

# ***Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete***

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

### ***2019. 11. sz. (Lapzárta: 2019. június 2.)***

#### **Globális egészségügy**

- Az Egészségügyi Világszervezet guideline-ja a demencia prevenciójáról

#### **Globális környezet, biodiverzitás**

- Jelentés a biodiverzitás globális állapotáról

#### **Európa**

- Az ECDC jelentése a gonorrhoea helyzetéről Európában 2017-ben

#### **Egyesült Államok**

- Amerikai gyógyszerbárók bíróság előtt

#### **Egészségügy**

- A svájci egészségügy statisztikai zsebkönyve 2018 (1. rész): Egészségügyi determinánsok. A lakosság egészségi állapota

#### **Kórházügy**

- Kórházbarométer 2019 – *Krankenhaus-Barometer 2019* (DKI) (8. rész): Információtechnológia a kórházakban
- Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban – *Krankenhaus-Report 2019* (WIdO) (3. rész): Elektronikus betegdokumentumok Európában
- Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban 2019-ben – *Krankenhaus Rating Report 2019* (RWI)
- A kórházügy helyzete Dániában. Egy svájci riporter beszámolója

#### **Gyógyszertárak**

- A gyógyszerári piac helyzete Spanyolországban (2. rész)

#### **Szociálpolitika**

- Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Németországban 2018-ban – *Datenreport 2018* (9. rész): Szociális segélyek

#### **Personalia**

- Walter Pöltner, új osztrák egészségügyi miniszter
- Klaus Reinhard, a Német Szövetségi Orvosi Kamara új elnöke

#### **Mellékletek**

- Melléklet 1: Kórházbarométer 2018 – *Krankenhaus-Barometer 2018* – egységes szerkezetben
- Melléklet 2: A gyógyszerári piac helyzete Európában – ötödik frissítés

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

*Az Egészségügyi Világszervezete guideline-ja a demencia prevenciójáról –  
Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia. WHO Guidelines*  
Egészségügyi Világszervezet (96 p.)

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, népegészségügy, geriátria, időskorúak, demencia, Egészségügyi Világszervezet

**Forrás Internet-helye:**

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312180/9789241550543-eng.pdf?ua=1>

Az *Egészségügyi Világszervezet 2017-ben elfogadott globális Akcióterve* keretében megfogalmazott hét stratégiai területe közé sorolta a demencia kockázatának csökkentését. A 2019 májusában közzétett guideline szerint a kognitív hanyatlás egyik meghatározó tényezője az időskor, de nem annak természetes és elkerülhetetlen következménye. Újabb tanulmányok szerint összefüggés áll fenn a kognitív hanyatlás és a demencia, valamint az életstílusra jellemző kockázati tényezők, a mozgáshiány, a dohányzás, az egészségtelen táplálkozás és alkoholfogyasztás között.

Az Egészségügyi Világszervezet adatai szerint jelenleg világviszonylatban 50 millió ember szenved demenciában, akiknek 60%-a közepes és alacsony jövedelmű országokban él. Az új megbetegedések száma évente tízmillió. Ez azt jelenti, hogy a demenciában szenvedők száma 2030-ban eléri a 82 milliót, 2050-ben pedig a 152 milliót.

A demencia globális költségei 2015-ben világviszonylatban 818 millió USD-t tettek ki, ami a globális GDP 1,1%-ának felel meg.

A guideline „erős” és „korlátozott” ajánlásokat tartalmaz. Az ajánlások közé tartoznak többek között:

*A fizikai aktivitás*, egyebek között huzamosabb ideig végzett aerob edzés, erőnléti tréning. 65 év fölöttieknek heti 150 órás mérsékelt-intenzív, vagy 75 órás intenzív testmozgás ajánlott.

*A dohányzásról való leszokás és a rendszeres vérnyomásmérés erős ajánlások.*

*Ugyancsak erős ajánlások a vitaminpótlás és a zsírsavbevitel mellőzése.* A magas E-vitaminbevitel problematikus. Ezzel szemben korlátozott ajánlások: a mediterrán táplálkozás, zöldség-gyümölcs, magvak, teljes kiőrlésű termékek fogyasztása, alacsonyabb só, cukor és telítetlen zsírsav-fogyasztás.

*Alkoholfogyasztás csökkentése, kognitív tréning, szociális aktivitás, súlykontroll. (korlátozott ajánlások).*

*A demencia kockázati tényezői közé tartoznak: a diabétesz, a diszlipidémia, a depresszió és a hallászavarok.* Az Egészségügyi Világszervezet felhívja a figyelmet a létező terápiás irányelvekre, amelyek betartása mellékhatásként csökkenti a demencia kockázatát.

***Jelentés a biodiverzitás globális állapotáról***  
Intergovernmental Science-Policy Platform  
on Biodiversity and Ecosystem Services (IPBES), 6 05 2019

**Kulcsszavak:** globális környezet, környezetvédelem, biodiverzitás, fajok kihalása, Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services (IPBES), ENSZ

**Forrás Internet-helye:** <https://www.ipbes.net/news/Media-Release-Global-Assessment> ;  
<https://www.dropbox.com/sh/yd8l2v0u4jqtp3/AAACtf6ctsoUQ9hIPQxLpVsKa?dl=0&preview=20190504+IPBES7+Media+Release+Global+Assessment+Final+Errata2+FRE.pdf>

**UNO Millennium Ecosystem Assessment:**

<https://www.millenniumassessment.org/en/index.html>

**Aichi Biodiversity Targets (Nagoya, 2010):** <https://www.cbd.int/sp/targets/>



© 2006 Encyclopædia Britannica, Inc.

A **dodo** (gyakran *Mauritius szigeti dodó*, *mauritiusi dodó*, *remetegalamb*, *dodógalamb* vagy ritkábban *dronte-madár*) (*Raphus cucullatus*) a madarak (*Aves*) osztályába a galambalakúak (*Columbiformes*) rendjébe és a dodófélék (*Raphidae*) családjába tartozó röpképtelen kihalt faj. **A dodógalamb az ember által kipusztított állatfajok jelképévé vált.** [<https://hu.wikipedia.org/wiki/Dod%C3%B3> ]

1500. óta 680 gerinces állatfaj pusztult ki az emberi tevékenység következtében. Az urbánus felületek 1992. óta megduplázódtak, évente 300-400 millió tonna nehézfém, oldószer, mérgező anyag és egyéb ipari hulladék kerül a szennyvízbe. Globális viszonylatban a szennyvíz 80%-a kezelés nélkül kerül ki a természetbe, a vizes élőhelyek 85%-a eltűnt.

Az *Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services (IPBES)* a tagállamok párizsi közgyűlésén fogadta el a jelentést. Ennek keretében a kutatók 2.000 szakértői jelentést értékelték és arra a következtetésre jutottak, hogy a **2010-ben Nagoyaban elfogadott ún. 20 Aichi célkitűzés** közül mindössze négy látszik elérhetőnek, azok is egyelőre csak papíron. Egyebek között nemzeti biodiverzitás stratégiák kialakítására kerül sor, de arra, hogy 2020-ig globális politikai instrumentumok elfogadására és bevezetésére kerüljön sor, alig van kilátás. A biodiverzitás tovább csorbul, a fajok kihalása felgyorsul. Az előrelépéshez már az ENSZ fenntarthatósági célkitűzéseinek teljesítése sem lesz elégséges.

Az ember megváltoztatta a Föld felületének 75%-át és befolyást gyakorol az óceánok felületének 70%-ára. A trópusi esőerdők 2.000 óta valamivel lassabban pusztulnak, de a folyamat megállíthatatlan. Mindezt tetézi a klímaváltozás és a környezetszennyezés, amely megváltoztatja az élettereket és károsítja az ott élő fajok sokféleségét. A tengerek eutrofizációja miatt a parti övezetekben több mint 400 „halálzóna” keletkezett, ahol már nincs oxigén. Ezek a területek már tíz éve 145.000 km<sup>2</sup> tengerfelületre terjedtek ki. A globális földterület egynegyedén rosszabbodott a talaj termékenysége. A *Biodiverzitás Világtanácsa* szerint jelenleg nyolcmillió fajt a kihalás fenyeget. Ezek közül egyesek már az elkövetkező évtizedekben eltűnhetnek.

A kutatók becslései szerint az ökoszisztémákra fordított költségek 235 és 577 milliárd USD közötti összegre tehetők. A jelentés szerint ez az érték a megporzást végző rovarok pusztulása miatt veszendőbe menő termés értékének felel meg.

A biodiverzitás válsága már évtizedek óta napirenden szerepel. Az ENSZ által a 2000-es években bevezetett *Millennium Ecosystem Assessment*, a biodiverzitás állapotáról szóló utolsó globális jelentés, ugyancsak rámutatott az ökoszisztéma szolgáltatások visszaesésére. Ennek megfelelően nemzetközi és nemzeti biodiverzitás és fenntarthatósági célkitűzések megfogalmazására, tervek kidolgozására került sor. Elérésükre azonban a kitűzött mentrendnek megfelelően nincs sok kilátás. Túl kevés az eredmény és túl lassan haladunk.

***Az ECDC jelentése a gonorrhoea helyzetéről Európában 2017-ben – ECDC Surveillance Report. Gonorrhoea. Annual Epidemiological Report for 2017***  
European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), 25.04.2019 (9 p.)

**Kulcsszavak:** népegészségügy, fertőző betegségek, szexuális úton terjedő fertőzések, antimikrobiális surveillance, gonorrhoea, ECDC, Európa, European Gonococcal Antimicrobial Surveillance

**Forrás Internet-helye:**

<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2017.pdf> ;

<https://ecdc.europa.eu/en/news-events/gonorrhoea-cases-rise-across-europe>

Az *Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (European Center for Disease Prevention and Control – ECDC)* aktuális jelentése szerint a gonorrhoea esetek száma Európában 2017-ben 17%-kal növekedett. A 89.000 diagnosztizált eset átszámítva naponta 240 új megbetegedésnek felel meg.

Miután az esetszám korábban átmenetileg csökkent, a *Neisseria gonorrhoeae* kórokozó miatti bejelentett fertőzések száma 2017-ben ismét növekedett. Egyes országokban, közöttük Finnországban és Svédországban az előző évhez viszonyítva több mint 40%-os növekedés következett be. A diagnosztizált esetek száma Máltán 37%-kal, Szlovákiában 36%-kal, Szlovéniában 40%-kal, Franciaországban és Portugáliában hatszorosára növekedett.

Az esetszám 2008 és 2017 között 558.155 volt. A *Neisseria gonorrhoeae* kórokozó miatti fertőzések a chlamydia-fertőzések után a második leggyakoribb szexuális úton terjedő megbetegedést képezik az Európai Unióban és az Európai Gazdasági Térségben. A jelentés szerint Bulgáriában és Horvátországban 100.000 lakosra egy, Nagy-Britanniában 75 bejelentett gonorrhoea eset jut.

A gonorrhoea esetek fele férfiak egymás közötti szexuális érintkezésével függ össze. A fertőzések száma ebben a csoportban 2008. óta 5,8-szorosára növekedett. Aggodalmakra ad okot a nők körében előforduló gonococcus-fertőzések száma (amely 2016-ban és 2017-ben 100.000 lakosra 9,5-ről 11 esetre növekedett).

A járványügyi hatóság szerint a bejelentett gonococcus-fertőzések magas rátája az alkalmi partnerekkel való szexuális kapcsolat és az óvszerhasználat mellőzésének tulajdonítható. **Gianfranco Spideri, az ECDC szakértője** szerint a gonorrhoea így sokkal egyszerűbben terjed és egyre ellenállóbb a közkeletű antibiotikumos terápiákkal szemben. Az ECDC idén év elején tette közzé gonococcus-surveillance programja (*European Gonococcal Antimicrobial Surveillance*) eredményeit, amelyek szerint a *Neisseria gonorrhoeae* erőteljes rezisztenciát tanúsít az azithromycinnel szemben, amely egyre inkább megnehezíti az ECDC által ajánlott, ceftriaxonnal és azithromycinnel való kettős terápiát.

### ***Amerikai gyógyszerbárók bíróság előtt***

The United States Attorney's Office. District of Massachusetts. United States v. Michael Babich, Alec Burlakoff, Richard Simon, Sunrise Lee, Joseph Rowan, and Michael Gurry, John Kapoor. Docket 16-cr-10343-ADB. 02 May 2019.

The United States Attorney's Office. District of Massachusetts. Founder and Four Executives of Insys Therapeutics Convicted of Racketeering Conspiracy. 02 May 2019

**Kulcsszavak:** gyógyszer, opioidok, gyógyszeripar, korrupció, Egyesült Államok

**Forrás Internet-helye:** <https://www.justice.gov/usao-ma/victim-and-witness-assistance-program/united-states-v-michael-babich-alec-burlakoff-richard-simon-sunrise-lee-joseph-rowan-and> ; <https://www.justice.gov/usao-ma/pr/founder-and-four-executives-insys-therapeutics-convicted-racketeering-conspiracy>

Az Egyesült Államokban precedens értékű bírósági ítélet született az **Insys Therapeutics Inc.** gyógyszercég négy volt vezetőjével szemben, akiket a **RICO (Racketeer Influenced and Corrupt Organizations Act)**-törvény alapján fogtak perbe.

A vádlottak: John N. Kapoor, az **Insys** alapítója és elnök-vezérigazgatója, Richard M. Simon, korábbi terjesztési igazgató, Michael J. Gurry korábbi marketing-igazgató, valamint két korábbi terjesztési vezető, Sunrise Lee és Joseph A. Rowan, bűnszövetségben orvosokat vesztegettek meg a **Subsys** készítmény felírása érdekében, amivel megkárosították a **Medicare**-t és a privát biztosítókat. Két további szereplő, Michael Babich, korábbi elnök-vezérigazgató, valamint Alec Burlakoff, korábbi helyettes terjesztési igazgató, már a per kezdete előtt elismerte bűnösségét és külön eljárásban részesült.

A bíróság tudomására jutott, hogy a vádlottak 2012 május és 2015 december között bűnszövetkezetben orvosok megvesztegetésében vettek részt, akik ellenszolgáltatás fejében, olykor orvosi indikáció nélkül írták fel a **Subsys** készítményt. A vádlottak és az orvosok között több színlelt szerződés megkötésére került sor.

Ez volt az első eset, amikor opioidok illegális terjesztése és felírása miatt gyógyszeripari vezetőket ítélték el. A büntetés kiszabására még nem került sor.

*A svájci egészségügy statisztikai zsebkönyve 2018 –  
Taschenstatistik Gesundheit 2018 (1. rész)  
Egészségügyi determinánsok. A lakosság egészségi állapota*  
Bundesamt für Statistik (BFS)  
14. Gesundheit, Neuchâtel, 22. 02. 2019. (44 p.)

**Kulcsszavak:** egészségügy, statisztika, egészségügyi determinánsok, egészségi állapot, Svájc

**Forrás Internet-helye:** <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.7347550.html>

## **2. Egészségügyi determinánsok**

### **2. 1. Szociális helyzet és munkavégzés**

*Az egészségi állapot tekintetében jelen van egy szociális grádiens:* Minél kedvezőtlenebb a kiinduló állapot (pl. a képzettségi szinthez viszonyítva), annál rosszabb az egészségi állapot. Az alacsony képzettségű 30 éves férfiak várható élettartama 4,6%-kal alacsonyabb, mint a velük egykorú, egyetemi végzettségűeké. A lakosság 4%-a pénzügyi okokból nem tudja igénybe venni a szükséges egészségügyi ellátást, főleg a fogászati ellátásokat. A szegénységi küszöbön élőknel ez az arány 8%.

*A munkakörülmények egészségi kockázatai:* A keresőtevékenységet végzők 45%-a munkája során legalább három kockázatnak van kitéve: súlyos tárgyak emelésének, hangos zajnak, mérgező anyagoknak. Ez az arány 2012. óta stabil, 2007-hez viszonyítva növekedett. A férfiak nagyobb mértékben érintettek mint a nők.

*A pszichoszociális kockázatok és a munkaszervezet közötti összefüggés:* A keresőtevékenységet végzők 21%-a többnyire vagy állandóan szstresszes állapotban van, 16%-a szorong munkahelye miatt. Ezek az arányok 2007-hez viszonyítva növekedtek.

### **2. 2. Egészségmagatartás**

*2017-ben a lakosság 76%-a végzett rendszeres testmozgást,* 14%-kal több mint 2002-ben. Akik nem végezték el a [nem kötelező] felsőközépiszkolát, kevésbé aktívak, mint a felsőfokú végzettségűek (61%, ill. 79%). A férfiak 63%-a, a nők 73%-a figyel oda táplálkozására. Ez az arány 1992. óta stabil. A nők aránya, akik naponta legalább öt adag gyümölcsöt és/vagy zöldséget esznek, kétszer akkora mint a férfiaké (28%, ill. 15%).

*2017-ben a lakosság 11%-a elhízott volt.* Ez az arány kétszer akkora mint 1992-ben volt. A túlsúlyos személyek aránya az életkorral (a 74. életévig) növekedik. Az elhízottak aránya az alacsony képzettségűek körében kétszer akkora, mint a magasabb képzettséggel rendelkezőkben (férfiaknál: 20%, ill. 10%; nőknél: 21%, ill. 6%).

