

# ***Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete***

## ***Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle***

***2018. 20. sz. (Lapzárta: 2018. szeptember 26.)***

### **Globális egészségügy**

- Az ENSZ globális jelentése a gyermekhalálozásról
- A WHO globális jelentése az alkoholfogyasztás helyzetéről
- Az alkoholfogyasztás és a globális betegségteher a világ 195 országában 1990 és 2016 között a *Global Burden of Disease Study 2016* adatai alapján
- A fogamzásgátlás világnapja (2018. szept. 26.). A fogamzásgátlás globális helyzete 2018-ban

### **Európai Unió**

- Szarvashibák az európai klinikai vizsgálati regiszterhez benyújtott jelentéseknél

### **Határon átnyúló ellátás**

- Határon átnyúló egészségügyi együttműködési projekt Németország és Svájc között

### **Gyógyszer**

- A gyógyszerári piac liberalizálása Olaszországban
- A svájci kormány gyógyszer-költségcsökkentési programja
- Jelentés a gyógyszerek felírásáról Németországban (2018)
- Az aszpirin prevenció célból való alkalmazása az időskorúak körében

### **Ápolás**

- Orvosok, ágyak, betegek. ápolási idő statisztikája Németországban

### **Lelki egészség**

- Kényszerintézkedések a svájci pszichiátriai intézetekben

### **Szociálpolitika**

- Nyugdíjrendszer és időskori szegénység Svédországban
- Jövedelmi szegénység Németországban

### **Egy asszony illata**

- Illat, vonzalom, termékenység

### **Personalia**

- Mag. Michael Opriesnig, az Osztrák Vöröskereszt új főtitkára
- 2018-ban Evan Atar Adaha dél-szudáni orvos kapta az ENSZ Menekültügyi Főbiztosságának Nansen-díját

### **Melléklet**

- A gyógyszerári piac helyzete Európában – negyedik frissítés

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

***Az ENSZ globális jelentése a gyermekhalálózásról –  
Levels & Trends in Child Mortality. Report 2018***  
UNICEF – Egészségügyi Világszervezet – Világbank – ENSZ  
18 September 2018 (48 p.)

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, gyermekhalálózás, ENSZ, Egészségügyi Világszervezet, UNICEF, Világbank

**Forrás Internet-helye:**

<https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/09/UN-IGME-Child-Mortality-Report-2018.pdf>

A halálesetek száma az elmúlt évben az öt éven aluli gyermekek körében világviszonylatban 5,4 millió volt (1990: 12,6 millió).

2017-ben az öt és tizenöt év közötti gyermekek körében csaknem egymillió haláleset következett be- Az elmúlt évben összességében 6,3 millió gyermek többnyire megelőzhető okokból halt meg. Ez átlagosan tizenöt másodpercenként egy halálesetnek felel meg.

***Laurence Chandy, az UNICEF adatvédelmi, kutatási és politikai igazgatója*** szerint 1990. óta jelentős előrelépést sikerült elérni a gyermekéletek megmentése vonatkozásában. Több millió gyermek túlélési esélyei attól függnék, hogy hol és milyen körülmények között születtek. Ha nem sikerül hatékony intézkedéseket bevezetni, 2030-ig 56 millió öt éven aluli gyermek halálával számolhatunk, akiknek a fele újszülött lesz. Ehhez egyszerű eszközök szükségesek: gyógyszer, tiszta víz, áram, oltások, szúnyoghálók. A gyermekek körében a leggyakoribb halálokok: a szülési komplikációk, a tüdőgyulladás, az újszülöttkori szepszis és a malária. A nagyobb gyermekek körében a halálózás kockázata elsősorban közlekedési balesetek és vízbefulladás miatt növekedik.

A világszervezet célkitűzése 2030-ig az újszülöttek és kisgyermekek túlélésének világviszonylatban való biztosítása. A gyermekhalálózás alakulásának pozitív trendje folytatódik ugyan, de az előrehaladás túl lassan megy végbe.

Az öt éven aluli gyermekek körében a halálesetek több mint fele a szubszaharai övezetben, további 30%-a Dél-Ázsiában következik be. A kisgyermekek túlélési esélyei statisztikailag Szomáliában. Csádban és a Közép-Afrikai Köztársaságban a legrosszabbak, ahol minden nyolcadik gyermek még az ötödik születésnapját sem éri el.

[Lásd még: *Az ENSZ globális jelentése a gyermekhalálózásról, 2017. 29. sz.*]

*Az Egészségügyi Világszervezet globális jelentése az alkoholfogyasztás helyzetéről –  
Global Status Report on Alcohol and Health 2018 ;  
Egészségügyi Világszervezet, 2018. szept. 21. (476 p.)*

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, népegészségügy, szenvedélybetegségek, alkohol, alkoholfogyasztás, Egészségügyi Világszervezet, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:**

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>  
<http://www.who.int/news-room/detail/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year-most-of-them-men> ;  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/)

Világviszonylatban minden húszadik haláleset az alkoholfogyasztással függ össze. Az Egészségügyi Világszervezet jelentése szerint évente hárommillió személy hal meg az alkoholfogyasztás miatt, több mint AIDS, erőszak és közlekedési balesetek miatt összesen. A halálesetek kétharmada a férfiakra jut.

Az Egészségügyi Világszervezet 200 betegséget hoz összefüggésbe az alkoholfogyasztással, többek között a májcirrózist és a rákos megbetegedések néhány típusát. A jelentés szerint az alkoholfogyasztás esendőbbé teszi az embereket más betegségekkel szemben is, mint a tuberkulózis, az AIDS és a tüdőgyulladás.

A 2016-ban regisztrált alkohol miatti hárommillió haláleset az adott évben bekövetkezett összes haláleset 5,3%-ának felel meg. A leggyakoribb alkohollal összefüggő halálokok: a balesetek és erőszakos cselekmények (29%), az emésztőrendszeri megbetegedések (21%), a szívbetegségek és a diabétesz mellitus (19%), valamint a fertőzések és rákos megbetegedések (12,6%) és a pszichés zavarok. Ugyanebben az évben világviszonylatban az összes haláleset 2,5%-át közlekedési balesetek, 1,8%-át AIDS, 0,8%-át erőszakos cselekmények okozták.

Az alkohollal összefüggő halálesetek száma az elmúlt években csökkent. 2012-ben még 3,3 millió alkohollal összefüggő halálesetet regisztráltak.

A jelentés szerint világviszonylatban 2,3 milliárd személy fogyaszt alkoholt – Amerikában, Európában és a Csendes-óceán nyugati térségében a lakosság több mint fele. Az alkoholfogyasztók száma Európában a legmagasabb, azonban 2010-hez viszonyítva több mint tíz százalékkal csökkent. Az alkoholfogyasztás az európai országok háromnegyedében csökkent, elsősorban Oroszországban, Moldáviában és Fehér-Oroszországban. Az Oroszországban bekövetkezett látványos csökkenés az Egészségügyi Világszervezet ajánlásai megszívlelésének, a vodka minimális ára rögzítésének és a benzinkúton való alkoholárúsítás betiltásának tulajdonítható.

2016-ban az átlagfogyasztás világviszonylatban 6,4 liter tiszta alkohol volt (2005-ben: 5,5 liter). Az egy főre eső alkoholfogyasztás Németországban 13,4 liter, Franciaországban 12,6 liter, Olaszországban 7,5 liter volt. A tömény italok aránya 45%, a söré 34,3%, a boré 11,7%.

Az Egészségügyi Világszervezet előrejelzése szerint az alkoholfogyasztás az elkövetkező tíz évben elsősorban Dél-kelet-Ázsiában, a Csendes-óceán nyugati térségében és az amerikai kontinensen növekedhet, ami feltehetően az alkohollal összefüggő megbetegedések és halálesetek számának növekedésével járhat.

