

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle 2018. 13. sz. (Lapzárta: 2018. május 21.)

Népegészségügy

- Jelentés a sürgősségi osztályokon bekövetkezett nozokomiális fertőzésekről Európában (ECDC)
- Az ECDC tudósítása az első gyógyszer-rezisztens gonorrhea-esetekről
- Életveszélyes fertőzések a gyermekek körében Európában (EUCLIDS.projekt)
- Gyermekhalálozás Angliában és Svédországban
- Vitatott amerikai tanulmány a mértékletes alkoholfogyasztás egészségre gyakorolt hatásairól
- *Eurovision Song Contest*: Fesztivál, buli, lelki egészség

Hollandia

- A holland egészségbiztosítás alakulása 2006. óta. A reform hatásainak elemzése (2. rész): A reform célkitűzései; az egészségügyi kiadások finanszírozása

Svájc

- A svájci egészségügy évkönyve 2018 – *Gesundheitswesen Schweiz 2018 (Interpharma)* (4. rész): Egészségbiztosítás, gyógyszer
- A svájci kormány költségcsökkentési intézkedéscsomagja

Gyógyszertárak

- Az osztrák versenyhivatal jelentése a gyógyszertári piac helyzetéről
- Egészségfejlesztés a gyógyszertárakban
- Belgiumban stabilizálják a téríthető gyógyszerek gyógyszertári árását
- HIV/AIDS gyorseszt a gyógyszertárakban

Praxishírek

- Vita a háziorvosi ellátások korlátozásáról Nagy-Britanniában
- Jelentés az individuális egészségügyi szolgáltatásokról – *IGeL-Report 2018*

Personalia

- Peter Hacker, Bécs egészségügyi, ápolási és szociális minisztere

Melléklet

- A svájci egészségügy évkönyve 2018 – *Gesundheitswesen Schweiz 2018 (Interpharma)* – egységes szerkezetben
- A gyógyszertári piac helyzete Európában – harmadik frissítés

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

**Jelentés a sürgősségi osztályokon bekövetkezett
nozokomiális fertőzésekről Európában**

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 4 May 2018 (11 p.)

Kulcsszavak: népegészségügy, nozokomiális fertőzések, antibiotikum-rezisztencia, ECDC, Európa

Forrás Internet-helye: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/healthcare-associated-infections-acquired-intensive-care-units-annual-0> ;
https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2016-HAI.pdf

Az *Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC)* jelentése szerint az intenzív osztályon kezelt betegek alapbetegségük, valamint a katéterek és lélegeztetőkészülékek gyakori használata miatt fokozott fertőzési kockázatnak vannak kitéve. 2016-ban az intenzív osztályokon több mint két napig kezelt betegek 8,4%-a kapott nozokomiális fertőzést.

Az európai kórházak az utóbbi években egyre nagyobb készséget tanúsítanak az *Európai Surveillance Rendszer*-ben (*The European Surveillance System – TESSy*) való részvétel iránt. 2016-ban 15 ország 1.159 intenzív osztálya szolgáltatott adatot az ott fellépett nozokomiális fertőzésekről (2008-ban: 13 ország, 897 intenzív osztály).

A leggyakrabban fellépő nozokomiális fertőzés a tüdőgyulladás: az intenzív osztályon több mint két napig kezelt betegek 4%-a betegedik meg tüdőgyulladásban. A tüdőgyulladások 97%-a intubált betegeknél fordul elő. Az incidencia Skóciában 2,8 eset / 100.000 intubációs nap, Lengyelországban 17,8 eset / 100.000 intubációs nap. A tüdőgyulladások leggyakoribb kiváltói: pseudomonas aeruginosa, staphylococcus aureus, klebsiella spp., escherichia coli.

Második helyen a vérkeringési fertőzések (baktériémiák) állnak: ezek az intenzív osztályon több mint két napig kezelt betegek 3,7%-ánál lépnek fel. A fertőzési góc többnyire pulmonális (41,8%), gasztrointesztinális (20,8%), húgyúti (18,7%), vagy műtéti seb miatti (4,1%). Eltérések a baktériémiák között az európai országokban: Luxemburgban és Litvániában 1,4 eset / 1.000 kórházi nap, Lengyelországban 6,4 eset / 1.000 kórházi nap. A leggyakoribb kórokozók: koaguláz-negatív staphylococcusok, enterococcus spp., klebsiella spp., staphylococcus aureus.

Az intenzív osztályokon szerzett fertőzéseknél leggyakrabban kialakuló rezisztenciák: oxacillin-rezisztencia (MRSA) a s-aureus-izolátumok 29,9%-ánál, vancomycin-rezisztencia az enterococcus-spp.-izolátumok 7,3%-ánál, ceftazidim-rezisztencia a p.-aeruginosa-izolátumok 23,0%-ánál, harmadik generációs cephalosporinokkal szembeni rezisztencia az e.-coli-izolátumok 18,1%-ánál, a klebsiella-spp.-izolátumok 37,8%-ánál és az enterobacter-spp.-izolátumok 32,1%-ánál. Karbanepem-rezisztenciát állapítottak meg a klebsiella spp. 10,7%-ánál, az e.-coli-izolátumok 0,8%-ánál, az enterobacter-spp.-izolátumok 2,6%-ánál, a p.-aeruginosa-izolátumok 26,4%-ánál és az acinetobacter-baumannii-izolátumok 66,1%-ánál.

Az ECDC tudósítása az első gyógyszer-rezisztens gonorrhea-esetekről
European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC, 7 May 2018

Kulcsszavak: népegészségügy, gyógyszer-rezisztencia, gonorrhea, ECDC, Egyesült Királyság, Ausztrália

Forrás Internet-helye: <https://ecdc.europa.eu/en/news-events/ecdc-first-detected-cases-extensively-drug-resistant-gonorrhoea-threaten-future> ;
<https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-extensively-drug-resistant-xdr-neisseria-gonorrhoeae-united> ;

Rapid Risk Assessment: Extensively drug-resistant (XDR) Neisseria gonorrhoeae in the United Kingdom and Australia 7 May 2018 (11 p.):

<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/RRA-Gonorrhoea%2C%20Antimicrobial%20resistance-United%20Kingdom%2C%20Australia.pdf>

Az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC) tudósítása szerint világviszonylatban megjelentek az első gyógyszerrel szemben rezisztens (XDR) gonorrhea-esetek.

A ceftriaxonnal szemben rezisztens és azitromicinnel szemben magasfokú rezisztenciával rendelkező gonorreával való fertőződés első három esetét februárban, ill. márciusban az Egyesült Királyságból (n=1) és Ausztráliából (n=2) jelentették. Ezek közül kettő külföldi utazással függött össze, a gonorrhea behurcolására Dél-Kelet-Ázsiából került sor.

Az ECDC gyors kockázatelemzése során megállapították, hogy a bejelentett esetek külföldi utazással függenek össze, a kiutazókat tehát rutinszerűen el kell látni a biztonságos szexuális érintkezésre vonatkozó információkkal.

A kórházaknak számolniuk kell a ceftriaxonnal és azitromicinnel szemben rezisztens további esetek lehetőségével és gondoskodniuk kell arról, hogy az összes diagnosztizált esetről végezzék el a szükséges teszteket, a feltételezett vagy kimutatott pozitív mintákat továbbítaniuk kell kultiváció és antimikrobiális érzékenység meghatározása céljából. Különös figyelmet kell tulajdonítani a garati fertőzés felismerésének és kezelésének, mivel ez nehezebben kezelhető, mint az urogenitális fertőzés.

Az ECDC szerint ezek az esetek a megbetegedés elleni új antibiotikumok kifejlesztésének szükségességét bizonyítják.

Életveszélyes fertőzések a gyermekek körében Európában (EUCLIDS-projekt)

The Lancet. Child&Adolescence Health, Published: 27 April 2018

Kulcsszavak: népegészségügy, gyermekegészségügy, fertőzések, gyermekhalálozás, EUCLIDS-projekt, Európa

Forrás Internet-helye:

[https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(18\)30113-5/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(18)30113-5/abstract)
[https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(18\)30113-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(18)30113-5/fulltext)

A négy hetes és 18 hónapos közötti gyermekek körében a központi idegrendszer összeomlásával járó súlyos szepszis (43%) és a nem szisztémás fertőzések (57%) a kórházi kezelést igénylő legjelentősebb fertőzések. Jelenleg az oltásokkal megelőzhető leggyakoribb kórokozók: a neisseria meningitidis, a staphylococcus aureus, a streptococcus pneumoniae és az A csoportú streptococcusok.

A csecsemők és öt év alatti gyermekek körében a legfontosabb halálokat Európában is a fertőzések képezik. Az **EUCLIDS-projekt** keretében hat európai országban a klinikai szimptomatika, valamint a kórházban kezelt fertőzések mennyiségi és minőségi elemzésére került sor.

Design

- prospektív nemzetközi kohorszvizsgálat 2.844 (egy hónap és három év közötti) gyermek részvételével, akik fertőzés miatt kórházi kezelésben részesültek
- 98 kórház részvételével, 6 európai országban (Nagy-Britannia, Ausztria, Litvánia, Németország, Spanyolország, Hollandia)
- Kutatás időtartama: 2012 július – 2015 december

Eredmények

A betegek 93,4%-a súlyos károsodások (pl. halláskárosodás) nélkül túlélte a betegséget. A 2.844 gyermek közül 2.469 esetében hosszútávú follow-up-adatok is rendelkezésre álltak. Ezek szerint 2,3% (n = 57) belehalt a fertőzésbe: 50 szepszisben, 7 nem vérkeringési fertőzésben halt meg A résztvevők 47,8%-ánál rendelkezésre álltak a mikrobiológiai vizsgálat eredményei. A halálos kimenetelű fertőzés leggyakoribb okai: neisseria meningitidis (a halálesetek 22,8%-a), staphylococcus aureus (10,5%), streptococcus pneumoniae (19,3%) és A csoportú streptococcusok.

A szepszis vagy súlyos lokális fertőzés miatti csecsemő- és gyermekhalálozás rátája Európában általában alacsony (2,2%). A szerzők szerint a helyzetet elsősorban oltásokkal lehetne javítani, mivel a megbetegedések egy része oltással megelőzhető kórokozónak tulajdonítható.

Gyermekhalálozás Angliában és Svédországban

The Lancet (2018; doi: 10.1016/S0140-6736(18)30670-6), Published: 03 May 2018

Kulcsszavak: népegészségügy, gyermekegészségügy, gyermekhalálozás, Anglia, Svédország

Forrás Internet-helye: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30670-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30670-6/fulltext)

Ania Zylbersztejn (Institute of Child Health, London) és mt. tanulmánya szerint Angliában az öt éven aluli gyermekek körében a halálesetek másfélszer gyakrabban fordulnak elő, mint Svédországban.

A két ország közötti különbség annak tulajdonítható, hogy Angliában a gyermekek tipikusan alacsonyabb testsúllyal születnek, a szülésre korábban kerül sor és több a veleszületett rendellenesség, mint Svédországban.

A tanulmány az angol *National Health Service* és a svéd egészségügyi szolgálat adatainak felhasználásával összehasonlította a 2003 és 2012 közötti szülések helyzetét és elemezte az öt éven aluli gyermekek halálozását. Az összehasonlító vizsgálat 3,9 millió angliai szülésre, ezek között 11.392 halálesetre, egymillió svédországi szülésre és 1.927 halálestre terjedt ki.

A két napos és négy éves életkor közötti gyermekek halálozási rátája Angliában másfélszer magasabb volt mint Svédországban. Angliában 10.000 gyermekre 29, Svédországban 10.000 gyermekre 19 haláleset jutott.

Mivel a két ország gazdasági fejlettségi szintje hasonló, a kutatók úgy vélik, hogy az Egyesült Királyságban is elérhető lenne a svédországihoz hasonló alacsonyabb halálozási ráta. A jóléti és egészségi egyenlőtlenségek azonban az Egyesült Királyságban az anyák terhesség idején való rosszabb egészségi állapotával járnak, ami több koraszülést és születéskor való alacsonyabb testsúlyt eredményez.

A kutatók szerint a jóléti különbségek a nyugati országok körében az Egyesült Királyságban a legnagyobbak. 2003-2005. között a brit lakosság legsúlyosabban hátrányos helyzetben levő 20%-a hétszer alacsonyabb jövedelemmel rendelkezett, mint a legvagyonosabb 20%, miközben Svédországban a különbség csak négyszeres.

A tanulmány következtetései szerint a különbségek a gyermekhalálozás tekintetében rendszerszintűek és túlmutatnak az egészségügyi szolgálatok hatókörén. Svédországban az utóbbi 50 év során bevezetett jóléti programok gazdasági biztonsági hálót képeznek, nyitott és elérhető képzési rendszert nyújtanak a családok számára, beleértve a korai gyermekkori gondozást, a népegészségügy és az életstílus kérdéseit, mint az elhízás, a dohányzás és az alkoholfogyasztás.