*A dohányosok aránya* 1992 és 2017 között a férfiak körében 37%-ról 31%-ra csökkent, a nők körében stabil maradt. A dohányzás a 25 és 34 év közötti férfiak (42%), ill. a 15 és 34 év közötti nők (30%) körében a leggyakoribb. A dohányosok 61%-a szeretne leszokni a dohányzásról. A naponta legalább óráig dohányzásnak kitett nemdohányzók aránya 2007 és 2017 között 16%-ról 6%-ra csökkent.

**A naponta alkoholt fogyasztó személyek aránya** 1992. óta férfiaknál 30%-ról 15%-ra, nőknél 11%-ról 7%-ra csökkent. Az alkoholfogyasztás gyakorisága az életkorral arányosan növekedik. 2017-ben a lakosság 5%-a volt krónikus alkoholfogyasztó, 16%-a havonta legalább egyszer berúgott. A rohamszerű lerészegedés a fiatalok körében a leggyakoribb.

### **3. A lakosság egészségi állapota**

**A születéskor várható élettartam** 1990. óta a férfiak körében 7,4 évvel, a nők körében 4,6 évvel növekedett. Az egészségben töltött várható életkor 70 év.

**Az egészségi állapot önértékelése:** A férfiak 86%-a, a nők 84%-a jónak vagy nagyon jónak ítéli meg egészségi állapotát. A krónikus egészségi problémákkal küszködők aránya a legfiatalabbtól a legidősebb korcsoportig háromszorosára növekedik. A leggyakoribb testi panaszok: a hát- és derékfájás, valamint az általános gyengeség. Öt személy közül három ezekben szenved.

**Halálokok:** Az első két életévben a leggyakoribb halálokok a veleszületett betegségek. A 2 és 15 év közöttiek körében a halálozás különböző okokkal függ össze. 16 éven felüli fiatalok és felnőttek körében a balesetek és öngyilkosságok vannak túlsúlyban. 30 év fölötti nők és 40 év fölötti férfiak körében a leggyakoribb halálokok a rákos megbetegedések. Ezeket a 80-ik életévtől a szív- és érrendszeri megbetegedések váltják fel.

Az idő előtti (70 év alatti) halálozás legfőbb okai a rákos megbetegedések. Ezek férfiaknál az elveszített potenciális életek 30%-át, nőknél 47%-át okozzák. Az idő előtti halálozások második leggyakoribb okai a balesetek és erőszakos cselekmények. A standardizált halálozási ráta 1970. óta megfeleződött. Szív- és érrendszeri megbetegedéseknél hét tizeddel, rákos megbetegedéseknél kétötöddel csökkent.

A szív- és érrendszeri megbetegedések a kórházba utalás harmadik leggyakoribb okai és a leggyakoribb halálokok. Az ezekkel összefüggő kórházba utalások száma 2002. óta 19%-kal növekedett, a halálozások száma viszont 13%-kal csökkent.

Évente több mint 40.000 új rákos megbetegedés diagnosztizálására kerül sor. Minden ötödik személy 70-ik életéve előtt betegszik meg. Évente 210 (0 és 14 év közötti) gyermek betegszik meg, közülük 26 belehal.

Az öngyilkosságok száma 2016-ban 1.016 volt (75% férfi), ebbe nem tartozik bele az asszisztált öngyilkosság. Az öngyilkosságok halálozási rátája 1995. óta kétötöddel csökkent. [Lásd még: *A halálokok statisztikája Svájcban 2014-ben. Asszisztált öngyilkosság és öngyilkosság, 2016. 25. sz.*]

A szülések 96%-ára kórházban, ezek egyharmadára császármetszéssel került sor. 2017-ben 310 csecsemő és kisgyermek halt meg első életévében, ami 1.000 élveszületésre 3,5 halálesetnek felel meg. Ezek több mint fele a szülés utáni 24 órán belül következett be. Ezek többsége alacsony testsúllyal született és koraszülött csecsemő volt. Ugyanabban az évben 362 halvaszületés következett be.

[Lásd még: *A svájci egészségügy 2012. évi statisztikája – Gesundheitsstatistik 2012, 2013. 5. sz.; A svájci egészségügy statisztikai zsebkönyve – Taschenbuch Gesundheit (Bundesamt für Statistik), 2016. 15. sz.; 2016. 34. sz.; 2018. 5-6-7., Egységes szerk.: 2018. 7. sz. és Archivum]*



## ***Kórházbarométer 2018 – Krankenhaus Barometer: 2018***

### ***(8. rész): Információtechnológia a kórházakban***

Deutsches Krankenhaus Institut (DKI), Düsseldorf,

December 2018 (101 p.)

**Kulcsszavak:** kórházügy, információtechnológia, költségek, Németország

**Forrás Internet-helye:**

[https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2018\\_11\\_kh\\_barometer\\_final.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2018_11_kh_barometer_final.pdf)

#### ***6. 5. Az információtechnológia költségei***

Az információtechnológiára fordított teljes költségvetéshez viszonyítva a szoftver-költségek 2017-ben, akárcsak 2016-ban, jóval meghaladták a hardverre és a személyzetre fordított költségeket: 2017-ben az intézmények 47%-a „nagyon magas”, vagy „magas” költségeket fordított a szoftverek karbantartására, beszerzésére, lízingelésére vagy bérlésére. Az információtechnológiai személyzetre fordított költségek a kórházak 29%-ánál „nagyon magas” vagy „magas. A költség szerkezet 2016-hoz viszonyítva alig változott. Az előző évhez viszonyítva a hardverekre fordított költségek tekintetében jelentős csökkenés tapasztalható: Miközben 2016-ban a megkérdezettek 42%-a válaszolta, hogy „nagyon magas” vagy „magas” költségeket fordított hardverek vásárlására, lízingelésére vagy bérlésére, 2017-ben már csak 27%. 2017-ben a kórházak 16%-a számolt be arról, hogy „nagyon magas” vagy „magas” költségeket fordított hardverek installációjára és karbantartására, 2016-ban ez az arány még 26% volt.

A megkérdezettek fele a korábbiakhoz hasonlóan „nem” jelentettek, ill. „csekély” változásokat jelentett a külső szolgáltatók által nyújtott adatfeldolgozásról vagy szolgáltatásokról. Egyes kórházaknál „egyéb költségek” keletkeztek az információtechnológia biztonságára fordított intézkedésekből és a hálózatépítésből.

#### ***6. 6. Jövőbeli kihívások***

A résztvevők 17,8%-a az általános információtechnológiai biztonság biztosítását (speciálisan a kiberbiztonságot) tartja a közvetlen közeljövő legnagyobb kihívásának, beleértve az információtechnológia biztonságáról szóló törvény alkalmazását, a megfelelő információtechnológiai biztonsági menedzsmentet és az

információ biztonságának menedzsmentjét. A válaszok 15,6%-a általában a kórházi digitalizációra vonatkozott. A válaszok 11,9%-a az aktuális jogszabályok (általában és speciálisan az európai adatvédelmi rendelet és a KRITIS-rendelet) alkalmazására irányult. A válaszolók ugyancsak 11,9%-a szerint az elektronikus betegdokumentum (beleértve a képképzést, az ápolás és az archiválás digitalizációját), valamint az információtechnológiai infrastruktúra modernizációja és bővítése jelenti a legnagyobb kihívást.

A válaszolók 7,8%-a számára különösen fontos a mobil adatgyűjtés, beleértve a mobil digitális viziteket, különös kihívásnak tekinti a kompetens információtechnológiai személyzet megnyerését és a rendelkezésre álló személyzet továbbképzését. Fontos téma a telematikai infrastruktúrának a közvetlen közeljövőben való kiépítése (5,9%). Egyes intézmények számára előtérben áll az információtechnológiai terület konszolidációja és centralizációja (2,8%), valamint a finanszírozás (2,5%).

A „maradvány” kategóriában összefoglalt témák az egyes intézmények individuális követelményeivel foglalkoztak, mint a *Big Data* kezelése a kutatás területén, az elektronikus aláírás bevezetése, az *Assisted Coding* használata, jobb felületek alkalmazása, szervezési és technikai folyamatoptimalizálás.

***A legnagyobb kihívások az információtechnológia területén az elkövetkező három évben***

<b><i>Bázis: 320 egyedi jelölés</i></b>	<b><i>Jelölések %-ban</i></b>
IT-biztonság	17,8
Digitalizáció	15,6
Aktuális jogszabályok alkalmazása	11,9
Elektronikus betegdokumentum	11,9
IT-infrastruktúra	11,9
Mobilitás a kórházban / digitális vizitek	7,8
IT-személyzet (munkaerőhiány / továbbképzés)	7,8
Telematikai infrastruktúra	5,9
Maradvány	4,1
Konszolidáció / centralizáció / insourcing	2,8
IT-finanszírozás / költségek	2,5

## ***Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban 2019-ben***

***– Krankenhaus-Report 2019 (3. rész):***

### ***Elektronikus betegdokumentumok Európában***

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin, 28. März 2019

**Kulcsszavak:** kórházügy, digitalizáció, elektronikus betegdokumentum, Európa

**Forrás Internet-helye:**

<https://www.wido.de/news-events/aktuelles/2019/krankenhaus-report-2019/>

## ***1. 2. Elektronikus betegdokumentumok Európában***

### ***1. 2. 1 Az elektronikus betegdokumentumok bevezetésének helyzete Európában***

Az elektronikus betegdokumentum bevezetésének folyamata Németországban igen bonyolultnak bizonyul. Az elektronikus egészségügyi kártyán mindmáig nem tárolnak az egészségi állapotra vonatkozó adatokat. Németország még nem használja ki az elektronikus betegdokumentum kínálta előnyöket. Németországhoz viszonyítva a nemzetközi szinten strukturális szempontból hozzá hasonló országok sokkal előrébb állnak az elektronikus betegdokumentum tekintetében.

Miközben az elektronikus betegdokumentum országos szintű bevezetéséről 2016-ban készített vizsgálat keretében (*European Scorecard*) olyan indikátoroknál, mint:

- az infrastrukturális feltételek (egyebek között szélessávú Internethez való hozzáférés vagy az Internet-használat gyakorisága),
- a politikai és jogi keretfeltételek (egyebek között az elektronikus betegdokumentum jogszabályban való rögzítése, vagy az interoperabilitás definiált standardjai vonatkozásában),

- a használat és alkalmazás (egyebek között az elektronikus betegdokumentum házi- és szakorvosoknál való alkalmazásának mértéke), valamint
- az elektronikus betegdokumentum tartalma és funkciói (egyebek között az elektronikus recept, vagy a beteg adataihoz való hozzáférése),

Németország csak a rangsor alsó középmezőnyéhez tartozik, a legelőrehaladottabb országok Dánia, Svédország és Észtország. Mint egy 2018-ban végzett utóvizsgálatból kiderült, Németországot a *European Scorecard* rangsorában további országok is megelőzték.

A nemzetközi összehasonlításban az adókból finanszírozott ún. Beveridge-típusú rendszerek jelentősen jobban jöttek ki, mint a járulékokból finanszírozott, Bismarck-típusú társadalombiztosítási rendszerek, ill. a „vegyes rendszerek”. Kimondható az a tétel, miszerint az egészségügyi rendszerek struktúrája (egyebek között a finanszírozás módja, a rendszerben résztvevő (önkormányzati) partnerek és szereplők száma, a potenciális érdekkonfliktusok) befolyást gyakorolnak az egészségügy digitalizációjára és ezzel együtt az elektronikus betegdokumentum alakítására és bevezetésének előrehaladására.

A jelentés esettanulmányokban ismerteti az elektronikus betegdokumentum tekintetében sikeres országok – Észtország és Dánia – tapasztalatait.

***Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban 2019-ben –  
Krankenhaus Rating Report 2019***

RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung,  
Institute for Healthcare Business GmbH (hcb), Deloitte, HIMSS  
Pressemitteilung RWI vom 22. 05. 2019

**Kulcsszavak:** kórházügy, egészséggazdaság, gazdasági helyzet, Németország

**Forrás Internet-helye:** <http://www.rwi-essen.de/presse/mitteilung/357/>

***A „Krankenhaus Rating Report“ tizenötödik alkalommal jelent meg. Bemutatására a „Hauptstadtkongress 2019“ c. berlini rendezvény keretében került sor.***

A „**Krankenhaus Rating Report 2019**“ alapjául szolgáló munkaanyagok: 466 kórház 2016. évi és 84 kórház 2017. évi éves beszámolója. Az értékelés 877 kórházra terjedt ki, amelyek forgalmuk szerint 70%-os piaci részesedéssel rendelkeznek.

***A status quo***

- ***A német kórházak gazdasági helyzete 2017-ben rosszabbodott.*** A kórházak **12%-a** a magas fizetésektelenséget jelentő **“vörös tartományban”** volt, 81% a **“zöld tartományban**. Egy évvel korábban még a kórházak 7%-a volt a **“vörös tartományban”**, 84%-a a **“zöld tartományban”**. A bevételek helyzete is rosszabbodott: 2016-ban konszern szinten a kórházak 13%-a, 2017-ben 28%-a könyvelt el **éves veszteséget**.
- A gazdasági helyzet rosszabbodása a **fekvőbeteg esetszámok csökkenésében** (2017: 0,5%) is tükröződik. Ennek okai: az ambuláns ellátás térhódítása, a munkaerőhiány, egyes szolgáltatások (kardiológia, ortopédia) telítettsége, az intenzívebb pénzügyi ellenőrzések.
- A nagy kórházak tipikusan jobb besorolást érnek el, a specializálódás ugyancsak pozitív hatást gyakorol a besorolásra. A közhasznú társaságként működő és a privát kórházak kedvezőbb helyzetben vannak, mint az államiak.

***Beruházások***

- A strukturális alap beváltja a hozzáfűzött reményeket, forrásai azonban nem elégségesek egy optimális kórházi struktúra megteremtéséhez.

- A strukturális alap feltöltése és további működtetése célszerűnek látszik. Helyes lenne, ha ebbe az Egészségügyi Alap eszközei helyett adóforrásokat vinnének be. Versenyelemek segítségével az Egészségügyi Alap forrásai hatékonyabban eloszthatók lennének.

### *Személyzet*

- A jelenlegi status quo előrevetítésével az egészségügy és a szociális ügyek területén 2030-ig a **szakképzett munkaerő iránti kereslet** elérheti a 4,9 millió teljes munkaidős státuszt. Ezzel szemben a munkaerő oldalán a kínálat 3,6 millió teljes munkaidős státusz.
- A megoldás lehetőségei: az **egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet csökkentése**, a részmunkaidő alkalmazásának csökkentése az egészségügy és a szociális ügyek területén, az előrehozott nyugdíjazás mérséklése a gazdaságban.
- Növelni kell az ápolói hivatás vonzerejét. Több felelősséget kell biztosítani az ápolószemélyzet számára, szélesebb kompetenciákkal kell felruházni az ápolókat. Hosszútávon a korszerű technika, **robotasszisztensek és mesterséges intelligencia** segítségével tehermentesíteni kell az ápolókat.
- A munkaerőhiány megoldásában szerepet játszhat a **szakképzett munkaerő bevándorlása**. Különösen jelentős migrációs potenciállal rendelkezik Ázsia, Dél-Amerika és részben Kelet-Európa.

### *A jövő előrevetítése*

- Az **ambuláns ellátás térhódítása** felgyorsulhat. Rövid- és középtávon nem várható a fekvőbeteg esetszámok látványos növekedése. Hosszútávon azonban ezek a demográfiai folyamatok eredményeként tovább növekedhetnek, 2025-ig 5%-kal.
- A status quo fennmaradásának feltételezésével, továbbra is magas alapbér és a múltbelihez hasonló bérnövekedés mellett **a vörös tartományban levő kórházak aránya 2025-ig mérsékelten, 18%-ra növekedhet**. Amennyiben azonban ettől eltérően **az esetszámok igen csekély növekedését feltételezzük**, az alapbér csökkenése és a bérek erőteljes növekedése mellett, **a vörös tartományban levő kórházak aránya 2025-ig elérheti a 40%-ot**. Ha viszont ebben a scenáriumban megjelenik a **kórházi struktúrák optimalizálása**, a

magasabb termelékenység – elsősorban az erőteljesebb digitalizációval összefüggésben – valamint az ambuláns ellátás előtérbe kerülése, 2025-ig a kórházak mindössze 21%-a lesz **a besorolás vörös tartományában.**

### ***A térítések***

- ***Az egyik legélénkebb reformterület az egészségügyi térítési rendszerek átalakítása.*** A jelenleg javasolt út, az önköltség fedezése, tévútnak bizonyul. Inkább az összes szektorra kiterjedő ellátásra és az ambuláns ellátás erőteljesebb előtérbe hozatalára kellene törekedni. Ennek érdekében ún. fejkvóták keretében meghatározott régiók számára ***morbiditásorientált regionális költségvetéseket*** kellene megállapítani, amelyek legalább az ambuláns és fekvőbeteg aktív ellátás költségeit fedeznék. A regionális költségvetés felhasználásáról a regionális szolgáltatóknak kellene dönteniük. Amennyiben a helyi szolgáltatással nem lenne elégedett, a lakosság egy másik régió szolgáltatóihoz fordulhatna.
- Bővíteni kellene a vállalkozói mozgásszabadságot, erősíteni kellene az egészségügy innováció iránti nyitottságát. A túlszabályozás fokozódása helyett pl. fejkvóta modellek alkalmazásával, helyi szereplőkre kellene áthárítani az egészségügyi ellátásért való felelősséget. A ***kórházak így egészségügyi vállalkozásokká válhatnának,*** amelyek a régióban magukra vállalják a lakosság egészségügyi ellátásának felelősségét.