*Az alkoholfogyasztás és a globális betegségteher  
a világ 195 országában 1990 és 2016 között  
a Global Burden of Disease Study 2016 adatai alapján –  
Alcohol use and burden for 195 countries and territories,  
1990-2016; a systematic analysis for the  
Global Burden of Disease Study 2016  
The Lancet, Published: August 23, 2018  
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)*

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, népegészségügy, szenvedélybetegségek, alkohol, alkoholfogyasztás, Global Burden of Disease, Bill & Melinda Gates Foundation, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:**

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31310-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31310-2/fulltext)

A „*Global Burden of Disease-Study 2016*” szerint az alkoholfogyasztás a 15 és 49 év közötti lakosság körében előforduló halálesetek tíz százalékával hozható összefüggésbe. Évente a nők két, a férfiak hét százaléka hal meg valamilyen alkoholfogyasztással összefüggő megbetegedésben. 2016-ban a 15 és 49 év közöttiek körében az idő előtti halálozás és fogyatékosná válás fő oka volt.

Annak kockázata, hogy valaki megbetegedjék a 23 figyelembe vett betegség valamelyikében, mint a diabétesz vagy a tuberkulózis, az absztinensekhez viszonyítva minden naponta fogyasztott tíz gramm alkohollal (negyed liter sör, vagy nyolcad liter bor), 0,5%-kal növekedik. Abszolút számokban ez azt jelenti, hogy 100.000 fő közül 918 volt érintett, szemben 914-gyel. Az abszolút különbség tehát 100.000 közül évente négy fő, azaz 0,004 százalék.

**Finanszírozás:** *Bill & Melinda Gates Foundation*

*A fogamzásgátlás világnapja (2018. szept. 26.)*  
*A fogamzásgátlás globális helyzete 2018-ban –*  
*World Contraceptive Use 2018*

United Nations, Department of Economic and Social Affairs,  
Population Division (2018). World Contraceptive Use 2018  
(POP/DB/CP/Rev2018)

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, nőgyógyászat, családtervezés, fogamzásgátlás, terhességmegelőzés, ENSZ, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:**

[http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/datas/contraception/wcu2018/UNPD\\_WCU2018\\_Methodology.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/datas/contraception/wcu2018/UNPD_WCU2018_Methodology.pdf) ;

<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/datas/contraception/wcu2018.shtml> ;

[http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/figure\\_model-based\\_estimates\\_countries\\_run20180220.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/figure_model-based_estimates_countries_run20180220.pdf)

A *World Contraceptive Use 2018* adatbázis a világ 195 országában élő, reprodukzív életkorban levő (15 és 49 év közötti), párkapcsolatban élő nők indikátoraira terjed ki az 1950 és 2017 közötti időszakban.

Az adatbázis 1.202 megfigyelést tartalmaz a fogamzásgátlás prevalenciájára vonatkozóan a világ 195 országában és territóriumában, 499 megfigyelést a nem teljesült családtervezési szükséglet kielégítésére vonatkozóan a világ 142 országában és 498 megfigyelést a szükséglet kielégítésére vonatkozóan a világ 142 országában. A családtervezés a Fenntartható Fejlődési Célok fontos összetevője.

A *World Contraceptive Use 2018* forrásai: a reprezentatív nemzeti felmérések, valamint a nemzetközi kutatási programok eredményei, többek között: a *Contraceptive Prevalence Survey (CPS)*, a *Demographic and Health Survey (DHS)*, a *Fertility and Family Survey (FFS)*, a *Reproductive Health Survey (RHS)*, a *Multiple Indicator Cluster Survey (MICS)*, a *Performance Monitoring and Accountability 2020 Survey (PMA)*, valamint a *World Fertility Surveys (WFS)*.

**Szarvashibák az európai klinikai vizsgálati regiszterhez benyújtott jelentéseknél**  
– **Goldacre B et al.: Compliance with requirement to report results on the EU Clinical Trials Register: cohort study and web resource**  
BMJ. 2018; 362: k3218. Published online 2018 Sep 13. doi: 10.1136/bmj.k3218

**Kulcsszavak:** egészségügyi technológiai értékelés, HTA, gyógyszer, klinikai vizsgálatok, EU Clinical Trials Register, Európai Unió

**Forrás Internet-helye:**

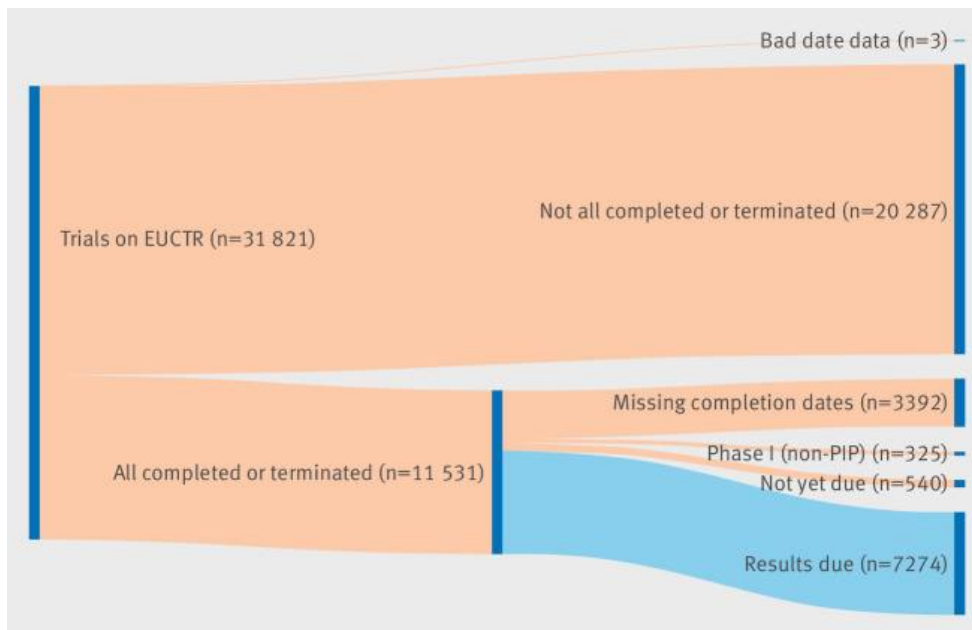
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6134801/>

**Ben Goldacre** (senior clinical research fellow. EBM DataLab, Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford, Radcliffe Observatory Quarter, Oxford OX2 6GG, UK) és *mt.* elemzése szerint az európai klinikai vizsgálati regiszterhez (EU Clinical Trials Register) benyújtott jelentéseknél hiányosságok jelentkeznek. A jelentések több mint felét nem nyújtják be a klinikai vizsgálatok lezárását követő egy éven belül és azokban számos inkonzisztenciát fedeztek fel, amelyek megnehezítik a kontrollt.

### **Eredmények**

- Az EUCTR adatbázis összesen 31.821 tanulmányt tartalmazott. Ezek közül 20.287-t kizártak, mivel nem fejezték be a vizsgálatot, vagy nem jelentették be annak lezárulását. A fennmaradó 11.531 tanulmány közül 3.392-et kellett kizárni, mivel azok bejelölték ugyan az adatbankban a vizsgálat lezárulását, ám legalább egy résztvevő országból hiányzott a lezárás dátuma. Lezárult 540 vizsgálat, amelyeknél a zárójelentés határideje még nem járt le, valamint 325 első szakaszban levő nem-pediátriai vizsgálat, amelyeknél nem áll fenn jelentéstételi kötelezettség.
- A kiértékelhető 7.247 vizsgálat közül, amelyek jelentéstételre kötelesek voltak, a vizsgálatok kevesebb mint felének (49,5%) eredményei álltak rendelkezésre az adatbankban.
- A szponzorok által pénzügyileg támogatott vizsgálatok 68,1%-a, a nem támogatottak 11%-a tartotta be a jelentéstételi kötelezettséget.
- A több tanulmányt támogató szponzorok gyakrabban jelentettek rendszeresen, mint a kevesebb tanulmányt támogatók (77,9 %, ill. 18,4%).

