

Apothecarius

Śląskie Forum Farmaceutyczne



ISSN 1232-7220

Nr 25, Rok XVII (ŚFF21)

4 czerwca 2009

**ZDECYDOWANIE
PROTESTUJEMY PRZECIWKO
bezpośredniemu zaopatrywaniu aptek !!!
ZDECYDOWANIE POLECAM ZAMIENNIKI !!!**

**Czy Ty też zadbasz
o pacjenta i swoją aptekę ?**

Zakaz **str. 4**
**Bezpośredniej
Sprzedaży leków**
dr Tadeusz J. Szuba

Apteka **str. 22**
dla aptekarza

Wyrok ETS

Receptura **str. 41**
**w codziennej
praktyce aptecznej**
dr Lucyna Bułaś

Prawomocne **str. 59**
wyroki

OROZ i OSA

Firma AstraZeneca wprowadza **BARDZO NIEKORZYSTNY** dla aptek sposób dystrybucji swoich leków! Apteki tracą dotychczasowy rabat na leki, a pacjent nic nie zyskuje! Jeżeli sukces AstrZeneca zachęci inne firmy do takiej dystrybucji, to apteki mogą stracić rabaty na kilkadziesiąt procent wszystkich leków! Wielu aptekarzy w formie protestu szczególnie gorliwie poleca tańsze zamienniki leków tej firmy!

Ja z uwagi, że ten sposób dystrybucji jest szkodliwy dla mojej apteki, także zdecydowanie polecam pacjentom tańsze zamienniki leków tej firmy!

W załączeniu zamieszczam opracowanie, które jest mi pomocne w proponowaniu pacjentom tańszych odpowiedników. A co Ty zamierzasz zrobić ?

Prezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej - dr farm. Stanisław Piechula

Wiosenna promocja na plastry i przylepce firmy Paul Hartmann

Gazik do dezynfekcji i oczyszczania skóry	Cena netto /szt.	Ilość	Wartość netto
Soft - Zelin 60 x 30 mm op. 100 szt.	12,00 zł	1 szt.	12,00 zł

Tradycyjny przyłepiec podtrzymujący opatrunki.	Cena netto /szt.	Ilość	Wartość netto
Omniplast 2,5 cm x 5 m	2,44 zł	5 szt.	12,20 zł
Omniplast 5 cm x 5 m	4,68 zł	5 szt.	23,40 zł

Przyłepce podtrzymujące opatrunki.	Cena netto /szt.	Ilość	Wartość netto
Omnipor 2,5 cm x 5 m	1,53 zł	10 szt.	15,30 zł
Omnipor 5 cm x 5 m	2,68 zł	10 szt.	26,80 zł

Foliowy porowaty przyłepiec podtrzymujący opatrunki.	Cena netto /szt.	Ilość	Wartość netto
Omnifilm 2,5 cm x 5 m	2,71 zł	5 szt.	13,55 zł
Omnifilm 5 cm x 5 m	5,20 zł	5 szt.	26,00 zł

Jedwabny przyłepiec podtrzymujący opatrunki.	Cena netto /szt.	Ilość	Wartość netto
Omnisilk 2,5 cm x 5 m	2,28 zł	5 szt.	11,40 zł

Hypoalergiczne plastry opatrunkowe.	Cena netto /szt.	Ilość	Wartość netto
DermaPlast Aqua 2 rozm.	3,18 zł	5 szt.	15,90 zł
DermaPlast Kids 2 rozmiary	3,05 zł	5 szt.	15,25 zł
DermaPlast Kids 6 x 10cm	3,05 zł	10 szt.	30,50 zł
DermaPlast Sport 19 x 72 mm	3,10 zł	5 szt.	15,50 zł
DermaPlast Sport 6 x 0,5m	2,62 zł	5 szt.	13,10 zł
DermaPlast Universal 5 rozmiarów	4,09 zł	5 szt.	20,45 zł
DermaPlast Universal 2 rozmiary	2,66 zł	5 szt.	13,30 zł
DermaPlast Universal 6 x 0,5 m	1,80 zł	5 szt.	9,00 zł
DermaPlast Sensitive 19 x 72 mm	2,78 zł	5 szt.	13,90 zł
DermaPlast Sensitive 6 x 0,5m	2,19 zł	5 szt.	10,95 zł
DermaPlast Textile Elastic 4rozmiary	6,53 zł	5 szt.	32,65 zł
DermaPlast Textile Elastic 2rozmiary	2,81 zł	5 szt.	14,05 zł
DermaPlast Textile Elastic 8 x 0,5 cm	2,82 zł	5 szt.	14,10 zł
DermaPlast Textile Elastic 6 x 0,5 cm	2,52 zł	5 szt.	12,60 zł
DermaPlast Classic 6 cm x 0,5 m	2,41 zł	5 szt.	12,05 zł