### **Kontakt:**

**Prof. Dr. Boris Augurzky (RWI),** Tel.: (0201) 81 49-203

E-mail: [boris.augurzky@rwi-essen.de](mailto:boris.augurzky@rwi-essen.de)

**Sabine Weiler (Pressestelle RWI),** Tel.: (0201) 81 49-213

**Dr. Sebastian Krolop (HIMSS)** Tel.: 49 211) 877 236 09

[Lásd még: *Krankenhaus Rating Report*, 2008. 12. sz.; 2009. 22. sz.; 2010., 29. sz.; 2011., 21. sz.; 2012. 31. sz.; 2013. 25. sz.; 2014. 29. sz., 2015. 18. sz.; 2016. 1. sz.; 2017. 25. sz.; 2018. 17. sz.]

## *A kórházügy helyzete Dániában. Egy svájci riporter beszámolója*

NZZ, 28.5.2019, 05:30

**Kulcsszavak:** kórházügy, superkórházak, Dánia, Svájc

**Forrás Internet-helye:** [https://www.nzz.ch/schweiz/gesundheitswesen-was-die-schweiz-von-daenemark-lernen-kann-ld.1481939?mktcid=nled&mktcval=107\\_2019-05-28&kid=nl107\\_2019-5-27](https://www.nzz.ch/schweiz/gesundheitswesen-was-die-schweiz-von-daenemark-lernen-kann-ld.1481939?mktcid=nled&mktcval=107_2019-05-28&kid=nl107_2019-5-27)

Svájcban minden kórházbezárás azonnal népfelkelést provokál. Ezzel szemben Dánia folyamatosan centralizál és „superkórházakat” épít.

Köge, egy álmos kisváros Koppenhágától dél-nyugatra, 37.000 lakossal rendelkezik. 2023-ig itt egy kör alakú területen a létezőnél háromszor nagyobb „superkórház” épül, amely 800 egyágyas szobával, 38 intenzív osztállyal és 41 műtővel fog rendelkezni, évente több mint 60.000 beteget fog ellátni.



Ahol ma Köge kórháza áll . . .



. . . ott néhány éven belül egy új, topmodern kórház fog állni.

Dániában az ország kórházterképe radikálisan megváltozik. Az ezredforduló után súlyos költség- és minőségügyi problémák léptek fel. A kórházakban egymást érték a fertőzések, műhibák, magas volt a halálozási ráta. Az 1960-as és 1970-es években létrehozott infrastruktúra elavulttá vált. A jobbközép kormány 2007-ben meghirdette a „superkórházak” programját.



Az államigazgatás középső szintjén 16 „hivatal” létezett, a régiók száma mára ötre csökkent. Ezek csaknem kizárólagosan az egészségügyért illetékesek. A kórházi szerkezet magvát 16 új „szuperkórház” fogja képezni, amelyek felépítése 6,6 milliárd EUR-ba kerül. Ezek közül tizenkettőt a régi telephelyeken építenek, négy zöldmezős beruházás lesz. Az új kórházak helyszínének kijelöléséről egy ötfős szakértői bizottság döntött.

Ezenközben Dániában szorgalmasan zárják be a kórházakat. 2007-ben még 79 kórház működött. Számuk 2025-ig 53-ra csökken, amelyek közül 21 fog sürgősségi osztállyal rendelkezni. Ezzel szemben Svájcban 2017-ben még 102 általános kórház és 52 rehabilitációs intézet működött.

Svájcban a kórházbezárások ellenzői az ország földrajzi sajátosságaival érvelnek. Ám amit Svájcban az eldugott völgyek jelentenek, azok Dániában az elszórt szigetek. Ott nem kifizetődő kórházakat működtetni. A helikopterek azonban gyorsan a centrumkórházakba juttatják a balesetek és a szívrohamok áldozatait.

**Reinhard Busse, a Technische Universität Berlin egészségügyi menedzsment professzora** szerint a dán modell Svájc számára is tanulságos lehet. A túlkapacitások fenntartása sokba kerül. 200.000 lakosra elég egy kórházat fenntartani, amely a nap minden órájában ellátja a sürgősségi eseteket. Ez országosan 100 aktív kórház helyett negyven kórházat jelentene. Dániához, vagy akár Svédországhoz hasonlóan Svájcban is nagyobb egészségügyi régiókat kellene kijelölni, amelyek 1,5 millió lakos ellátását biztosítják és egy egyetemi klinikával rendelkeznek. A **Svájci Orvostudományi Akadémia (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften – SAMW)** ugyancsak 5-6 ellátási régió mellett foglal állást.

További döntő különbség, hogy a dán kórházakban a verseny szitokszónak számít. **Gregor Zünd, Universitätsspital Zürich igazgatója** szerint ez a svájci rendszer nagy előnye, a verseny biztosítja a minőséget, mivel folyamatosan helyt kell állni a konkurenciával szemben. Dánia az etatista variáns mellett döntött. A kormány elképzelései szerint a milliárdos beruházások már 2040-ig megtérülnek és évente 350 milliárd EUR megtakarítást eredményeznek. A korszerű infrastruktúra és a hatékony gyógyítás eredményeként a betegek hamarabb hazakerülnek és kevesebb utógondozás válik szükségessé. Az összerakós játék egyik eleme a laborvizsgálat: egy csúcsfelszereltségű kórházban az orvos nem öt órával később, hanem 30 percen belül kapja meg a leleteket.

A **Health Consumer Powerhouse** agytröszt által az európai egészségügyi rendszerekről készített összehasonlítás szerint Dánia a negyedik, Svájc az első helyen áll, ami elsősorban a rendszer kiváló elérhetőségének tulajdonítható. A tanulmány szerzői fogyasztói szempontból bírálják a dán rendszert: a lakosság számára a sürgősségi osztályok elérése nehezebbé vált.

[Lásd még: *Szuperkórházak Dániában, 2018. 22. sz.*; *Az ambuláns orvosi ellátás reformja Dániában, 2019. 9. sz.*]

## *A gyógyszerértári piac helyzete Spanyolországban (2. rész)*

DAZ.ONLINE, 05.02.2019, 09:00

**Kulcsszavak:** gyógyszerértárok, gyógyszerértári piac, Spanyolország

**Forrás Internet-helye:**

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/02/04/spaniens-apotheken-hohe-erwartungen-und-hohe-regulierung-teil-2/chapter:all>

A spanyol gyógyszerértári piac jellemzői: viszonylag magas területi sűrűség, részletes szabályozás, alacsony árszint, a demográfiai folyamatokkal összefüggő árnövekedés.

**Gyógyszerértárok tulajdonviszonyai:** A spanyol közforgalmú gyógyszerértár közszolgáltatást biztosító privát intézmény. Kiemelt szempont a gyógyszerész szuverenitása. Az egészségügy területén működő más szakmai csoportokkal való konfliktusokat éppen úgy kerülniük kell, mint a tisztán gazdasági döntéseket. Mindezek alapján Spanyolországban a gyógyszerértárok nem gyógyszerész általi birtoklása és a többes tulajdon egyaránt tilos.

**Gyógyszerértárokkal való ellátottság:** 2017-ben Spanyolországban 100.000 lakosra 47 gyógyszerértár jutott. A *Gyógyszerészek Hivatalos Kollégiumainak Általános Tanácsa (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos)* szerint 2015-ben Spanyolországban 21.937 gyógyszerértár működött. Számuk az előző évhez viszonyítva 83-mal növekedett. A közforgalmú gyógyszerértárakban működő gyógyszerészek száma ugyancsak növekedett: 2015-ben a gyógyszerészek száma 48.424 volt. Egy-egy gyógyszerértárban átlagosan 2,2 gyógyszerészt foglalkoztatnak, több mint 70%-uk nő. A gyógyszerészek átlagéletkora 47 év.

**A Gyógyszerellátás Információs Központja:** Spanyolországban a *Gyógyszerellátás Információs Központja (Centro de Información sobre el Suministro de Medicamentos – CISMED)* biztosítja a gyógyszerészállítók folyamatosságát, az ellátásra vonatkozó naprakész információt, az illetékes hatóságok tájékoztatását.

**Gyógyszerpiac és árképzés:** A spanyol gyógyszerészek a gyógyszerész kamarák gondozásában megjelenő *Bot PLUS 2.0* platformról szereznek információt a hazai piacon jelen levő gyógyszerekről és egészségügyi termékekről. Ez több mint 2.500 monográfia folyamatosan aktuális információit bocsátja rendelkezésre, amelyek tartalmazzák a mellékhatásokat, ellenjavallatokat, kölcsönhatásokat, gyógyszerértárok, betegségek képeket, nemzetközi gyógyszerértárok. A gyógyszerértárok a legalacsonyabbak közé tartoznak Európában. A gyógyszerek áfája négy százalék, az általános áfa 21%.

**A receptek elszámolása** közvetlenül az adott tartományok gyógyszerész kamarái útján történik. Az elszámolásra havi ütemezésben kerül sor. Ez a rendszer garantálja a gyógyszerfogyasztás folyamatos egészségügyi és gazdasági kontrollját, megkönnyíti az egészségügyi rendszer számára keletkező gyógyszerköltségek meghatározását, biztosítja az egészségügyi rendszer transzparenciáját, megakadályozza a visszaéléseket.

Az állami egészségügyi rendszer terhére elszámolt receptek száma		
2016	2017	Növekedés
901.572.083 €	908.519.320 €	+0,77%
Az állami egészségügyi rendszer terhére elszámolt receptek költségei (EUR)		
2016	2017	Növekedés
9.912.770.346 €	10.170.786.502 €	+ 2,6%
Az állami egészségügy terhére elszámolt receptek egy receptre jutó átlagos költségei (EUR)		
2016	2017	Növekedés
10,99 €	11,19 €	+1,82%

Forrás: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

**Internetes gyógyszerkereskedelem, vényköteles gyógyszerek küldésének tilalma, bónuszok hiánya:** A spanyol államnak nincs egyértelmű állásfoglalása az internetes gyógyszerkereskedelemmel kapcsolatban. Vényköteles humángyógyszerekkel való internetes kereskedelem tilos. Vénymentes gyógyszerekkel való internetes kereskedést csak nyilvánosan elérhető, engedélyezett gyógyszertárak folytathatnak, amelyek szerepelnek az illetékes hatóság listáján. Bónuszok, egyéb ajándékok, kedvezmények nem megengedettek.

**A spanyol gyógyszertárak jövője:** A spanyol gyógyszerészek a betegek szükségletei felé való nyitásra, egyebek között új szolgáltatások nyújtására törekednek. Ezekkel kapcsolatban számos programot és projektet indítottak. A „**Proyecto conSIGUE**” projekt keretében például az idős, multimorbid betegek gyógyszeres terápiája felügyeletének egészségügyi és gazdasági hatásait értékelik.

Az **Egészségügyi, Fogyasztóvédelmi és Szociális Minisztérium (Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social)** felmérései szerint a lakosság elégedett az egészségügyi szolgáltatásokkal. Az egészségügyi rendszer a megkérdezettek kétharmada szerint nagyon jól vagy jól működik. Az utóbbi években bevezetett változásokat azonban kritikusan kommentálják. A spanyolok mindössze egynegyede látja úgy, hogy a gyógyszerellátás járulékrendszere területén 2012-ben bevezetett változtatások sikeresek és igazságosak.

**Inken Rutz, Apothekerin, Autor DAZ.online**  
[redaktion@daz.online](mailto:redaktion@daz.online)

*Jelentés Németország szociális helyzetéről –  
Datenreport 2018 – Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik  
Deutschland*

*(9. rész): Szociális segélyek*

Szerk.: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb)

Kiad.: Statistisches Bundesamt (Destatis) –

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB),

Bonn, 2018 (416 p.)

**Kulcsszavak:** szociálpolitika, szociális segélyek, Németország

**Forrás Internet-helye:**

**Stat.:**

<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Datenreport.html> ;  
[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2018.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2018.pdf?__blob=publicationFile)

**bpb (fejezetenként):** <http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2018/> ,

**WZB (egyben és fejezetenként):**

<https://wzb.eu/de/publikationen/datenreport/datenreport-2018>

*A Társadalombiztosítási Törvénykönyv tizenkettedik könyve (SGB XII)  
szerinti szociális segélyek*

2016 végén Németországban 1,2 millió személy részesült a Társadalombiztosítási Törvénykönyv tizenkettedik könyve (SGB XII) szerinti szociális segélyekben: »létfenntartást célzó intézményen kívüli segítségben« vagy »időskori és keresetcsökkenés miatti alapbiztosításban«.

A szociális segély a szociális biztonság hálójának legalsó eleme. A létfenntartást célzó segély elsősorban az élelmezés, öltözködés, lakás és fűtés (ún. szociokulturális egzisztencia-minimum) alapszükségleteit fedezi.

2016 végén Németországban 374.000 személy, ezek közül 133.000 személy részesült lakó- vagy ápolási intézményen kívüli létfenntartást célzó segélyben. Utóbbiak közül 190.000 segélyben részesülő személy külföldi volt (25%-uk EU-tagállamból, 3,4%-uk menedékre jogosult, 1,7%-uk polgárháborús menekült). A létfenntartást célzó intézményen kívüli

segélyben részesülők 16%-a 18 év alatti gyermek volt. A 133.000 személy közül 123.000 személyi közösségben élt, amelyre vonatkozóan közös szükségletfelmérésre kerül sor. Egy-egy ilyen személyi közösség átlagosan 1,1 segélyben részesülő személyből állt. E közösségek háromnegyede (75%) egyszemélyes, 16%-a kétszemélyes, 9,3%-a három, vagy többszemélyes háztartás volt.

A létfenntartást célzó, intézményen kívüli segélyekben részesülő személyi közösségek csaknem kétharmada (73%) egy vagy több jövedelemmel rendelkezett. E személyi közösségek többsége keresetcsökkenés miatti nyugdíjban (52%), öregségi nyugdíjban (22%) vagy gyermekek részére nyújtott közszolgáltatásokban (20%) részesült.

2016 végén Németországban 1.026.000 személy részesült időskori és keresetcsökkenés miatti alapbiztosításban. A 18 év fölötti lakosság 1,5%-a szorult alapbiztosításra. Az 1.026.000 alapbiztosításban részesülő közül 500.000 személy (49%) még nem érte el a nyugdíjkorhatárt. Ők tartós keresetcsökkenés miatt részesültek az alapbiztosítás szolgáltatásaiban. Ezek az emberek a jövőben előreláthatóan nem állnak majd a munkaerőpiac rendelkezésére. A jelentés időpontjában 526.000 alapbiztosításban részesülő személy nem érte el a 65 év és 5 hónap korhatárt. Ők időskori alapbiztosításban részesültek. Ez azt jelenti, hogy 2016 végén a nyugdíjkorhatárt még el nem érő vagy azt túllépő német lakosság 3,1%-a csak az alapbiztosítás szolgáltatásai segítségével tudta fedezni létfenntartási költségeit.

Egy alapbiztosításban részesülő személy havi bruttó szükséglete 2016 végén átlagosan 786 EUR-t tett ki. Az alapszolgáltatás átlagosan 379 EUR-t tesz ki. Ha ehhez hozzáadódnak a lakásra és fűtésre fordított költségek, ezek átlagosan 348 EUR-t tesznek hozzá a szükségletszámításhoz. Amennyiben a segélyezett beszámítható jövedelemmel rendelkeznek, akkor ez átlagosan 385 EUR. Az egy szolgáltatásra jogosult nettó szükséglete átlagosan 487 EUR-t tett ki. Azok a szolgáltatásokra jogosultak, akik már elérték a korhatárt, 431 EUR-ral, jóval magasabb beszámítható jövedelemmel rendelkeztek, mint a nyugdíjkorhatár alattiak (324 EUR). Ez utóbbiak nettó szükséglete (átlagosan 546 EUR) jóval magasabb mint azoké, aki már túllépték a nyugdíjkorhatárt (431 Euro).

*Walter Pöltner, új osztrák szövetségi egészségügyi miniszter*

**Forrás Internet-helye:** [https://de.wikipedia.org/wiki/Walter\\_P%C3%B6ltner](https://de.wikipedia.org/wiki/Walter_P%C3%B6ltner) ;  
<https://www.uni-salzburg.at/index.php?id=41525> ;  
[https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/politik/oesterreich/2010619-Die-Neuen-ein-Wink-in-Richtung-SPOe.html?em\\_no\\_split=1](https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/politik/oesterreich/2010619-Die-Neuen-ein-Wink-in-Richtung-SPOe.html?em_no_split=1)



**Walter Pöltner** (Sz. Bécs, 1952. február 29.) osztrák jogász, volt szociáldemokrata politikus. Apja vasúti kovács, nagyapja tetőfedő volt Burgenlandban. Házas, egy fia és egy lánya van. Zenészeknek készült, gitáron és zongorán játszott, több együttes mellett a *Motherless Child* tagja volt.