**Vitatott amerikai tanulmány a mértékletes alkoholfogyasztás
egészségre gyakorolt hatásairól**

The New York Times, May 17 2018

Kulcsszavak: népegészségügy, alkohol, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye: <https://mobile.nytimes.com/2018/05/17/health/nih-alcohol-study.html>

A „*National Institutes of Health*“, az amerikai egészségügyi minisztérium egyik háttérintézménye vizsgálatot indított a mértékletes alkoholfogyasztás egészségi hatásairól szóló tanulmány ügyében. Felmerült ugyanis a gyanú, hogy az intézet munkatársai pénzügyi támogatást kértek és kaptak szeszipari cégektől a kutatáshoz és ezzel törvényszegést követtek el. Alkoholtartalmú italokat gyártó cégek 67 millió USD-vel járultak hozzá a 100 milliós projekthez.

Évek óta vitatéma, hogy mennyiben károsítja az egészséget a mértékletes alkoholfogyasztás és hol vonható meg annak alsó határa. Egyesek szerint a mérsékelt vörösborfogyasztás, a feketecskokoládéhoz hasonlóan jótékony hatást gyakorolhat a szívre és az erekre. Ám más tudományos bizonyítékok ellentmondanak ennek a feltevésnek. Az amerikai „*National Institutes of Health*“ nemzetközi kutatásba kezdett, amelyben 16 amerikai, európai, afrikai és dél-amerikai kórház 8.000 legalább 50 éves betege vett részt. A vizsgálat célja annak megállapítása lett volna, hogy a mértékletes alkoholfogyasztás hozzájárul-e a szívinfarktus, a stroke és a kognitív teljesítmény csökkenésének megelőzéséhez. A „*The New York Times*“ már egy éve jelezte, hogy a rendkívül költséges vizsgálat költségeit túlnyomórészt néhány nagy alkoholipari cég (*Anheuser-Busch InBev, Heineken, Diageo, Pernod Ricard, Carlsberg*) finanszírozza. Ezek mintegy 67 millió USD-t fizettek be egy alapítványba, amely a „*National Institutes of Health*“ részére gyűjt pénzt. A kutatásvezetők és a cégek természetesen tagadták, hogy ez a pénz befolyást gyakorolna a tanulmány koncepciójára és eredményeire. Az amerikai napilap azonban már idén márciusban arról tudósított, hogy 2013-ban és 2014-ben a kutatók és az intézet képviselői a pénzügyi támogatásról tárgyaltak az alkoholipari cégek vezetőivel. E megbeszélések során a kutatók előrebocsátották a pozitív eredményeket, amelyekkel pénzügyi támogatásra sarkallták az intézet munkatársait. Ez az eljárás vélelmezhetően sérti a hatályos jogszabályokat. Az intézet ezért néhány napja leállította a kutatást és vizsgálatot rendelt el, amelynek eredményeit jövő hónapban hozzák nyilvánosságra.

Kulcsszavak: népegészségügy, lelki egészség, életelégedettség, öngyilkosság, Eurovision Song Contest, Európa

Forrás Internet-helye:

<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5497-3>

Már több vizsgálat kimutatta, hogy nagy fesztiválok, kulturális és sportesemények hatást gyakorolnak a lelki egészségre, egyebek között befolyásolják az öngyilkosságok és a szívinfarktusok rátáját.

Dr. Filippos T. Filippidis és Dr. Anthony A. Laverty (Department of Primary Care and Public Health, School of Public Health, Imperial College London, London,) tanulmánya a *Eurovision Song Contest* és az egészségügyi paraméterek, az életelégedettség közötti összefüggéssel foglalkozott.

Design

A kutatók az *Eurobarométer* életelégedettségre vonatkozó adatait (N = 162.773), valamint az öngyilkossággal összefüggő halálozási rátát értékelték 33 európai országban a 2009 és 2015 közötti időszakban.

Eredmények

A kutatók számításai nem mutattak ki szignifikáns összefüggést az *Eurovíziós Dalfesztivál* megnyerése és az életelégedettség, valamint az öngyilkossági ráta növekedése között. Ám minden tíz hellyel való jobb helyezés valamivel nagyobb életelégedettséggel és alacsonyabb öngyilkossági rátával társult. Különösen figyelemreméltó, hogy a versenyben való gyalázatos szereplés is nagyobb életelégedettséggel járt, mint a távolmaradás.

Értékelés

A tanulmány eredményei alapján véve megerősítik az ősi elvet: „cirkuszt és kenyeret”. Az már nyilván kétséges, hogy az ilyesfajta nagy rendezvények valóban az akkorihoz hasonló politikai funkciót töltenének be. Abban konszenzus áll fenn, hogy az eredmények inkább a versenyben való részvétel mellett, mintsem az ellen szólnak. Még abban az esetben is, ha a többnyire sikertelen országokban, mint Nagy-Britannia, már az *euróvíziós brexit* gondolata is felmerült (az idej helyezés miatt pedig előreláthatóan ismét napirendre kerül). [N. B. *SuRie a 24. helyen végzett. – a szerk.*]

Finanszírozás: Állami intézmények, vállalkozások, non-profit szervezetek.

*Christine Arentz: A holland egészségbiztosítás alakulása 2006. óta.
A reform hatásainak elemzése (2. rész):
A reform célkitűzései; az egészségügyi kiadások finanszírozása*
WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln, März 2018 (36 p.)

Kulcsszavak: egészségbiztosítás, Hollandia

Forrás Internet-helye: <http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/die-krankenversicherung-in-den-niederlanden-seit-2006.html>

4. A holland egészségbiztosítás (Zvw) alakulása 2006. óta

A 2006-ban bevezetett új törvénycsomag megteremtette az egységes egészségbiztosítási piacot. Ezt a privát egészségbiztosítás finanszírozásának módja is megkönnyítette, mivel ez Hollandiában nem tartalmaz időskori betegellátást célzó előtakarékoságot. Az eddigi egészségbiztosítás versenyelemei, mint a biztosító szabad megválasztása és a szelektív szerződések, az új rendszerben is fennmaradtak.

A holland egészségbiztosítás a reformot követően több pilléren alapult: egészségbiztosítás (*Zorgverzekeringswet – Zvw*) az alapellátás, az egy évnél rövidebb kórházi ellátás területén, a kötelező ápolás és tartós ellátási biztosítás krónikus megbetegedések esetén (*AWBZ*), tartós ápolás és egy évet meghaladó kórházi ellátás területén, továbbá önkéntes kiegészítő biztosítások, kiegészítő tarifák az alapvédelem céljából, elsősorban a fogászat és a fizioterápia területén. 2007. óta az ápolásra szorulóknak és inklúziós nehézségekkel küszködők szociális segélyeit az önkormányzatok finanszírozzák (*WMO-törvények*).

2015-ben reformálták az ápolásról és tartós ápolás biztosításáról szóló törvényt (*AWBZ*). A biztosítás fókuszja most már a tartós ápolásra, az éjjel-nappali otthoni, vagy ápolási otthonban való ápolásra esik. Az ambuláns ápolást áthárították az egészségbiztosításra, miközben a háztartásban nyújtott segítség és az inklúziós nehézségekkel küszködők szociális segélyeit továbbra is az önkormányzatok viselik. A mentális zavarokban szenvedő és családi nehézségekkel küszködő fiatalok gondozását ugyancsak külön törvény szabályozza, az is az önkormányzatokra hárul. Ezeket a szolgáltatásokat is adóforrásokból finanszírozzák.

4. 1. Az egészségbiztosítás reformjának célkitűzései

- **Szolidaritás:** Minden polgár egy egységes rendszer keretében azonos feltételek mellett rendelkezik biztosítással, az egészségügyi ellátás hosszútávon jövedelmétől függetlenül minden biztosított rendelkezésére áll.
- **Verseny általi hatékonyság:** A biztosítók szabad megválasztása és a biztosítók szélesebb mozgástere arra ösztönzi a biztosítókat és szolgáltatókat, hogy kedvező körülmények között, magasabb szintű szolgáltatásokat biztosítsanak.
- **Saját felelősség:** A költség hozzájárulások a szolgáltatások felelősségteljes igénybevételére készítetik a biztosítottakat.
- **Költségcsökkentés:** A versenyre és saját felelősségre irányuló intézkedések összességében garantálják az egészségügyi költségcsökkenést és a hosszútávú finanszírozhatóságot célozzák.
- **Kevesebb állam**

4. 3. Az egészségügyi kiadások finanszírozása

Az egészségügyi kiadások finanszírozása az egészségbiztosítás keretében átalánydíjak, költség hozzájárulások, jövedelemarányos járulékok és adóforrások elegyéből származik. 2017-ben a jövedelemarányos járulék 6,65%, a járulékszámítás felső határa 53.701 EUR volt. A járulékok kivetése minden jövedelemtípusra kiterjed, azokat a pénzügyi hatóság hajtja be. A járulékokat innen átutalják az egészségbiztosítási alap részére, amely a strukturális kockázatkiegyenlítést is finanszírozza. A jövedelemarányos járulékok állami kiszabására oly módon kerül sor, hogy azok a kiadások 50%-át fedezzék.

A biztosítottaknak a jövedelemarányos járulékok mellett bizonyos átalánydíjjal is hozzá kell járulniuk a költségfedezethez, amit direkt a biztosítókhoz kell befizetniük. 2017-ben az átalánydíj átlagosan 1.353 EUR-t tett ki. A nem fizetők aránya a biztosítóknál 2010. óta az összes biztosított 2%-a volt, 2016-ban valamelyest csökkent (1,8%). Akik nem tudják kifizetni az átalánydíjat, adókból finanszírozott támogatásban részesülnek.

Az évente fizetendő költség hozzájárulás összege 2017-ben 385 EUR volt. Ezt csak a felnőtteknek kell kifizetniük. A költség hozzájárulás alól kivételt

képeznek még: a háziorvosi, terhességi és anyasági szolgáltatások, az integrált ellátás és az ambuláns ápolás. A biztosítottak járuléksökkentés céljából magasabb költség hozzájárulás mellett dönthetnek.

Adóforrások az egészségbiztosítási rendszer finanszírozásában: 18 éven aluliak ellátása járulégmentes, bizonyos jövedelemhatárokat el nem érő háztartások (2018-ben egyedülállóknál évente 27.857 EUR, házaspároknál 35.116 EUR) szociális kompenzációban részesülnek. 2014-ben a privat háztartások fele részesült adókból finanszírozott szociális kompenzációban.

Adóforrások az ápolás területén: ápolási segítségnyújtás finanszírozása, inklúziós nehézségekkel küszködők részére nyújtott szociális segélyek, fiatalok lelki egészségének támogatása. Ezeket a szolgáltatásokat az önkormányzatok biztosítják. Az ápolásbiztosítás finanszírozása jövedelemarányos járulékokból történik, amelyeket ugyancsak a pénzügyi hatóság hajt be, majd továbbítja az ápolásbiztosítási alap részére. Az ápolásbiztosítás az egész lakosság számára kötelező. 2017-ben a járulék 9,65%, a járulékszámítás felső határa 33.791 EUR volt.

Az ápolásra szorulókról is jövedelemfüggő költség hozzájárulás behajtására kerül sor. Éjjel-nappali otthoni, vagy intézményi ellátás esetén az első hat hónap során ez havi 842,80 EUR-t tesz ki, a minimális összeg havi 160,60 EUR. Hat hónap elteltével a fizetendő maximális összeg, a jövedelemtől és vagyontól függő járulék havi 2.312,60 EUR-ra emelkedik.

Egy átlagos felnőtt egészségügyi kiadásokra fordított megterhelése a következő: Az egy felnőttre évente jutó 5.348 EUR összegű kiadásból átlagosan 1.345 EUR az egészségügyi rendszerbe befolyó adókra jut. Egy felnőtt átlagosan 367 EUR költség hozzájárulást, 1.241 EUR egészségbiztosítási átalánydíjat, 1.596 EUR jövedelemarányos járulékot és 1.122 EUR ápolásbiztosítási járulékot fizet be.

Az egyes tételek százalékos megoszlása az adóforrások kiemelkedő szerepét tükrözi. Ezek egy átlagos holland felnőtt egészségügyi kiadásainak egynegyedét teszik ki. 30% a jövedelemarányos járulékokra, 23,8% az átalánydíjakra jut. A kötelező költség hozzájárulás a felnőttek megterhelésének 7%-át teszik ki, ezzel szemben az átalánydíjak a szociális kompenzációval 6%-kal csökkennek.

*A svájci egészségügy évkönyve 2018 –
Gesundheitswesen Schweiz. Ausgabe 2018 (4.rész):
Egészségbiztosítás, gyógyszer
Interpharma Basel, 2018 (46 p.)*

Kulcsszavak: egészségügy, egészségbiztosítás, gyógyszer, költségek Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://www.interpharma.ch/2365-gesundheitswesen-schweiz-2018>

Kötelező egészségbiztosítás

A biztosítótársaságok száma csökken

A biztosítótársaságok száma 2015-ben az előző évekhez hasonlóan csökkent. Összesen 64 egészségbiztosítási társaság működött, amelyek közül 58 nyújtott szolgáltatásokat a kötelező egészségbiztosítás körében. Ugyanennyi biztosítótársaság szolgáltatási katalógusa tartalmazott önkéntes napidíj-biztosítást. Az utóbbi években a kevesebb mint 5.000 taggal rendelkező biztosítók csoportja szenvedte el a legnagyobb csökkenést. Az ágazatban a koncentrációs folyamat a kevesebb és nagyobb biztosítók irányában hat.