Podzielone plastry opatrunkowe.	Cena netto /szt.	Ilość	Wartość netto
Cosmos STARR 6 cm x 1 m	2,42 zł	5 szt.	12,10 zł
Cosmos Strips 6 cm x 2 cm	20,43 zł	1 szt.	20,43 zł
Cosmos Strips 8 cm x 4 cm op. 150 szt.	26,40 zł	1 szt.	26,40 zł

Cena pakietu - 444,88 zł netto

Nagrody: Ciśnieniomierz półautomatyczny BP A80 - 1 szt. za 1 zł (wartość 110 zł netto)
Termometr elektroniczny MT 50 - 6 szt. za 6 zł (wartość 30 zł netto)



- PAD - System detekcji arytmii pulsu
- 5 lat gwarancji
- Testowany klinicznie
- Bardzo duży wyświetlacz
- Pamięć ostatniego pomiaru

- Bezręciowy
- Brak metalowych części - hypoalergiczny
- Wodoszczelny
- Pamięć ostatniego pomiaru
- Gwarancja 2 lata
- Czas pomiaru - 60 sekund

*Wartość nagród 14,9 zł
33,6% wartości pakietu*

Centrala
Biesiadna 7, 35-304 Rzeszów

Zamówienia:
tel. (017) 229 37 89, fax (017) 230 21 14
e-mail: biuro.rzeszow@chde.pl

CHDE Polska sp. z o.o. Spółka Komandytowa
Internet: www.chde.pl infolinia: 0 801 811 611

Oddział woj. mazowieckie:
Nałkowskiej 5, 05-410 Józefów
tel. (022) 78 93 130, fax (022) 78 96 169

Zamówienia:
tel. (022) 789 31 30, fax (022) 789 61 69
e-mail: biuro.jozefow@chde.pl

Oddział woj. śląskie:
Kasprzaka 54A, 41-303 Dąbrowa Górnicza
tel. (032) 26 83 984, fax (032) 26 83 983

Zamówienia:
tel. (032) 268 39 84, fax (032) 268 39 83
e-mail: biuro.dabrowa@chde.pl

Największe w Europie targi farmaceutyczne



Atrakcyjne punktowane szkolenie dla farmaceutów:

- zwiedzanie ekspozycji targowej - 98 % odwiedzających ocenia targi pozytywnie
- profesjonalne seminaria prowadzone przez wystawców – możliwość uzyskania 8 punktów szkoleniowych

Oferta dla wystawców:

- producentów leków homeopatycznych • preparatów na bazie ziół i herbat ziołowych • gliniek leczniczych i kąpieli błotnych • wód mineralnych i soli leczniczych • środków stosowanych w aromaterapii • środków dezynfekujących i czyszczących • artykułów higienicznych i opatrunkowych
- środków do pielęgnacji i higieny ciała • kosmetyków
- sprzętu rehabilitacyjnego, laboratoryjnego • środków ochrony roślin, owadobójczych i przeciwpasożytniczych • producentów mebli, wyposażenia i wnętrza aptek • itp



Szczegóły na www.salusint.com.pl
oraz www.katowice.oia.pl
lub telefonicznie pod numerami:
032 788 00 49, 032 788 00 87,
0-692 417 615



Łatwy dostęp do pieniędzy.

Sprawdź już teraz!