1967 - 1970 szakképzés a Semperit AG-nál

1970 - 1980 Semperit AG – ügyintéző, klímaberendezésekkel foglalkozott.

1981 érettségi

1981 - 1986 Jogtudományi tanulmányok

1986 - 1991 Munkások és Alkalmazottak Szövetségi Munkáskamarája

1989 - 1991 A Munkáskamara társadalombiztosítási osztályának vezetője

1991 - 1994 Josef “Jolly” Hesoun szövetségi munkaügyi és szociális miniszter titkára (társadalombiztosítás, fogyatékosügy, egészségpolitika)

1994 - 2002 Csoportfőnök a II. főcsoportfőnökségen, a főcsoportfőnök első helyettese

1996 Franz Hums szövetségi munkaügyi és szociális miniszter irodavezetője

2002-2015: A Szövetségi Munkaügyi, Szociális, Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Minisztérium társadalombiztosítási, II. főcsoportfőnökségének vezetője

Nyugdíjazása után a St. Lambrecht agytröszt szakértője, a szociális jog tiszteletbeli professzora a Salzburgi Egyetemen.

A közismerten élesnyelvű osztrák sajtóban “vérvörösként” aposztrolált (munkáskamarai háttérű, egykori szociáldemokrata) Pöltner jó kapcsolatban állt Beate Hartinger-Klein szabadságpárti (FPÖ) miniszterrel [*Lásd: 2017. 36. sz.*], aki nyugdíjból hívta vissza őt a minisztériumba és a társadalombiztosítás átalakításának miniszteri biztosává nevezte ki.

**2019. május 22. Szövetségi munkaügyi, szociális, egészségügyi és fogyasztóvédelmi miniszter Brigitte Bierlein átmeneti, szakértői kormányában.**

## ***Klaus Reinhard, a Német Szövetségi Orvosi Kamara új elnöke***

Forrás Internet-helye: [https://de.wikipedia.org/wiki/Klaus\\_Reinhardt\\_\(Mediziner\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Klaus_Reinhardt_(Mediziner))



***Klaus Reinhardt (Sz. Bonn, 1960. május 22.) német általános orvos.*** Szülei házi orvosok voltak. Nős, négy gyermeke van. Legkisebb fia Rigában folytatja orvostudományi tanulmányait.

1979: érettségi, *Ratsgymnasium Bielefeld*

1980-1982: jogi és filozófiai tanulmányok, *Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität*  
1981-ben a *Corps Rhenania Bonn* tagjává avatták.

1982-1989: orvostudományi tanulmányok Padovában

1990-1994: többek között a svájci Graubünden-ben egy pszichiátriai klinikán, valamint az *Ospedale Regionale di Lugano*-nál dolgozott.

2001. óta: Westfalen-Lippe kamarai gyűlésének tagja; 2005. óta az elnökség tagja, alelnök.

2006-2015: a Szövetségi Orvosi Kamara pénzügyi bizottságának tagja.

2006. óta: a *Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin* tagja.

2010-2015: a Szövetségi Orvosi Kamara pénzügyi bizottságának alelnöke;

2011 november óta a Szövetségi Orvosi Kamara orvosi díjszabási bizottságának tagja,  
2016. óta elnöke.

1997. óta: Westfalen-Lippe Betegpénztári Orvosok Szövetsége küldöttgyűlésének tagja,  
2001-2005. között a minőségbiztosítási és minőségügyi bizottság tagja, 1997-2005. között  
a pénzügyi bizottság tagja; 2005. óta a honorárium-bizottság tagja, 2017. óta elnöke.

2005. óta a Hartmannbund Westfalen-Lippe tartományi elnöke; ugyancsak 2005. óta az  
Észak-Rajna-Vesztfália tartományi szabadfoglalkozásúak szövetségének elnöke.

2009. óta a Hartmannbund szövetségi alelnöke, 2011. november 28. óta a Hartmannbund  
szövetségi elnöke.

2015. óta a Szövetségi Orvosi Kamara elnökségének tagja.

***2019. május 30. a Szövetségi Orvosi Kamara elnöke. Megválasztására a 122. Német Orvoscongresszuson (122. Deutscher Ärztetag, Münster, 2019. május 28-31.) került sor.***

***Elődje, Frank-Ulrich Montgomery, 2018. november 10. óta az Európai Orvosok Állandó Bizottságának (Standing Committee of European Doctors – Comité Permanent des Médecins Européens – CPME) megválasztott elnöke (hivatalban: 2019. január 1.től), 2019. április 25. óta az Orvosok Világszövetségének elnöke. [Lásd: 2018. 24. sz.]***

***Kórházbarométer 2018 – Krankenhaus Barometer: 2018 –  
egységes szerkezetben***

Deutsches Krankenhaus Institut (DKI), Düsseldorf, December 2018 (101 p.)

**Forrás Internet-helye:**

[https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2018\\_11\\_kh\\_barometer\\_final.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2018_11_kh_barometer_final.pdf)

***1. A kórházak gazdasági helyzete***

***1. 1. 2017-ben elért éves eredmény***

Gazdasági helyzetük tekintetében a kórházaknak arra kellett válaszolniuk, hogy 2017-ben a nyereség- és veszteségszámítás keretében pozitív, negatív, vagy kiegyensúlyozott éves eredményt értek-e el.

2017-ben Németországban nagyjából minden harmadik általános kórház (30%) veszteségeket könyvelt el. Az éves többletet realizáló kórházak aránya 60%, a kiegyensúlyozott eredményt elérőké 11% volt.

Az előző évhez viszonyítva az eredmények alig változtak. A német kórházak gazdasági helyzete 2017-ben összességében továbbra is problematikus volt.

Méreteik szerint a 300-599 ágyal rendelkező kórházak értek el leggyakrabban éves többletet (65%) és legritkábban hiányt (23%). Ehhez képest a kis és nagy kórházak gazdasági helyzete kedvezőtlenebb volt. Az előző évhez viszonyítva azonban az éves eredmények a kórházak méreteitől függetlenül közeledtek egymáshoz.

***1. 2. Az éves eredmények alakulása 2016/2017-ben***

A pozitív, negatív vagy kiegyensúlyozott eredmények pusztán megadása mellett a kórházaknak a nyereség- és veszteségszámítás szerinti helyzetük konkrét alakulásáról is be kellett számolniuk.

Az éves eredmény 2017-ben 2016-hoz viszonyítva a kórházak 49%-ánál csökkent, 31%-ánál növekedett, a többiekénél konstans volt.

A kórházak méretei szerint az éves eredmények alakulása tekintetében gyakorlatilag alig tapasztalhatók különbségek. Az előző évhez viszonyítva a közepes méretű kórházak éves eredményei jóval kedvezőbben alakultak, az eredmények ebből a szempontból is a kórházak méreteitől függetlenül közeledtek egymáshoz.



### ***1. 3. A gazdasági helyzet önértékelése***

A kórházaknak a 2017. évi eredményen kívül a felmérés időpontjában aktuális (2018 tavaszi) gazdasági helyzetüket is értékelniük kellett. Eszerint csak a kórházak egynegyede ítélte meg inkább jónak helyzetét. A kórházak egyharmada inkább nem kielégítőnek találta azt, miközben 42%-uk ebben a tekintetben bizonytalan.

Az előző évhez viszonyítva a gazdasági helyzetüket jónak ítéelő kórházak aránya (27%) enyhén csökkent, azoké, amelyek helyzetüket nem találták kielégítőnek (29%), valamelyest növekedett.

A kórházak méretei szerint, a nem kielégítő gazdasági helyzettel rendelkező kórházak aránya a kórház méreteinek növekedésével arányosan csökken. A nagyobb, több mint 600 ágygal rendelkező kórházak a DRG-rendszer bevezetése óta első alkalommal ítélték legjobbnak gazdasági helyzetüket.

### ***1. 4. A gazdasági várakozások értékelése***

Végül a kórházaknak értékelniük kellett az elkövetkező évre, 2019-re vonatkozó várakozásaikat. A kórházak mindössze egyhatoda (18%) számított a helyzet jobbulására, 37%-uk gazdasági helyzetük rosszabbodását vetítette előre, miközben a többiek határozatlanok voltak ebben a kérdésben. A kórházak jövőbeli várakozásai összességében ambivalensek.

A kórházak méretei szerint differenciálva feltűnő, hogy a nagyobb kórházak várakozásai tendenciálisan kedvezőbbek, mint a közepes és kisebb méretű kórházaké.

## ***2. A kórházak beruházási tevékenysége***

### ***2. 1. A beruházások mértéke és forrásai***

Az extrapoláció szerint a több mint 100 ágygal rendelkező kórházaknál a beruházások összege 2017-ben 6,8 milliárd EUR-t tett ki. Ez ágyanként 15,3 ezer EUR, ill. kórházanként 5,8 millió EUR beruházási volument jelent.

#### ***Beruházási források***

A kórházak beruházási forrásainak 44%-a az államtól származik. Ezek közé tartoznak: az egyedi és általánytámogatás, az egyes szövetségi tartományokban alkalmazott építési átalány, valamint az egyetemi klinikák támogatási forrásai.

Ez viszont fordítva azt jelenti, hogy a kórházak beruházási forrásainak több mint fele nem az államtól származik. A beruházások nem támogatott részét a kórházaknak maguknak kell előteremteniük. Ennek 28%-a a kórházak saját erőforrásaiból (pl. választott szolgáltatások bevételeiből, szolgáltatások térítéseinek többletéből) származik. A beruházások 9%-át a fenntartók bocsátják rendelkezésre. További 17%-ot pedig a tőkepiacról finanszíroznak. Az összeg fennmaradó része más finanszírozási forrásokból (pl. adományokból, támogató szervezetektől) származik.

Az állami támogatás aránya a kórházak egynegyedénél alig 30%, vagy annál kevesebb (alsó kvartilis érték). A kórházak mindössze egynegyede ér el 72%-os vagy annál magasabb támogatási arányt (felső kvartilis érték).

## ***2. 2. A beruházási források felhasználása***

A kórházak 2017-ben beruházásaik többségét (57%) épületeik újjá- és átépítésére, 20%-át orvostechinikai eszközökre, 7%-át információtechnológiára (hard- és szoftver), 5%-át üzemeltetési technikai berendezésekre, további 7%-át a szobák és egyéb helyiségek berendezésére, 4%-át egyéb célokra fordították.

Az adatokat euróba konvertálva: 2017-ben a kórházak átlagosan 3,9 milliárd EUR-t költöttek épületekre, 1,4 milliárd EUR-t orvostechinikára és 0,5 milliárd EUR-t információtechnológiára.

## ***2. 3. A beruházások önerőből való finanszírozásához szükséges nyereségrés***

A kórházak mintegy egyharmada (34%) éri el a beruházások finanszírozásához szükséges 2-4%-os EBITDA-rést. Erre a célra a kórházak egyötödének 4-6%-os, további egyötödének 6-8%-os EBITDA-résre lenne szüksége. [***EBITDA: earnings before interest, taxes, depreciation and amortization - kamatok, adózás és értékcsökkenési leírás előtti eredmény***]

Összesítve, a beruházások saját forrásokból történő refinanszírozásához a kórházak csaknem 85%-ának legalább 2%-os EBITDA-résre lenne szüksége.

2015 és 2017 között a kórházak operatív eredménye többnyire nem volt elégséges a beruházások saját forrásokból történő finanszírozásához. Ezekben az években csak a kórházak 46%-a (2017), ill. 50%-a (2016) érte el a szükséges EBITDA-rést.

## **2. 4. Beruházási szükségletek**

A kórházaknak értékelniük kellett a következő öt évben (2019-2023) várható beruházási szükségleteiket. A több mint száz ágygal rendelkező általános kórházak beruházási szükséglete ebben az időszakban elérheti a 46,4 milliárd EUR-t.

Az előrejelzés időszakában tehát a kórházak beruházási szükséglete évente 9,3 milliárd EUR-ra tehető. A prognosztizált beruházási szükséglet több mint egyharmaddal haladja meg a 2017-ben eszközölt beruházások összegét (6,8 milliárd EUR).

A jövőben szükségessé váló beruházások fele a több mint 600 ágygal rendelkező kórházakra jut.

Az egyes kórházakra lebontva, az egy kórházra jutó beruházási szükséglet 2019 és 2023 között évente 8,2 millió EUR-t tesz ki.

## **2. 5. Karbantartási költségek**

2017-ben a több mint száz ágygal rendelkező általános kórházak 3,7 milliárd EUR-t költöttek karbantartásra. Ez általános kórházanként évente 1,7 millió EUR, ágyanként évente 7,5 ezer EUR karbantartásra fordított költséget jelent. Összehasonlítva azon kórházak adatait, amelyek mind éves beruházásaik, mind karbantartási költségeik összegét megadták, a karbantartási költségek beruházásokhoz viszonyított aránya 51%.

## **3. Szülészeti osztályok**

### **3. 1. Az állások betöltésének problematikája**

Az állások betöltése a tartós időre alkalmazott szülésznőknél a legproblematicusabb. A szülészeti osztállyal rendelkező kórházak több mint 41%-ának nehézségei vannak az állások betöltésével. 2014-hez viszonyítva megduplázódott azon kórházak aránya, amelyek nem tudják betölteni a szülésznői állásokat.

Az álláshelyek betöltése a betegápolóknál, ill. gyermekápolóknál is problematikus. Minden ötödik kórház nehézségekkel küzd ezen állások betöltésével. A helyzet 2014-hez viszonyítva ebben a tekintetben is súlyosbodott. Az orvosoknál is hasonló helyzet áll fenn. A kórházak egynegyede mind a szülészeti-nőgyógyászat területén elkezdett, mind a befejezett továbbképzéssel rendelkező orvosok relációjában nem tudja betölteni az álláshelyeket. 2014-ben nem tették különbségek elkezdett és befejezett

továbbképzéssel rendelkező orvosok között. De a kórházak csaknem egynegyede akkor is nehézségekkel küszködött az állások betöltése tekintetében.

A kórházak méreteinek figyelembevételével a kórházak között nem mutathatók ki számottevő különbségek. A *Szövetségi Építésügyi, Város- és Térségkutató Intézet (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung)* által a települések struktúrájával összefüggésben definiált régiótípusok szerint azonban már megmutatkoznak a különbségek.

Az álláshelyeknek a szülészet-nőgyógyászat területén befejezett továbbképzéssel rendelkező orvosokkal való betöltése a vidéki kórházak számára jelenti a legnagyobb problémát. Ezekben a régiókban a kórházak több mint kétötöde szembesül ezzel a problémával. Az agglomerációkban működő kórházak számára már sokkal könnyebb befejezett továbbképzéssel rendelkező orvosokat találni.

Tartós időre szerződöttnél a helyzet fordított. Az agglomerációkban és városokban a kórházak fele nem tudja betölteni az álláshelyeket. Ezzel szemben vidéki régiókban ez a kórházak kevesebb mint egyötöde számára jelent problémát. A helyzet már 2014-ben is hasonló volt. Az inkább vidéki kórházaknak akkor is kevesebb problémájuk volt a szülésznői állások tartós időre való betöltésével.

Az állások betöltésével küszködő kórházaknak arra is válaszolniuk kellett, hogy hány betöltetlen teljes munkaidős állással rendelkeznek. Az orvosi szolgálatban az érintett kórházaknál átlagosan 1,5 teljes munkaidős állás (továbbképzésben résztvevő orvosok), ill. 1,1 teljes munkaidős állás (továbbképzéssel rendelkező orvosok) volt betöltetlen.

Betegápolóknál a betöltetlen állások száma 2014-hez viszonyítva csökkent. Gyermekápolóknál viszont átlagosan csaknem kétszeresére növekedett. A tartós időre szerződöttnél a betöltetlen állások száma alig változott.

### **3. 2. Szerződéses szabadfoglalkozású szülésznők (Beleghebammen)**

A szülészeti osztályok 44%-ánál eseti szerződés szerint szabadfoglalkozású szülésznőket foglalkoztatnak. Az adott osztályok aránya a kórház méreteivel összefüggésben változó. A szerződéses szabadfoglalkozású szülésznők aránya a kevesebb mint 299 ágygal rendelkező kórházaknál 62%, a több mint 600 ágygal rendelkezőknél 30%.

Az egyes szülészeti osztályokon átlagosan 7,7 szerződéses szabadfoglalkozású szülésznő működik. Jelenleg a szülészeti osztállyal rendelkező kórházak csaknem

egyötöde keres szerződéses szabadfoglalkozású szülésznőt. E kórházak többsége már most is szerződéses szabadfoglalkozású szülésznőket alkalmaz.

A jelenleg szerződéses szabadfoglalkozású szülésznőket kereső szülészeti osztályok nehezen találnak pályázókat. Szülészeti osztályonként átlagosan 2,6 szerződéses szabadfoglalkozású szülésznőt (fő) keresnek. A keresett szerződéses szabadfoglalkozású szülésznők számát az összes szülészeti osztályra kivetítve, szövetségi szinten 269 szerződéses szabadfoglalkozású szülésznőt keresnek. A Szövetségi Statisztikai Hivatal szerint 2017-ben az általános kórházakban 1.848 szerződéses szabadfoglalkozású szülésznő működött. A szabadfoglalkozású szerződéses szülésznők jelenlegi állományát így csaknem 15%-kal kellene növelni.

