/2/78.full.pdf> Health Affairs

Burn-out az orvosok körében

Picquendar G, Guedon A, Moulinet F & Schuers M. Burnout among general practitioners: prevalence and associated factors. Abstracts / Programme Book of the 85th EGPRN Meeting, Dublin-Ireland, 19-22 October 2017. P26. Presentation: 20/10/17, 11:30 AM by Guillaume Picquendar [Cited 18 October 2017]

Kulcsszavak: népegészségügy, hivatásrend: burn-out, Franciaország

Forrás Internet-helye:

<http://www.egprn.org/file/3898d1a2-a2f8-479a-899c-c90a1266e949/2017-oct-dublin-ireland-programme.pdf>

A *European General Practice Research Network* húszadik konferenciájára 2017. október 19-22. között Dublinban került sor. Témája „*A lelki egészség az elsődleges ellátásban. A nyilvánosság és a betegek bevonása a kutatásba*” volt.

Guillaume Picquendar és mt. (Université de Rouen) 501 franciaországi orvost kérdeztek egészségi állapotukról. A megkérdezettek 43,3%-a válaszolta, hogy már szenvedett burn-out-ban, csaknem 24%-a erős érzelmi kimerülést, 27,3%-a erőteljes deperszonalizációt, 13,3%-a teljesítménycsökkenést érzett. Csekélyebb részük már a hivatás gyakorlásának feladását is fontolgatta. Az ötven év fölötti férfiak már egy vagy több burn-out-epizódon átesett.

A szerzők következtetése szerint az eredmények, az orvosszakma jelenlegi demográfiai váláságára való tekintettel, kiemelik a preventív és kuratív eljárások alkalmazásának szükségességét.

Német Alkoholatlasz 2017 – Alkoholatlas Deutschland 2017

(1. rész): Alkoholfogyasztás Németországban)

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) in der Helmholtz-Gesellschaft

Kulcsszavak: népegészségügy, szenvedélybetegségek, alkoholfogyasztás, Németország

Forrás Internet-helye:

http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Alkoholatlas-Deutschland-2017_Doppelseiten.pdf

A Német Alkoholatlasz szerint a magasabb szociális csoportokhoz tartozó németek körében tíz férfi közül heten hetente legalább egy alkalommal fogyasztanak alkoholt. Az alacsonyabb szociális csoportokhoz tartozók körében csak minden második férfi fogyaszt el hetente egy sört. A magasabb szociális státuszú nők körében minden második nő fogyaszt hetente legalább egy alkalommal alkoholt, az alacsonyabb szociális státuszúak körében minden negyedik.

A kockázatos alkoholfogyasztás (napi 0,2 l bor, vagy 0,6 l sör) az összes társadalmi réteghez tartozó férfiak körében viszonylag hasonló. Minden ötödik rendszeresen sokat iszik. A magas szociális státuszú idősebb férfiak 28%-a, alacsonyabb szociális státuszú kortársaik 14%-a kockázatos mértékben fogyaszt alkoholt. A magasabb szociális státuszú nők közül minden ötödik, az alacsonyabb szociális státuszúak közül minden tízedik fogyaszt kockázatos mértékben alkoholt, naponta 0,1 l bort, vagy 0,3 l sört.

9,5 millió német rendszeresen túl sok alkoholt fogyaszt. Évente 20.000 személy hal meg alkoholbetegsége miatt, 10.000 gyermek alkoholos károsodással jön világra, mivel az anya a terhesség idején alkoholt fogyasztott, két és fél millió gyermek olyan családban él, ahol legalább az egyik szülő italozik.