### *Az EU Clinical Trials Register összes vizsgálatának folyamatábrája*



A klinikai vizsgálatok világviszonylatban második legnagyobb regiszteréhez benyújtott jelentések mintegy fele nem tartja be a szabályokat. Elsősorban az egyetemi és nem kereskedelmi intézményeket illeti szemrehányás, miközben a legalább 50 tanulmányt szponzorálónál az első 25 helyen kizárólag gyógyszercégek állnak, amelyeknél a megfelelés legalább 90%. Maga az EUCTR teljesítménye is bírálatra érdemes. A szerzők súlyos hibákat, mulasztásokat, ellentmondásos bejegyzéseket találtak az EU adatbankjában. Ezek az inkonzisztenciák maguk is akadályozzák a felügyeleti hatóságokat a compliance biztosításában.

***Finanszírozás: Laura and John Arnold Foundation.***

***Határon átnyúló egészségügyi együttműködési projekt Németország és Svájc között***

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Obsan Bulletin 03/2018 (11 Sept. 2018) (8 p.)

**Kulcsszavak:** egészségügy, határon átnyúló ellátás, Svájc, Németország

**Forrás Internet-helye:** <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/behandlungen-jenseits-der-landesgrenze> ;  
[https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2018/obsan\\_bulletin\\_2018-03\\_d.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2018/obsan_bulletin_2018-03_d.pdf)

A közelmúltban lezárult két svájci kanton (*Basel-Stadt* és *Basel-Landschaft*) és a németországi Lörrach járás közötti «**GRUEZ**» kísérleti projekt a határon átnyúló egészségügyi ellátás területén.

– A két svájci kanton lakosai szívesen vesznek igénybe orvosi vagy rehabilitációs kezeléseket Lörrach térségében.

– A két svájci kanton és a német járás közötti «**GRUEZ**» projekt 2007-ben indult. . A biztosító az alapbiztosítással rendelkező résztvevők számára megtérítette a Lörrach térségében igénybe vett szolgáltatásokat: az összeg egy részét a biztosító, egy részét a lakóhely szerinti kanton térítette.

– 2007 és 2017 között 1.948 személy vett igénybe kezeléseket a projekt keretében a határmenti régióban, túlnyomó többségük rehabilitációs szolgáltatást (több mint 97%). A résztvevők száma 2012-ben érte el a maximumot (272 személy), 2017-ben már mindössze 94-et számláltak.

– Legtöbben ortopédiai rehabilitációt vettek igénybe, pl. csípőízületi műtétet követően. Második helyen a kardiológiai rehabilitáció áll, amelyre szív-műtétet követően került sor.

– A betegek elsőprő többsége elégedett volt a kórházzal.

– A partnerek a projekt 2018-ban való kifizetését követően a lehetőség fenntartására törekednek. A németországi kezelés opcióját további intézkedésekkel próbálják ismertebbé tenni.

[Lásd még: *Határon átnyúló egészségügyi együttműködési projekt Németország és Svájc között, I.- II. fázis, 2011. 18. sz.; 2016. 11. sz.*]



***A gyógyszerértári piac liberalizálása Olaszországban***  
DAZ.ONLINE, 14.09.2018, 17:55

**Kulcsszavak:** gyógyszer. gyógyszerértárok, liberalizálás, Olaszország

**Forrás Internet-helye:**

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/09/14/die-ketten-kommen/chapter:all>

Olaszországban jelenleg élőben figyelhető meg a gyógyszerértári piac liberalizálása. 2017-ben hatályba lépett a „konkurencia-törvény”, amely feloldotta a gyógyszerértárok nem gyógyszerész általi tulajdonlásának és több gyógyszerértár tulajdonlásának tilalmát. Azóta a nagy nemzetközi gyógyszerkereskedelmi konszernek, a *McKesson* és a *Walgreens Boots Alliance*, lépésről lépésre növelték piaci hatalmukat. Új szereplőként jelentkezett a *Dr. Max* gyógyszerértárlánc, amely elsősorban Kelet-Európában ismert.

Az olasz gyógyszerértári piac Európában a legbonyolultabbak közé tartozik. Egyrészt megvannak a szabályozás elemei, mint a szigorú demográfiai szükséglettervezés. Másrészt, az olasz törvényhozó mindig nyitva tartotta a kiskaput a piacra lépéshez a nagy gyógyszerkereskedelmi konszernek számára. A gyógyszerértári tulajdonviszonyokra vonatkozó tilalmak (nem gyógyszerész általi tulajdonlás, ill. több gyógyszerértár tulajdonlása) nem terjedtek ki az ún. kommunális gyógyszerértárokra („*Farmacie comunali*”). Mivel az önkormányzatoknak pénzre volt szükségük, gyógyszerértári telephelyeik vonatkozásában a több gyógyszerértár tulajdonlásának tilalmát nem vették figyelembe.

Így a nagy európai gyógyszerkereskedelmi konszernek évtizedek óta jelen vannak Olaszországban. Kezdetben olaszországi leányvállalatokat létesítettek, amelyek az egyes kommunális gyógyszerértárokot kontrollálták. Ma már mintegy 1.300 gyógyszerértár van a *Walgreens Boots Alliance*, a *Phoenix* és a *McKesson Europe* (korábban *Celesio*) tulajdonában. Mindeddig azonban a konszernek nem szerezhettek meg „normális”, azaz gyógyszerészek által üzemeltetett gyógyszerértárokot. A „konkurencia-törvényvel” most minden másképp lesz. A törvény legfontosabb rendelkezései:

- A privát vállalkozások gyógyszerértárokot vásárolhatnak és nyithatnak. Egy-egy olasz tartományban azonban a gyógyszerértárok legfeljebb 20%-a lehet nem gyógyszerész tulajdonában. A felső határ betartását a versenyhivatal ellenőrzi.
- Megszűnik a több gyógyszerértár tulajdonlására vonatkozó tilalom. Eddig egy gyógyszerész tulajdonában egy tartományban maximum négy gyógyszerértár lehetett.
- A törvény szerint a vidéki gyógyszerértárok pénzügyi támogatásban részesülnek. A kevesebb mint 6.600 lakossal rendelkező településéken a gyógyszerértárok bizonyos feltételek mellett 5.000 EUR egyszeri kifizetésre jogosultak.

[Lásd még: *A gyógyszerértári piac helyzete Olaszországban, 2017. 13. sz.*; *Új gyógyszerértári törvény Olaszországban, 2017. 22. sz.*; *A gyógyszerértári piac helyzete Európában – egységes szerkezetben, harmadik frissítés, 2018.13. sz.*; *Archívum*]

*A svájci kormány gyógyszer-költségcsökkentési csomagja*  
Bundesamt für Gesundheit, Bern, 14. 09. 2018 ; pharmaSuisse, 14. 09. 2018

**Kulcsszavak:** gyógyszer, gyógyszerárak, költségek, költségcsökkentés, Svájc

**Forrás Internet-helye:**

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/news/news-14-09-2018.html> ; <https://www.pharmasuisse.org/de/?Article=1490509>

A svájci szövetségi kormány elfogadta a betegbiztosításról szóló szövetségi törvény (*Bundesgesetz über die Krankenversicherung – KVG*) módosítását. Ezzel a gyógyszer-költségcsökkentési csomag második szakaszába lép. A szövetségi kormány 2018 tavaszán szakértői jelentést fogadott el a kötelező betegbiztosítás tehermentesítését célzó költségcsökkentési programról és két intézkedési csomag összeállításával bízta meg az egészségügy felügyeletét is ellátó Belügyminisztériumot. A jelenlegi kormányhatározat elfogadta és közvitára bocsátotta az első csomagot. Az első intézkedési csomag közvitája 2018. december 14-ig tart. A szövetségi kormánynak legkésőbb 2019 végéig közvitára kell bocsátania a második intézkedési csomagot is. A költségcsökkentési csomagok fő elemei: a gyógyszerellátás, és a transzparencia.