Különböző biztosítók egyre inkább csoportokba vagy közös ernyő alá tömörülnek. A Szövetségi Egészségügyi Hivatal statisztikája azonban a tagpénztárakat jogilag önálló vállalkozásokként regisztrálja. Egy-egy csoporton belül a vállalkozások abban különböznek, hogy mindig különböző szerződéseket kínálnak fel a fiatalabb és idősebb biztosítottak számára.

A kötelező egészségbiztosítás negatív eredményt ért el

A kötelező egészségbiztosítás 2015-ben 607 millió EUR veszteséget szenvedett, miközben előző évben még 296 millió CHF nyereséget ért el.

A biztosítóknak a törvény szerint folyamatosan tartalékkal kell rendelkezniük. A tartalékok éves változása a teljes üzemi eredményéhez hasonlóan alakul, mivel a kötelező biztosítás a biztosítók semmiféle nyereségét nem hagyhatja kárba veszni. 2012. óta a szükséges tartalékokat a bekövetkezett kockázatoktól függően, nem a biztosított állománytól és a befizetendő díjaktól függően határozzák meg. A tartalékok 2015-ben 6,1 milliárd CHF-et tettek ki, ami nagyjából három biztosítási hónap szolgáltatásainak felel meg.

Erőteljesen növekedett az alternatív biztosítók száma

2015-ben első alkalommal fordult elő, hogy a felnőttek kevesebb mint 20%-a választotta a 300 CHF összegű rendes franchise-t. Az előző évhez viszonyítva, azok aránya, akik önkéntesen az 500 és 2.500 CHF közötti magasabb franchise mellett döntöttek, több mint egy százalékponttal (16,5%-ra) csökkent. Leggyakrabban még mindig a legalacsonyabb, 500 CHF összegű franchise-t választották. Azon biztosítottak aránya, akik a 2.500 CHF összegű maximális franchise-t választották, az utóbbi években enyhén csökkent.

Ezzel szemben az alternatív biztosítási modellek egyre népszerűbbek. 2006-ban minden hetedik biztosított, 2011-ben pedig már a biztosítottak fele egy ilyen biztosítási forma mellett döntött. Az előző évhez viszonyítva arányuk 2015-ben ismét növekedett. Másrészt a választható franchise-t tartalmazó modellek száma 2005. óta erőteljesen csökkent, miközben a biztosítottak többsége az alternatív biztosítási modellek keretében ugyancsak magasabb franchise mellett döntött. Elsősorban a háziorvosi és a telemedicina modellek örvendenek nagy népszerűségnek. A háziorvosi modell keretében a biztosított kötelezettséget vállal arra, hogy első alkalommal mindig háziorvosát keresse fel. A telemedicina modellek pedig minden egyes orvoslátogatást megelőzően egy telefonos orvosi tanácsadást feltételeznek. „Egészségmegőrző szervezeteknél” (*Health Maintenance Organization – HMO*) a betegek első alkalommal minden esetben egy HMO-praxisban működő orvoshoz fordulnak. A HMO-praxisok átfogó betegellátást nyújtanak és ennek fejében átalánytérítésben részesülnek a biztosítók részéről. A bónusz-rendszer szerint azok a betegek, akik egy adott évben nem vettek igénybe szolgáltatást, díjcsökkentésben részesülnek.

A gyógyszerköltségek aránya stabil

2015-ben az előző évekhez hasonlóan a kötelező egészségbiztosítás bruttó szolgáltatásainak legnagyobb része az ambuláns ellátásra jutott. Ez a szolgáltatások összességének 50,5%-át tette ki. A kórházakban és ápolási otthonokban nyújtott fekvőbeteg szolgáltatásokra a kiadások 29,0%-a, gyógyszerellátásra 20,5%-a jutott. A gyógyszerek aránya 2014-hez viszonyítva 0,1 százalékponttal csökkent. A fekvőbeteg kórházi ellátásokra fordított kiadások 2014-hez viszonyítva 2,6%-kal, az ambuláns ellátásokra fordítottaké 6,5%-kal növekedtek. A kötelező egészségbiztosítás összköltségei 2015-ben 5,2%-kal növekedtek.

A gyógyszerpiac népgazdasági jelentősége

Növekedett az engedélyezett gyógyszerek száma

A Svájcban árusítható, vagy export céljára szánt gyógyszerek engedélyezése a **Svájci Gyógyszerészeti Intézet (Swissmedic)** hatáskörébe tartozik. 2016-ban 42 új hatóanyagot tartalmazó humángyógyszer engedélyezésére került sor.

2016-ban a *Swissmedic* által engedélyezett gyógyszerek száma az előző évhez viszonyítva 1,3%-kal, a humán- és állatgyógyszerek száma összesen 8.417-re növekedett. Hosszabb távon tekintve az engedélyezések száma erőteljesen csökkent. Az 1990-ben engedélyezett gyógyszerek száma 10.119 egységet tett ki, 1.700 egységgel többet mint ma.

A *Swissmedic* általi engedélyezés költség-kockázat elemzésen alapul és egyben a gyógyszerkiadás szabályait is meghatározza. 2016-ban az összes engedélyezett gyógyszer 67%-a tartozott a (vényköteles) A és B kategóriába.

2016-ban a gyógyszerpiac volumene az új, innovatív gyógyszereknek köszönhetően növekedett

A svájci gyógyszerpiac volumene 2016-ban az előző évhez viszonyítva 4,6%-kal, 5,6 milliárd CHF-re növekedett, ami az előző évhez viszonyítva enyhe növekedést jelent. A növekedés elsősorban az új, innovatív rákellenes, valamint autoimmun megbetegedések (sclerosis multiplex) elleni gyógyszerek bevezetésének tulajdonítható. E gyógyszercsoport növekedése az antivirális szerekkel együtt a teljes piaci növekedés felét teszi ki. Az eladott dobozok száma 0,3%-kal, 188 millió egységre növekedett.

A betegpénztárak által térített gyógyszerek piaca erőteljesen növekedett

2016-ban a betegpénztárak által térített gyógyszerek aránya gyári árakon a teljes gyógyszerforgalom 83,8%-át tette ki (4.689 millió CHF). Ez a piaci szegmens az előző évhez viszonyítva 5,5%-kal, a teljes gyógyszerpiacnál (4,6%) erőteljesebben növekedett.

A gyógyszeripar az export hajtóereje

Az eurozóna 2016-ban is fennálló válsága ellenére a svájci gyógyszeripar a népgazdaság hajtóerejeként jelent meg. Az exportok több mint 14%-kal növekedtek és meghaladták a 80 milliárd CHF-et. Ezek a svájci exportvolumen több mint kétharmadát tették ki. Erőteljesen növekedett az exportból származó bevételi többlet is. A svájci gyógyszerexport legnagyobb felvevő piaca továbbra is Európa.

A svájci kormány költségcsökkentési intézkedéscsomagja

Bundesamt für Gesundheit, 29. 03. 2018.

DAZ.ONLINE, 23. 04. 2018, 12:20

Kulcsszavak: egészségügy, költségek, költségcsökkentés, gyógyszer, Svájc

Forrás Internet-helye: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/news/news-28-03-2018.html> ;

https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/04/23/heftiger-widerstand-gegen-festbetragee-fuer-arzneimittel?utm_campaign=kurzNach6&utm_source=20180423&utm_medium=newsletter&utm_keyword=article

A svájci kormány 2018. március 29-án átfogó egészségügyi költségcsökkentési programot fogadott el, amely összesen 38 intézkedést tartalmaz. A nemzetközi szakértői csoport által 2017 őszén előterjesztett javaslatok egyebek között tartalmazzák a referenciaárak bevezetését a generikumok piacán.

Az első intézkedési csomagot 2018 őszén bocsátják társadalmi és szakmai vitára. A költségekre és tarifákra vonatkozó intézkedések célja a volumenek korlátozása, az árblokádok megakadályozása és a hatékonyságból származó nyereségnövekedés. A kormány megvizsgálja az elszámolási kontroll megerősítésének lehetőségét és egy nemzeti tarifahivatal felállítását tervezi az ambuláns ellátás területén. Az első csomag tartalmaz egy kísérleti jellegű rendelkezést, amelynek célja az egészségbiztosításról szóló államszövetségi törvény hatályán kívüli, innovatív, költségcsökkentő projektek előmozdítása. A csomag része még a referencia-árrendszer bevezetése a lejárt szabadalmú gyógyszereknél. A kötelező egészségbiztosítás a továbbiakban azonos hatóanyagú gyógyszerek esetén már csak a kedvezőbb referenciaárat téríti.

2019-ben egy második intézkedési csomag bevezetésére kerül sor, amelynek célja a kötelező egészségbiztosítás tehermentesítése, a gyógyszerellátás ésszerűsítése, a transzparencia fokozása.

Az ***Intergenerika*** ágazati érdekképviselő azonnal széles összefogást dobolt össze az intézkedések ellen, amelyhez csatlakozott a ***Svájci Orvosok Szövetsége (FMH)***, a ***pharmaSuisse*** gyógyszerész szövetség, a ***saját házi gyógyszer tárral rendelkező orvosok közössége***, valamint a ***Svájci Fogyasztók Fóruma***. A szövetség hivatkozási alapja a ***bwa consulting Bern*** aktuális tanulmánya, amely szerint az utóbbi évben generikumokkal elért direkt megtakarítások 415 millió CHF-fel növekedtek, ami az előző évhez viszonyítva 14%-os növekedést jelent. Amennyiben az utánzatokkal való alkalmazás területeit még jobban kihasználnák, évente további 222 millió CHF megtakarításra nyílna lehetőség. Az ***Intergenerika*** becslései szerint biosimilar készítményeknél további 100 millió CHF, asztma elleni generikus spray-készítményeknél 25 millió CHF megtakarítási potenciál áll fenn, amelyeket az EU-ban már engedélyeztek, a ***swissmedic*** azonban obstruálja ezek svájci engedélyezését. ***Svájcban évente csaknem 350 millió CHF megtakarítás megvalósítása marad el.***

Az osztrák versenyhivatal jelentése a gyógyszerértári piac helyzetéről
Branchenuntersuchung Gesundheit –
Teilbericht I: Das österreichische Apothekenmarkt
Bundewettbewerbshörde, Wien, Mai 2018 (41 p.)

Kulcsszavak: gyógyszerértárok, gyógyszerértári piac, dereguláció, Ausztria

Forrás Internet-helye:

https://www.bwb.gv.at/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Gesundheitsbranchenuntersuchung_Apothekenmarkt_BWB_DE.pdf

Az *Osztrák Szövetségi Versenyhivatal* a gyógyszerértári piac átfogó deregulációja mellett foglalt állást. Ajánlásai között szerepel a szükséglettervezés megszüntetése, a vénymentes gyógyszerek csak gyógyszerértári árusításának részleges feloldása, az internetes kereskedelem gyógyszerértárhoz kötésének lazítása. A hatóság azonban tart a nagykereskedők túl nagy befolyásától, ezért a gyógyszerértárok nem gyógyszerész általi („idegen”) tulajdonlása tiltásának fenntartását támogatja. Ugyancsak nem nyúlna hozzá a vényköteles gyógyszerek internetes kereskedelmének tilalmához.

Az osztrák gyógyszerértári piac a legszabályozottabbak közé tartozik Európában: viszonylag szigorú szükséglettervezés, a gyógyszerértár nem gyógyszerész általi tulajdonlásának tilalma, maximum egy fiókgyógyszerértár üzemeltetése, az internetes kereskedelem vénymentes gyógyszerekre korlátozása. Ebből a képből csak az orvosok házigyógyszerértárai lógnak ki: 840 orvos tart fenn házigyógyszerértárt.

Ausztriában jelenleg 1.360 gyógyszerértár működik; 10 éve ezek száma még 10%-kal alacsonyabb volt. Ennek ellenére a gyógyszerértárok sűrűsége tekintetében európai összehasonlításban az alsó harmadhoz tartozik. 100.000 lakosra 15,4 gyógyszerértár jut, az európai átlag 31. A gyógyszerkiadások 3,7 milliárd EUR-t tesznek ki, ami az egészségügyi közkiadások 13,5%-a. A közforgalmú gyógyszerértárok forgalma 2016-ban 4 milliárd EUR volt, egy átlagos gyógyszerértár 2016-ban 2,9 millió EUR forgalommal rendelkezett.