***A Német Endoprotézis Regiszter jelentése (2016) –
Endoprothesenregister Deutschland (EPRD). Jahresbericht 2016***
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
EPRD Deutsche Endoprothesenregister gGmbH

Kulcsszavak: ortopédia, ortopéd sebészet, endoprotézisek, Németország

Forrás Internet-helye:

https://www.eprd.de/fileadmin/user_upload/Dateien/Publikationen/Berichte/EPRD-Jahresbericht_2016_Einzelseiten_Online-Version.pdf ;

Endoprothesenregister Deutschland (EPRD): <https://www.eprd.de/de/>

A Német Endoprotézis Regiszter (Endoprothesenregister Deutschland – EPRD) a Német Ortopéd Orvosok és Ortopéd Sebészek Társasága (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie – DGOOC) kezdeményezésére jött létre. Az intézmény jelentésének megjelenésére második alkalommal kerül sor. A regiszter támogatói: az Általános Területi Betegpénztárak Szövetségi Egyesülése (AOK-Bundesverband), az Orvostechonikai Vállalkozások Szövetségi Egyesülése (Bundesverband Medizintechnologie – BVMed), a Kiegészítő Betegpénztárak Szövetsége (Verband der Ersatzkassen – vdek). Kiepitéséhez a Német Artrózis Társaság (Deutsche Arthrose-Hilfe) is hozzájárult. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium több alkalommal nyújtott pénzügyi támogatást.

2. Összefoglalás

Az endoprotézis regiszter öt éve folyamatosan nyomon követi a Németországban végzett endoprotetikus beavatkozások alakulását. 2016-ban a regiszter 673 kórház adatait összesítette. Az elmúlt évben csípőn 137.295, térden 107.892 endoprothetikus beavatkozást dokumentáltak, amelyek közül 122.961, ill. 97.034 első implantáció volt. A regiszter több mint 245.000 műtétet dokumentált, ami azt jelenti, hogy 2016-ban a Németországban csípőn és térden végzett endoprotetikus beavatkozások 56%-ára terjedt ki.

Németországban a csípőműtétek aránya 56%, a térdműtéteké 44%, ami messzemenően megfelel a kontinentális Európa adatainak. A térdműtétek aránya az Egyesült Államokban 60%, Ausztráliában 54%. A nők gyakrabban vetik alá magukat a csípő endoprotetikai műtétjének, mint a férfiak (60,4%, ill. 39,6%). 2016-ban a cement alkalmazása nélküli totális csípő-endoprotézisek aránya 78,4% volt, 2%-kal, ill. 4%-kal több mint két évvel korábban. A cementmentes csípőműtétek alkalmazása stabilizálódni látszik. A cementmentes rögzítések aránya csak Svájcban hasonló nagyságrendű.

Miközben csípőműtéteknél a cementmentes beavatkozások tekintetében Németország élenjáró szerepet vállal, a térdműtéteknél kitart a csontcement alkalmazása mellett. A térd endoprotézisek teljesen cementtel való rögzítése nemzetközi standardnak számít, ez a leggyakrabban alkalmazott rögzítési módszer.

Kontakt:

EPRD Deutsche Endoprothesenregister gGmbH

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,

Tel.: +49 -(0)30 -340 60 36 40

E-Mail: presse@eprd.de

URL: <http://www.eprd.de>

Prof. Dr. Lothar H. Wieler, a IANPHI Executive Board tagja

Forrás Internet-helye:

http://www.rki.de/SharedDocs/Lebenslauf/Wieler_Lothar_H.html



2017 októberétől: a IANPHI (*International Association of National Public Health Institutes*) Executive Board tagja

2015. március óta: a *Robert Koch-Institut* elnöke

1998 – 2015 *Freie Universität Berlin*: a mikrobiológia és állategészségügy egyetemi tanára; a Mikrobiológiai és Állategészségügyi Intézet (*Institut für Mikrobiologie und Tierseuchen*) igazgatója

2003 – 2009 *Freie Universität Berlin*: állategészségügyi kutatási prodékán

1990 – 1998 *Justus-Liebig-Universität Gießen, Institut für Hygiene u. Infektionskrankheiten der Tiere*: tudományos asszisztens