A betegbiztosításról szóló törvény részleges revíziója során évente több millió CHF megtakarítása válik lehetővé. Az előterjesztés tizenkét költségcsökkentési intézkedést tartalmaz. Kiemelt szerepet tölt be egy kísérleti cikkely, amelynek célja a kötelező betegbiztosítás „normális” keretein kívüli innovatív és költségcsökkentő projektek bevezetése. A tarifák és a költségek kontrollja területén tervezett szabályozások: az átalánydíjak ösztönzése az ambuláns ellátás területén, egy nemzeti tarifaszervezet bevezetése az ambuláns ellátás területén, a tarifapartnerek adatszolgáltatásra való kötelezése a tarifák megállapítása, kiigazítása és engedélyezése tekintetében, valamint az egészségügyi szolgáltatások költségeinek kontrollját célzó intézkedésekről szóló megállapodás. ***A reform legfontosabb eleme azonban a referencia-árrendszer bevezetése a lejárt szabadalmú gyógyszerek területén.***

***A reformtervekkel szemben máris széles összefogás jött létre.*** Az IQVIA Schweiz sajtókonferenciáján elhangzott bejelentés szerint ebben részt vesznek: a Svájci Gyógyszerész Szövetség (*Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse*), a kézigyógyszertárral rendelkező orvosok szövetsége (*Verband der Ärzte mit Patientenapotheke – APA*), a nagykereskedők szövetsége (*pharmalog.ch*), a generikum-gyártók szövetsége (*Intergenerika*), az egészségügyi hivatalok és a kórházak gyógyszertárainak szövetsége (*Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker – GSASA*), a független gyógyszerészek csoportosulásainak szövetsége (*Vereinigung der Gruppierungen unabhängiger Apotheken – VGUA*), valamint az egyesület a független gyógyszertárakért (*Verein für die unabhängige Apotheke – IFAK*). Csatlakozott továbbá a Svájcban fejlesztő, gyártó és forgalmazó hat gyógyszerész cég tömörülése (*IG Schweizer Pharma KMU*).

**Gregor Pfister, az IQVIA Schweiz igazgatója** szerint a szövetségi kormány ismét a gyógyszereszek, a kórházi gyógyszertárak és a házi orvosok rovására folyamodik díjemeléshöz a költségcsökkentés elérése érdekében. Ez annál is érthetlenebb, mert az elmúlt években ezen a területen több száz millió CHF-et sikerült megtakarítani. A Szövetségi Egészségügyi Hivatal által becsült 60 millió CHF helyett a legutóbbi árcsökkentési forduló során a megtakarítás meghaladta a 190 millió CHF-et. Ez ebben az évben a gyógyszerforgalmazóknál több mint 40 millió CHF megtakarítást jelent, a tervezett összeg háromszorosát.

**Fabian Vaucher, a pharmaSuisse elnöke** szerint a gyógyszerárak évente történő kiigazítása már most erőteljes nyomás alá helyez minden szereplőt, aki gyógyszerkereskedelemmel foglalkozik. A terjesztés aránya szerinti költségfedezet évről évre csökken, miközben a személyi, bérleti és infrastrukturális kiadások folyamatosan növekednek. Ez minden negyedik gyógyszertár számára súlyos gazdasági nehézségeket okoz és számos gyógyszertár egzisztenciáját veszélyezteti. Az árképzési modell megváltoztatása folytán drasztikusan csökkeni fog a gyógyszertárak kínálati spektruma, rosszabb esetben vidéki és városi gyógyszertárak bezárásához fog vezetni.

**A szakmai szervezetek képviselőinek ellenjavaslatai:** A generikumok hatékonyabb alkalmazásával 150 millió CHF, hatékony árképzési és ármegállapítási rendszerrel további 100 millió CHF megtakarítást lehetne elérni. Ezzel kapcsolatban a három legnagyobb forgalommal rendelkező gyógyszercsoportot (immunszuppresszívumok, rákellenes gyógyszerek, antivirális gyógyszerek) nevezte meg, amelyek 2016-ban az összes gyógyszerköltség 28%-át tették ki. 50 millió CHF megtakarítására lenne lehetőség biosimilar készítményekkel. A költségcsökkentéshez hozzájárulhatna a krónikus betegek terápiás előírásainak fokozottabb betartása, a gyógyszerek hulladékba kerülésének megelőzése, a kiadás során nyújtott tanácsadás és az adekvát kiszérelés betartása. A szövetségi kormány szerint évente 500 millió CHF értékű gyógyszer kerül hulladékba. A pharmaSuisse elnöke 100 millió EUR megtakarítást tartana lehetségesnek. Összességében 500 millió CHF volumenű megtakarításra lenne lehetőség.

**Dr. Helga Blasius (hb), Apothekerin**  
[redaktion@daz.online](mailto:redaktion@daz.online)

[Lásd még: Újabb gyógyszer-költségcsökkentési csomag Svájcban, 2017. 6. sz., Fabian Vaucher, a Svájci Gyógyszerész szövetség elnöke a gyógyszertörvény revíziójáról, 2017. 27. sz.; A svájci kormány költségcsökkentési intézkedéscsomagja, 2018. 13. sz.]

***Jelentés a gyógyszerek felírásáról Németországban (2018) –  
Arzneiverordnungs-Report 2018***

Pressekonferenz zum Arzneiverordnungs-Report 2018,  
20. Sept. 2018, Berlin

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) –  
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

**Kulcsszavak:** gyógyszer, gyógyszerkiadások, receptek, Németország

**Forrás Internet-helye:** <http://www.wido.de/arzneiverordnungs-rep.html> ;  
[http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_arzneimittel/wido\\_arz\\_avr2018\\_pressemappe\\_0918.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_arzneimittel/wido_arz_avr2018_pressemappe_0918.pdf)

A kötelező betegbiztosítás gyógyszerkiadásai, a betegek önrészeit is beleértve 2017-ben 39,9 milliárd EUR-t tettek ki, ami az előző évhez viszonyítva 1,4 milliárd EUR, ill. 3,7%-os növekedésnek felel meg. A növekedés elsősorban a szabadalmi védelem alatt álló gyógyszereknek tulajdonítható, amelyekre az elmúlt évben a kötelező betegbiztosítás gyógyszerpiacán 18,5 milliárd EUR jutott. Ezeknek a gyógyszerforgalomban való részesedése az elmúlt húsz év során 33%-ról 45%-ra növekedett.

**Jürgen Klauber, a jelentés egyik kiadója és társszerzője, a Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) ügyvezető igazgatója** szerint a gyógyszerkiadások gyakran kisebb betegcsoportok által igényelt, magas költségekkel járó terápiák felé tolnak el. Egyes betegcsoportok jellemzője, hogy a felírás volumene nem különösebben jelentős, de a recepten igen drága szabadalmi védelem alatt álló gyógyszerek szerepelnek. Az összes gyógyszerkiadás 34%-át rákos megbetegedésekre, vírusos megbetegedésekre és a szervezet védekező rendszerének súlyos megbetegedéseire fordították. Az ezekre a terápiás területekre fordított kiadások 2007 és 2017 között megduplázódtak.

Áruknál fogva a biológikumok egyre nagyobb kihívást jelentenek. Ezeket elsősorban rákos és krónikus gyulladáshoz vezető megbetegedéseknél alkalmazzák. Forgalmuk a jelentés szerint 2017-ben 11,3 milliárd EUR-t tett ki, 2007.