### ***3. 3. A szülészeti osztályok gazdasági helyzete***

A kórházak 57%-a válaszolta, hogy a szülészeti osztály bevétele alacsonyabb volt a költségeknél. Azaz, a szülészeti osztályok többsége jelenleg fedezet nélkül működik. A szülészeti osztályoknál 2013-ban ugyanilyen arányú hiányt állapítottak meg. 2013 és 2017 között tehát a szülészeti osztályok gazdasági helyzete mit sem változott.

A kórházak méreteinek figyelembevételével már jelentős különbségek mutatkoznak. A 100-299 ágyal rendelkező kórházak háromnegyedénél a szülészeti osztály költségei meghaladják a bevételekét. 2013-hoz viszonyítva ez 11 százalékpontos növekedést jelent. 2017-ben a nagyobb, több mint 600 ágyal rendelkező kórházak 40%-a válaszolta, hogy a bevételek alacsonyabbak a költségeknél. 2013-ban ezt még a nagy kórházak 44%-a válaszolta.

A nagyobb kórházak körében azok aránya, ahol a bevételek magasabbak mint a költségek, 2013-hoz viszonyítva 11% százalékponttal növekedett. 2017-ben a több mint 600 ágyal rendelkező kórházak 30%-ánál a bevételek magasabbak voltak a költségeknél. A kisebb, 299-nél kevesebb ágyal rendelkező, szülészeti osztályt működtető kórházaknál ezt mindössze a kórházak 5%-a válaszolta.

A kórházak várakozásai a szülészeti osztály gazdasági helyzetének alakulásával kapcsolatban 2018-ban alig különböznek a 2017. évi állapotoktól. A kórházak összességében alig számítanak gazdasági helyzetük változására.

### ***3. 5. Szülészeti osztályok átmeneti időre való bezárása***

2017-ben a kórházakat arról is kérdezték, hogy átmeneti időre be kellett-e zárniuk szülészeti osztályukat és ebben az időszakban nem vettek fel további betegeket. 2017-

ben csak a kórházak 4%-a zárta be egy időre szülészeti osztályát. Ezekben a kórházakban átlagosan 18 napig nem vettek fel új betegeket.

### ***3. 6. A szülészeti osztályok jövője***

A szülészeti osztályok sorsa a demográfiai folyamatokkal összefüggésben egy idő óta a közbeszéd tárgyává vált. Ehhez súlyosbító körülményként járul az évek óta egyre virulensebb szakemberhiány. Ezért a kórházakat most a szülészeti osztály jövőjére vonatkozóan is megkérdezték. A megkérdezetteknek nyilatkozniuk konkrét várakozásairól, hogy kórházuk öt év múlva rendelkezni fog-e még szülészeti osztállyal. A kórházak 92%-a úgy látja, hogy továbbra is működtetheti szülészeti osztályát. Mindössze az intézmények 2%-a szkeptikus és abból indul ki, hogy az elkövetkező években be kell zárnia szülészeti osztályát.

Politikai szempontból szülészeti osztályok bezárása mindig kényes kérdésnek számít. A helyzet különösen problematikus, ha az adott szülészeti osztály az illető kórház vonzáskörében az egyetlen ilyen jellegű létesítmény. Ezért a kórházaknál rákérdeztek, hogy az őket övező 20 km-es körzetben működik-e további szülészeti osztály.

A kórházak 29%-a válaszolta, hogy 20 km-es körzetben nem létezik további szülészeti osztály. A kórházak egyharmadának 20 km-es körzetében kettő-négy ilyen osztály működik és a kórházak egyötödénél áll fenn, hogy közvetlen környezetükben több mint négy szülészeti osztály működik.

Regionális megközelítésben a kép már differenciáltabb: Az agglomerációs övezetekben a szülészeti osztályok száma 20 km-es körzetben viszonylag magas. Az agglomerációkban az intézmények 52%-ának közvetlen közelében több mint négy szülészeti osztály működik. A vidéki kórházak kétharmada esetén 20 km-es körzetben nem működik más szülészeti osztály. Az agglomerációkban ez csak a kórházak 12%-ánál van így.

### ***3. 7. A szülészeti osztályok bezárásának okai***

A saját szülészeti osztály jövőjére vonatkozó várakozások mellett a megkérdezetteknek válaszolniuk kellett arra a kérdésre, hogy általában miért kerülhet sor egy szülészeti osztály bezárására.

Az alapvető ok („teljes mértékben igaz” vagy „inkább igaz”) a kórházak 88%-a számára a szülészeti osztály gazdasági helyzete. A szülészeti osztályok költségei a kórházak 57%-ánál magasabbak a bevételeknél. Amennyiben ez a helyzet súlyosbodna, a

kórházak többsége arra számít, hogy gazdasági okokból bezárják a szülészeti osztályt. Ezzel szoros összefüggésben a kórházak 80%-a a szülésznők hiányát és a születek alacsony számát jelöli meg az osztály bezárásának indokaként.

A leggyakrabban megnevezett okok negyedik és ötödik helyén a szabadfoglalkozású szerződéses szülésznők hiánya, valamint a befejezett vagy elkezdett szülészeti szakorvosi továbbképzéssel rendelkező orvosok hiánya áll. Az ellátási megbízás, vagy az ellátási szerződés megvonását, mint az osztály bezárásának indokát, csak igen kevés kórház nevezte meg.

A szülészeti osztállyal rendelkező kórházak számára az osztály megtartását fenyegető legnagyobb veszélyek: a gazdasági helyzet és a szakemberhiány. A szakemberhiány 2014. óta súlyosbodott, így 2018-ban a szülészeti osztály bezárásával járó veszélyek között ez a tényező sokkal hangsúlyosabban jelenik meg.

## ***5. Az ápolói személyi állomány helyzete***

2016-ban az intézmények felének voltak problémái az állások betöltésével. Az állások betöltésével küszködő kórházak átlagosan hét (teljes munkaidős) ápolói státuszt nem tudtak betölteni.

### ***5. 1. Az ápolószemélyzet életkori struktúrája***

A több mint 100 ágygal rendelkező általános kórházaknál a szakképzett ápolók 46%-a 45 éves vagy annál idősebb, 10%-a 25 év alatti. Az életkori struktúra tekintetében a különböző méretű kórházak között alig vannak eltérések.

### ***5. 2. Az ápolószemélyzet fluktuációja***

A ***Kórházbarométer 2018*** „a kórházuktól kilépő szakképzett ápolók arányából” vezeti le az ápolószemélyzet fluktuációjának rátáját.

A válaszolók 10%-a nem rendelkezett információkkal a fluktuációs rátáról és a „nem tudom” válasz mellett döntött. A megkérdezettek további 10%-a egyáltalán nem közölt adatot. A fluktuáció rátájáról információkkal nem rendelkezők aránya a kórházak méretével összefüggésben változó. Ezek aránya az ágyszám növekedésével csökken.

A kórházaktól 2017-ben kilépett szakképzett ápolók fluktuációs rátája 8% volt (medián érték). A fluktuációs ráta összességében 5-10% között mozgott (kvartilis értékek).

A százalékos megoszlás figyelembevételével, a szakképzett ápolók fluktuációs rátája 2017-ben a kórházak felénél 5 és 10% között mozgott. A kórházak egyötöde válaszolta, hogy 2017-ben a szakképzett ápolók 10-15%-a távozott. A fluktuációs ráta a kórházak 15%-ánál 5% alatt mozgott.

A kevesebb mint 299 ágyal rendelkező kórházaknál a fluktuációs ráta 5% volt, jóval magasabb mint más kórházaknál. Ugyanakkor átlagon felüli volt azon kórházak aránya, amelyek 15% fölötti fluktuációs rátáról számoltak be. A szakképzett ápolók kilépésének okai: a hivatás gyakorlásának felfüggesztése, pl. szülés, gyermeknevelés, hozzátartozó ápolása miatt, vagy egy másik kórháznál való elhelyezkedés. A kórházak egyharmada a nyugdíjba vonulást nevezte meg a kilépés okaként.

### ***5. 3. Részmunkaidő az ápolószemélyzet körében***

Az ápolási szektorban a részmunkaidős foglalkoztatottak aránya hagyományosan magas. A Szövetségi Statisztikai Hivatal adatai szerint 2017-ben a kórházakban az ápolók 50%-át részmunkaidőben foglalkoztatták és ebben a tekintetben 2009. óta növekedés volt tapasztalható. A részmunkaidősök általában „félnapot” dolgoznak, ami a tarifaszerződés szerinti heti 19-20 óra rendes munkaidőnek felel meg. A felmérés kizárólagosan szakképzett ápolókra terjedt ki.

A részmunkaidősök aránya a szakképzett ápolók körében 2017-ben szűk 50% volt. A több mint 600 ágyal rendelkező kórházaknál a részmunkaidős szakképzett ápolók aránya valamivel alacsonyabb volt, mint más kategóriáknál. A részmunkaidősök aránya a kevesebb mint 299 ágyal rendelkező kórházaknál a legmagasabb.

A kórházaknak a tarifamegállapodás szerinti részmunkaidősök munkaidejének órákban való kifejezését is közölniük kellett. A részmunkaidős szakképzett ápolók 56%-a 2017-ben a munkaszerződés alapján heti 25 órát vagy annál többet dolgozott. A részmunkaidősök szűk egyharmada a szerződésben rögzített 15 és 25 óra közötti órakontingenssel rendelkezett. 2017-ben a szakképzett ápolóknak csak csekély hányada rendelkezett 15 óránál alacsonyabb munkaidőre szóló munkaszerződéssel.

A kórházakat arról is megkérdezték, hogy miért dolgozik sok szakképzett ápoló részmunkaidőben.

Az eredmények szerint a részmunkaidő legfőbb oka a szakképzett ápolók körében a gyermeknevelés. A kórházak több mint fele „nagyon gyakran”, további egyharmada „gyakran” jelöli ezt a csökkentett heti munkaidő indokaként.



Az intézmények szűk kétharmada szerint a szakképzett ápolók „nagyon gyakran” vagy „gyakran” a jobb *Work-Life-Balance* miatt választják a részmunkaidőt. A kórházak fele szerint az ápolók csökkentett munkaidejét az erőteljesen megterhelt tevékenység okozza.

A kórházak 42%-a szerint az ápolók számára a részmunkaidős tevékenység (nagyon) gyakran egészségi okokból következik. Az ápolók egyharmada számára a hozzátartozók ápolása képezi a részmunkaidőre való késztetést.

A részmunkaidő választása a kórházak fele szerint „olykor” a szabályozottabb munkaidővel, ill. a munkahelyre való soron kívüli behívás ritkább előfordulásával, valamint a pénzügyi ösztönzés hiányával függ össze. A kórházak jó egynegyede azonban 2017-ben nem látott okot arra, hogy csökkentett munkaidőben állapodjon meg az ápolókkal.

A kórházak jó része szerint viszont a nyugdíjazás előtti részmunkaidő, a változatosság, vagy a kibontakozás lehetőségeinek hiánya, a teljes munkaidős foglalkoztatás lehetőségének hiánya, nem adekvát indok a részmunkaidő választására. A különböző méretű kórházak között az ápolók részmunkaidő melletti döntésének értékelése tekintetében alig mutatkozik eltérés.

#### **5. 4. Az ápolói személyi állomány megtartására irányuló intézkedések**

A kórházak által az ápolói személyi állomány megtartása céljából alkalmazott intézkedések: egészségfejlesztés és egészség-menedzsment, egészségnapok, stresszleküzdés, továbbképzési és fejlesztési lehetőségek, fejlesztési programok a vezetői személyzet részére, a munkaidő optimális alakítása. A megkérdezett intézmények csaknem felénél alkalmazott intézkedések: a betegápoláshoz nem kapcsolódó tevékenységektől való tehermentesítés, rugalmas szolgálati idő, az ápolószemélyzet továbbképzését célzó intézkedési terv.

Az *International Centre on Nurse Migration (ICNM)* és az *International Council of Nurses (ICN)* 2018 júliusában stratégiai tanulmányt tett közzé az ápolószemélyzet megtartásáról, amelyet **James Buchan nemzetközi tekintélyű ápoláskutató** állított össze. <http://www.cgfns.org/new-icnm-report-reveals-critical-policies-retain-nurses/>

A kórházak 24-35%-ánál alkalmazzák, 26-30%-ánál tervezik a személyzet kívánságai szerinti munkaidőt, valamint szabadnapokat és pénzügyi ösztönzőket a munkaerő megtartása érdekében. Az intézmények egynegyede egyáltalán nem tervezi, hogy pénzügyi ösztönzőkkel próbálja megtartani a munkaerőt.

A rugalmas munkaidőt és az egészségmenedzsment felkínálását a több mint 600 ágygal rendelkező kórházaknál gyakrabban alkalmazzák, mint más intézményeknél.

A kórházak a családközpontú intézkedések közül átlagosan ötöt alkalmaztak (medián: 4). A magasabb ágyszámmal rendelkező kórházaknál a családközpontú kínálatok elterjedtebbek (átlagérték és medián: 6). A kórházak mintegy kétharmadánál alkalmaznak gyermeknevelési idő utáni visszailleszkedési programokat, rész munkaidőt, tanácsadást, workshopokat, coaching-ot. A kórházak felénél csökkentett éjszakai és hétvégi munkaidőt kínálnak. A visszailleszkedési programok a közepes méretű kórházaknál a leggyakoribbak, a kisebbeknél a legritkábbak. A kórházak egyharmada a foglalkoztatási viszony megszakítása idején továbbképzési lehetőséget, pl. otthoni ápolási képzést, vagy a hozzátartozók ápolásra való képzését kínálja fel. Az intézmények 26-30%-a működtet saját óvodát, szünidei programokat és szünidei gyermekfelügyeletet kínál alkalmazottainak.

Releváns még a munkakör és a munkaidő életkorhoz igazítása. Az intézmények átlagosan négy ilyen jellegű kínálattal rendelkeznek (medián és átlagérték: 4). A leggyakrabban alkalmazott intézkedés (az intézmények 71%-ánál) a különböző követelményeknek és megterheléseknek megfelelő más ápolói beosztásba való átirányítás. A kórházak 60%-a speciális képzést kínál idősebb ápolóinak, pl. seb-, sztóma-, vagy diabétesz szakértőként, praxisvezetőként, vagy esetenedzserként.

## ***6. Információtechnológia a kórházakban***

### ***6.1. Az információtechnológiai rendszerek alkalmazása***

A Kórházbarométerben csaknem az összes kórház (96%) elektronikus képalkotó rendszerek alkalmazásáról számol be. 2017-hez viszonyítva ez 8%-os növekedést jelent. Az intézmények elsöprő többsége rendelkezik honlappal (2018: 94%; 2017: 91%). A megkérdezettek 78%-a biztosított a betegek részére vezeték nélküli helyi hálózatot (WLAN), 6%-kal több, mint előző évben. 2018-ban a kórházak 64%-a rendelkezett intézményen belüli elektronikus betegdokumentummal. Minden negyedik intézmény alkalmazott elektronikus gyógyszerelési támogatást (2018: 34%; 2017: 25%). A telemedicina alkalmazások tekintetében: a megkérdezettek 40%-a él a tele-konzílium lehetőségével, minden ötödik kórház végez telemonitoringot, 4%-a nyújt távtréninget és terápiás alkalmazásokat.

## **6. 2. Az információtechnológiai személyzet helyzete**

Csak minden negyedik résztvevő intézmény válaszolta, hogy az információtechnológiai személyzet létszáma növekedett volna. 2017-ben az intézmények 69%-ánál, 2016-ban 68%-ánál nem változott az információtechnológiai létszám, néhány kórháznál csökkent.

2017. december 31-én a megkérdezettek 47%-a 1-5, minden ötödik kórház 6-10, a kórházak 16%-a 15-20, 4%-a 50 saját információtechnológiai foglalkoztatottal rendelkezett. Az előző megkérdezéshez viszonyítva a „középső tartományban” (6-20 foglalkoztatott) mutatott némi eltolódást.

2018-ban az összes kórház 73%-a, 2017-ben 60%-a válaszolta, hogy az információtechnológiai teendők ellátásához külső szolgáltató támogatását vette igénybe.

2017. december 31-én egy-egy információtechnológiai alkalmazottra minden negyedik kórháznál 100, a kórházak 39%-ánál 101-150, minden negyedik kórháznál 151-200, minden tízedik kórháznál 200 kórházi alkalmazott jutott.

## **6. 3. A kórházi információtechnológiai rendszer cseréje**

Az előző év eredményeihez viszonyítva 2018-ban a kórházaknál alig születtek tervek az információtechnológiai rendszer cseréjére. Az utóbbi 12 hónap során a kórházak mindössze 4%-a cserélte le információtechnológiai rendszerét, 5%-nál az elkövetkező 24 hónap során válik esedékessé, 91% az elkövetkező két évben nem tervezi az információtechnológiai rendszer cseréjét.