A versenyhivatal ajánlásai:

- ***A szükséglettervezés megszüntetése.*** A hatóság reményei szerint ezáltal növekedni fog a gyógyszerértárok száma, javulni fog a fogyasztók ellátása, fokozódik a gyógyszerértárok közötti minőségi verseny, valamint az árverseny a vénymentes gyógyszerek területén.
- ***A fiókrendszer deregulációja.*** A hatóság Németország és Dánia példáját idézi, ahol az elmúlt években fellazították a gyógyszerértárok nem gyógyszerész általi tulajdonlásának tilalmát. Ettől a vidéki gyógyszerellátás javulását várják.
- ***A nyitvatartási idő deregulációja.*** Jelenleg az ausztriai gyógyszerértárok heti 48 órát tarthatnak nyitva, ebédidőben be kell zárniuk.

- **Több gyógyszerértékesítési szolgáltatás.** A gyógyszerértékesítők által nyújtott szolgáltatások túl korlátozottak. A hatóság konkrét példák nélkül minőségi versenyre és a szolgáltatások differenciálására számít.
- **Az online-kereskedelem liberalizációja.** Ausztriában 2015. óta engedélyezett a vénymentes gyógyszerekkel való internetes kereskedelem. A piac jól áttekinthető: 52 gyógyszerértékesítő rendelkezik internetes gyógyszer-kereskedelemre való jogosultsággal. De egyes esetekben az EU más államaiból is küldenek gyógyszert osztrák megrendelők részére. A versenyhatóság most annak a szabálynak az eltörlését kezdeményezi, miszerint csak gyógyszerészek folytathatnak internetes kereskedelmet. A hatóság szerint a gyógyszerészek egyébként is igen gyorsan, vagy éppenséggel semmiféle tanácsadást nem nyújtanak a vénymentes gyógyszerekre vonatkozóan, így a liberalizáció nem járna következményekkel. A közforgalmú gyógyszerértékesítők amúgy általában nem nyújtanak tanácsadást a vénymentes gyógyszerekre vonatkozóan, a vevők pedig elutasítás esetén lehetőségében áll más gyógyszerértékesítőhöz fordulni. A vényköteles gyógyszerek internetes kereskedelmének liberalizációja azonban szóba sem kerülhet. A versenyhatóság nézete szerint az internetes kereskedőknek a vénymentes gyógyszerekkel való erőteljesebb árversenyt kellene folytatniuk. Ezen a területen a dereguláció alacsonyabb árakhoz, a verseny felélénkítéséhez, jobb minőségű tanácsadáshoz vezetne.
- **A futárszolgálatok deregulációja.** Az osztrák gyógyszerészek jelenleg hat kilométeres körzetben futárral is kiszállíthatják a gyógyszert. A hatóság szerint a körzethatárra vonatkozó szabályt meg lehetne szüntetni.
- **A vénymentes gyógyszerek csak gyógyszerértékesítőknél árusításának deregulációja.** A versenyhatóság elemzése szerint a gyógyszerészek a „monopolhelyzet” és a szükséglettervezés eredményeként stabil ügyfélkörrel rendelkeznek, ezért nincs semmi késztetésük arra, hogy árversenybe bocsátkozzanak. A hatóság több lehetőséget lát a liberalizációra: Először: Bizonyos vénymentes készítményeknek a gyógyszerész szabad választása szerinti árusítása, miközben fennmaradna a továbbra is csak gyógyszerértékesítőknél való árusítás. Másodszor: Bizonyos vénymentes gyógyszerek kiszervezhetőek és gyógyszerértékesítőknél is árusíthatók lennének. Ebben a tekintetben azonban a versenyhatóság maga is tart a „gyógyszerértékesítők” befolyásától, mivel itt „jelentős piaci túlsúly” keletkezhetne, ami a választék mélységben és szélességben való beszűkülését eredményezhetné. Harmadszor: A vénymentes gyógyszerek csak gyógyszerértékesítési árusításának megszüntetése. Ám a hatóság ebben a tekintetben is figyelmeztet arra, hogy a „piac korlátlan megnyitása” nem ajánlatos.

[Lásd még: *A gyógyszerértékesítési piac helyzete Ausztriában, 2017. 13. sz.*]

P. S. A cikk csatlakozó anyagként, „a melléklet melléklete” címszóval bekerül „A gyógyszerértékesítési piac helyzete Európában” harmadik frissítésébe. Lásd az Archívumban is.

Egészségfejlesztés a gyógyszertárakban

The Pharmaceutical Journal, Clinical Pharmacist, April 2018, Vol 10, No 4

Kulcsszavak: gyógyszertárak, egészségfejlesztés, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<https://www.pharmaceutical-journal.com/research/review-article/community-pharmacists-contribution-to-public-health-assessing-the-global-evidence-base/20204556.article> ; <https://www.pharmaceutical-journal.com/CP,-April-2018,-Vol-10,-No-4/1078.issue>

A *Pharmaceutical Journal* 73 publikációra kiterjedő szakirodalmi szemlét állított össze az officina-gyógyszertárak egészségfejlesztési tevékenységéről. Az elemzés a 2000. óta elektronikus adatbankokban közzétett két meta-analízisre, hét szakirodalmi szemlére, 23 intervenció és 51 deskriptív vizsgálatra terjedt ki.

Dohányzásról való leszoktatás

A gyógyszertárak által végzett dohányzásról való leszoktatással két meta-analízis foglalkozott. Egy 2016-ban készített tanulmány elemzése szerint, amelyben 1.426 dohányos vett részt, az intervenció csoportban jobb absztinencia-rátákat sikerült elérni, mint az általános ellátás keretében.

Egy másik, 2014-ben készített tanulmány szerint, amelyben 11.000 dohányos vett részt, a dohányzásról való leszokás valószínűsége növekedett, ha az érintettek ebben gyógyszerészek aktív támogatásában részesültek.

Egészségfejlesztés

Egy *Spanyolországban* készült intervenció vizsgálat szerint egy egészségfejlesztési kampányt követően a betegek elégedettebbek és tájékozottabbak voltak az adott egészségügyi témával kapcsolatban. Jobban észlelték a gyógyszerész szerepét és egészségi problémáik megoldásával kapcsolatban a gyógyszertárat is a hivatkozási pontok közé sorolták.

Bajorországban 2010-ben 3.470 gyógyszertár részvételével felmérést készült a gyógyszertári preventív egészségfejlesztéssel kapcsolatban. A körkérdésre 520 gyógyszertár válaszolt, amelyek 60%-a évente legalább egy alkalommal kínált preventív egészségügyi akciókat, a fele pedig évente legalább egy alkalommal egészségnevelési rendezvényeket. A vizsgálat keretében 50 gyógyszertárban az ügyfeleket is megkérdezték az ilyen akciók értékelésével kapcsolatban. Az 1.800 válaszoló 31 preventív egészségügyi szolgáltatás közül 29 esetben a gyógyszertárat nevezte meg előnyben részesített hivatkozási pontként.

Szűrővizsgálatok

A gyógyszerterek Kanadában stroke-, Ausztráliában diabétesz-, Németországban kombinált diabétesz- és magas-vérnyomás szűrővizsgálatokat, az Egyesült Államokban egy kísérleti fázist követően HIV-gyorsteszteket végeznek.

Sürgősségi fogamzásgátlókkal való ellátás és oltások

A hormonális sürgősségi fogamzásgátlóhoz gyógyszerterben való hozzáférés kérdésével három szemle foglalkozik. A felhasználók nagyra értékelik a szolgáltatást, amely az egészségügyi rendszer sürgősségi létesítményeit is tehermentesíti.

Kanadában, a gyógyszerterri influenzaoltások engedélyezését követően jelentősen növekedett az öt éven aluli gyermekek és a 65 év fölöttiek átoltottsági rátája.

Az **Egyesült Államokban** 47 tanulmány elemzéséből az a következtetés adódott, hogy a gyógyszereszek oltási kompetenciáinak kiterjesztésével a felnőttek körében az átoltottság és az immunizáció rátája növekedett.

Miközben a 2014-2015-ös influenza-szezon során az influenzaoltások egynegyedét gyógyszerterekben adták be, az oltási szolgáltatás lehetőségét a bárányhimlő, tetanusz, diftéria és hepatitis tekintetében nem használták ki a lehetőségekhez mérten.

Nagy-Britanniában bizonyítottá vált a költséghatékonyság

A közforgalmú gyógyszerterek által nyújtott különleges egészségügyi szolgáltatások költséghatékonyságát elsősorban Nagy-Britanniában sikerült bizonyítani. A **Pharmaceutical Services Negotiating Committee (PSNG)** 2016-ban megvizsgáltatta tizenkét gyógyszerterri népegészségügyi szolgáltatás (pl. sürgősségi fogamzásgátlás), csekély panaszok esetén való öngyógyításhoz nyújtott támogatás, a gyógyszerellátás, gyógyszerelési menedzsment, új gyógyszerekről való tájékoztatás költséghatékonyságát.

A szakértők szerint az officina-gyógyszerterek közreműködése 3 milliárd GBP költségmegtakarítást eredményez a **National Health Service (NHS)** és más állami intézmények számára. Ezzel csupán a tizenkét szolgáltatással összefüggésben létrehozott hozzáadott érték több mint kiegyenlíti a gyógyszertereknek nyújtott 2,8 milliárd GBP összegű állami térítést.

Belgiumban stabilizálják a téríthető gyógyszerek gyógyszerertári árrését

actualcare, April 6 2018

INAMI – Institute national d'assurance maladie-invalidité

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszerterek, térítés, árrés, Belgium

Forrás Internet-helye: <http://www.actualcare.be/fr/> ;

<http://www.actualcare.be/news/apothekers-krijgen-meer-zekerheid-rond-hun-vergoeding-voor-de-aflevering-van-terugbetaalbare-geneesmiddelen/> ;

<http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/pharmaciens/Pages/remuneration-pharmaciens-pharmacie-ouverte-public.aspx#.WvmC8u-FOUI>

Belgiumban a kormány döntése alapján 2019-től stabilizálják és lehetőség szerint indexálják a téríthető gyógyszerek gyógyszerertári árrését. **Maggie De Block népegészségügyi és Kris Peeters gazdasági miniszter** bejelentette, hogy ezzel gátat szeretnének szabni a gyógyszerészek bevételecsökkenésének, ami az egyre olcsóbb gyógyszereknek tulajdonítható.

A törvénytervezet szerint a téríthető gyógyszerek gyógyszerertári árrését határozottan külön kell választani azok árától. A közforgalmú gyógyszerterek honorárium rendszerének reformjára 2010-ben került sor. Ennek három pillére: a gyógyszerterek először is minden készítményért egy alaphonoráriumban részesülnek, amelynek összege jelenleg 4,27 EUR, továbbá különleges szolgáltatásokért meghatározott térítést kapnak, végül létezik egy kereskedelmi árrés a terjesztési költségek kiegyenlítése céljából.

Egy példa: egy doboz quinalapril (20 mg, 98 tableta) (gyári ár: 16,56 EUR) kiadásáért 4,27 EUR alaphonorárium jár, ehhez adódik még a terjesztésért esedékes árrés (15,56 EUR 6,04%-a = 1,00 EUR), ami összesen 5,27 EUR. Ha az orvos hatóanyag néven írta fel a gyógyszert, ehhez további 1,31 EUR kiegészítő honorárium járul, így ez összesen 6,58 EUR-t tesz ki. A kereskedelmi árrés az utóbbi években az alacsonyabb gyógyszerterek és nagyobb kiserelések miatt folyamatosan csökkent.

A gyógyszerészek bevételecsökkenésének megfékezése érdekében az ezen a területen tervezett költségvetést 2019-től stabilizálják és lehetőség szerint indexálják. Ennek alapját a 2017 évi szint (100 millió EUR a kötelező betegbiztosítás terhére) képezi. A betegbiztosítók által a gyógyszerterek javára viselendő összes térítések és árrések összege 500 millió EUR-ra becsülhető. Ahhoz, hogy a kereskedelmi árrés a jövőben is stabil maradjon, megvizsgálandó, hogy miként lehetne megreformálni a térítések paramétereit. A két miniszter ezzel kapcsolatban munkacsoportot jelölt ki, amelynek 2018. szeptember 30-ig ki kell dolgoznia a kiigazítás feltételeit.

HIV/AIDS gyorsesztt a gyogyszertarakban
DAZ.ONLINE, 18.05.2018; 20.04.2018; 02.12.2016

Kulcsszavak: gyogyszertarak, diagnosztikum, segedeszkoz, HIV/AIDS, Ausztria, Svajc, Belgium, Nagy-Britannia, Németország

Forras Internet-helye:

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/05/18/oesterreich-hiv-selbsttests-ab-juni-apotheken>

HIV/AIDS gyorsesztt már Európa több országában gyogyszertarban arusithato.

Az osztrak Szovetségi Egészségügyi Minisztérium megerosította azon sajtóhíreket, melyek szerint a HIV/AIDS gyorsesztt 2018 júniusától már az osztrak gyogyszertarakban is kaphato lesz. Az eredeti elképzelésekkel és felvetésekkel ellentétben a gyorsesztt drogériákban és Interneten nem lesz forgalmazható. Még nem tudni, hogy ez mennyibe fog kerülni. Franciaországban, ahol a tesztt már piacon van, 30 EUR-ért arusítják.