óta megháromszorozódott. Jóllehet ezek utánzatai, a biosimilar készítmények, már több mint tíz éve rendelkezésre állnak, ezek a piacon még mindig nem rendelkeznek a szükséges átütő erővel. Ennek oka a kínálati struktúra. 2017-ben az összesen 14 biosimilar készítményeket szolgáltató közül hat eredeti készítményeket kínált. Ezekre jutott a biosimilar készítményekre fordított összkiadások 83%-a.

A magas árak trendje a ritka betegségek kezelésére szolgáló gyógyszereknél (*orphan-drugs*) is megnyilvánult. 2017-ben a valaha *orphan-drug*-ként engedélyezett gyógyszerek forgalma 3,3 milliárd EUR-t tett ki. Ez a kötelező betegbiztosítás teljes gyógyszerforgalmának nyolc százaléka. Az elmúlt tíz év során ezek részesedése a teljes gyógyszerforgalomban megháromszorozódott. A 2017-ben piacra bevezetett tíz legrágább gyógyszer közül hét *orphan-drug* volt, amelyek éves terápiás költsége meghaladja a 100.000 EUR-t. A legrágább *orphan-drug* ára 750.000 EUR. Ám egyre inkább megmutatkozik, hogy a gyógyszeripar az *orphan*-státusszal összefüggő minden lehetőséget igyekszik kihasználni. Ezt a státuszt ma már nemcsak ténylegesen ritka betegségekre (10.000 személy közül öt érintett) alkalmazzák, hanem olyan indikációkra is, amelyek az alkalmazási területek több, kisebb alcsoportra való széttagolásából keletkeznek. Már ma több olyan eredetileg *orphan-drug*-ként bevezetett gyógyszer van, amelyeket a kötelező betegbiztosítás háromjegyű milliós nagyságrendű összegekben támogat és amelyeket különböző *orphan*-indikációkra engedélyeztek.

Schwabe/Paffrath/Ludwig/Klauber (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2018: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare; 2018; 906 S.; 92 Abb.; Softcover; 59,99 €; ISBN 978-3-662-57385-3; Springer-Verlag.

**Kontakt:**

**Kai Behrens** | AOK-Bundesverband | 49-30 346 46 2309 |  
[presse@bv.aok.de](mailto:presse@bv.aok.de)

[Lásd még: Jelentés a gyógyszerfelírásokról – Arzneiverordnungs-Report: 2009. 41. sz.; 2010. 40. sz., 2012. 42. sz., 2013. 38. sz.; 2014. 43. sz.; 2015. 22. sz.; 2016. 22. sz.; 2017. 28. sz.]

## ***Az aszpirin prevenciós célból való alkalmazása az időskorúak körében***

The New England Journal of Medicine, September 16, 2018

DOI: 10.1056/NEJMoa1800722

**Kulcsszavak:** gyógyszer, gyógyszerkutatás, aszpirin, prevenció, időskorúak, Egyesült Államok

**Forrás Internet-helye:**

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1800722?query=RP>

***Újabb vizsgálati adatok szerint az időskorúakat óvni kellene attól, hogy prevenciós célból kisebb dózisokban rendszeresen aszpirint szedjenek.*** A felmérésben résztvevők a mortalitás, a demencia és a tartós testi fogyatékoság elsődleges kombinált végpontként való figyelembevételével semmivel sem jöttek ki jobb eredménnyel, mint azok, akik látszatkészítményt kaptak. Az aszpirin kardiovaszkuláris megbetegedésekkel szembeni védő hatását sem sikerült kimutatni. Sőt, aszpirin szedése mellett az erős vérzések aránya szignifikánsan magasabb volt.

Az Ausztráliában és az Egyesült Államokban 2010 és 2014 között végzett randomizált és kontrollált vizsgálatban kardiovaszkuláris megbetegedésekben, demenciában nem szenvedő és testi korlátozottságok nélküli legalább 70 éves (65 év fölötti afro- és hispano-amerikaiak) vettek részt. A 19.114 személy átlagos életkora 74 év volt (56,4% nő). 9.525 résztvevő naponta 100 mg aszpirint, a másik 9.589 placebot kapott. Elsődleges végpontnak a halálozás, a demencia és a tartós testi fogyatékoság kombinációját tekintették. A vizsgálatot 4,7 év elteltével idő előtt lezárták, mivel a kombinált végpont nem mutatta ki az aszpirin hasznos hatását.

### ***Eredmények***

Elsődleges kombinált végpont mellett az aszpirint és a placebot szedő csoport között nem keletkezett szignifikáns különbség: Az eseményráta az aszpirint szedők körében 100/21,5 volt (relatív kockázat: 1,01; 95% CI: 0,92 - 1,11; P = 0,79).

Az egyes másodlagos végpontoknál sem keletkezett szignifikáns különbség:

- Teljes mortalitás: az aszpirint szedő csoportban 1.000 betegre jutó évre 12,7 haláleset, ezzel szemben a placebot szedő csoportban 11,1.
- Demencia rátája: 1.000 betegre jutó évre 6,7 versus 6,9 esemény.
- Tartós testi fogyatékoság: betegekre jutó évenként 4,9 versus 5,8 esemény.

Nem sikerült bizonyítékot találni az aszpirin szedésének a kardiovaszkuláris megbetegedésekkel szembeni preventív hatására. A kardiovaszkuláris megbetegedések gyakorisága az aszpirint szedő csoportnál 1.000 betegre jutó évre 10,7, a placebo szedő csoportnál 11,3 volt (relatív kockázat: 0,95 CI: 0,83 - 1,08; nem szignifikáns).

***Finanszírozás: National Institute on Aging***

## Orvosok, ágyak, betegek, ápolási idő statisztikája Németországban

Statista, 21.09.2018

Kulcsszavak: statisztika, orvosok, ágyak, betegek, ápolási idő, Németország

### Forrás Internet-helye:

<https://de.statista.com/infografik/15536/deutsche-krankenhaeuser/>

A német kórházakkal szemben felmerül a vád, hogy a profitot többre tartják a betegek javánál. Ezt az adatok csak részben támasztják alá. Az alábbi grafikon szerint a betegek kórházi ápolási ideje folyamatosan csökken, miközben az ágyszám egyre alacsonyabb, a betegeké viszont egyre magasabb. Az orvosok száma azonban növekedett. A rendszert bírálók követelése, hogy a kórházi személyzetet kötelezzék egy kódex elfogadására, amely az orvosetikai alapértékeket helyezi előtérbe.



**Orvosok; Kórházi ágyak, Betegek (millió); Ápolási idő (napok)**  
**Változás 2000-2017 (%)**

**Matthias Janson**

Data Journalist

[matthias.janson@statista.com](mailto:matthias.janson@statista.com)

+49 40 284 841 564

**Daniela Schuler et al.:**  
**Kényszerintézkedések a svájci pszichiátriai intézetekben**  
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)  
Obsan Bulletin 02/2018 (Neuchâtel, 05. 06. 2018.) (8 p.)

**Kulcsszavak:** lelki egészség, pszichiátria, kényszerintézkedés, Svájc, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:** <https://www.obsan.admin.ch/de> ;  
[https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2018/obsan\\_bulletin\\_2018\\_02\\_d.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2018/obsan_bulletin_2018_02_d.pdf) ;  
<https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/fuersorgerische-unterbringung-schweizer-psiCHIATRIEN>

Svájcban egyes személyeket bizonyos feltételek esetén akaratuk ellenére kezelésnek vethetnek alá. A kényszerintézkedést («*Fürsorgerische Unterbringung*») a Polgári Törvénykönyv szabályozza. Ennek elrendeléséhez szükségképpen valamilyen pszichés zavarnak, szellemi fogyatékoságnak vagy súlyos elhanyagoltságnak kell fennállnia, amely egyéb módon nem biztosítható kezelést vagy gondozást tesz szükségessé.