1997 Mikrobiológus szakállatorvos

1996 Habilitáció (*Justus-Liebig-Universität Gießen, állategészségügy és állatok fertőző megbetegedései*)

1988 Tudományos fokozat (*Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für Medizinische Mikrobiologie, Infektions- und Seuchenlehre*)

1987 – 1990 Tudományos munkatárs: *Universität Ulm*, patológiai osztály

1980 – 1985 Állatorvosi tanulmányok: *Freie Universität (FU) Berlin, Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München*

A gyógyszerári piac helyzete Hollandiában

DAZ.ONLINE - 18.10.2017, 07:00

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszerári piac, Hollandia

Forrás Internet-helye:

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/10/18/fokus-auf-kernkompetenzen-in-einem-deregulierten-markt/chapter:all>

Hollandia és Nagy-Britannia élenjáró szerepet tölt be az európai gyógyszerári piacon. A holland gyógyszerügyben deregulációra került sor. Ha egy gyógyszerész nem tartozik valamilyen gyógyszerárlánchoz, vagy franchise-hoz, ha nem rendelkezik „ellátási alkusszal”, esélye sincs a jövedelmező üzletre.

A holland egészségbiztosítás

A *Euro Health Consumer Index* szerint Hollandia egészségügyi rendszere 2016-ban világviszonylatban első helyen állt, az utóbbi tíz év során pedig mindig az első három között volt. Hollandiában kerekén tíz éve szűnt meg az állami (*Ziekenfonds*) és a privát egészségbiztosítás (*Particulier*) szigorú szétválasztása. Azóta a biztosítók privát gazdasági alapon működnek. A jelenlegi rendszer egy kötelező alapbiztosításból és egy privát kiegészítő biztosításból áll.

Maximális árak és rögzített támogatások

A gyógyszerellátás nagyobbik része az alapbiztosításhoz tartozik. Az engedélyezett gyógyszerek elvben téríthetők. Az egészségügyi minisztérium évente két alkalommal szabja meg a maximális árakat. Ebben a tekintetben Belgiumot, Németországot, Franciaországot és Nagy-Britanniát tekintik referenciaországnak. Az árak maximálása a gyári árak szintjén történik. Hasonló hatású gyógyszereknél rögzített támogatást alkalmaznak, magas költségű gyógyszereknél pedig egy elkülönített lista, ill. külön költségvetés létezik. A nagykereskedelmi árreket nem rögzítik, azokat átengedik a piacnak. OTC-készítményeknél az árképzés a forgalmazás minden szintjén szabad.

A térített gyógyszerek piacán a generikumok aránya 74%

A generikumok mennyiségileg a szektor háromnegyedét, azonban a térített gyógyszerekre fordított kiadások mindössze 17%-át teszik ki. A szubsztitúció engedélyezett, de nem kötelező. Ha az orvos márkakészítményt ír fel, azt ki kell adni, hacsak az orvos és a beteg nem állapodik meg a generikummal való szubsztitúcióról. Ezzel kapcsolatban a Holland Gyógyszerész Szövetség speciális irányelvet dolgozott ki. A szubsztitúció aránya a holland gyógyszerárakban a fentiek ellenére csaknem 100%-os.

A *Holland Gyógyszerész Szövetség* („*Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie*“ – *KNMP*) a gyógyszerészek 90%-át képviseli. 5.200 tagja közül mintegy 2.900 tulajdonosként vagy alkalmazottként közgyógyszertárban, 600 kórházban, 300 az iparban, a többi egyéb területen dolgozik.