A gyorsesztt idén nyáron már Svajcban is kaphato lesz a gyogyszertarakban. A *BioSure* brit diagnosztikum-gyártó 2016-ban Nagy-Britanniában dobta piacra a világviszonylatban első HIV/AIDS gyorseszttet. Franciaországban a „*autotest VIH®*“ 2015. óta vény nélkül kaphato, Belgiumban pedig 2016 december óta ugyancsak vénymentesen megvásárolható a gyogyszertarakban.

A *Deutsche Aids-Hilfe* szerint a HIV/AIDS gyorsesztt gyogyszertári arusítása Németországban is még az idén zöld utat kaphat. Az orvostechikai eszközök és segedeszkozök forgalmazásáról szóló rendelet szerint eddig az ilyen teszttet magánszemélyek részére nem volt szabad kiadni.

A *Robert Koch-Institut* becslései szerint Németországban jelenleg mintegy 12.700 személy élhet fertözöttségének ismerete nélkül, a fertözöttek száma pedig csaknem 90.000.

Vita a háziiorvosi ellátások korlátozásáról Nagy-Britanniában

British Medical Journal (BMJ)

(2018; doi: 10.1136/bmj.k1947), Published 09 May 2018

Kulcsszavak: praxishírek, háziiorvosi ellátás, ellátások korlátozása, Nagy-Britannia

Forrás Internet-helye: <https://www.bmj.com/content/361/bmj.k1947> ;
<https://www.bmj.com/content/361/bmj.k1962>

A *British Medical Association* a közelmúltban kezdeményezte a háziiorvosok által naponta ellátott betegek számának korlátozását, amivel kapcsolatban az orvosok és a betegek körében éles vita robbant ki.

Laurence Buckman londoni háziiorvos a korlátozás mellett foglalt állás. Sok háziiorvos minden nap abban a tudatban lát munkához, hogy fél nap alatt 18 beteget kell ellátnia. De senkit sem utasíthat el, így a konzultációk száma növekedik. Eljött az idő, amikor el kell mondani a nyilvánosság számára, hogy egy fáradt orvos akár kárt is okozhat betegének.

Michael Griffiths dél-walesi háziiorvos ezzel szemben úgy látja, hogy a konzultációk számának korlátozása csupán egy további bürokratikus intézkedés, amely megbénítja a praxisok működését. Szerinte a felső határokról folytatott vita eltereli a figyelmet attól, hogy valójában további pénzforrásokat kellene behozni a háziiorvosi praxisokba. A háziiorvosoknak nagyobb részt kellene kapniuk a *National Health Service (NHS)* erőforrásaiból, hogy a praxisok rendszeren működhessenek, a szakembernek pedig legyen ideje minden beteggel foglalkozni.

Jennifer Skillen beteg kommentje szerint egyes betegeknek már több mint két hétig kell várniuk, hogy időpontot kapjanak háziiorvosuknál. A napi konzultációk számának korlátozása csak súlyosbítani fogja a helyzetet. Az NHS gyökeres reformjára lenne szükség. Az NHS rövidtávú foltozgatása helyett stratégiákra lenne szükség, hogy az intézmény hatékonyan támogathassa a háziiorvosokat a betegellátásban.

Jelentés az individuális egészségügyi szolgáltatásokról – IGeL-Report 2018

IGeL-Monitor

Medizinscher Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS)

Pressemitteilung, Berlin/Essen, 03. Mai 2018

Kulcsszavak: praxishírek, individuális egészségügyi szolgáltatások, Németország

Forrás Internet-helye: <https://www.igel-monitor.de/presse/pressemitteilungen/igel-report-2018.html>

Az orvosi praxisok rájöttek, hogy gazdasági sikerük érdekében a standard szolgáltatásoknál többet kell nyújtaniuk. Jelenleg az orvosi vizit alkalmával minden második beteg saját zsebből fizetendő ún. individuális egészségügyi szolgáltatásokban (individuelle Gesundheitsleistungen – IGeL) (is) részesül. A kötelező betegbiztosítás ernyőszervezete orvosi szolgálatának megbízásából az aserto piackutató cég összeállította az individuális egészségügyi szolgáltatások top 10-es listáját.

Az alábbi táblázat a leggyakrabban igénybevett individuális egészségügyi szolgáltatásokat sorolja fel: szemfenék-vérnyomás mérése és zöldhályog korai felismerése (22%), petefészek ultrahangos vizsgálata (19%), mell ultrahangos vizsgálata (12%), PSA-teszt férfiaknál prosztaták korai felismerése céljából (7%), hüvelyi ultrahang vizsgálat (7%), dermatoszkópia (6%), vörzsvizsgálatok (5%), szemtükrözés a szemfenék-vérnyomás méréssel (5%), utazási medicina (4%), HPV-teszt a méhnyakrák korai felismerése céljából (4%).

Top 10-IGeL beim Arzt

	Prozent	Bewertung des IGeL-Monitors
Augeninnendruckmessung zur Glaukom-Früherkennung	22 %	tendenziell negativ
Ultraschall der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung	19 %	negativ
Ultraschall der Brust zur Krebsfrüherkennung	12 %	unklar
PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs	7 %	tendenziell negativ
Ultraschall (transvaginal) des Bauchraums (Eierstöcke/Gebärmutter)	7 %	*
Dermatoskopie zur Hautkrebs-Vorsorge	6 %	
Blutuntersuchungen ergänzend zur Kassenleistung	5 %	*
Augenspiegelung mit Messung des Augeninnendrucks zur Glaukom-Früherkennung	5 %	tendenziell negativ
Reisemedizinische Versorgung	4 %	**
HPV-Test zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs	4 %	

* zum Teil bewertet

** Beschreibung ohne Bewertung

Frage: Welche IGeL wurden Ihnen in den vergangenen 3 Jahren in einer Arztpraxis angeboten bzw. nach welchen haben Sie selbst gefragt?

Basis: 748 Befragte haben 1.275 Arztleistungen genannt; Prozentwerte beziehen sich auf die Anzahl der Befragten

Quelle: IGeL-Monitor/MDS 2018

Az MDS értékelése szerint az individuális szolgáltatások többsége „negatív-ként, vagy „tendenciálisan negatív”-ként értékelhető. Egyes szakmai társaságok eltanácsolnak az ilyenektől. Az orvosok viszont valósággal rávarrják a betegekre az individuális szolgáltatásokat. Maguk a betegek csak minden negyedik esetben kérték a vizsgálatot.

Peter Hacker, Bécs egészségügyi, ápolási, szociális és sportminisztere

Forrás Internet-helye:

[https://de.wikipedia.org/wiki/Peter_Hacker_\(Politiker\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Peter_Hacker_(Politiker))



Peter Hacker (sz. 1963. június 29.) osztrák menedzser, politikus (SPÖ).

1985. óta bécsi köztisztviselő.

1985-től: a társadalmi kapcsolatok, az ifjúsági és a szociális ügyek területén illetékes vezető Dr. Helmut Zilk polgármester kabinetjében.

1992-2003: Bécs Város kábítószerügyi koordinátora.

2001. óta a *Fonds Soziales Wien (FSW)*, az ápolásra szoruló, fogyatékkal élő hajléktalan személyek és menekültek szociális biztonságát célzó szociális alap ügyvezető igazgatója.

2015. óta egyben Bécs menekültügyi koordinátora.

Michael Ludwig, Bécs új polgármestere 2018. május 14-én mutatta be a tartományi kormány és városi szenátus tagjait, közöttük **Peter Hacker** „*hivatalvezető városi tanácsost*”, aki 2018. május 24-én váltja hivatalában Sandra Frauenberger egészségügyi és szociális minisztert [*Személyéről lásd 2017. 5. sz.*], továbbá Andreas Mailath-Pokorny sportminisztert.

[*Fogalommagyarázat:* Bécs város egyben szövetségi tartomány, a polgármester egyben tartományi miniszterelnök. A fenti szövegben a „*miniszter*” megnevezést az egyszerűség kedvéért használjuk a kevésbé értelmezhető „*hivatalvezető városi tanácsos*” („*Amtsführender Stadtrat*”) helyett.]

*A svájci egészségügy évkönyve 2018 –
Gesundheitswesen Schweiz. Ausgabe 2018*
Interpharma Basel, 2018 (46 p.)

Forrás Internet-helye: <http://www.interpharma.ch/2365-gesundheitswesen-schweiz-2018>

Egészségügyi indikátorok

Minden hatodik személy 65 évnél idősebb

1900-ban Svájcnak 3,3 millió lakosa volt, 2016-ban 8,4 millió. Miközben a 14 év alattiak aránya 1990. óta megfeleződött, a 65 év fölöttieké háromszorosára növekedett. Minden hatodik személy 65 évnél idősebb. A 80 év fölöttiek aránya 1980. óta 90%-kal növekedett, a 90 év fölöttieké megháromszorozódott.

Születéskor várható élettartam

2016-ban a nők születéskor várható élettartama 85,3 év, a férfiaké 81,5 év volt. Az 1990-es évek elején a nők várható élettartama még hét évvel magasabb volt a férfiakénál. 2016-ra a különbség kevesebb mint négy évre csökkent.

65 év fölött várható további élettartam: 2016-ban egy 65 éves nő további élettartama 22,6 év volt, kétszer annyi, mint 1990-ben. A nemek közötti különbség ebben a tekintetben is csökkent: az 1990-es években négy év, 2016-ban kevesebb mint három év volt.

Jó egészségben töltött várható élettartam

2015-ben a jó egészségben töltött várható élettartam a teljes lakosság körében 83 év volt. 1992-ben a 65 év fölötti nők jó egészségben töltött élettartama 11,9 év, a férfiaké 11,1 év volt. Ez az érték mindkét nemnél 2007-ig több mint 1,5 évvel növekedett.

2012-ben a lakosság egészségfelmérése keretében változtak a válaszadás lehetőségei. Az értékeket már nem direkt a korábbi évekével hasonlították össze. A jó egészségben töltött várható élettartam nőknél 12,9 év, férfiaknál 12,5 év volt. A 2012-ben végzett egészségfelmérés során a 65 és 74 év közötti nők több mint 71%-a, a férfiak csaknem 75%-a válaszolta, hogy egészségi állapota jó vagy nagyon jó. A 75 év fölötti nők 61%-a, a férfiak jó 64%-a válaszolta hogy jó egészségi állapotban él.

Csecsemőhalálozás

Svájcban ezer élveszületett gyermek közül négy hal meg első életévében. Nemzetközi összehasonlításban a svájci csecsemőhalálozás alacsony. Kínában és Oroszországban jóval, de valamivel az Egyesült Államokban is magasabb. A születések száma ismét növekedik. 2016-ban 87.883 gyermek született. Ez 1,3%-kal, 1.300 gyermekkel több mint 2015-ben. 1972. óta ez a legmagasabb születésszám. A 30 év alatti anyák egyre kevesebb gyermeket hoznak világra. A 35 év fölötti szülések száma növekedett. Az anyák átlagos életkora első gyermekük szülése idején 1970. óta 25 évről 30 évre növekedett.

Krónikus megbetegedések

A magas vérnyomás a svájci lakosság több mint egynegyedét érinti. Ez az arány 1997. óta 20%-ról több mint 26%-ra növekedett. A növekedés elsősorban férfiak körében erőteljes. Svájcban a szív- és érrendszeri megbetegedések a második leggyakoribb halálokot képezik. 2012-ben a lakosság csaknem 5%-a szenvedett diabéteszben. Az érintettek száma 1997. óta ugyancsak növekedett, a növekedés a férfiak körében ebben a tekintetben is erőteljesebb.

Demencia

A Svájci Alzheimer Szövetség adatai szerint Svájcban több mint 144.000 személy szenved Alzheimer-kórban, vagy a demencia valamilyen más formájában. Az eseteknek nagyjából egyharmadát diagnosztizálják. A szövetség megbízásából készített tanulmány szerint 2009-ben a demencia kezelésének költségei 6,9 milliárd CHF-et tettek ki.

Az érintettek 40%-a él idősotthonban. A többiek otthonukban gondozzák. Az államszövetség és a kantonok 2013-ban kidolgozták a 2014-2017. közötti időszak ***Nemzeti Demencia-Stratégiáját***, amelyet 2019-ig meghosszabbítottak. [Lásd erről részletesebben: *Svájc Nemzeti Demencia Stratégiája 2014-2017*, 2014. 13. sz.]

Legfontosabb halálokok

2015-ben Svájcban 67.606 halálesetet regisztráltak. Ezek 31,9%-a szív- és érrendszeri megbetegedésekkel függött össze. A második leggyakoribb halálokot a rákos megbetegedések képezték. Növekedik a demencia miatti halálesetek száma: 2000-ben 1.526, 2015-ben 4.739 haláleset volt.