## **6. 4. Az információtechnológiai rendszerek biztonságáról szóló törvény alkalmazása**

A szövetségi kormány 2015-ben fogadta el **az információtechnológiai rendszerek biztonságának fokozásáról szóló törvényt (Gesetz zur Erhöhung der Sicherheit informationstechnischer Systeme – IT-Sicherheitsgesetz)**. Ennek egyik definíciója szerint a **kritikus infrastruktúrával rendelkező kórházak (Krankenhäuser mit Kritischer Infrastruktur – KRITIS-Betreiber = üzemeltetők)** (amelyek évente legalább 30.000 fekvőbeteg esetet látnak el) kötelesek az ágazat állása szerinti információtechnológiát biztosítani és ezek biztonságát két évente felülvizsgálni.

A *Krankenhaus Barometer 2018* résztvevőinek 17%-a már 2017-ben is kritikus infrastruktúrával rendelkező kórháznak számított. A kórházak 4%-át 2017-ben még nem, 2018-ban viszont már a KRITIS-üzemeltetők közé sorolták. A kritikus infrastruktúrával rendelkező kórházak aránya így 21%.

Az információtechnológiai rendszerek biztonságáról szól törvény követelményeinek betartásával kapcsolatban 2018-ban a nem kritikus infrastruktúrával besorolt kórházak 39%-a számolt be konkrét tervekről és részben azok megvalósításáról. Ezek aránya 2017-hez viszonyítva jelentősen növekedett (2017: 25%).

A kórházak 17%-a jelenleg vizsgálódik, de még nem készített konkrét terveket. A kórházak mindössze 6%-a válaszolta, hogy mivel nem rendelkezik kritikus infrastruktúrával, sem jelenleg, sem a jövőben nem kíván foglalkozni a törvény követelményeinek teljesítésével.

A *Krankenhaus Barometer 2018* résztvevői közül 39 kórház volt, amelyet 2017-ben KRITIS-üzemeltetőként soroltak be. E kórházak 80%-a azt válaszolta, hogy 2017-ben nem volt indítéka arra, hogy a KRITIS-rendelet keretében bejelentést tegyen a *Szövetségi Információtechnológiai Biztonsági Hivatalnál (Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik – BSI)*. 2017-ben mindössze két kórház tett bejelentést. A résztvevő kórházak között 49 olyan intézmény van, amelyeket 2018-ban KRITIS-üzemeltetőként soroltak be. Ezek 71%-a 2018 első negyedében semmilyen indítékkal nem rendelkezett ahhoz, hogy bejelentést tegyen a hivatalnál. 2018. március 31-ig négy kórház jelentett be egy-egy, ill. egy kórház két eseményt.

## **6. 5. Az információtechnológia költségei**

Az információtechnológiára fordított teljes költségvetéshez viszonyítva a szoftver-költségek 2017-ben, akárcsak 2016-ban, jóval meghaladták a hardverre és a személyzetre fordított költségeket: 2017-ben az intézmények 47%-a „nagyon magas”, vagy „magas” költségeket fordítottak a szoftverek karbantartására, beszerzésére, lízingelésére vagy bérlésére. Az információtechnológiai személyzetre fordított költségek a kórházak 29%-ánál „nagyon magas” vagy „magas”. A költség szerkezet 2016-hoz viszonyítva alig változott. Az előző évhez viszonyítva a hardverekre fordított költségek tekintetében jelentős csökkenés tapasztalható: Miközben 2016-ban a megkérdezettek 42%-a válaszolta, hogy „nagyon magas” vagy „magas” költségeket fordított hardverek vásárlására, lízingelésére vagy bérlésére, 2017-ben már csak 27%. 2017-ben a kórházak 16%-a számolt be arról, hogy „nagyon magas” vagy „magas” költségeket fordított hardverek installációjára és karbantartására, 2016-ban ez az arány még 26% volt.

A megkérdezettek fele a korábbiakhoz hasonlóan „nem” jelentettek, ill. „csekély” változásokat jelentett a külső szolgáltatók által nyújtott adatfeldolgozásról vagy szolgáltatásokról. Egyes kórházaknál „egyéb költségek” keletkeztek az információtechnológia biztonságára fordított intézkedésekből és a hálózatépítésből.

## 6. 6. Jövőbeli kihívások

A résztvevők 17,8%-a az általános információtechnológiai biztonság biztosítását (speciálisan a kiberbiztonságot) tartja a közvetlen közeljövő legnagyobb kihívásának, beleértve az információtechnológia biztonságáról szóló törvény alkalmazását, a megfelelő információtechnológiai biztonsági menedzsmentet és az információ biztonságának menedzsmentjét. A válaszok 15,6%-a általában a kórházi digitalizációra vonatkozott. A válaszok 11,9%-a az aktuális jogszabályok (általában és speciálisan az európai adatvédelmi rendelet és a KRITIS-rendelet) alkalmazására irányult. A válaszolók ugyancsak 11,9%-a szerint az elektronikus betegdokumentum (beleértve a képképzést, az ápolás és az archiválás digitalizációját), valamint az információtechnológiai infrastruktúra modernizációja és bővítése jelenti a legnagyobb kihívást.

A válaszolók 7,8%-a számára különösen fontos a mobil adatgyűjtés, beleértve a mobil digitális viziteket, különös kihívásnak tekinti a kompetens információtechnológiai személyzet megnyerését és a rendelkezésre álló személyzet továbbképzését. Fontos téma a telematikai infrastruktúrának a közvetlen közeljövőben való kiépítése (5,9%). Egyes intézmények számára előtérben áll az információtechnológiai terület konszolidációja és centralizációja (2,8%), valamint a finanszírozás (2,5%).

A „maradvány” kategóriában összefoglalt témák az egyes intézmények individuális követelményeivel foglalkoztak, mint a *Big Data* kezelése a kutatás területén, az elektronikus aláírás bevezetése, az *Assisted Coding* használata, jobb felületek alkalmazása, szervezési és technikai folyamatoptimalizálás.

### ***A legnagyobb kihívások az információtechnológia területén az elkövetkező három évben***

<b><i>Bázis: 320 egyedi jelölés</i></b>	<b><i>Jelölések %-ban</i></b>
IT-biztonság	17,8
Digitalizáció	15,6
Aktuális jogszabályok alkalmazása	11,9
Elektronikus betegdokumentum	11,9
IT-infrastruktúra	11,9
Mobilitás a kórházban / digitális vizitek	7,8
IT-személyzet (munkaerőhiány / továbbképzés)	7,8
Telematikai infrastruktúra	5,9
Maradvány	4,1
Konszolidáció / centralizáció / insourcing	2,8
IT-finanszírozás / költségek	2,5

[Lásd még: *Kórházbarométer – Krankenhaus Barometer*: 2007. 48. sz., 2008. 52. sz., 2010. 13. sz.; 2012. 6. sz.; 2014. 3. sz.; 2015. 5. sz.; 2016. 1.,3. sz.; 2017. 1. sz.; 2017. 33-36. sz., *Egységes szerkezetben: Archivum*]

## *A gyógyszerári piac helyzete Európában (Ötödik frissítés)*

### *Nagy-Britannia*

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

#### **Forrás Internet-helye:**

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

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

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

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

\*

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

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

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

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

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



**Forrás Internet-helye:**

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

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

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

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

Ha valamely tervezési körzetben megüresedésre kerül sor, a pályázó gyógyszerésznek két hatósághoz kell benyújtania kérelmét: a francia nemzeti 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 szerezhet részesedést.

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

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

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

#### *A franciaországi gyógyszerári piac számokban*

- Franciaországban jelenleg 22.400 gyógyszerár működik, amivel első helyen áll Európában. A következő helyeken Spanyolország (21.900) és Németország áll.
- Egy-egy gyógyszerár átlagosan 2.800 lakos ellátását biztosítja. Az EU-ban az átlag: 4.335, Németországban valamivel több mint 4.000.
- A Gyógyszerész Kamara nyilvántartásában 75.000 gyógyszerész szerepel. A nők aránya 65%.
- Európai összehasonlításban Franciaországban a legmagasabb az officina-gyógyszerárakban dolgozó gyógyszerészek aránya. Több mint 55.400 gyógyszerész dolgozik officina-gyógyszerárban. Franciaországban egy gyógyszerártra 2,47 gyógyszerész jut, Németországban átlagosan 2,44.
- A *Dossier Pharmaceutique*-ban 22.275 gyógyszerár (99,8%) vesz részt. A Dossier a nemzeti gyógyszerészeti adatbank, amelybe a gyógyszerészek bevezetik a betegek gyógyszerészését. Ennek célja a rendelvények redundanciájának csökkentése és a mellékhatások megelőzése. A gyógyszerészeti 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.***

***Költségmegtakarításokból 10.435 gyógyszertárt be kellene zárni***

Cour de Comptes: La sécurité sociale, Septembre 2017

**Forrás Internet-helye:**

**Teljes szöveg (729 p.):**

[https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017\\_1.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf)

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

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

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

A Számvevőszék további 2 milliárd EUR-ra teszi a gyógyszercégek és nagykereskedők által a gyógyszertárak részére nyújtott kedvezményeket. Ebben a tekintetben fontos szerep hárul a generikumok árusítására, amelyeknél a gyógyszertárak nemcsak hogy ugyanazokat az árakat alkalmazzák, mint az eredeti készítményeknél, hanem rabattokat is inkasszálhatnak, 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 „gyógyszertári 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 gyógyszerertári piacot az 1990-es évek elején még az idegen és többes tulajdon szigorú tilalma, a szoros szükséglettervezés és a bónuszok hiánya jellemezte. Am mind a piacon, mind a politikában már akkor megjelentek a bevált gyógyszerertári piac megkérdőjelezésének tendenciái. Európában már akkor megjelentek az első nemzetközi gyógyszernagykereskedelmi egyesülések, Olaszországban a Stefano Pessina és élettársa, Ornella Barra által felépített nagykereskedő, az *Alleanza Salute* egyesült a brit *UniChem* nagykereskedővel és létrejött az *Alliance UniChem*, amelyből aztán *Alliance Healthcare*, majd *Alliance Boots* lett. Jelenleg a konszern a *Walgreens Boots Alliance* nevet viseli és 25 országban van jelen.

*Az olaszországi gyógyszerertári piac számokban*

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

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

különbéle 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 gyógyszerügyi 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-apotheckenketten-vor/chapter:all>

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

### ***A törvény sarkalatos előírásai:***

- A jövőben privát vállalkozások is vásárolhatnak és nyithatnak gyógyszerüzemet. Az egyes olasz tartományokban a gyógyszerüzemek 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 gyógyszerüzemeket. A kevesebb mint 6.600 lakossal rendelkező településeken a gyógyszerüzemek bizonyos feltételek mellett 5.000 EUR egyszeri kifizetésre jogosultak.
- Olaszországban a gyógyszerüzemek nyitvatartási idejét szigorúan szabályozzák, de bizonyos esetekben kivételekre is lehetőség nyílik. Az új törvény szerint a gyógyszerészeknek előzetesen tájékoztatniuk kell konkurensüket és a biztosítót a szabálytól eltérő nyitvatartási időről.

Egyelőre nem várható, hogy a nagy gyógyszerkereskedelmi konszernek, mint a *Celesio* vagy a *Walgreens Boots Alliance* az elkövetkező hónapokban nagy sietve elkezdenének új telephelyeket nyitni. Ezt a 20%-os szabály is behatárolja. Olaszországban jelenleg 17.000 gyógyszerüzem működik, a lefedettség kedvező. Valószínűsíthető, hogy a konszernek nem érdekeltek a bonyolult pályázati eljárásban való részvételben és nem szívesen vállalnák új gyógyszerüzemek megnyitásának kockázatait. Olasz sajtójelentések szerint azonban már elkezdődött a létező és jól működő gyógyszerüzemek leadását célzó kutakodás. Már több gyógyszerésznek feltették a kérdést, hogy beszállna-e egy gyógyszerüzemláncba. A gyógyszerügyi piacon nem kis aggodalmat váltottak ki egy felmérés eredményei, melyek szerint a gyógyszerüzem-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 élőben figyelhető meg a gyógyszerári piac liberalizálása. 2017-ben hatályba lépett a „konkurencia-törvény”, amely feloldotta a gyógyszerárak nem gyógyszerész általi birtoklásának és több gyógyszerár 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* gyógyszerárlánc, 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 gyógyszerár birtoklása) nem terjedtek ki az ún. kommunális gyógyszerárakra („*Farmacie comunali*”). Mivel az önkormányzatoknak pénzre volt szüksége, gyógyszerári telephelyek vonatkozásában a több gyógyszerár birtoklásának tilalmát nem vették figyelembe.

Így a nagy európai gyógyszerkereskedelmi konszernek évtizedek óta jelen vannak Olaszországban. Kezdetben olaszországi leányvállalatokat létesítettek, amelyek az egyes kommunális gyógyszerárakat kontrollálták. Ma már mintegy 1.300 gyógyszerár 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 gyógyszerárakat. A „konkurencia-törvénnyel” most minden másképp lesz. A törvény legfontosabb rendelkezései:

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

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



## *Új törvénytervezet a gyógyszertárláncokról Olaszországban*

DAZ.ONLINE, 29.01.2019, 11:30

**Forrás Internet-helye:** <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/01/29/in-italien-bricht-das-apotheken-chaos-aus-wieder-einmal/chapter:all>

Vannak történetek, amelyek csak Olaszországban fordulhatnak elő: két helyi gyógyszertári szövetség elnöke eladja gyógyszertárát egy gyógyszertárláncnak, a kormány vissza akarja vonni a gyógyszertárláncokról szóló, nem egészen kétéves törvényt, a legnagyobb gyógyszertári konszernnek pedig szokatlan egységben, közös sajtónyilatkozattal lépnek fel a kormányzati törvénytervezettel szemben – és történik mindez szűk két hónap leforgása alatt.

E sztori az euroszeptikus Öt Csillag Mozgalomhoz tartozó **Giulia Grillo egészségügyi miniszter** december eleji Facebook-posztjával vette kezdetét, amelyben kikelt a gyógyszertári piac liberalizációja ellen. Az előzmény: mintegy másfél éve hatályba lépett az olasz gyógyszertári törvény, amely megszüntette a gyógyszertárak idegen és többes tulajdonlásának tilalmát. Azóta vállalkozások is nyithatnak és vásárolhatnak gyógyszertárakat. A nem gyógyszerész általi („idegen”) tulajdont viszont szigorú szükséglettervezés szabályozza, továbbá feltétel, hogy a láncban működő konszernnek régióként nem rendelkezhetnek több mint 20%-os piaci részesedéssel. Grillo azóta a Parlamentben is előterjesztette a gyógyszertárláncokról szóló törvény visszavonásáról szóló tervezetet, amely szerint minden gyógyszertárban gyógyszerésznek kell rendelkeznie a tulajdon legalább 51%-ával.

A nagy európai gyógyszertári konszernek közös sajtónyilatkozatához csatlakoztak: az *Alliance Healthcare (Walgreens Boots Alliance)*, a *LloydsFarmacia (McKesson, korábban Celesio)*, az *Admenta Italia (Phoenix)*, a Kelet-Európából ismert *Dr. Max*, valamint az újonnan alapított olasz gyógyszertárlánc, a „*Hippocrates*“. A konszernek a kormánnyal való sürgős találkozót kérték. Szerintük Grillo előterjesztése súlyos károkat okoz a gyógyszertári szektorban eszközölt befektetéseknek. Emlékeztettek arra, hogy az előző kormány 2017 októberében hajtotta végre a gyógyszertári piac deregulációját. Az olasz gyógyszertári piac liberalizációjára egy európai trend összefüggésében került sor. A gyógyszertárláncok sokat profitálnak az idegen tulajdon elvének alkalmazásából, sok gyógyszertár ugyanis pénzügyi nehézségekkel küszködik.

Mivel Olaszországban a gyógyszertárak működtetése tekintetében demográfiai és regionális kritériumok szerinti szigorú szükséglettervezés létezik, a gyógyszertárláncok nem rendelkeznek különösebb mozgástérrel. A konszernnek tevékenysége a deregulációs törvény elfogadását követő hónapokban ezért is volt visszafogottabb. Az új gyógyszertárláncok még a kétszámjegyű tartományban mozoghatnak. Olaszországban jelenleg 18.200 gyógyszertár működik.

Mióta az Öt Csillag és az Északi Liga kezdeményezése hivatalossá vált, a gyógyszertári piac reformjának kérdései ismét a képviselőház és a szenátus napirendjére kerültek. E vita során felszínre került egy másik, igen fura körülmény. A „*pharmacyscanner.it*“ olasz gyógyszertári hírportál szerint a *Hippocrates* olasz gyógyszertárlánc 28 telephellyel rendelkezik Olaszországban. Az általa bekebelezett két gyógyszertár korábbi tulajdonosa két helyi gyógyszerész szövetség (a vicenzai és a velencei) elnöke.

Időközben a parlament mindkét házában elszabadult a pokol. Egyes politikusok most lehetőséget látnak arra, hogy kezdeményezzenek bizonyos régóta felvetett változásokat. A közelmúltban előterjesztést nyújtottak be a „C“ gyógyszerlistának (*Fascia C*) a vénykötelességből és a kizárólagosan gyógyszertári árusításból való kivonásáról. A magyarázat: az A, B és C listába tartozó gyógyszerek kizárólagosan gyógyszertárakban árusíthatók, OTC-shopokban (*Parafarmacie*) nem. Az OTC-shopok lobbyszervezete már évek óta követeli a C lista szabaddá tételét. Ezen a listán szerepel minden gyógyszer, amely vényköteles és csak gyógyszertárban árusítható, de nem téríthető. Olaszországban ide tartozik csaknem minden antibiotikum, analgetikum és erős nyugtató, mint a lorazepam.