A gyógyszerkiadás szabályai

Hollandiában vényköteles gyógyszert csaknem kizárólagosan gyógyszertárakban szabad kiadni. A vidéki orvosok megfelelő feltételek mellett diszpenzációs joggal rendelkeznek. 2000 áprilisa óta a kórházak is működtethetnek ambuláns gyógyszertárakat. A modell nehézkesen indult, de ma már csaknem minden kórház rendelkezik ambuláns gyógyszertárral. A csak gyógyszertárakban és drogériákban árusítható OTC-gyógyszerek és készítmények mellett létezik egy teljesen szabadon árusítható szortiment. ***Jelenleg az OTC-gyógyszerek 80%-át a 4.000 drogériában és a 3.000 supermarketben is árusítják. A gyógyszerek internetes kereskedelme is engedélyezett, amely a vényköteles gyógyszerekre is kiterjed.***

Beszállítási szerződések a betegpénztárakkal az „ellátási alkuszkok” közreműködésével

2012-ben alapvető változások bevezetésére került sor. Az árakat teljesen liberalizálták. A gyógyszerészek elvben teljesen szabadon szabhatják meg az árakat. A gyógyszerárakról szóló törvényt és a térítési szabályokat azonban be kell tartaniuk. Ezenkívül a gyógyszerészeknek beszállítási szerződést kell kötniük a betegpénztárakkal. Ám mivel az egyes gyógyszerészek alig rendelkeznek mozgástérrel a betegbiztosítókkal való alku lebonyolítására, a nagykereskedők részéről, vagy azok támogatásával ún. „ellátási alkuszkok” (*zorgmakelaar*) léptek színre, akik tető alá hozzák a biztosítótársaságokkal való szerződéseket, vagy megkönnyítik a folyamatot.

A gyógyszertárak térítései drasztikusan csökkentek

A ***Gyógyszertári Statisztikák Alapítványa [Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) - Dutch Foundation for Pharmaceutical Statistics, 2017 ; <https://www.sfk.nl/english>]*** szerint a gyógyszertárak gyógyszerellátással összefüggő bevételei 2016-ban 4,3 milliárd EUR-t (az előző évhez viszonyítva +1,6%) tettek ki. A betegpénztárak terhére való térítések mértéke 2009. óta több mint egyötödével csökkent. Ez részben a költséges gyógyszereknek a kórházi költségvetési listára való áttolódásának tulajdonítható, még akkor is, ha ezek alkalmazására ambulánsan kerül sor. Ilyenek egyebek között a TNF-alfa gátlók.

A gyógyszertárak 70%-a gyógyszertári láncokban vagy kooperációkban működik

Az SFK adatai szerint Hollandiában 2016-ban 1.994 gyógyszertár működött. A vállalkozást nem kötik korlátozások. 1987. óta engedélyezett a gyógyszertárak többes tulajdona, 1999. óta pedig az „idegen” (nem gyógyszerész általi) tulajdon is. Jelenleg 604 officina gyógyszertár valamely gyógyszertárlánchoz, 805 franchise-hoz tartozik. 585 gyógyszertár ugyan formálisan önálló, de „ellátási alkuszkhoz” kötődik.

A láncban vagy franchise-ban működő gyógyszertárak aránya 2015-höz viszonyítva 77%-ról 71%-ra csökkent. Ez elsősorban annak tulajdonítható, hogy a *Brocacef* nagykereskedelmi csoport bekebelezte a *Mediq Apotheken Nederland BV*-t. A gyógyszertári piac legnagyobb szereplője a ***BENU***, amely 323 saját és 177 franchise-gyógyszertárral rendelkezik. Második helyen a *Mosadex* nagykereskedő áll 422 gyógyszertárral. Az *Alliance Healthcare* 205 (60 saját: *Boots*) és 145 franchise- („*Alphega*“) gyógyszertárral rendelkezik.

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 fél éves 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*-ben 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 konszern 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 preventív 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.

Új gyógyszertári törvény Olaszországban

DAZ.Online, 03.08.2017, 13:15

Forrás Internet-helye:

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/08/03/italien-bereitet-sich-auf-apothekenketten-vor/chapter:all>

Az olasz hivatalos közlönyben rövidesen közzéteszik az új gyógyszertári törvényt, amely teljesen felforgatja a gyógyszertári piacot. A törvényhozó két évig elhúzódó vitákat követően fogadta el a „konkurencia-törvényt”, amely megszünteti a gyógyszertárak idegen és többes tulajdonának tilalmát.