Szív- és érrendszeri megbetegedések

A szív- és érrendszeri megbetegedések miatti halálozások száma 1980 és 2015 között több mint 24%-kal csökkent. 2015-ben a szív- és érrendszeri megbetegedések miatti halálozások 78%-a szívbetegségekre jutott. Ezek száma 1980. óta több mint tíz százalékponttal csökkent. A szívbetegségek miatti halálozások csaknem felét ischaemiás szívbetegségek teszik ki.

Rákos megbetegedések

2015-ben minden negyedik haláleset valamilyen rákos megbetegedésnek volt tulajdonítható.

Ez a szám 1980 és 2015 között több mint 25%-kal, 14.231-ről 17.808 halálesetre növekedett. A lakosság ugyanebben az időszakban több mint 31%-kal növekedett. Minden harmadik férfi és minden negyedik nő 75-ik életéve előtt szembesül valamilyen rákos diagnózissal. Az esetek legnagyobb része az előző évekhez hasonlóan az emésztőszervek, a légzőszervek daganataira, a mell- és női genitális szervek daganataira jutott.

Fejenként tizenkét diagnózis

2016-ban 97,9 millió az előző évben 94,5 millió diagnózis megállapítására került sor. Az orvosi praxisokban 2016-ban felállított leggyakoribb diagnózisok: pszichés megbetegedések (11,3 millió), idegrendszeri és érzékszervi betegségek (11,2 millió), szív- és érrendszeri megbetegedések (10,7 millió), mozgásszervi megbetegedések (9,6 millió).

A diagnózisok többsége a 65 év fölöttiek korcsoportjára, valamivel kevesebb a 40 és 64 év közöttiek korcsoportjára jutott. A diagnózisok 58%-ának megállapítására a nők körében került sor.

A diagnózisok száma 2006 és 2016 között több mint 26%-kal növekedett. A lakosságnövekedéssel összefüggésben azonban az egy lakosra jutó diagnózisok száma alig növekedett. 2016-ban az egy főre megállapított diagnózisok száma 12 volt. A betegek évente átlagosan négy alkalommal fordulnak orvoshoz.

Fejenként hét recept

A felírt receptek száma 2016-ban az előző évhez viszonyítva 1,8%-kal, 62,7 millióra növekedett. Egy svájci lakosra átlagosan valamivel több mint hét recept jutott.

A receptek kétharmadát 40 év fölöttiek, 58%-át nők részére állították ki.

Indikációk szerint: a legtöbb receptet idegrendszeri megbetegedések, valamint szív- és érrendszeri megbetegedések kezelésére írták fel.

A receptek száma növekedett ugyan, de ezzel egyidejűleg lakosságnövekedésre is sor került. Az egy főre jutó receptek száma ennek megfelelően alig növekedett. Az adatgyűjtés szabályainak megváltoztatása miatt a 2010 előtti és utáni adatok összehasonlítása korlátozottá vált.

Az egészségügy struktúrája és költségei

Az egészségügy mint munkaadó

2016-ban a svájci egészségügyben vagy gyógyszeriparban 435.100 személy dolgozott, ami azt jelenti, hogy minden tizenkettedik foglalkoztatott az ágazatban működött. Az egészségügyi szektor az építőipar és a kiskereskedelem mellett a legnagyobb munkaadó. A praktizáló orvosok száma 1970 és 2016 között 5.508-ról 18.473ra növekedett. Miközben a gyógyszertárak száma 2000 és 2016 között növekedett, ugyanezen időszakban csaknem 300 drogéria bezárt.

Kórházi ápolási idő

2016-ban a svájci kórházak 161.945 teljes munkaidős státusszal rendelkeztek. A statisztikákban nyilvántartott 283 kórházban 2016-ban 1,4 millió fekvőbeteg kezelésre került sor. A kórházi ápolás időtartama valamivel több mint nyolc nap. A kórházi tartózkodás átlagos időtartama az utóbbi években csökkent, de nemzetközi összehasonlításban továbbra is magas. Egy beteg egy napos kórházi tartózkodása 1.584 CHF-be kerül. A kórházi tartózkodás hosszabb távon tekintve összességében rövidült ugyan, de költségintenzívebb lett: 2004-ben a betegek még 12 napot töltöttek kórházban, az egy betegre és egy napra jutó költségek viszont mindössze 1.036 CHF-et tettek ki.

Az új kórházfinanszírozásra való áttérésre 2012. január 1-én került sor. A teljesítmény szerinti finanszírozáshoz a kantonok legalább 55%-kal, a biztosítók 45%-kal járulnak hozzá. A betegek szabadon választhatnak a listán szereplő kórházak közül. Az esetátlányok (*DRG, Diagnosis-Related Groups*) bevezetésével már nem az egyes esetek, hanem betegcsoportok számára megszabott összegek térítésére kerül sor. A **SwissDRG AG** rendszere szerint a csoportokba való besorolás fő kritériuma a kórházból való távozáskor megállapított fődiagnózis.

Egészségügyi költségek

Az egészségügyre fordított költségek 2014-hez viszonyítva 4,1%-kal növekedtek, 2015-ben összesen 77,8 milliárd CHF-et tettek ki. Miután a Szövetségi Statisztikai Hivatal a nemzetközi gyakorlathoz igazította

metodikáját, bizonyos szolgáltatások besorolása 2010-ig visszamenőlegesen megváltozott. Az új statisztikai eljárás folytán a legnagyobb költségételt az ambuláns gyógykezelések képezik (26.9%), amelyet a fekvőbeteg gyógykezelés (19.8%) és a tartós ápolás (19.5%) követ. A statisztika első alkalommal választotta szét a kórházban és az ambuláns ellátás során kiadott gyógyszereket. Összességében a költségek 12,7%-a jutott gyógyszerekre. Az előző évhez viszonyítva ez 0,1 százalékpontos enyhe növekedést jelent, ami elsősorban a hepatitis C elleni új, innovatív gyógyszerek bevezetésének tulajdonítható. A gyógyszerek költségaránya mindezeketől eltekintve 2010. óta stabil volt, ill. enyhén csökkent.

Az egészségügyi költségek 2010 és 2015 között évente átlagosan 3,6%-kal növekedtek. Az ambuláns kezelés költségei erőteljesebben, évente 4,1%-kal, a gyógyszerköltségek évente 2,8%-kal növekedtek. Ezzel egyidejűleg az új terápiák javítják a túlélés esélyeit. Ma tíz rákos beteg közül hat az első diagnózist követő ötödik évben is életben volt.

A betegbiztosításról szóló törvény bevezetése (1996) óta az egészségügyi költségek csaknem minden évben növekedtek. A költségek 2015-ben abszolút számokban az 1996. éviéknél csaknem a kétszeresét teszik ki. Ebben az időszakban azonban drágulás is bekövetkezett, az egészségügyi költségek drágulással korrigáltan 78%-kal növekedtek. A költségek az egészségügy területén abszolút és relatív értelemben is növekedtek.

A költségek relatív értelemben a támogató szolgáltatások, mint a laboranalízisek és a mentőszolgálatok területén növekedtek a legerőteljesebben. Ezek több mint megháromszorozódtak. Mindenesetre a költségek 2015-ben még az egészségügy összköltségeinek mindössze 7,1%-át tették ki, így ez a növekedés az egészségügy összköltségeihez viszonyítva relativizálódik. A költségek a nagyobb költségblokkoknál erőteljesen növekedtek: az ambuláns gyógyító ellátás területén több mint megduplázódtak, a tartós ápolás területén 88%-kal, az egészségügyi termékek (gyógyszerek, terápiás készülékek, fogyasztási eszközök) területén 70%-kal növekedtek.

Az egészségügy költségei

Az egészségügyi költségek növekedése: a rehabilitációra fordított költségek növekedtek a legerőteljesebben

2015-ben az ambuláns gyógyító ellátás költségei 20,9 milliárd CHF-et, a fekvőbeteg ellátásé 15,4 milliárd CHF-et, a tartós ápolásé 15,1 milliárd CHF-et, a gyógyszereké 9,9 milliárd CHF-et tettek ki. Az egészségügy költségei 2015-ben az előző évhez viszonyítva 4,1%-kal növekedtek. A növekedés valamivel meghaladta az előző öt év átlagosan 3,6%-os növekedését. A költségek a rehabilitáció területén 9,6%-kal növekedtek.

A gyógyszerköltségek 2014-hez viszonyítva 5,1%-kal növekedtek. A költségek a gyógyszerforgalmazás minden területén növekedtek, ami az új, innovatív gyógyszerek bevezetésének tulajdonítható. 2016-ben a gyógyszerek a költségek 12,7%-át tették ki, 0,1 százalékponttal többet mint 2014-ben, miután az előző években csökkent.

Az egészségügyi költségek 64%-át a privát háztartások viselik

2015-ben az egészségügyi költségek 42%-át (78 milliárd CHF) a társadalombiztosítás finanszírozta. Az államszövetség, a kantonok és az önkormányzatok a költségek egyötödét fedezték. Az új kórházfinanszírozás, amely szerint a kantonok a kórházi költségek legalább 55%-át, a biztosítók legfeljebb 45%-át fedezik, 2012-ben lépett hatályba és e kiadások növekedéséhez vezetett.

Az egészségügyi költségek 64%-át a privát háztartások viselik. Ennek legnagyobb részét a társadalombiztosításba fizetik be. Ennek egyötödét direkt szolgáltatásokért fizették be, amelyet a betegpénztárak nem térítenek (out of-pocket-fizetések). A költségek jó 29%-át az állam finanszírozta (államszövetség, kantonok, önkormányzatok).

A díjak gyorsabban növekednek, mint az egészségügyi költségek

1996 és 2015 között az inflációval korrigált egészségügyi költségek 78%-kal növekedtek. Ugyanebben az időszakban az alapbiztosítás havi átlagos díjai 116%-kal növekedtek. Az egészségügyi kiadások 1996 és 2015 között többnyire erőteljesebben növekedtek a GDP-nél. Emiatt az egészségügyi költségek GDP-hez viszonyított aránya évek óta növekedik. Az államszövetség 2060-ig terjedő becslései szerint az egészségügyi költségek GDP-hez viszonyított aránya továbbra is növekedni fog.

Egészségügyi kiadások nemzetközi összehasonlításban

2015-ben a az OECD és a Szövetségi Statisztikai Hivatal számításai a svájci egészségügyi költségek és a GDP viszonyára vonatkozóan valamelyest eltértek egymástól, az egészségügyi kiadások a GDP 12,1%-át tették ki. Az egészségügyi kiadásokat az OECD-tagállamaival összevetve Svájc világviszonylatban az Egyesült Államok után a második helyen áll. 2015-ben az egészségügyi kiadások az Egyesült Államokban a GDP 16,9%-át, Franciaországban és Németországban 11%-át tették ki.

A gyógyszerárindex folyamatosan csökken

A betegbiztosításról szóló törvény bevezetése (1996) óta a kórházi index és a fogorvosi index több mint 15 ponttal növekedett. A kórházi és fogászati szolgáltatások árai tehát 15%-kal növekedtek. Az orvosi szolgáltatások indexe 1996. óta többé-kevésbé stabilak voltak, miközben a gyógyszereké markánsan csökkent. A gyógyszerárindex 2016-ban 62 ponton állt, jóval alacsonyabban, mint 1996-ban. Ennek alakulása az utóbbi években a betegpénztárak által támogatott új gyógyszerek átlagárainak a gazdaságilag hasonló helyzetben levő európai országokéval (AT, BE, DE, DK, FI, FR, NL, SE, UK) történő összehasonlításának tulajdonítható. A svájci gyógyszerárak igazodtak a referencia-országokéhoz. Az újonnan bevezetett gyógyszerek Svájcban jelenleg nem drágábbak, mint más európai országokban.

A gyógyszerárindex a tíz legnagyobb forgalommal rendelkező 200 gyógyszerre terjed ki. Európai összehasonlításban az egészségügyi szolgáltatások árai 2005. óta gyakorlatilag nem változtak. Hollandiában és Nagy-Britanniában az árak ugyanezen időszakban megháromszorozódtak.

Svájcban a gyógyszer kevesebbe kerül mint a telefonálás

A fogyasztói árak országos indexe a privát háztartások számára fontos áruk, szolgáltatások árainak alakulását méri. Ez nem terjed ki a transzferkiadásokra, mint az adók, társadalombiztosítási járulékok és betegpénztári díjak.

A gyógyszerek aránya az árukosárban 2017-ben 2,3% volt. Ez azt jelenti, hogy a svájci háztartások jövedelmük 2,3%-át gyógyszerekre költötték. Más tételhez viszonyítva ez szerény, ugyanis a svájci háztartások jövedelmük 2,9%-át költik alkoholra és dohányra. A gyógyszerekre költött összeg nemcsak a háztartások által direkt befizetett (önrész, franchise, vagy nem támogatott gyógyszerek), hanem a betegpénztárak által finanszírozott részre is kiterjed.

Az országos index súlyozásának alapja a háztartások jövedelmeinek felmérése (*Haushaltsbudgeterhebung – HABE*).