### ***Kényszerintézkedések 2016-ban***

A svájci pszichiátriai intézetekben 2016-ban 14.580 esetben került sor kényszerintézkedésre. Ez az összes pszichiátriai eset 19,7%-a, 1.000 lakosra 1,7 eset jut.

A kényszerintézkedések 52%-a férfiakat érintett. Erre férfiaknál leggyakrabban a 20 és 29 év közöttiek körében (38,2%), nőknél a 40 és 59 év közöttiek körében (34,9%) kerül sor.

A leggyakoribb fődiagnózisok: *skizofrénia, skizoid és téveszmés zavarok* (ICD-10: F2; 27%), *érzelmi zavarok* (F3; 20%), valamint pszichotrop anyagok, elsősorban alkohol okozta *pszichés és viselkedészavarok* (F1; 17%). E diagnózisok esetén a kényszerintézkedés főleg a középkorúak körében elterjedt. Magasabb életkorban gyakoribb diagnózisok: *organikus és szimptomás mentális zavarok* (F0; pl. demencia, delírium), valamint az



*idegrendszer egyéb degeneratív megbetegedései* (G30–G32; pl. Alzheimer).

A kényszerintézkedés miatt kórházba beutaltak több mint egynegyedének (28,4%) kezelése egy hét elteltével lezárult, négyötödük pedig (78,6%) hat hét elteltével távozott. A pszichiátrián való tartózkodás az esetek egyötödénél (21,4%) hét hétig vagy annál hosszabb ideig tartott. A pszichiátriai intézetben való tartózkodás időtartama tekintetében a nemek között nincsenek különbségek.

A kényszerintézkedést követően az esetek 60%-ánál pszichiátriai, 19%-ánál szomatikus, 12%-ánál valamilyen egyéb (pl. tanácsadás, szociális intézmény, szociális szolgálat, nem orvosi végzettséggel rendelkező pszichoterapeuta, ápolószemélyzet, Spitex általi) utókezelésre került sor. Kereken 2% nem vett igénybe utókezelést, jóllehet a kezelők szerint az indikált lett volna, 7% meghalt, meggyógyult, vagy nem áll rendelkezésre róla információ.

### ***Nemzetközi összehasonlítás***

A kényszerintézkedések aktuális nemzetközi helyzetéről nem állnak rendelkezésre újabb tanulmányok. A jelenleg is leggyakrabban idézett, 2004-ben készült tanulmány szerint 1998 és 2004 között az EU akkori 15 tagállamában az 1.000 lakosra jutó kényszerintézkedések aránya 0,06 (Portugália) és 2,18 eset (Finnország) között mozgott. Finnország után a második helyen Ausztria és Németország állt 1,75 esettel. A kényszerintézkedéseknek az összes pszichiátriára beutaltak számához viszonyított aránya ugyancsak erőteljesen ingadozik: Portugáliában 3,2%, Svédországban 30%.

Egy 2014-ben készült tanulmány a németországi és hollandiai pszichiátriai kényszerintézkedések összehasonlításával foglalkozott. Az 1.000 lakosra jutó nem önkéntes kórházi beutalások aránya Németországban (2009) 1,72, Hollandiában (2013) 1,36 volt. A kényszerintézkedéseknek az összes pszichiátriára beutaltak számához viszonyított aránya mindkét országban szűk 11% volt. A svájci kényszerintézkedések aktuális rátája (1,7) a németországi és az ausztriai szinthez hasonlítható.

## *Nyugdíjrendszer és időskori szegénység Svédországban*

Neue Zürcher Zeitung, 13. 9. 2018, 06:30

**Kulcsszavak:** szociálpolitika, nyugdíj, szegénység, időskori szegénység, Svédország

**Forrás Internet-helye:** <https://www.nzz.ch/wirtschaft/hat-schweden-das-pensions-ei-des-kolumbus-gefunden-ld.1419640?mktcid=nled&mkteval=107&kid=2018-9-12>

A svéd nyugdíjreform elfogadására és hatályba léptetésére 1998-ban került sor. A rendszer csaknem kizárólagosan a felosztó-kirovó eljárás alapján működik, a nyugdíjszámítás módszere tükrözi a születéskor várható élettartamot.

*Anders Thore, a Svéd Nyugdíjasok Szövetségének elnöke* szerint a rendszer ugyan stabil, ennek árát azonban maguk a nyugdíjasok fizetik meg. Az első sokk 2010-ben a globális adósságválás utóhatásaként következett be, éppen akkor, amikor a stabilizációs mechanizmusok működésbe léptek volna. A kormány ugyan haladéktalanul cselekedett és módosította a nyugdíjjövedelmek adóztatásának szabályait, ám a lakosságot súlyosan érintette az a felismerés, hogy a nyugdíjak nem sebezhetetlenek.

Ez annál is inkább így van, mert a nyugdíjak Svédországban inkább alacsonyoknak tekinthetők. Egy átlagos jövedelem szerinti nyugdíj adózás előtt havi 17.500 SKR, ami 1.750 EUR-nak felel meg. Látványos különbség van a férfiak (21.000 SKR) és a nők (14.000 SKR) nyugdíja között.

Az, hogy az időskori szegénység Svédországban a közbeszéd témájává vált, annak tulajdonítható, hogy a nyugdíjrendszer szervezete szigorúan individuális. Ez az egyéni adózáshoz hasonlóan, az egyenlő esélyeket biztosítandó politikai- ideológiai háttérnek tulajdonítható, többek között a nemek közötti esélyegyenlőségnek. Ennek paradox módon nyugdíjas korukban éppen a nők isszák meg a levét. Ez pedig születéskor várható magasabb várható élettartamukkal függ össze. Mivel nagyobb valószínűséggel túléljük partnerünket, alacsonyabb nyugdíjjal maradnak. A Svéd Statisztikai Hivatal szerint 2016-ban Svédországban minden harmadik 75 év fölötti nő és minden hetedik férfi a szegénység általi veszélyeztetettség határán élt, amely alacsonyabb az átlagjövedelem 60%-ánál. Ez az arány a 65 és 74 év közöttiek körében 14%, ill. 9%. A szegénység általi veszélyeztetettség általános aránya a 65 év fölöttiek körében 17%.

A nyugdíjasok szövetségének elnöke szerint a megoldást a nyugdíjárulékok emelése jelenthetné. Ez azonban politikailag szinte kivitelezhetetlen. A svéd parlamentben nyugdíjügyek kérdésében egy frakcióközi bizottság illetékes, amelyben a jobb- és baloldali pártok paritásosan képviseltetik magukat. Ám mindaddig, amíg a bizottság tétlenkedik, a parlament sem cselekedhet.

*Johan Ingerö, a Timbro agytröszt szociálpolitikai szakértője* szerint a járulékemelés már csak azért is messzemenően elhibázott lépés lenne, mert az a fiatal generációkat sújtaná. A svéd nyugdíjrendszer egyik deficitje, hogy az embereknek nincsenek ismereteik a befektetési lehetőségekről. Ez mind az önkéntes beruházásokra, mind a jövedelmi nyugdíjba befizetett járulékok 2,5%-ának befektetésére vonatkozik, amibe a befizetőknek beleszólási joguk van.

Egy banki szakértő szerint a svéd lakosságra csúnya ébredés vár. A svéd rendszer mind a keresőtevékenység, mind a nyugdíjas évek idején egy háztartásban két jövedelemre épül. Az egyedülállóknak súlyos problémákkal kell majd szembesülniük.

***Eric Seils – Jutta Höhne: Jövedelmi szegénység Németországban***

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut

der Hans-Böckler-Stiftung

Policy Brief Nr. 26. 08/2018 (7 p.)