A törvény sarkalatos előírásai:

- A jövőben privát vállalkozások is vásárolhatnak és nyithatnak gyógyszertárat. Az egyes olasz tartományokban a gyógyszertárak nem több mint 20%-a lehet idegen tulajdonban, e felső határ betartását a versenyhatóság ellenőrizni fogja.
- A többes tulajdon tilalma teljesen megszűnik. Eddig minden gyógyszerész egy-egy tartományban legfeljebb négy telephellyel rendelkezhetett.
- A törvény pénzügyileg támogatja a vidéki gyógyszertárakat. A kevesebb mint 6.600 lakossal rendelkező településeken a gyógyszertárak bizonyos feltételek mellett 5.000 EUR egyszeri kifizetésre jogosultak.
- Olaszországban a gyógyszertárak nyitvatartási idejét szigorúan szabályozzák, de bizonyos esetekben kivételekre is lehetőség nyílik. Az új törvény szerint a gyógyszerészeknek előzetesen tájékoztatniuk kell konkurensüket és a biztosítót a szabálytól eltérő nyitvatartási időről.

Egyelőre nem várható, hogy a nagy gyógyszerkereskedelmi konszernek, mint a *Celesio* vagy a *Walgreens Boots Alliance* az elkövetkező hónapokban nagy sietve elkezdenének új telephelyeket nyitni. Ezt a 20%-os szabály is behatárolja. Olaszországban jelenleg 17.000 gyógyszertár működik, a lefedettség kedvező. Valószínűsíthető, hogy a konszernek nem érdekeltek a bonyolult pályázati eljárásban való részvételben és nem szívesen vállalnák új gyógyszertárak megnyitásának kockázatait. Olasz sajtójelentések szerint azonban már elkezdődött a létező és jól működő gyógyszertárak levadászását célzó kutakodás. Már több gyógyszerésznek feltették a kérdést, hogy beszállna-e egy gyógyszertárláncba. A gyógyszertári piacon nem kis aggodalmat váltottak ki egy felmérés eredményei, melyek szerint a gyógyszertár-tulajdonosok 43%-a örömmel fogadná az idegen tőkét.

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 gyógyszerertári rendszerrel rendelkezik. A gyógyszerertárok 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 gyógyszerertár jut, ami elmarad az európai átlagtól (31 gyógyszerertár/100.000 lakos). 2015 végén 1.340 közgyógyszerertár működött. A gyógyszerertáralapítást szigorúan szabályozzák. A gyógyszerészek maximum egy filiáléval rendelkezhetnek. Ezért országszerte mindössze 30 filiálé létezik. Új gyógyszerertár létesítése számos korlátozásba ütközik. Gyógyszerertárat 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 gyógyszerertári törvény a szükséglettervezés tekintetében a kizárás elvét követi. Új gyógyszerertár alapításának feltétele, hogy a gyógyszerész életvitelszerűen a településen lakjon. A két gyógyszerertár közötti távolság legalább 500 méter. A gyógyszerertárnak ellátási területén legalább 5.500 lakost kell ellátnia. Az elmúlt tíz év során Ausztriában „csak” 157 új gyógyszerertár nyílt.

Európában különleges esetnek számítanak az osztrák „házi gyógyszerertárok”. Egyes orvosok diszpenzációs joggal rendelkeznek, amelynek feltétele, hogy a legközelebbi gyógyszerertár 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 közgyógyszerertáraknak 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 gyógyszertári személyzet | 10.467 (93,7) |
| • gyógyszerészeti-kereskedelmi alkalmazottak, tanoncok | 6.689 |
| • egyéb alkalmazott és segédszemélyzet | 3.778 |
| Összesen 2014-ben | 16.114 (88,5) |

Forrás Internet-helye:

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

Svájcban rövidesen az OTC-készítmények többsége gyógyszertáron 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 gyógyszertári 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 tabletta“), valamint több megfázás elleni gyógyszerkombináció, amelyek pl. ephedrint és codeint tartalmaznak.