A gyógyszerárak továbbra is csökkennek

2015-ben a gyógyszerkiadások GDP-hez viszonyított aránya az OECD szerint 1,4%. volt. Ez ugyanannyi mint Franciaországban, alacsonyabb mint Németországban (1,6%) és valamivel magasabb mint Olaszországban (1,3%). A gyógyszerkiadások GDP-hez viszonyított aránya Görögországban 2,2%, Magyarországon 2,0%, Szlovákiában 1,9%, az Egyesült Államokban 2,1%.

A gyógyszerkiadások GDP-hez viszonyított aránya az 1990-es évek kezdete óta gyakorlatilag az összes európai országban növekedett. Ez az arány Svájcban mérsékelten növekedett, az Egyesült Államokban megduplázódott. Az utóbbi években a gyógyszerárak Svájcban erőteljesen csökkentek. Abban a kilenc országban (AT, BE, DE, DK, FI, FR, NL, SE, UK), amelyekével a svájci gyógyszerárakat összehasonlítják, a gyógyszerárak 2005. óta részben növekedtek, részben csökkentek. Olyan erőteljesen azonban mint Svájcban egyetlen más európai országban sem csökkentek. A referencia-országok árait mind az ármegállapítás, mind a háromévente történő árfelülvizsgálat során figyelembe veszik.

Az egészségügyi költségek 80%-át nem fertőző betegségek okozzák

A Szövetségi Egészségügyi Hivatal megbízásából 2011-ben készült tanulmány szerint az egészségügy összköltségeinek 80%-át nem fertőző betegségek okozzák, amelyek közül a legjelentősebbek a szív- és érrendszeri megbetegedések. Összességében a költségek 44%-a kórházi kezelésre, 36%-a ambuláns kezelésre, valamivel több mint 9%-a gyógyszerekre jutott. A gyógyszerek az összes betegségnél a költségek kisebb részét tették ki.

A Szövetségi Egészségügyi Hivatal szerint a növekedés az életstílus megváltozásának, a kiegyensúlyozatlan táplálkozásnak, a mozgáshiánynak tulajdonítható. 2013 novemberében az államszövetség és a kantonok elfogadták a ***nem fertőző betegségek megelőzésének nemzeti stratégiáját***. A szövetségi kormány 2016 februárjában fogadta el a törvényt és ezzel elkezdődött annak megvalósítása.

Indirekt egészségügyi költségek

A Szövetségi Egészségügyi Hivatal megbízásából 2011-ben készített tanulmány szerint a hét legfontosabb nem fertőző betegségnél a költségek zömét indirekt költségek teszik ki. A hátfájás és a reuma, a rákos megbetegedések, a demencia, a diabétesz és egyes pszichés megbetegedések kevesebb direkt, mint indirekt egészségügyi költséget okoztak.

Kötelező egészségbiztosítás

A biztosítótársaságok száma csökken

A biztosítótársaságok száma 2015-ben az előző évekhez hasonlóan csökkent. Összesen 64 egészségbiztosítási társaság működött, amelyek közül 58 nyújtott szolgáltatásokat a kötelező egészségbiztosítás körében. Ugyanennyi biztosítótársaság szolgáltatási katalógusa tartalmazott önkéntes napidíj-biztosítást. Az utóbbi években a kevesebb mint 5.000 taggal

rendelkező biztosítók csoportja szenvedte a legnagyobb csökkenést. Az ágazatban a koncentrációs folyamat a kevesebb és nagyobb biztosítók irányában hat.

Különböző biztosítók egyre inkább csoportokba vagy közös ernyő alá tömörülnek. A Szövetségi Egészségügyi Hivatal statisztikája azonban a tagpénztárakat jogilag önálló vállalkozásokként regisztrálja. Egy-egy csoporton belül a vállalkozások abban különböznek, hogy mindig különböző szerződéseket kínálnak fel a fiatalabb és idősebb biztosítottak számára.

A kötelező egészségbiztosítás negatív eredményt ért el

A kötelező egészségbiztosítás 2015-ben 607 millió EUR veszteséget szenvedett, miközben előző évben még 296 millió CHF nyereséget ért el.

A biztosítóknak a törvény szerint folyamatosan tartalékkal kell rendelkezniük. A tartalékok éves változása a teljes üzemi eredményéhez hasonlóan alakul, mivel a kötelező biztosítás a biztosítók semmiféle nyereségét nem hagyhatja kárba veszni. 2012. óta a szükséges tartalékokat a bekövetkezett kockázatoktól függően határozzák meg, nem a biztosított állománytól és a befizetendő díjaktól függően. A tartalékok 2015-ben 6,1 milliárd CHF-et tettek ki, ami nagyjából három biztosítási hónap szolgáltatásainak felel meg.

Erőteljesen növekedett az alternatív biztosítók száma

2015-ben első alkalommal fordult elő, hogy a felnőttek kevesebb mint 20%-a választotta a 300 CHF összegű rendes franchise-t. Az előző évhez viszonyítva, azok aránya, akik önkéntesen az 500 és 2,500 CHF közötti magasabb franchise mellett döntöttek, több mint egy százalékponttal (16,5%-ra) csökkent. Leggyakrabban még mindig a legalacsonyabb, 500 CHF összegű franchise-t választották. Azon biztosítottak aránya, akik a 2.500 CHF összegű maximális franchise-t választották, az utóbbi években enyhén csökkent.

Ezzel szemben az alternatív biztosítási modellek egyre népszerűbbek. Már 2006-ban minden hetedik biztosított, 2011-ben pedig már a biztosítottak fele egy ilyen biztosítási forma mellett döntött. Az előző évhez viszonyítva arányuk 2015-ben ismét növekedett. Másrészt a választható franchise-t tartalmazó modellek száma 2005. óta erőteljesen csökkent, miközben a biztosítottak többsége az alternatív biztosítási modellek keretében ugyancsak magasabb franchise mellett döntött. Elsősorban a háziorvosi és a telemedicina modellek örvendenek nagy népszerűségnek. A háziorvosi modell keretében a biztosított kötelezettséget vállal arra, hogy első alkalommal mindig háziorvosát keresse fel. A telemedicina modellek pedig minden egyes orvoslátogatást megelőzően egy telefonos orvosi tanácsadást

feltételeznek. „Egészségügyi menedzsment szervezeteknél” (*Health Maintenance Organization – HMO*) a betegek első alkalommal minden esetben egy HMO-praxisban működő orvoshoz fordulnak. A HMO-praxisok átfogó betegellátást nyújtanak és ennek fejében átalánytérítésben részesülnek a biztosítók részéről. A bónusz-rendszer szerint azok a betegek, akik egy adott évben nem vettek igénybe szolgáltatást, díjcsökkentésben részesülnek.

A gyógyszerköltségek aránya stabil

2015-ben az előző évekhez hasonlóan a kötelező betegbiztosítás bruttó szolgáltatásainak legnagyobb része az ambuláns ellátásra jutott. Ez a szolgáltatások összességének 50,5%-át tette ki. A kórházakban és ápolási otthonokban nyújtott fekvőbeteg szolgáltatásokra a kiadások 29,0%-a, gyógyszerellátásra 20,5%-a jutott. A gyógyszerek aránya 2014-hez viszonyítva 0,1 százalékponttal csökkent. A fekvőbeteg kórházi ellátásokra fordított kiadások 2014-hez viszonyítva 2,6%-kal, az ambuláns ellátásokra fordítottaké 6,5%-kal növekedtek. A kötelező egészségbiztosítás összköltségei 2015-ben 5,2%-kal növekedtek.

A gyógyszerpiac népgazdasági jelentősége

Növekedett az engedélyezett gyógyszerek száma

A Svájcban árusítható, vagy export céljára szánt gyógyszerek engedélyezése a *Svájci Gyógyszerészeti Intézet (Swissmedic)* hatáskörébe tartozik. 2016-ban 42 új hatóanyagot tartalmazó humángyógyszert engedélyezésére került sor.

2016-ban a *Swissmedic* által engedélyezett gyógyszerek száma az előző évhez viszonyítva 1,3%-kal növekedett, a humán- és állatgyógyszerek száma összesen 8.417-re növekedett. Hosszabb távon tekintve az engedélyezések száma erőteljesen csökkent. Az 1990-ben engedélyezett gyógyszerek száma 10.119 egységet tett ki, 1.700 egységgel többet mint ma. A *Swissmedic* általi engedélyezés költség-kockázat elemzésen alapul és egyben a gyógyszerkiadás szabályait is meghatározza. 2016-ban az összes engedélyezett gyógyszer 67%-a tartozott a (vényköteles) A és B kategóriába.

2016-ban a gyógyszerpiac volumene az új, innovatív gyógyszereknek köszönhetően növekedett

A svájci gyógyszerpiac volumene 2016-ban az előző évhez viszonyítva 4,6%-kal, 5,6 milliárd CHF-re növekedett, ami az előző évhez viszonyítva

enyhe növekedést jelent. A növekedés elsősorban az új, innovatív rákellenes, valamint autoimmun megbetegedések (sclerosis multiplex) elleni gyógyszerek bevezetésének tulajdonítható. E gyógyszercsoport növekedése az antivirális szerekkel együtt a teljes piaci növekedés felét teszi ki. Az eladott dobozok száma 0,3%-kal, 188 millió egységre növekedett.

A betegpénztárak által térített gyógyszerek piaca erőteljesen növekedett

2016-ban a betegpénztárak által térített gyógyszerek aránya gyári áron a teljes gyógyszerforgalom 83,8%-át tette ki (4.689 millió CHF). Ez a piaci szegmens az előző évhez viszonyítva 5,5%-kal, a teljes gyógyszerpiacnál (4,6%) erőteljesebben növekedett.

A gyógyszeripar az export hajtóereje

Az eurozóna 2016-ban is fennálló válsága ellenére a svájci gyógyszeripar a népgazdaság hajtóerejeként jelent meg. Az exportok több mint 14%-kal növekedtek és meghaladták a 80 milliárd CHF-et. Ezek a svájci exportvolumen több mint kétharmadát tették ki. Erőteljesen növekedett az exportból származó bevételi többlet is. A svájci gyógyszerexport legnagyobb felvevő piaca továbbra is Európa.

[Lásd még: *A svájci egészségügy zsebkönyve – Gesundheitswesen Schweiz (Interpharma), 2011. 17. sz.; 2014. 16. sz.; 2016. 20. sz.*]

A gyógyszerértári piac helyzete Európában (Harmadik frissítés)

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 gyógyszerértári piaca a legnagyobb mértékben deregulált európai piacok közé tartozik. A gyógyszerértári tekintetében itt sohasem alkalmaztak túl sok szabályt, legalábbis a gyógyszerértári tulajdonviszonyok és az Internetes kereskedelem vonatkozásában. Miközben ugyanis az elmúlt évtizedekben az európai országok többségében célirányos liberalizáció ment végbe, a briteknél a gyógyszerértárok 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 gyógyszerértárat, az 1990-es években az egyre nagyobb gyógyszerkereskedelmi konszernnek elsősorban ott próbálkoztak vertikális szerveződéssel – a brit nagykereskedők nemzetközi gyógyszerkereskedelmi cégek gyógyszerértárláncaivá váltak. A stuttgarti *Gehe* nagykereskedelmi cég például 1995-ben felvásárolta az *AAH Pharmaceuticals* nagykereskedelmi céget és mára már 6.000 gyógyszerértár beszállítójává vált. Két évvel később bekebelezte a *Lloydspharmacy* gyógyszerértárláncot, 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 kifizetéseket 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*-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.

A melléklet melléklete

A francia Számvevőszék jelentése a szociális biztonsági rendszerről.

Költségmegtakarításokból 10.435 gyógyszertárt be kellene zárni

Cour de Comptes: La sécurité sociale, Septembre 2017

Forrás Internet-helye:

Teljes szöveg (729 p.):

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

Összefoglaló (84 p.): <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/39686>

A francia Számvevőszék 2017 szeptember végén jelentést tett közzé a szociális biztonsági rendszer helyzetéről. Az ajánlás szerint költségmegtakarításokból a létező 22.000 gyógyszertár közül 10.435-öt be kellene zárni. Ennek elérése érdekében a gyógyszerészeknek egyebek között a vényköteles gyógyszerek forgalmazására kellene összpontosítaniuk. A Számvevőszék szerint az egészségbiztosítás gyógyszerkiadásai 2015-ben csaknem 8,3 milliárd EUR-t tettek ki, amelyből 7,4 milliárd EUR gyógyszerterítésekre jutott.

A gyógyszertárak többsége nyereséges volt. A közforgalmú gyógyszertárak bruttó többlete 2009 és 2015 között a forgalom 8%-áról, annak 8,8%-ára növekedett. A téríthető gyógyszerekre fordított kiadások csökkenése (2011 és 2015 között -7,1%) ellenére a globális honorárium 2015-ben 5,4 milliárd EUR-t tett ki, 2007. óta abszolút számokban csaknem változatlan maradt.