Ám a jelek szerint az egészségügyi miniszter javaslata az 51%-os tulajdonrészre vonatkozóan lekerül a napirendről. Jóllehet a kormánypártok mindkét házban többséggel rendelkeznek, ez nem fog sikerülni. Időközben előtérbe került egy másik kompromisszum: a gyógyszertárláncok piaci részesedését 20%-ról 10%-ra csökkentenék.

## 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 leghigorúbban 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 fiáláléval rendelkezhetnek. Ezért országszerte mindössze 30 fiálálé 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 tulajdonrészsel 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

Összesen 2014-ben	16.114 (88,5)
-------------------	---------------

*Az osztrák versenyhivatal jelentése a gyógyszerári piac helyzetéről*  
*Branchenuntersuchung Gesundheit –*  
*Teilbericht I: Das österreichische Apothekenmarkt*  
Bundeswettbewerbshörde, 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 gyógyszertárak 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 gyógyszerkereskedelmre 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 késztetésük 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.

•

### ***Gyógyszertári reform Ausztriában***

DAZ.ONLINE, 29.01.2019, 10:15; 05.04.2019, 11:45

#### **Forrás Internet-helye:**

[https://www.deutsche-apotheker-](https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/01/29/grosshaendler-sollen-einfluss-auf-die-apotheken-verringern/chapter:all)

[zeitung.de/news/artikel/2019/01/29/grosshaendler-sollen-einfluss-auf-die-apotheken-verringern/chapter:all](https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/01/29/grosshaendler-sollen-einfluss-auf-die-apotheken-verringern/chapter:all)

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/04/05/kammer-filialen-oeffnungszeiten-und-botendienste-deregulieren/chapter:all> ;

<https://diepresse.com/home/wirtschaft/economist/5566862/Wie-unabhaengig-sind-Apotheken>

Az Osztrák Gyógyszerész Kamara elnöksége 2018. november 7-én állásfoglalást tett közzé a gyógyszerertári törvény novellálásának szükségességéről. A javaslatot még az év végén benyújtották a Szövetségi Munkaügyi, Szociális és Egészségügyi Minisztériumhoz. Sajtóértesülések szerint a törvénytervezet nyárig elkészülhet, amelyet ezt követően közvitára bocsátanak. Így azzal számolhatunk, hogy a törvénytervezet 2019 őszén az Alsóház (*Nationalrat*) napirendjére kerülhet. A revideált gyógyszerertári törvény esetleg akár jövő év elején hatályba léphet. Ezzel kapcsolatban azonban az Osztrák Gyógyszerész Kamara és a Gyógyszernagykereskedők Szövetsége (*Verband der Arzneimitteltgroßhändler – Phago*) közötti heves összetűzésekre számíthatunk. [A Phago tagjai: a hat legnagyobb gyógyszernagykereskedő, a *Herba Chemosan*, a *Jacoby GM*, a *Kwizda*, a *Pharmosan*, a *Phoenix* és a *Richter Pharma*.]

**A kezdeményezés elemei:** a nyitvatartási idő opcionális kiterjesztése és liberalizálása, a gyógyszerkézbesítés egyszerűsítése, a fiókgyógyszertárak alapításának megkönnyítése, a tulajdonos által vezetett gyógyszertár elvének megerősítése.

**Nyitvatartási idők:** A jelenlegi szabályok szerint Ausztriában egy adott településen minden gyógyszertárra ugyanaz a nyitvatartási idő vonatkozik. Ha egy gyógyszertár ezen túl is nyitva tartana, azt külön engedélyeztetnie kell. A javaslat szerint a jövőben a hatóságoknak egy adott településen egységesen meg kell szabniuk a nyitvatartási időt. Ezenkívül nyitvatartási keretidőket is megjelölnek, amelyen belül a gyógyszertár individuálisan alakíthatja programját, de a kereskedelemhez hasonlóan a 72 órás keretidőn belül kell maradnia. Az ügyeleti szolgálat célszerű beosztása érdekében a gyógyszertáraknak egész évre előzetesen be kell jelenteniük individuális nyitvatartási idejüket.

**Gyógyszerkézbesítés, futárszolgálat, mobil-gyógyszertár:** Jelenleg a gyógyszertárak a kamara hozzájárulásával saját kézbesítő egységet tarthatnak fenn, amely legfeljebb hat kilométernyi közúti távolságra lehet a gyógyszertártól. Ott csakis sürgősen szükségessé váló gyógyszerek adhatók ki. A gyógyszertár

vonzáskörzetében élő betegek számára futár általi kézbesítés is lehetséges, de csak sürgősségi esetben.

A kamara elképzelése szerint a gyógyszertárak saját kézbesítő egységeit a „mobilgyógyszertár” modelljével lehetne helyettesíteni. Egy ilyen „mobilgyógyszertárnak” ugyancsak a gyógyszertár vonzáskörzetében kell lennie, de maximális távolság megszabása nélkül. Ezt akár több gyógyszertár közösen is működtethetné. Itt a gyógyszereket csak gyógyszerész adhatná ki, de nemcsak a sürgőseket, hanem minden gyógyszert. A gyógyszertárak sürgősségi esetben vonzáskörzetükben egy az adott területen szokásos térítés felszámolásával kötelesek kézbesíteni a sürgősen szükséges gyógyszereket, vagy elrendelni azok kézbesítését. Ez futárszolgálattal is lehetséges, ebben az esetben azonban a gyógyszerésznek telefonon tanácsadást kell biztosítania.

**Gyógyszertárak tulajdonviszonyai:** Az osztrák gyógyszertári törvény szerint a gyógyszerésznek legalább 51%-os tulajdonrészrel kell rendelkeznie. A gyógyszertár működését gyógyszerésznek kell irányítania, amiből lényegében a lánctulajdon és az idegen tulajdon tilalma következik. Az idegen tulajdon tilalmát azonban fellazítja egy kivételes szabályozás, miszerint a partnerségi forma is megengedett, ha a koncessziótulajdonos a teljes gyógyszertári vállalkozás tulajdonának több mint felével rendelkezik. Ezen kívül további üzlettársakra nem ruházhatók át vezetői hatáskörök. Egy gyógyszertártulajdonos egyrészt egy további gyógyszertár résztulajdonosa is lehet, másrészt tulajdonrészrel rendelkezhet nem gyógyszertári vállalkozásban, mint pl. gyógyszernagykereskedelmi cég gyógyszertári tulajdonában.

**A versenyhatóság és az idegen tulajdon tilalma:** A *Szövetségi Versenyhatóság (Bundeswettbewerbsbehörde – BWB)* 2018 májusában tette közzé az osztrák gyógyszerpiacról szóló első részjelentését. A gyógyszernagykereskedők egyre több közforgalmú gyógyszertárban szereznek tulajdonrészt, egyre nagyobb befolyásra tesznek szert a gyógyszertári piacon és negatív hatást gyakorolnak a gyógyszerészek függetlenségére. A versenyhatóság nyomtatékosan állást foglalt a lánctulajdon és az idegen tulajdon tilalmának fenntartása mellett. [Ezzel kapcsolatban lásd: *Az osztrák versenyhatóság jelentése a gyógyszertári piac helyzetéről, 2018. 13. sz.*]

A részesedési viszonyok tekintetében rendszerint rögzítik, hogy a gyógyszertárnak egy tíz-tizenöt éves (többnyire fel nem mondható) futamidő mellett, teljes szükséglete 50-90%-át a nagykereskedőtől kell beszereznie.

Ausztriában ma már alig van olyan gyógyszertár, amelyben a nagykereskedők ne rendelkeznének tulajdonrészrel. Az 1.357 osztrák gyógyszertár közül a nagykereskedők mintegy 1.300-ban rendelkeznek direkt tulajdonrészekkel és ezek közül kétszáznál igen magas tulajdonrészrel.

**A fiókgyógyszertárak aránya:** Jelenleg a közforgalmú gyógyszertárak Ausztriában egyetlen fiókgyógyszertárt működtethetnek. Ez egy legfeljebb négy kilométernyi távolságra levő településen lehet, ahol nem praktizál házi gyógyszertárral rendelkező orvos. A kamara javaslata szerint a jövőben minden gyógyszertár három fiókgyógyszertárt működtethetne. A létező gyógyszertárak védettséget élveznek. Az egy gyógyszertár által ellátandó betegek száma nem csökkenhet 5.500 alá. A fiókgyógyszertárakra vonatkozó lazítás nem mehet az



orvosi házi gyógyszertárak rovására. Ez azt jelenti, hogy egy orvosi házi gyógyszertár létezése a településen továbbra is megakadályozza egy fiókgyógyszertár engedélyezését.

### *Svájc*

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

#### **Forrás Internet-helye:**

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/04/19/schweiz-entlaesst-600-medikamente-aus-der-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 tableta”), valamint több megfázás elleni gyógyszerkombináció, amelyek pl. ephedrint és codeint tartalmaznak.

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

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

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

internetes gyógyszertárral. A *Zur Rose* egy berni szupermarketben tervezi első gyógyszertárának megnyitását.

### ***Az internetes gyógyszerkereskedelem kialakulása Európában***

DAZ.ONLINE, 05.05.2017, 07:00

#### **Forrás Internet-helye:**

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

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

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

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

A helyzet jogi szabályozására 2013-ban került sor: internetes gyógyszerkereskedelmet csak gyógyszerészek folytathatnak, ehhez a gyógyszerészeknek akkreditáltatniuk kell magukat a gyógyszerhatóságnál. A gyógyszertárak többsége a közösség portálján ([www.apoteket.dk](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 akárcsak vényköteles gyógyszerek esetén, az OTC-re vonatkozóan is recepttel kell rendelkeznie. A *zur Rose* internetes gyógyszertár ugyan kísérletet tett a szabályok megkerülésére azzal, hogy Internet-oldalán kérdőíveket töltetett ki ügyfeivel, a Szövetségi Bíróság azonban ezt gyorsan megtiltotta. Alapvető szabály, hogy távrendelvények esetén a betegnek közvetlenül kapcsolatba kell lépnie orvosával.

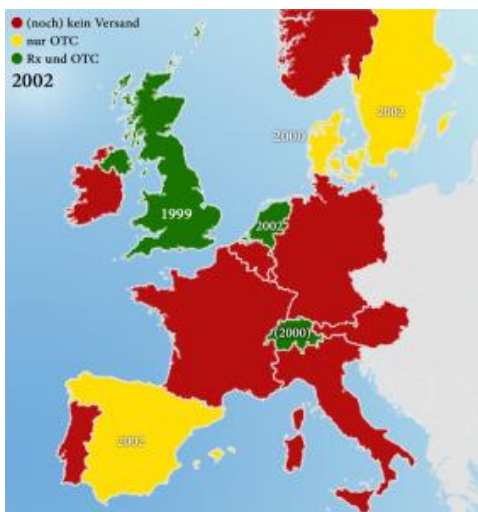
**Hollandia:** Az internetes gyógyszerkereskedelem tekintetében Hollandiában soha nem léteztek korlátozások. Az első internetes gyógyszertárak alapítására 2000 és 2002 között került sor, amelyek közül máig a *DocMorris* a legismertebb. A törvényhozó 1992-ben explicit engedélyezte, hogy az ügyfelek postán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

**Svédország:** A helyzet a hollandiaihoz hasonlóan alakult. Az állami gyógyszertárlánc, az *Apoteket AB*, már, jóval a gyógyszerári 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 gyógyszerári 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 gyógyszertárláncok csak az elmúlt évben 20 millió SEK-kel többet kerestek, mint 2015-ben, ami 150%-os növekedésnek felel meg. Dobozszámra kivetítve már most az összes gyógyszer (vényköteles és OTC) több mint 8%-át postán küldik.

**Spanyolország:** A spanyol törvényhozó már az Európai Bíróság DocMorrisról szóló ítéletét megelőzően legalizálta az internetes gyógyszerkereskedelmet. A spanyol parlament 2002-ben fogadta el az *e-Commerce*-ről szóló törvényt, amely szerint a gyógyszertárak kiküldhetik az OTC készítményeket. Ám Spanyolországban az OTC készítmények postázása éveken keresztül rendezetlen maradt, mivel a törvényhozó egy további rendeletben írta elő az OTC-k internetes kereskedelmének feltételeit, ám azt pusztán kihirdette, de nem léptette hatályba.

Csak 2013-ban került sor egy dekrétum elfogadására, amely pontosan szabályozza, hogy a gyógyszerész milyen körülmények között postázhat OTC készítményt. A jogszabály 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, jöllehet annak idején a német törvények mindkettőt szigorúan tiltották. A német törvényhozó 1998-ban novellálta a gyógyszerjótörvényt, amelyben azt megelőzően internetes kereskedelemről szó sem volt. Miután a Német Gyógyszerész Szövetség panaszt emelt a *DocMorris* praktikái miatt, az Európai Bíróság ítéletében engedélyezte az OTC készítményekkel való internetes kereskedelmet, ám szabad kezet adott a tagállamoknak a vényköteles gyógyszerekkel való kereskedelem szabályozására. A 2013. december 11-i ítélet azonban a német gyógyszerészek szempontjából túl későn érkezett. A törvényhozó 2013-ban „gyorsított eljárásban” engedélyezte mind a vényköteles, mind az OTC gyógyszerekkel való internetes kereskedelmet.



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

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

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

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

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

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



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

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

**Olaszország:** Az első *DocMorris* ítéletet követően egyre több gyógyszerész kezdett Interneten OTC készítményeket kínálni, ám sorra bíróság elé kerültek és be kellett szüntetniük e tevékenységet. Az olasz törvényhozó 2014-ben vette át az Európai Unió gyógyszerhamisításról szóló irányelvét és megteremtette az

internetes gyógyszerkereskedelem feltételeit. Olaszországban azonban az internetes kereskedelem továbbra is kiegészítő tevékenységnek számít.

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

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

### **Hollandia**

DAZ.ONLINE - 18.10.2017, 07:00

#### **Forrás Internet-helye:**

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/10/18/fokus-auf-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 árreéseket nem rögzítik, azokat átengedik a piacnak. OTC-készítményeknél az árképzés a forgalmazás minden szintjén szabad.

### ***A térített gyógyszerek piacán a generikumok aránya 74%***

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

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

### ***A gyógyszerkiadás szabályai***

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

### ***Beszállítási szerződések a betegpénztárakkal az „ellátási alkuszok” közreműködésével***

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

### ***A gyógyszertárak térítései drasztikusan csökkentek***

***A Gyógyszertári Statisztikák Alapítványa [Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) - Dutch Foundation for Pharmaceutical Statistics, 2017 ; <https://www.sfk.nl/english>]*** szerint a gyógyszertárak gyógyszerellátással

összefüggő bevételei 2016-ban 4,3 milliárd EUR-t (az előző évhez viszonyítva +1,6%) tettek ki. A betegpénztárak terhére való térítések mértéke 2009. óta több mint egyötödével csökkent. Ez részben a költséges gyógyszereknek a kórházi költségvetési listára való áttolódásának tulajdonítható, még akkor is, ha ezek alkalmazására ambulánsan kerül sor. Ilyenek egyebek között a TNF-alfa gátlók.

### ***A gyógyszertárak 70%-a gyógyszertári láncokban vagy kooperációkban működik***

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

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

## ***Spanyolország***

DAZ.ONLINE, 04. 02. 2019, 07:00

### **Forrás Internet-helye:**

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/02/01/spaniens-apotheken-hohe-erwartungen-und-hohe-regulierung/chapter:all>

**„Libro Blanco – Título de Grado de Farmacia“ (A gyógyszerészképzés Fehérkönyve), Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA; Nemzeti Minőségértékelési és Akkreditációs Ügynökség) (256 p.):**

[http://www.aneca.es/var/media/150368/libroblanco\\_farmacia\\_def.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150368/libroblanco_farmacia_def.pdf)

A spanyol gyógyszertári piac jellemzői: viszonylag magas területi sűrűség, részletes szabályozás, alacsony árak. A tanácsadás és a szakmák közötti együttműködés igen jelentős. Az ország egészségügyi rendszere az Egészségügyi Világszervezet szerint világviszonylatban a hetedik helyen áll. A megkérdezések szerint az egészségüggyel való lakossági elégedettség is igen magas.