A gyógyszerhatóság közleménye szerint a 650 gyógyszer 90%-a szabad utat kap a gyógyszertáron 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 akkreditáltatniuk 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 akárcsak 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 gyógyszerkereskedelemről – 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, jöllehet 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 kezet 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 gyógyszerészi 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 gyógyszerügyi 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 gyógyszerügyi 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 gyógyszerész, 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.

Hollandia

DAZ.ONLINE - 18.10.2017, 07:00

Forrás Internet-helye:

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/10/18/fokus-auf-kerndaten-in-einem-deregulierten-markt/chapter:all>

Hollandia és Nagy-Britannia élenjáró szerepet tölt be az európai gyógyszertári piacon. A holland gyógyszerügyben deregulációra került sor. Ha egy gyógyszerész nem tartozik valamilyen gyógyszertárlánchoz, vagy franchise-hoz, ha nem rendelkezik „ellátási alkusszal”, esélye sincs a jövedelmező üzletre.

A holland egészségbiztosítás

A **Euro Health Consumer Index** szerint Hollandia egészségügyi rendszere 2016-ban világviszonylatban első helyen állt, az utóbbi tíz év során pedig mindig az első három között volt. Hollandiában kerekén tíz éve szűnt meg az állami (*Ziekenfonds*) és a privát egészségbiztosítás (*Particulier*) szigorú szétválasztása. Azóta a biztosítók privát gazdasági alapon működnek. A jelenlegi rendszer egy kötelező alapszolgáltatásból és egy privát kiegészítő biztosításból áll.

Maximális árak és rögzített támogatások

A gyógyszerellátás nagyobbik része az alapszolgáltatáshoz tartozik. Az engedélyezett gyógyszerek elvben téríthetők. Az egészségügyi minisztérium évente két alkalommal szabja meg a maximális árakat. Ebben a tekintetben Belgiumot, Németországot, Franciaországot és Nagy-Britanniát tekintik referenciaországnak. Az árak maximálása a gyári árak szintjén történik. Hasonló hatású gyógyszereknél rögzített támogatást alkalmaznak, magas költségű gyógyszereknél pedig egy elkülönített lista, ill. külön költségvetés létezik. A

nagykereskedelmi árreket nem rögzítik, azokat átengedik a piacnak. OTC-készítményeknél az árképzés a forgalmazás minden szintjén szabad.

A térített gyógyszerek piacán a generikumok aránya 74%

A generikumok mennyiségileg a szektor háromnegyedét, azonban a térített gyógyszerekre fordított kiadások mindössze 17%-át teszik ki. A szubsztitúció engedélyezett, de nem kötelező. Ha az orvos márkakészítményt ír fel, azt ki kell adni, hacsak az orvos és a beteg nem állapodik meg a generikummal való szubsztitúcióról. Ezzel kapcsolatban a Holland Gyógyszerész Szövetség speciális irányelvet dolgozott ki. A szubsztitúció aránya a holland gyógyszertárakban a fentiek ellenére csaknem 100%-os.

A Holland Gyógyszerész Szövetség („Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie“ – KNMP) a gyógyszerészek 90%-át képviseli. 5.200 tagja közül mintegy 2.900 tulajdonosként vagy alkalmazottként közgyógyszertárban, 600 kórházban, 300 az iparban, a többi egyéb területen dolgozik.