Oferta pożyczki gotówkowej
dla farmaceutów

Nagroda dla
HSBC Bank Polska S.A.
w kategorii Usługi finansowe



- ▶ Złożenie wniosku bez konieczności wizyty w banku - drogą telefoniczną
- ▶ Minimum formalności - bez poręczycieli i zabezpieczeń.
- ▶ Stałe oprocentowanie - niezależne od kwoty pożyczki.
- ▶ Dostępna opcja ubezpieczenia spłaty pożyczki.
- ▶ Możliwość spłaty zobowiązań zaciągniętych w innych bankach do łącznej kwoty 50 000 PLN.
- ▶ Wymagane dokumenty: kserokopia dowodu osobistego oraz zaświadczenie o wysokości dochodów.

kod promocji: 35 433

Zadzwoń by złożyć wniosek: 032 789 71 01*

Wyślij SMS – oddzwonimy! 48 661 000 182

Podane raty zawierają całkowite miesięczne koszty pożyczki (Kapitał, Procenty i Odsetki)

kwota pożyczki	5 000 PLN	10 000 PLN	30 000 PLN	50 000 PLN
24 miesiące	252,16	504,33	1513,00	2521,66
36 miesięcy	179,53	359,06	1077,20	1795,34
48 miesięcy	143,56	287,13	861,41	1435,69
60 miesięcy	122,26	244,53	733,60	1222,67

Roczna rzeczywista stopa procentowa wyliczona dla całkowitego kosztu pożyczki w kwocie 30 000 PLN na 60 miesięcy wynosi 17,60%. Nominalne oprocentowanie wynosi 14,04% p.a. Całkowity koszt pożyczki w skali roku zawarty jest w ratie.

HSBC  **Credit**
The world's local bank

SPAL TŁUSZCZ

pozbaądź się niechcianych fałdek za pomocą Bio-C.L.A. z zieloną herbatą

50% więcej kapsulek
w opakowaniu



Rekomendowane przez:



Wysoka koncentracja ekstraktu z zielonej herbaty i kwasu C.L.A. sprawia, że Bio-C.L.A. z zieloną herbatą w połączeniu z aktywnością fizyczną skutecznie pomaga spalić nadmiar tłuszczu.

Bio-C.L.A. z zieloną herbatą to idealny produkt, aby Twoja sylwetka nabrała szczupłego i zgrabnego wyglądu, bez efektu „jo-jo”. Naukowo udokumentowane działanie sprzężonego kwasu linolowego (C.L.A.), wzbogaconego wysokogatunkowym ekstraktem z zielonej herbaty, pomoże Ci utrzymać prawidłową masę ciała na stałe.

Bio-C.L.A. z zieloną herbatą:

- zmniejsza apetyt
- efekt liposukcji w kapsułce
- wspomaga spalanie tłuszczu zwłaszcza podczas aktywności fizycznej
- redukuje objawy cellulitu
- przeciwdziała efektowi „jo-jo”



NOWOŚĆ
Mała kapsułka łatwa
w połknięciu



Wybór numer jeden polskich farmaceutów 2009

Preparat dostępny bez recepty w aptekach.
Suplement diety.



Pharma Nord

www.pharmanord.pl

Bezpłatna infolinia 0 800 476 510



- sterylne opakowania do receptury aptecznej na wyciągnięcie ręki

Pharmapack to sterylne, pojedynczo pakowane opakowania do receptury aptecznej:

- produkowane w gotowych zestawach: butelka + zakrętka, butelka + zakrętka + zakraplacz, opakowanie do maści ocznych, zakraplacz recepturowy z zakrętką oraz pudełka do maści,
- wykonane z tworzyw sztucznych zgodnych z Farmakopeą Europejską i posiadające wymagany atest,
- o większej odporności mechanicznej od opakowań szklanych,
- refundowane jak wszystkie opakowania do receptury,
- gwarantujące jakość, czystość i sterylność,
- usprawniające pracę, eliminujące czasochłonny, kosztowny trudny do sprawdzenia etap przygotowania czystych opakowań do receptury w aptece (mycie, płukanie, suszenie, sterylizacja),
- wytwarzane zgodnie z wdrożonymi normami jakości ISO 9001:2000 oraz EN ISO 15378:2007 (produkcja i sprzedaż sterylnych opakowań jednorazowego użytku Pharmapack dla produktów leczniczych sporządzanych w recepturze aptecznej)