### ***Hivatásrendi képviselet***

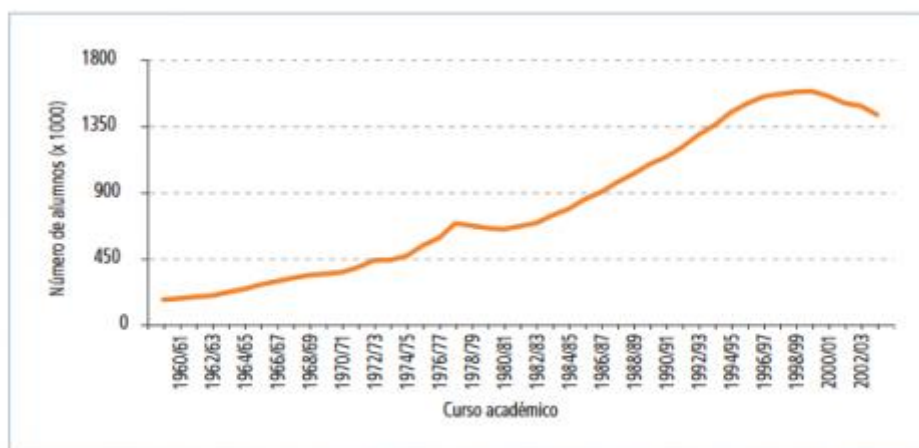
A kamarai rendszernek megfelelő hivatásrendi szervezet 52 kollégiumra, a „***Gyógyszerészek Hivatalos Kollégiumai***”-ra (***Colegios Oficiales de Farmacéuticos***) tagolódik. Ezek tevékenységét a ***Gyógyszerészek Hivatalos Kollégiumainak Általános Tanácsa (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos)*** fogja össze. Spanyolország közigazgatásilag 17 autonóm közösségre és két autonóm városra (Ceuta és Melilla) tagolódik. Az autonóm közösségek különböző régiókat képviselnek, amelyek maguk is különböző tartományokra (provincia) tagolódnak. Gyakorlatilag minden tartomány saját „hivatalos gyógyszerész kollégiummal” rendelkezik.

### ***Gyógyszerészképzés Spanyolországban***

Spanyolországban 22 egyetem rendelkezik gyógyszerészeti karral. A képzés bachelor szintű és öt évig tart. A végzősök „*Graduado/a en Farmacia*” címet kapnak. A hallgatók elméleti oktatásban, ezen kívül közforgalmú gyógyszertárakban és kórházi gyógyszertárakban hat hónapos gyakorlati képzésben részesülnek. A spanyol egyetemeken jelenleg 13.000 gyógyszerész-hallgató folytatja tanulmányait.

Évente 2.200 hallgató szerez gyógyszerész-képesítést. Az alapképzés mellett egyes egyetemek ún. párhuzamos évfolyamokat is felkínálnak, amelyek keretében a gyógyszerészeti tanulmányok táplálkozástudománnyal vagy optikai ismeretekkel kombinálhatók.

A végzősöknek posztgraduális tanulmányokra (*Estudio de postgrado*) is lehetőségük nyílik. A mesterfokozat célja a gyógyszerészeti bachelor szakaszban szerzett ismeretek bővítése, specializálódás, a tudás multiprofesszionális irányultságú kiterjesztése. A gyógyszerészek végül tudományos fokozatot is szerezhhetnek. Továbbá speciális képesítéssel „*Farmacéutico Especialista*” címet szerezhhetnek. Ez többek között a radiofarmakológia, a klinikai analízisek, a klinikai biokémia vagy a kórházi farmakológia területén való specializálódást jelenthet.



Gráfica 3. Alumnado universitario en España. periodo 1960-2004

### ***A gyógyszerész hallgatók számának alakulása a spanyol egyetemeken 1960 és 2004 között***

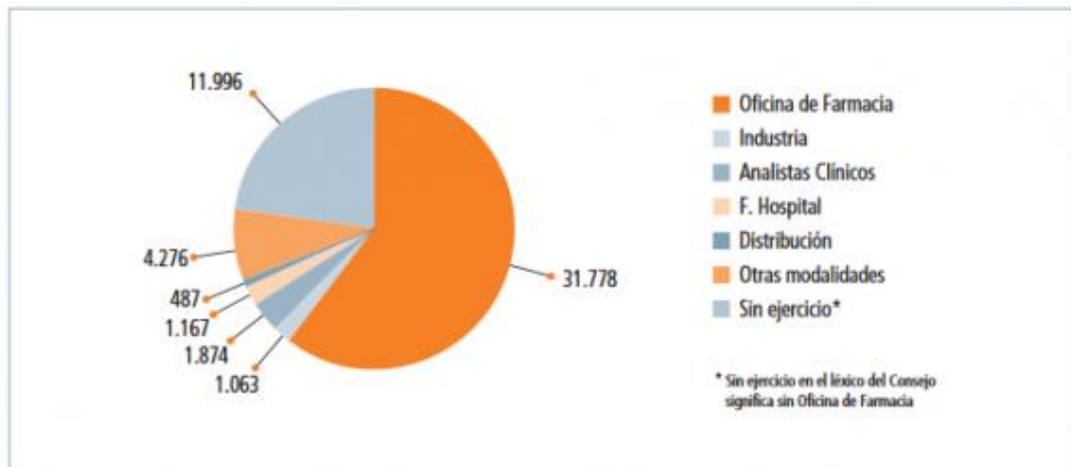
Forrás: [http://www.aneca.es/var/media/150368/libroblanco\\_farmacia\\_def.pdf/](http://www.aneca.es/var/media/150368/libroblanco_farmacia_def.pdf/) „Libro Blanco – Título de Grado de Farmacia“, Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación – ANECA (Minőségi Értékelési és Akkreditációs Nemzeti Ügynökség)

### ***A gyógyszerészek szakmai és társadalmi pozíciója***

A Gyógyszerészek Hivatalos Kollégiumainak Általános Tanácsa szerint 2015-ben Spanyolországban 69.774 gyógyszerész működött, 60-70%-uk közforgalmú gyógyszertárakban. A szakma vonzó, a gyógyszerész-hallgatók száma tartósan magas, a munkaerőpiaci kilátások kedvezők. A megkérdezések szerint a spanyol gyógyszerészek mind tanulmányaikkal, mind szakmai kilátásaikkal elégedettek. A kereset mértékét azonban ők is kritikusan ítélik meg.

A jogszabály (44/2003. sz. törvény) szerint a gyógyszerészeknek nemcsak a gyógyszerek előállításával, tárolásával és kiadásával kell foglalkozniuk. Kiemelt feladatuk a multiprofessionális együttműködés, egyebek között az analitikus, farmakoterápiás és népegészségügyi felügyeleti folyamatok összefüggésében.

A spanyol gyógyszerészeknek átfogó kompetenciákkal kell rendelkezniük. Képeseknek kell lenniük a farmakoterápiás, a diétás terápiás, a táplálkozási és élelmiszerügyi tanácsadásra. Tanulmányaik során ismereteket kell szerezniük a gyógyszerekkel és orvostechikai eszközökkel való gazdaságos bánásmódról és ennek a lakosság körében való ösztönzéséről. A spanyol gyógyszerészekkel szembeni követelmény az egészségfejlesztési kampányokban való aktív részvétel, a multiprofessionális együttműködés. A gyógyszerész-hallgatóktól elvárják, hogy sajátítsák el a polgárokkal való szóbeli és írásos formában való kommunikációhoz és információhoz szükséges ismereteket.



Gráfica 10. Colegiados por modalidad. <http://www.portalfarma.com/home.nsf>

**A gyógyszerészek száma tevékenységi területük szerint: közforgalmú gyógyszertárak (Oficina de Farmacia), ipar (Industria), klinikai analitikusok (Analistas Clínicos), kórházi gyógyszerészek (F. Hospital), terjesztés (Distribución), egyéb területek (Otras modalidades), szakképesítés nélküliek (Sin ejercicio)**

Forrás: „Libro Blanco – Título de Grado de Farmacia“ (A gyógyszerészképzés Fehérkönyve), Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación – ANECA (Minőségi Értékelési és Akkreditációs Nemzeti Ügynökség)

[http://www.aneca.es/var/media/150368/libroblanco\\_farmacia\\_def.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150368/libroblanco_farmacia_def.pdf)

A spanyol gyógyszerári piac jellemzői: viszonylag magas területi sűrűség, részletes szabályozás, alacsony árszint, a demográfiai folyamatokkal összefüggő árnövekedés.

**Gyógyszertárak tulajdonviszonyai:** A spanyol közforgalmú gyógyszerári közszolgáltatást biztosító privát intézmény. Kiemelt szempont a gyógyszerész szuverenitása. Az egészségügy területén működő más szakmai csoportokkal való konfliktusokat éppen úgy kerülniük kell, mint a tisztán gazdasági döntéseket. Mindezek alapján Spanyolországban a gyógyszertárak nem gyógyszerész általi birtoklása és a többes tulajdon egyaránt tilos.

**Gyógyszertárakkal való ellátottság:** 2017-ben Spanyolországban 100.000 lakosra 47 gyógyszertár jutott. A **Gyógyszerészek Hivatalos Kollégiumainak Általános Tanácsa (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos)** szerint 2015-ben Spanyolországban 21.937 gyógyszertár működött. Számuk az előző évhez viszonyítva 83-mal növekedett. A közforgalmú gyógyszertárakban működő gyógyszerészek száma ugyancsak növekedett: 2015-ben a gyógyszerészek száma 48.424 volt. Egy-egy gyógyszertárban átlagosan 2,2 gyógyszerészt foglalkoztatnak, több mint 70%-uk nő. A gyógyszerészek átlagéletkora 47 év.

**A Gyógyszerellátás Információs Központja:** Spanyolországban a **Gyógyszerellátás Információs Központja (Centro de Información sobre el Suministro de Medicamentos – CISMED)** biztosítja a gyógyszerészállások

folyamatosságát, az ellátásra vonatkozó naprakész információt, az illetékes hatóságok tájékoztatását.

**Gyógyszerpiac és árképzés:** A spanyol gyógyszerészek a gyógyszerész kamarák gondozásában megjelenő **Bot PLUS 2.0** platformról szereznek információt a hazai piacon jelen levő gyógyszerekről és egészségügyi termékekről. Ez több mint 2.500 monográfia folyamatosan aktuális információit bocsátja rendelkezésre, amelyek tartalmazzák a mellékhatásokat, ellenjavallatokat, kölcsönhatásokat, gyógyszerárakat, betegségképeket, nemzetközi gyógyszerárakat. A gyógyszerárak a legalacsonyabbak közé tartoznak Európában. A gyógyszerek áfája négy százalék, az általános áfa 21%.

**A receptek elszámolása** közvetlenül az adott tartományok gyógyszerész kamarái útján történik. Az elszámolásra havi ütemezésben kerül sor. Ez a rendszer garantálja a gyógyszerfogyasztás folyamatos egészségügyi és gazdasági kontrollját, megkönnyíti az egészségügyi rendszer számára keletkező gyógyszerköltségek meghatározását, biztosítja az egészségügyi rendszer transzparenciáját, megakadályozza a visszaéléseket.

Az állami egészségügyi rendszer terhére elszámolt receptek száma		
2016	2017	Növekedés
901.572.083 €	908.519.320 €	+0,77%

Az állami egészségügyi rendszer terhére elszámolt receptek költségei (EUR)		
2016	2017	Növekedés
9.912.770.346 €	10.170.786.502 €	+ 2,6%

Az állami egészségügyi rendszer terhére elszámolt receptek egy receptre jutó átlagos költségei (EUR)		
2016	2017	Növekedés
10,99 €	11,19 €	+1,82%

Forrás: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

**Internetes gyógyszerkereskedelem, vényköteles gyógyszerek küldésének tilalma, bónuszok hiánya:** A spanyol államnak nincs egyértelmű állásfoglalása az internetes gyógyszerkereskedelemmel kapcsolatban. Vényköteles humángyógyszerekkel való internetes kereskedelem tilos. Vénymentes gyógyszerek internetes kereskedést csak nyilvánosan elérhető, engedélyezett gyógyszertárak folytathatnak, amelyek szerepelnek az illetékes hatóság listáján. Bónuszok, egyéb ajándékok, kedvezmények nem megengedettek.

***A spanyol gyógyszertárak jövője:*** A spanyol gyógyszerészek a betegek szükségletei felé való nyitásra, egyebek között új szolgáltatások nyújtására törekednek. Ezekkel kapcsolatban számos programot és projektet indítottak. A „***Projecto conSIGUE***“ projekt keretében például az idős, multimorbid betegek gyógyszeres terápiája felügyeletének egészségügyi és gazdasági hatásait értékelik.

***Az Egészségügyi, Fogyasztóvédelmi és Szociális Minisztérium (Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social)*** felmérései szerint a lakosság elégedett az egészségügyi szolgáltatásokkal. Az egészségügyi rendszer a megkérdezettek kétharmada szerint nagyon jól vagy jól működik. Az utóbbi években bevezetett változásokat azonban kritikusan kommentálják. A spanyolok mindössze egynegyede látja úgy, hogy a gyógyszerellátás járulékrendszere területén 2012-ben bevezetett változtatások sikeresek és igazságosak.

***P. S. A sorozat folytatódik. Az eddigi cikkek egységes szerkezetbe foglalása a sorozat rendszertelensége és elhúzódása miatt látszott célszerűnek. A továbbiakban egy-két részenként hólabdászerűen ismét egybeszerkesztjük a cikkeket. Más forrásokból származó, hasonló tematikájú anyagok beillesztésére is sor kerül.***

## **ELŐJEGYZÉSI LISTA:**

### **Egészséggazdaság**

- Jelentés az egészséggazdaság helyzetéről Németországban 2018-ban

### **Egészségügy**

- A svájci egészségügy zsebkönyve 2018 (2-3. rész)
- Tilman Slembeck svájci közgazdász az egészségügy kontroljáról

### **Kórházügy**

- Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban – *Krankenhaus-Report 2019* (WIdO) (4-7. rész): 4. Észtország esettanulmány; 5. Dánia esettanulmány; 6. *Electronic Medical Record Adoption Model* (EMRAM), European Hospital Survey; 7. Dánia) (utána: egységes szerkezetben)

### **Szociálpolitika, egészségügy, foglalkoztatáspolitiká**

- Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Németországban 2018-ban – *Datenreport 2018* (10-15. rész): 10. Nyugdíjbiztosítás; 11. Kötelező betegbiztosítás; 12. Szociális ápolásbiztosítás; 13. Munkanélküliek biztosítása; 13. Élet az Európai Unióban: népesség, születések, születéskor várható élettartam, 14. Munkaerőpiac az Európai Unióban; 15. Egészségi állapot az Európai Unióban (utána: egységes szerkezetben)
- A szociális segélyek statisztikája Svájcban 2017-ben

### **Lelki egészség, öngyilkosság**

- Korai cannabis-fogyasztás, szorongásos állapotok, depresszió és öngyilkosság
- Alkohol, kábítószer és kétségbeesés miatti öngyilkosságok

### **Hivatásrend**

- Az orvosok statisztikája Németországban 2018-ban – *Ärztstatistik 2018*
- Felmérés az állatorvosok helyzetéről Németországban 2017-ben

### **Cannabis**

- Luxemburg a cannabis legalizálását tervezi

### **Népegészségügy**

- Anya-gyermek-LINA-vizsgálat az anyai stresszről és a gyermek elhízásáról
- A sporttevékenység szerepe az elesés megelőzésére az időskorúak körében
- A hónap negatív statisztikája. Tudósítás a finompor koncentráció és az idő előtti halálozások összefüggéséről
- Születések és anyák egészsége Svájcban 2017-ben. Csökkent a császármetszések és gátmetszések száma
- A svájci HIV-kohorszívizsgálat eredményei

### **Gyógyszer**

- Jelentés az amerikai gyógyszerpiac helyzetéről
- Jelentés a gyógyszerpiac átrendezéséről szóló törvény végrehajtásáról – *AMNOG-Report 2019*
- Jelentés a svájci gyógyszerpiac helyzetéről 2019-ben – *Apothekenmonitor 2019*

## **Geriátria**

- Dühöngés 80 fölött

## **A gazdag nők tovább élnek**

- Jövedelem és várható élettartam összefüggése az Egyesült Államokban és Norvégiában
- A gyermekes nők bérhátránya Németországban

## **Ápolás**

- Nemzetközi összehasonlítás az ápolás helyzetéről – GB, NL, SE, CA, DE (1-2. rész) 1. Az ápolás helyzete; 2. Az ápolóképzés helyzete (utána egységes szerkezetben)
- Az ápolási piac globalizációja
- Bérpolitika az idősápolás területén. Felértékelés, leértékelés. polarizáció
- Ápolásfinanszírozás társadalmi kontextusban
- Felmérés az ápolás minőségéről
- Az ápolási intézményekben élők helyzete Svájcban 2017-ben

## **... a maga szíve sose fáj?**

- Szív- és érrendszeri megbetegedések miatti halálozások alakulása Nagy-Britanniában
- Minőségi vizsgálat a kardiológusok döntéseit befolyásoló tényezőkről
- Lódítás vélelme egyes kardiovaszkuláris tanulmányok szerzőivel szemben

## **Szervtranszplantáció**

- A szervtranszplantációról szóló új német törvény
- Jelentés a szervtranszplantáció helyzetéről Németországban 2018-ban
- Szervadományozás és rendelkező nyilatkozat

## **Orvosetika**

- A Svájci Orvostudományi Akadémia ajánlásai az orvosetikai képzésről
- A Svájci Orvostudományi Akadémia irányelvei a fogvatartottak egészségügyi ellátásáról

## **Fogászat**

- Az Európai Fogászok Szövetségének állásfoglalása a fogászati láncokkal szemben alkalmazandó szakmai felügyeletről

## **Eutanázia**

- Jelentés az eutanázia helyzetéről Hollandiában 2018-ban

## **Sportegészségügy**

- Profi labdarúgók és az amiotrófiás laterálszklerózis

## **Rövidhírek (aleatorikusan):**

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