**Kulcsszavak:** szociálpolitika, szegénység, jövedelmi szegénység, gyermekszegénység, időskori szegénység, Németország

**Forrás Internet-helye:**

[https://www.boeckler.de/pdf/p\\_wsi\\_pb\\_26\\_2018.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/p_wsi_pb_26_2018.pdf) ,

[https://www.boeckler.de/wsi\\_63839.htm?produkt=HBS-006955&chunk=1&jahr=](https://www.boeckler.de/wsi_63839.htm?produkt=HBS-006955&chunk=1&jahr=) ;

A Szövetségi Statisztikai Hivatal adatai szerint 2017-ben a németországi lakosság 15,8%-a élt jövedelmi szegénységben. A 0,1 százalékpontos csekély növekedés ellenére ez az 1996-os kezdeti adathoz viszonyítva újabb csúcspontot jelent. Ez a fejlemény csakis a szegénység mértékének a bevándorlók körében való növekedésének (30,3%) tulajdonítható. A migrációs háttérrel nem rendelkezők körében a szegénység rátája 0,3 százalékponttal csökkent.

A gyermekszegénység további 0,2 százalékponttal, 20,4%-ra növekedett. A migrációs háttérrel nem rendelkező gyermekek és fiatalok elszegényedésének kockázata 0,4 százalékponttal, 12,8%-ra csökkent. A bevándorlók és a bevándorlási háttérrel rendelkezők gyermekei körében azonban enyhe növekedés tapasztalható. Az elkövetkező években azonban a gyermekszegénység ennél a csoportnál is csökkenni fog, mivel a 2015-ben bevándorolt kiskorúak fokozatosan betöltik tizennyolcadik életévüket.

Az időskori szegénység 0,2 százalékponttal csökkent és visszaesett a 2015. év szintjére (14,6%). Ezzel megszakadt az időskori szegénység 2011. óta tartó folyamatos növekedése. Más korcsoportoktól eltérően az időskori szegénység csökkenése mind a migrációs háttérrel rendelkező, mind a migrációs háttérrel nem rendelkező idősokorúak körében megállapítható. Ám mindenképpen kiemelendő, hogy a migrációs háttérrel rendelkező lakosság aránya a 65 év fölöttiek körében 11%, az összlakosság körében 24%.

## *Illat, vonzalom, termékenység*

Proceedings of the Royal Society B, Biological Sciences

Published 12. September 2018; DOI: 10.1098/rspb.2018.1520

**Kulcsszavak:** genderkutatás, nemi egészség, szexuálhormonok, termékenység, nemi vonzalom, Svájc

**Forrás Internet-helye:**

<http://rspb.royalsocietypublishing.org/content/285/1886/20181520>

*Daria Knoch (Department of Social Psychology and Social Neuroscience, Institute of Psychology, University of Bern, Switzerland) és mt.* felmérésében 28 nő és 57 férfi vett részt. Az eddigi kutatások szerint a nők illata a ciklus legtermékenyebb periódusában a legvonzóbb a férfiak számára. A kutatócsoport annak járt utána, hogy valóban létezik-e különbség az egyes nők individuális illata között, egyesek illata valóban „jobb-e”, mint másoké. A szerzők szerint igen. A férfiak „illat” szerinti választása a női szexuálhormonokkal, az ösztrogénnel és a progeszteronnal függ össze. A férfiak szaglása számára a magas ösztrogén- és alacsony progeszteronértékekkel rendelkező nők a legvonzóbbak, akik tehát egyben a legtermékenyebbek is.

A kísérlet keretében az illatukat kölcsönző nőket az illatot meghamisító tényezők kiküszöbölése érdekében szigorú protokollnak vetették alá: nem szedhettek fogamzásgátlót, az adatgyűjtés idején nem hálhattak másokkal, semleges fürdőszereket kellett használniuk, nem fogyaszthattak alkoholt és fűszeres élelmiszereket.

A női alanyok termékenységük maximális periódusában individuális illatuk befogása érdekében vattapárnákat helyeztek hónuk alá. Hormonszintjüket nyálmintával határozták meg. Később a férfiak a laborban megszagolták a vattapárnákat és minden illatot 0 és 100 pont között értékelték.

A szerzők szerint a reprodukív hormonok a nő termékenységére utalnak. Minél magasabb ez a szint, annál vonzóbb a nő a férfi számára. Az ösztrogén például pozitívan hat a nő vizuális vonzerejére is. A magas ösztrogénszint a nő arcát és testét is vonzóbbá teszi a férfi számára.

És ez az illattal is így van – legalábbis azoknál a nőknél, akik nem alkalmaznak hormonális fogamzásgátlókat. A tabletták hatásával a kutatók nem foglalkoztak. A kutatás vezetője szerint azonban feltételezhető, hogy a hormonális fogamzásgátlók meghamisítják a női test individuális illatát.

***Mag. Michael Opriesnig, az Osztrák Vöröskereszt új főtitkára***

**Forrás**    **Internet-helye:**    <https://www.wu.ac.at/npocompetence/advanced-seminars-in-nonprofit-management/mag-michael-opriesnig/> ;  
<https://www.rotekreuz.at/organisieren/organisation/struktur-organisation/das-oesterreichische-rote-kreuz/stv-generalsekretaer/>



***Michael Opriesnig osztrák közgazdász, szociálpolitikus.***

Sz. Klagenfurt, 1964. Nős, két gyermeke van.

***Közgazdasági tanulmányok, Wirtschaftsuniversität Wien***

***Egyetemi oktató: Wirtschaftsuniversität Wien, NPO Kompetenzzentrum, Advanced Seminars in Nonprofit-management***

- 1994-1998: ügyvezető, társasági tag, *LIOP ZeitungsproduktionsgmbH, Wien*, ahol egyébek között az Osztrák Vöröskereszt folyóiratainak megjelentetését is gondozta; jelentős szerepe volt az Osztrák Vöröskereszt nyilvánosságban való megjelenítésének átalakításában.
- 1998-2012: marketing és kommunikációs vezető az Osztrák Vöröskeresztnél
- Az Osztrák Vöröskereszt főtitkárságának munkatársa.
- 2003. óta: a „*Bajban a szomszéd*” (*Nachbar in Not, Wien*) közhasznú privát alapítvány elnökségi tagja; kiemelkedő nemzetközi katasztrófavédelmi tevékenységet végzett, megfordult Haitin, Pakisztánban, Darfurban, Sri Lankán.
- 2011. óta a *Nachbar in Not, Wien* közhasznú privát alapítvány elnöke.
- 2012. július 1.: Az Osztrák Vöröskereszt főtitkár-helyettese.

Az Osztrák Vöröskereszt elnökségi testületének 2018. szeptember 20-án hozott határozata szerint Dr. Werner Kerschbaum főtitkár nyugállományra vonulását követően ***2019. július 1-től átveszi a főtitkári teendőket.***

***2018-ban Evan Atar Adaha dél-szudáni orvos kapta  
az ENSZ Menekültügyi Főbiztoságának Nansen-díját***

**Forrás Internet-helye:**

<http://www.unhcr.org/news/latest/2018/9/5ba4b5484/south-sudanese-surgeon-wins-2018-nansen-refugee-award.html>

<https://www.businesslive.co.za/bd/world/africa/2018-09-25-selfless-south-sudan-doctor-evan-atar-adaha-wins-un-refugee-prize/> ;



A Fridtjof Nansen sarkkutató, az ENSZ elődje, a Nemzetek Szövetsége (Népszövetség) első menekültügyi főbiztosának emlékére alapított díj átnyújtására minden évben Genfben kerül sor. A díjátadón az üdvözlőbeszédet Cate Blanchett színésznő, az ENSZ Menekültügyi Főbiztoságának jószolgálati nagykövete mondja.

***Evan Atar Adah*** Dél-Szudánban, Torit-ban született.

Orvostudományi tanulmányait Khartum-ban végezte.

Orvosi pályája első éveiben Egyiptomban dolgozott.