Oferowane produkty sterylne:

Butelka z nakrętką i zakraplaczem 10 / 30 ml 	Butelka z nakrętką 40 / 60 / 100 125 / 150 / 250 ml 	Pudełka apteczne 10 / 20 / 30 / 50 80 / 100 / 150 ml 	Zakraplacz recepturowy z zakrętką 	Opakowanie do maści ocznych z aplikatorem 5 g 
---	---	--	--	--

WYBIERZ KORZYŚCI I ZAOSZCZĘDŹ CZAS WYBIERZ Pharmapack

Larix 2 spółka jawna.

ul. Panewnicka 27, 40-730 Katowice

tel./fax: 032 2000-858

www.pharmapack.pl, e-mail: biuro@pharmapack.pl

Integralną częścią leku recepturowego jest opakowanie zapewniające odpowiednią jego jakość, trwałość oraz bezpieczeństwo stosowania. Każdy aptekarz sporządzający lek recepturowy wie, że zapewnienie jakości opakowań recepturowych w aptece jest pracochłonne, wymaga stosowania żmudnych procedur mycia, suszenia i sterylizacji, skompletowania zestawu butelka - nakrętka, butelka - zakraplacz itp.

Rozwiązaniem tych problemów są jednorazowe, sterylne opakowania do leku Pharmapack - gotowe „od zaraz” do użycia w recepturze, analogicznie jak igła lub strzykawka jednorazowa używana w medycynie.

Charakterystyka opakowań **Pharmapack**:

- indywidualnie opakowane wraz z nakrętką lub zakraplaczem gotowe do bezpośredniego użyciu
- o mniejszej wadze i większej odporności mechanicznej w porównaniu z opakowaniami szklanymi
- usprawniają pracę w recepturze
- wykonane z tworzywa sztucznego (PET, PE, PP) i posiadające atest do zastosowań farmaceutycznych
- **opakowania PHARMAPACK podlegają refundacji** (Dz.U.08.341.3236 - paragraf 5 p.2)

Obecnie posiadamy w ofercie opakowania:

- butelki - 10 ml z zakrętką i zakraplaczem, 30 ml z zakrętką i zakraplaczem, 40 ml, 60 ml, 100 ml, 125 ml, 150 ml, 250 ml - z zakrętką,
- pudełka - 20 - 150 g,
- zakraplacz recepturowy z nakrętką ϕ 18,
- opakowanie do maści ocznych 5 g w formie tubostrzykawki.

Proces produkcji opakowań PHARMAPACK oparty jest o politykę jakości spełniającą standardy GMP, normy EN i ISO oraz wymogi Farmakopei Europejskiej.



Opakowania Pharmapack dostępne są w hurtowniach:

- **Farmacol S.A.** (kody magazynowe **63961-63967**)
- **PGF S.A.** (kody magazynowe **117954, 117956-117961**)
- **Torfarm S.A.** (kody magazynowe **41817-41823**)
- **Medicare**
- **HurtaP**
- **Firma Handlowa Mariusz Kozak**, tel. 033 821 95 94
- **Tech Mix Katarzyna Płonka**, tel. 033 81 18 394
- **KS Sanita Krystyna Bednarczyk**, tel. 077 444 38 19
- **Eprus**, tel. 033 497 73 70