A gyógyszerkiadás szabályai

Hollandiában vényköteles gyógyszert csaknem kizárólagosan gyógyszertárakban szabad kiadni. A vidéki orvosok megfelelő feltételek mellett diszpenzációs joggal rendelkeznek. 2000 áprilisa óta a kórházak is működtethetnek ambuláns gyógyszertárakat. A modell nehézkesen indult, de ma már csaknem minden kórház rendelkezik ambuláns gyógyszertárral. A csak gyógyszertárakban és drogériákban árusítható OTC-gyógyszerek és készítmények mellett létezik egy teljesen szabadon árusítható szortiment. ***Jelenleg az OTC-gyógyszerek 80%-át a 4.000 drogériában és a 3.000 supermarketben is árusítják. A gyógyszerek internetes kereskedelme is engedélyezett, amely a vényköteles gyógyszerekre is kiterjed.***

Beszállítási szerződések a betegpénztárakkal az „ellátási alkuszok” közreműködésével

2012-ben alapvető változások bevezetésére került sor. Az árakat teljesen liberalizálták. A gyógyszerészek elvben teljesen szabadon szabhatják meg az árakat. A gyógyszerárakról szóló törvényt és a térítési szabályokat azonban be kell tartaniuk. Ezenkívül a gyógyszerészeknek beszállítási szerződést kell kötniük a betegpénztárakkal. Ám mivel az egyes gyógyszerészek alig rendelkeznek mozgástérrel a betegbiztosítókkal való alku lebonyolítására, a nagykereskedők részéről, vagy azok támogatásával ún. „ellátási alkuszok” (*zorgmakelaar*) léptek színre, akik tető alá hozzák a biztosítótársaságokkal való szerződéseket, vagy megkönnyítik a folyamatot.

A gyógyszertárak térítései drasztikusan csökkentek

A Gyógyszertári Statisztikák Alapítványa [Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) - Dutch Foundation for Pharmaceutical Statistics, 2017 ; <https://www.sfk.nl/english>] szerint a gyógyszertárak gyógyszerellátással összefüggő bevételei 2016-ban 4,3 milliárd EUR-t (az előző évhez viszonyítva

+1,6%) tettek ki. A betegpénztárak terhére való térítések mértéke 2009. óta több mint egyötödével csökkent. Ez részben a költséges gyógyszereknek a kórházi költségvetési listára való áttolódásának tulajdonítható, még akkor is, ha ezek alkalmazására ambulánsan kerül sor. Ilyenek egyebek között a TNF-alfa gátlók.

A gyógyszertárak 70%-a gyógyszertári láncokban vagy kooperációkban működik

Az SFK adatai szerint Hollandiában 2016-ban 1.994 gyógyszertár működött. A vállalkozást nem kötik korlátozások. 1987. óta engedélyezett a gyógyszertárak többes tulajdona, 1999. óta pedig az „idegen” (nem gyógyszerész általi) tulajdon is. Jelenleg 604 officina gyógyszertár valamely gyógyszertárlánchoz, 805 franchise-hoz tartozik. 585 gyógyszertár ugyan formálisan önálló, de „ellátási alkuszhoz” kötődik.

A láncban vagy franchise-ban működő gyógyszertárak aránya 2015-höz viszonyítva 77%-ról 71%-ra csökkent. Ez elsősorban annak tulajdonítható, hogy a *Brocacef* nagykereskedelmi csoport bekebelezte a *Mediq Apotheken Nederland BV*-t. A gyógyszertári piac legnagyobb szereplője a **BENU**, amely 323 saját és 177 franchise-gyógyszertárral rendelkezik. Második helyen a *Mosadex* nagykereskedő áll 422 gyógyszertárral. Az *Alliance Healthcare* 205 (60 saját: *Boots*) és 145 franchise- („*Alphega*“) gyógyszertárral rendelkezik.

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

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Hivatásrend

- Az orvosok regionális eloszlása egyes OECD-országokban (2-3. rész)

Népegészségügy

- Német Alkoholatlasz 2017 (2. rész): Alkoholfogyasztás Európában

Svájc

- Autonómia és kapcsolat. Konferenciakötet
- Az időskorúak részére nyújtott átmeneti struktúrák kínálata és igénybevétele (*Obsan Dossier 52*)
- A nem fertőző betegségek indikátorai Svájcban
- *Swiss Personalized Health Network (SAMW)*

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 csúcjévedelmek (IMK Report)

Rövidhírek (aleatorikusan):

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