1997-ben kórházat alapított a szudáni háborús övezetben levő Kék-Nílus államban, amelyet 2011-ben Dél-Szudánba kellett költöztetnie. A Maban-kórházban munkatársaival a gyengén megvilágított műtőben hetente 60 műtétet végzett, jóllehet a röntgenkészülék tönkrement és nem álltak rendelkezésre hagyományos érzéstelenítők, ezért ketamin injekciókat és epidurális érzéstelenítést alkalmaztak. A kórház több mint 144.000 menekültet gyógyított.

## *A gyógyszerértári piac helyzete Európában (Negyedik frissítés)*

### *Nagy-Britannia*

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

#### **Forrás Internet-helye:**

[https://www.deutsche-apotheker-](https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2016/12/28/grossbritannien-staatsversorgung-und-deregulation)

[zeitung.de/news/artikel/2016/12/28/grossbritannien-staatsversorgung-und-deregulation](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-](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)

[may-verteidigt-honorarkuerzung-fuer-](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)

[apotheker?utm\\_campaign=kurzNach6&utm\\_source=20170302&utm\\_medium=n](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)

[ewsletter&utm\\_keyword=article](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 betegbiztosító regionális képviselőjéhez és a régióban illetékes gyógyszerész kamarához. A vállalkozásokra vonatkozó szigorú szabályok eredményeként Franciaországban sikerült biztosítani a gyógyszertárak számának stabilitását: 2002-ben 22.900, jelenleg valamivel több mint 22.400.

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

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

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

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

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

#### *A franciaországi gyógyszerári piac számokban*

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

***A francia Számvevőszék jelentése a szociális biztonsági rendszerről.***

***Költségmegtérülésekből 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](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 költségmegtérülésekből 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 gyógyszerárúsító 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 többlettámogatásokra 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.

## *A gyógyszerári piac liberalizálása Olaszországban*

DAZ.ONLINE, 14.09.2018, 17:55

### **Forrás Internet-helye:**

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/09/14/die-ketten-kommen/chapter:all>

Olaszországban jelenleg előben figyelhető meg a gyógyszerári piac liberalizálása. 2017-ben hatályba lépett a „konkurencia-törvény”, amely feloldotta a gyógyszertárak nem gyógyszerész általi birtoklásának és több gyógyszertár birtoklásának tilalmát. Azóta a nagy nemzetközi gyógyszerkereskedelmi konszernek, a *McKesson* és a *Walgreens Boots Alliance*, lépésről lépésre növelték piaci hatalmukat. Új szereplőként jelentkezett a *Dr. Max* gyógyszertárlánc, amely elsősorban Kelet-Európában ismert.

Az olasz gyógyszerári piac Európában a legbonyolultabbak közé tartozik. Egyrészt megvannak a szabályozás elemei, mint a szigorú demográfiai szükséglettervezés. Másrészt, az olasz törvényhozó mindig nyitva tartotta a kiskaput a piacra lépéshez a nagy gyógyszerkereskedelmi konszernek számára. A gyógyszerári tulajdonviszonyokra vonatkozó tilalmak (nem gyógyszerész általi birtoklás, ill. több gyógyszertár birtoklása) nem terjedtek ki az ún. kommunális gyógyszertárakra („*Farmacie comunali*”). Mivel az önkormányzatoknak pénzre volt szüksége, gyógyszerári telephelyek vonatkozásában a több gyógyszertár birtoklásának tilalmát nem vették figyelembe.

Így a nagy európai gyógyszerkereskedelmi konszernek évtizedek óta jelen vannak Olaszországban. Kezdetben olaszországi leányvállalatokat létesítettek, amelyek az egyes kommunális gyógyszertárakat kontrollálták. Ma már mintegy 1.300 gyógyszertár van a *Walgreens Boots Alliance*, a *Phoenix* és a *McKesson Europe* (korábban *Celesio*) tulajdonában. Mindeddig azonban a konszernek nem szerezhettek meg „normális”, azaz gyógyszerészek által üzemeltetett gyógyszertárakat. A „konkurencia-törvénnyel” most minden másképp lesz. A törvény legfontosabb rendelkezései:

- A privát vállalkozások gyógyszertárakat vásárolhatnak és nyithatnak. Egy-egy olasz tartományban azonban a gyógyszertárak legfeljebb 20%-a lehet nem gyógyszerész birtokában. A felső határ betartását a versenyhivatal ellenőrzi.
- Megszűnik a több gyógyszertár birtoklására vonatkozó tilalom. Eddig egy gyógyszerész birtokában egy tartományban maximum négy gyógyszertár lehetett.

A törvény szerint a vidéki gyógyszertárak pénzügyi támogatásban részesülnek. A kevesebb mint 6.600 lakossal rendelkező településéken a gyógyszertárak bizonyos feltételek mellett 5.000 EUR egyszeri kifizetésre jogosultak.



## 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
<b>Gyógyszerész</b>	<b>5.647 (78,8)</b>
• önálló vállalkozó	1.432 (54,4)
• alkalmazott	4.215 (87,1)
<b>Egyéb gyógyszertári személyzet</b>	<b>10.467 (93,7)</b>
• gyógyszerészeti-kereskedelmi alkalmazottak, tanoncok	6.689
• egyéb alkalmazott és segédszemélyzet	3.778
<b>Összesen 2014-ben</b>	<b>16.114 (88,5)</b>

## **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](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-gyógyszeráriai lógnak ki: 840 orvos tart fenn házi-gyógyszerárat.

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 konsernek, 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](http://www.apoteket.dk)) keresztül kereskedik, csak néhányan létesítettek saját portált. Vényköteles gyógyszerek küldése csak feltételekkel megengedett. Ez elsősorban a vidéki ellátásra jellemző. Dániában ún. pick-up-modelleket alkalmaznak, a gyógyszerészek a recept vételét követően a megfelelő gyógyszertárhoz irányítják a gyógyszert, ahol az átvehető.

**Svájc:** Az ezredfordulón még Svájcban is jelentős joghézagok voltak. Létrejött néhány internetes gyógyszertár, amelyek 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.

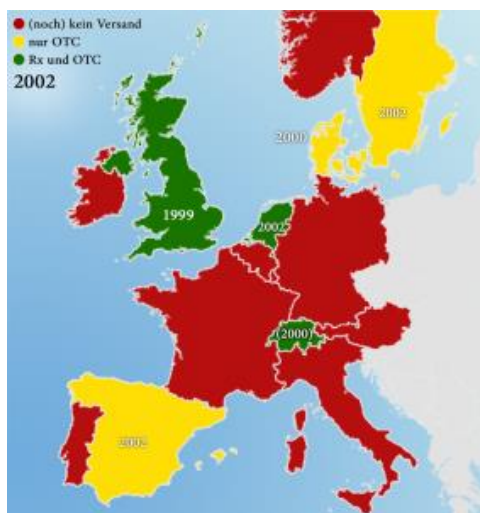
**Svédország:** A helyzet a hollandiaihoz hasonlóan alakult. Az állami gyógyszertárlánc, az *Apoteket AB*, már, jóval a gyógyszertári liberalizációt (2002) megelőzően elkezdte az OTC készítmények internetes kereskedelmét. Mivel a piacon egyetlen szolgáltató állt rendelkezésre, az ügyfél egyetlen Internet-portálon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



gyógyszerészeknek engedélyeztetniük kell honlapjaikat az *Infarmed* gyógyszerhatósággal.

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

**Norvégia:** Jóllehet Norvégiában 2001-ben sor került a 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:

### Svájc

- *Soziale Sicherheit CHSS 2018. 3. sz.* Egészségügy: költségkontroll; a szolgáltatási kötelezettség értékelése a hatékonyság, célszerűség és gazdaságosság alapján; az egészségügyi szolgáltatások egészségügyi technológiai értékelése
- A foglalkoztatói nyugdíjak helyzete
- A Svájci Orvostudományi Akadémia irányelvei az eutanáziáról
- Az időskorúak 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*)