**PTFarm
Polskie
Towarzystwo
Farmaceutyczne**



Ruch Młodych Aptekarzy

HURTAP[®] SA



mini • maxi



TORFARM

Spis Treści

STANOWISKA, OPINIE, INFORMACJE	2
Odżyją nasze nadzieje - <i>Stanisław Piechula</i>	2
Memoriał w sprawie zakazu bezpośredniej sprzedaży leków - <i>Tadeusz J. Szuba</i>	4
Opinia prawna - <i>Krzysztof Szulc</i>	12
System sprzedaży bezpośredniej w Wielkiej Brytanii - <i>Piotr Bohater</i>	14
Wyrok Trybunału Sprawiedliwości - Apteka dla aptekarza	22
Jesteś aptekarzem? Służ chorym, redukuj ich wydatki - <i>Tadeusz J. Szuba</i>	25
O niedołężności Rządu bez końca - <i>Tadeusz J. Szuba</i>	34
Dlaczego ceny leków mają być regulowane ? - <i>Tadeusz J. Szuba</i>	36
Szansa aptekarzy warszawskich na wygranie z NFZ, w sprawie Diphereliny - <i>Sylwester Majewski</i>	38
Interpelacja - <i>Tomasz Kloc</i>	39
Receptura w codziennej praktyce aptecznej - <i>Lucyna Bulaś</i>	41
Zarządzanie inwestycjami w aptecę - <i>Krzysztof Majka</i>	43
dr n. farm. Franciszek Nowak - <i>Dionizy Moska</i>	45
Nietrzymanie moczu - <i>Marcin Krotkiewski</i>	48
Colostrum - <i>Justyna Kosińska</i>	50
APOTHECARIUS - BIULETYN ŚIA W KATOWICACH	53
Teleinformator	53
Komisja ds. Nauki i Szkoleń - <i>Piotr Brukiewicz</i>	55
Komisja ds. Aptek Szpitalnych - <i>Beatrycze Radlańska-Piątek</i>	56
OROZ i OSA - <i>Stanisław Piechula</i>	59
Ubezpieczenie na życie - <i>J. S. Sienkiewicz</i>	68
Pisma	70
Protokoły	86
Izba Gospodarcza Apteka Polska - <i>Piotr Stolarczyk</i>	106
Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne - <i>Kazimiera Klementys</i>	107
Z działalności Klubu Seniora - <i>Małgorzata Bielecka</i>	109
OGŁOSZENIA	111

Na okładce:

Prezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej - dr farm. Stanisław Piechula.

Wydawca: **Rada Śląskiej Izby Aptekarskiej**

ul. Kryniczna 15, 40-637 Katowice

tel.: (032) 608 97 60

kom.: 668 220 478

fax: (032) 608 97 69

<http://www.katowice.oia.pl>

Kolegium:

Dionizy Moska - Redaktor Naczelny

Damian Nowak - Zastępca Redaktora Naczelnego

Stanisław Piechula - Prezes Rady ŚIA w Katowicach

Lech Wróblewski - Redaktor prowadzący, opracowanie graficzne, korekta

**Redakcja czeka na korespondencję dotyczącą
problemów środowiska farmaceutycznego.**

Druk: Navia Designs, www.navia.pl

Nakład: 2800 egz.



**Redakcja nie identyfikuje się ze wszystkimi
przedstawionymi poglądami autorów, niektóre
z nich traktujemy jako zaproszenie do dyskusji.**

e-mial: redakcja@katowice.oia.pl

Stanisław Piechula

Odżyją nasze nadzieje, jednak liczyć trzeba przede wszystkim na siebie !



dr farm. Stanisław Piechula

Najczęściej gdy w totku jest kumulacja kupuję los, a im jest wyższa tym nabywam droższy los, by zwiększyć swe szanse. Niestety jak do tej pory po każdym losowaniu obiecuję sobie, że ostatni raz „zapłaciłem podatek dla głupców”! Jednak za tydzień znowu jestem „przy nadziei”!

Pewnie niebawem odżyją ponownie nasze farmaceutyczne nadzieje i oby padła chociaż mała wygrana (przynajmniej trójeczka!). Najważniejsze jednak, by poza oczekiwaniem na szczęście i zbawieniem aptekarstwa, podejmować działania, które możemy realizować sami i których efekt nie będzie zależny od szczęścia ale od naszych starań.

I. Najpierw o nadziejach - sąsiedzi wygrali kumulację !

Po pierwsze niemieccy i włoscy aptekarze obronili swoje racje i będą mieli nadal aptekę dla aptekarza, a w Europejskim Trybunale Sprawiedliwości zapadł wyrok, który może mieć wyjątkowe znaczenie dla wszystkich Państw UE.