A Számvevőszék további 2 milliárd EUR-ra teszi a gyógyszercégek és nagykereskedők által a gyógyszertárak részére nyújtott kedvezményeket. Ebben a tekintetben fontos szerep hárul a generikumok árusítására, amelyeknél a gyógyszertárak nemcsak hogy ugyanazokat az árakat

alkalmazzák, mint az eredeti készítményeknél, hanem rabattokat is inkasszálnak, például a cégektől való direkt vásárlás esetén.

Az erőteljesen szabályozott gyógyszerári szektorra a közforgalmú gyógyszertárak „túldimenzionált hálózata” jellemző. A Számvevőszék számításai szerint gyógyszertárak demográfiai és geográfiai eloszlása vonatkozásában megszabott kritériumokhoz képest számuk kétszer akkora, mint amennyit a szükséglettervezés szabályai megengednének. Konkrétan, mintegy 10.400 gyógyszertárral van több, amelyek elsősorban nagy agglomerációkban működnek. A gyógyszerárusító helyek tervezett csökkentésének jelenlegi tempója mellett a többlet leépítése akár száz évig is eltarthat.

A Számvevőszék ajánlásai

- A gyógyszerári hálózat méreteinek szűkebbre fogása, az új gyógyszertárak alapítására és tulajdonlására vonatkozó jogszabályok megváltoztatásával. 2018 elején ugyan megjelent egy rendelet a „területi hálózatba szerveződésről”, amely az egészségügyi rendszer modernizációjáról szóló, 2016 januárjában hatályba lépett törvényen alapult. Ám ez nem tartalmaz érdemi rendelkezéseket, inkább bizonyos helyzetek tisztázására szorítkozik, egyebek között az átcsoportosításokra (*regroupements*), valamint az engedélyek visszavonására vonatkozóan.
- A gyógyszerforgalmazás új formái, mint a „gyógyszerári monopóliumról” a „gyógyszerészi monopóliumra” való áttérés, amely ténylegesen a gyógyszertárak nem gyógyszerész általi („idegen”) birtoklásának engedélyezését jelenti.
- Korlátozott számú (400-500) gyógyszertár támogatása vidéki és városokhoz közeli területek ellátásának biztosítása érdekében. Ezek 98%-a kevesebb mint 2.500 lakossal rendelkező településeken működik.
- A gyógyszerári monopólium vényköteles gyógyszerekre való korlátozása.
- A vényköteles gyógyszerek Interneten történő árusítására vonatkozó szabályok fellazítása.

Forrás Internet-helye:

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

Az olasz gyógyszerértári 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 gyógyszerértári 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 gyógyszerértári piac számokban

- Olaszországban az elmúlt évben **18.201 gyógyszerértár** működött.
- **1.500 gyógyszerértár éjszakai ügyeletet tart.**
- A gyógyszerértári **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 gyógyszerértárakban.
- **3.340 lakosra jut egy gyógyszerértár**, ami európai középmezőnynek felel meg.
- Több mint **6.000 gyógyszerértár** rendkívüli kifizetésekben részesül, mivel **vidéki gyógyszerértárként** működik.
- Olaszországban **50.000 gyógyszerész dolgozik közgyógyszerértárakban; egy gyógyszerértárra átlagosan 2,8 gyógyszerész jut.**
- Egy gyógyszerértár **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 gyógyszerértári piac deregulációja 1999-ben kezdődött, amikor az olasz önkormányzatok a kommunális gyógyszerértárak („*Farmacia comunale*“) privatizációja mellett döntöttek. Akkoriban, elsősorban Közép- és Észak-Itáliában több mint 1.300 kommunális gyógyszerértár 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 konsernek, 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 konsernek 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 rabattot kell biztosítaniuk. Ez a szabály azonban a kevesebb mint 200 EUR-ba kerülő gyógyszerekre nem vonatkozik. A betegpénztáraknak nyújtott rabattok 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)

A melléklet melléklete

*Az osztrák versenyhivatal jelentése a gyógyszerári piac helyzetéről
Branchenuntersuchung Gesundheit –
Teilbericht I: Das österreichische Apothekenmarkt
Bundeswettbewerbsbehörde, Wien, Mai 2018 (41 p.)*

Forrás Internet-helye:

https://www.bwb.gv.at/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Gesundheitsbranchenuntersuchung_Apothekenmarkt_BWB_DE.pdf

Az Osztrák Szövetségi Versenyhivatal a gyógyszerári piac átfogó deregulációja mellett foglalt állást. Ajánlásai között szerepel a szükséglettervezés megszüntetése, a vénymentes gyógyszerek csak gyógyszerári árusításának részleges feloldása, az internetes kereskedelem gyógyszerárhoz kötésének lazítása. A hatóság azonban tart a nagykereskedők túl nagy befolyásától, ezért a gyógyszerárak nem gyógyszerész általi („idegen”) tulajdonlása tiltásának fenntartását támogatja. Ugyancsak nem nyúlna hozzá a vényköteles gyógyszerek internetes kereskedelmének tilalmához.

Az osztrák gyógyszerári piac a legszabályozottabbak közé tartozik Európában: viszonylag szigorú szükséglettervezés, a gyógyszerár nem gyógyszerész általi tulajdonlásának tilalma, maximum egy fiókgyógyszerár üzemeltetése, az internetes kereskedelem vénymentes gyógyszerekre korlátozása. Ebből a képből csak az orvosok házi-gyógyszertárai lógnak ki: 840 orvos tart fenn házi-gyógyszertárat.

Ausztriában jelenleg 1.360 gyógyszerár működik; 10 éve ezek száma még 10%-kal alacsonyabb volt. Ennek ellenére a gyógyszerárak sűrűsége tekintetében európai összehasonlításban az alsó harmadhoz tartozik. 100.000 lakosra 15,4 gyógyszerár jut, az európai átlag 31. A gyógyszerkiadások 3,7 milliárd EUR-t tesznek ki, ami az egészségügyi közkiadások 13,5%-a. A közforgalmú gyógyszerárak forgalma 2016-ban 4 milliárd EUR volt, egy átlagos gyógyszerár 2016-ban 2,9 millió EUR forgalommal rendelkezett.

A versenyhivatal ajánlásai:

- **A szükséglettervezés megszüntetése.** A hatóság reményei szerint ezáltal növekedni fog a gyógyszerárak száma, javulni fog a fogyasztók ellátása, fokozódik a gyógyszerárak közötti minőségi verseny, valamint az árverseny a vénymentes gyógyszerek területén.
- **A fiókrendszer deregulációja.** A hatóság Németország és Dánia példáját idézi, ahol az elmúlt években fellazították a gyógyszerárak nem

gyógyszerész általi tulajdonlásának tilalmát. Ettől a vidéki gyógyszerellátás javulását várják.

- **A nyitvatartási idő deregulációja.** Jelenleg az ausztriai gyógyszertárak heti 48 órát tarthatnak nyitva, ebédidőben be kell zárniuk.
- **Több gyógyszertári szolgáltatás.** A gyógyszertárak által nyújtott szolgáltatások túl korlátozottak. A hatóság konkrét példák nélkül minőségi versenyre és a szolgáltatások differenciálására számít.
- **Az online-kereskedelem liberalizációja.** Ausztriában 2015. óta engedélyezett a vénymentes gyógyszerekkel való internetes kereskedelem. A piac jól áttekinthető: 52 gyógyszertár rendelkezik internetes gyógyszerkereskedelemre való jogosultsággal. De egyes esetekben az EU más államaiból is küldenek gyógyszert osztrák megrendelők részére. A versenyhatóság most annak a szabálynak az eltörlését kezdeményezi, miszerint csak gyógyszerészek folytathatnak internetes kereskedelmet. A hatóság szerint a gyógyszerészek egyébként is igen gyatra, vagy éppenséggel semmiféle tanácsadást nem nyújtanak a vénymentes gyógyszerekre vonatkozóan, így a liberalizáció nem járna következményekkel. A közforgalmú gyógyszertárak amúgy általában nem nyújtanak tanácsadást a vénymentes gyógyszerekre vonatkozóan, a vevőnek pedig elutasítás esetén lehetőségében áll más gyógyszertárakhoz fordulni. A vényköteles gyógyszerek internetes kereskedelmének liberalizációja azonban szóba sem kerülhet. A versenyhatóság nézete szerint az internetes kereskedőknek a vénymentes gyógyszerekkel való erőteljesebb árversenyt kellene folytatniuk. Ezen a területen a dereguláció alacsonyabb árakhoz, a verseny felélénkítéséhez, jobb minőségű tanácsadáshoz vezetne.
- **A futárszolgálatok deregulációja.** Az osztrák gyógyszerészek jelenleg hat kilométeres körzetben futárral is kiszállíthatják a gyógyszert. A hatóság szerint a körzethatárra vonatkozó szabályt meg lehetne szüntetni.
- **A vénymentes gyógyszerek csak gyógyszertárakban árusításának deregulációja.** A versenyhatóság elemzése szerint a gyógyszerészek a „monopolhelyzet” és a szükséglettervezés eredményeként stabil ügyfélkörrel rendelkeznek, ezért nincs semmi készletük arra, hogy árversenybe bocsátkozzanak. A hatóság több lehetőséget lát a liberalizációra: Először: Bizonyos vénymentes készítményeknek a gyógyszerész választása szerinti árusítása, miközben fennmaradna a továbbra is csak gyógyszertárban való árusítás. Másodszor: Bizonyos vénymentes gyógyszerek kiszervezhetőek és gyógyszertáron kívül is árusíthatók lennének. Ebben a tekintetben azonban a versenyhatóság maga is tart a „gyógyszertárláncok” befolyásától, mivel itt „jelentős piaci túlsúly” keletkezhetne, ami a választék mélységben és szélességben való beszűkülését eredményezhetné. Harmadszor: A vénymentes gyógyszerek csak gyógyszertári árusításának megszüntetése. Ám a hatóság ebben a tekintetben is figyelmeztet arra, hogy a „piac korlátlan megnyitása” nem ajánlatos.

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 gyógyszerári 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-moделleket 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 hozzáálltak 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.

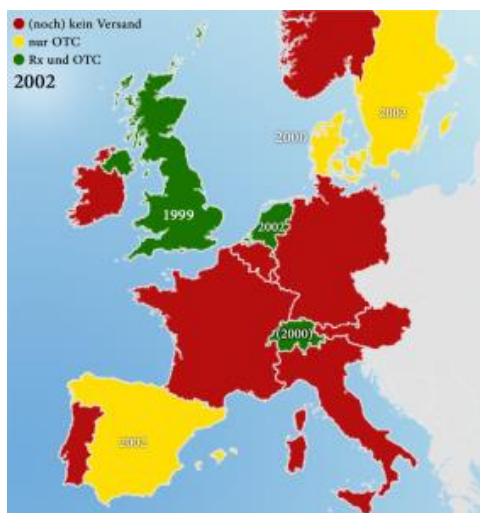
Svédország: A helyzet a hollandiaihoz hasonlóan alakult. Az állami gyógyszertárlánc, az *Apoteket AB*, már, jóval a gyógyszertári liberalizációt (2002) megelőzően elkezdte az OTC készítmények internetes kereskedelmét. Mivel a piacon egyetlen szolgáltató állt rendelkezésre, az ügyfél egyetlen Internet-portálon 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 *DocMorris*ról 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, 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 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 gyógyszerári 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

gyógyszereszeknek engedélyeztetniük kell honlapjaikat az *Infarmed* gyógyszerhatósággal.

Belgium: A belga gyógyszereszek 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 gyógyszerári 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 gyógyszerári 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 elkezdték 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-kernkompetenzen-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 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 áréréket 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 szupermarketben 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 hólabdaszerűen ismét egybeszerkesztjük a cikkeket. Más forrásokból származó, hasonló tematikájú anyagok beillesztésére is sor kerül.

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Hollandia

- Az egészségbiztosítás helyzetének alakulása Hollandiában 2006. óta. A reform és annak hatásainak elemzése (WIP PKV) (3. rész): A biztosítók közötti verseny; a biztosítók és a szolgáltatók közötti ellátási szerződések; háziorvosi rendszer; az állam szerepe, kiegészítő biztosítások, a verseny szerepe a reformot követően.

Ápolás

- Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban. Szövetségi szintű felmérés a vezető ápolók körében az ápolás és a betegellátás helyzetéről az intézményi ápolás területén – *Pflege-Thermometer 2018*
- Az idősápolás munkaerőpiaci helyzete
- Minijobok az idősápolásban

Népegészségügy

- Egészségi egyenlőtlenségek Németországban és nemzetközi összehasonlításban (1-2. rész): Németország; Nemzetközi összehasonlítás (*Journal of Health Monitoring, Robert Koch-Institut*)

Gyógyszertárak

- Jelentés a gyógyszertárak gazdasági helyzetéről

Svájc

- A foglalkoztatói nyugdíjak helyzete Svájcban
- Az időszerűak részére nyújtott átmeneti struktúrák kínálata és igénybevétele (*Obsan Dossier 52*)
- A nem fertőző betegségek indikátorai Svájcban

Rövidhírek (aleatorikusan):

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