Jak napisałem „może mieć”, gdyż wyrok tylko stwierdza, że zasada „apteka dla aptekarza” może obowiązywać w każdym państwie wspólnotowym i nie będzie ona sprzeczna z dyrektywami UE, jednak wyrok zawiera bardzo znaczące stwierdzenia i argumenty, które może rozświecić coś w głowach naszych polityków - o ile go przeczytają. Z uwagi na wagę tego wyroku zamieszczamy go w całości.

Po drugie Minister Zdrowia powołała specjalną komisję i postanowiła opracować nową

ustawę Prawo farmaceutyczne, przenosząc nie które jej części do osobnych szczegółowych aktów i układając niejako od podstaw. Można z tym wiązać duże nadzieje i obawy, jednak z pewnością zostaną przesunięte w czasie jakiegokolwiek oczekiwane zmiany.

II. Teraz o realiach i konieczności zabiegania własną pracą o własne sprawy.

Najczęściej wszyscy oczekujemy, by ktoś zrobił coś dla nas i za nas, a dowodów na obowiązywanie zasady, że „dla aptekarzy można zrobić wszystko, a z aptekarzami nic” nie trzeba daleko szukać, wystarczy spojrzeć na sytuację gospodarczą naszych aptek. Niestety w znakomitej większości jesteśmy sami temu winni.

Do tego jeszcze teraz dochodzi problem bezpośredniego zaopatrywania aptek przez firmę AstraZeneca, która zapoczątkowuje na rynku nowy kanał i nowe zło, w szczególności ekonomiczne dla aptek. Pomijając problemy z zapewnieniem pacjentowi leku przez apteki niewspółpracujące z wybranymi hurtowniami, **to jednoznacznie wszystkie apteki utracą dotychczasowe rabaty**, dzięki którym wielu z nas jakoś się jeszcze utrzymuje. Pacjent natomiast nic nie zyskuje, więc kolejny zysk zostaje skonsumowany przez producenta,

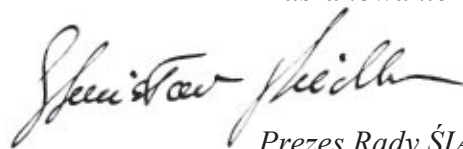
który już i tak proponuje jedne z najdroższych leków (czytaj dalej Memoriał dr. T. Szuby).

Jeżeli za Astrą, jak za gwiazdą przecierającą szlak, pójdą kolejne firmy, to z rabatowania możemy stracić kilkadziesiąt procent wszystkich leków!!! Wiele innych argumentów przemawia przeciwko takiemu systemowi i jako izba zdecydowanie przeciwko temu występujemy, jednak w takim zakresie jakim możemy (czytaj dalej).

Największa jednak siła i szansa obrony interesów aptek leży zawsze w rękach każdego z nas i może tym razem każdy się zastanowi i będzie mądrzejszy i bardziej zdecydowany, by bronić własnego interesu gospodarczego?

Ja w swojej aptece zdecydowanie polecam pacjentom tańsze odpowiedniki leków, by zadbać o ich kieszeń, a także z uwagi na ustawowy obowiązek informowania o możliwości zamiany leku na tańszy. Zasada ta nie może omijać drogich leków firmy Astra-Zeneca, tym bardziej, że obecnie ich sprzedawanie staje się jeszcze mniej korzystne dla naszych aptek.

Z uszanowaniem



Prezes Rady ŚIA
dr farm. Stanisław Piechula

Każdy z nas powinien być Członkiem Towarzystwa Farmaceutyczno - Ekonomicznego Dr. Tadeusza Szuby i wspierać jego starania o prawdziwą farmację, która służy chorym, dba o finanse naszego Państwa i wskazuje konieczną rolę i miejsce farmaceutów.

Szanowne Koleżanki i Koledzy

Zachęcam Państwa do czytania biuletynu APTEKARZ pod redakcją Prezesa Towarzystwa Farmaceutyczno - Ekonomicznego Dr. Tadeusza Szuby. Biuletyn jest zawsze dostępny na stronach www.tfe.edu.pl i którego wiele artykułów stale drukujemy. Na stronach TFE znajdziecie także wszystkie szczegóły jak zapisać się do Towarzystwa i wesprzeć starania naszego Kolegi o nasze miejsce i rolę w systemie polityki lekowej Państwa.

Nasze wsparcie w postaci składek 10 zł miesięcznie może znacząco pomóc w działalności Towarzystwa, które funkcjonuje wyłącznie dzięki składkom dobrowolnych Członków.

Liczę, że Państwo zauważacie jak znaczące tematy podejmuje w imieniu farmaceutów Dr Szuba i jak zabiega o właściwe miejsce farmaceuty w polityce lekowej Państwa.

Uważam, że możemy docenić te starania wspierając je przynajmniej naszym członkostwem i składkami.

Stanisław Piechula

TOWARZYSTWO FARMACEUTYCZNO - EKONOMICZNE

00-845 Warszawa, ul. Łucka 2/4/6
tel. 0.602 269 525 e-mail: aptekarz@post.pl



dr Tadeusz J. Szuba

Warszawa, 22 maja 2009r.

**Prezes Urzędu Ochrony
Konkurencji i Konsumentów
Małgorzata Krasnodębska-Tomkiel
i
Minister Zdrowia Ewa Kopacz
Warszawa**

Memoriał w sprawie zakazu bezpośredniej sprzedaży leków (D-T-P, direct-to-pharmacy)

Szanowne Panie,

Pragniemy zwrócić uwagę na zagrożenie, jakie naszym zdaniem niesie system dystrybucji bezpośredniej dla właściwego funkcjonowania rynku leków.

Rynek leków wymaga szczególnej troski Rządu dla następujących powodów:

- wyjątkowo wysokiej monopolizacji obrotu z tytułu patentów i nazw zastrzeżonych,
- wysokich, stale rosnących kosztów farmakoterapii ponoszonych przez chorych i ubezpieczycieli,
- środków publicznych zaangażowanych w refundację leków,
- wyjątkowo nikłej znajomości towaroznawstwa farmaceutycznego u pacjentów, a nawet lekarzy.

Producenci leków często rzekomo innowacyjni uzyskują na świecie niezаслужone zyski w kwocie setek miliardów dolarów rocznie. W Polsce - tylko kilka miliardów złotych. Relatywnie mniej, ale też dużo za dużo przy istnieniu rządowego systemu refundacji promującego pożytkowanie leków najlepszych i najtańszych. Pisaliśmy o tym niejednokrotnie.

Stosowanie zawyżonych cen jest możliwe i trudne do zwalczania, bo kraj i rynek jest wolny. Każdy może robić, co chce.

Kraj musi pozostać wolny, rynek nie-leków też. Rynek leków powinien być śledzony przez Rząd i odpowiednio regulowany, skoro wolność jest nadużywana do osiągnięcia niezаслужonych zysków.

Sposoby ich osiągnięcia są różnorakie. Wszystkie mają na celu zwiększanie sprzedaży leków drogich zamiast identycznych lub analogicznych tanich. Najpopularniejszy jest system rzekomych dobrodziejstw w formie rabatów, upustów, darowizn, prezentów itp., mających cechy korupcyjne, nakłaniających do leków drogich. Zyskuje to poklask, bo w efekcie ceny w aptekach są różne, mają rzekomą konkurencję. Rząd usiłował postawić temu tamę zakazem udzielania rabatów-łapówek, ale



przesadził z postulowaniem „cen stop”, co pozwoliło monopolistom i ich lobbystom spariżować nowelizację ustawy o cenach (leków).

Nie pozwólmy zastosować w Polsce systemu bezpośredniej sprzedaży leków przez monopolistów (producentów) do aptek. To będzie dodatkowy gwoździec do trumny konkurencji. Sprzedaż leków D-T-P (direct to pharmacy) to otwarcie na oścież drzwi do spekulacji monopolisty. On chce bezpośredniego kontaktu z aptekami, by wszystko wiedzieć, co by ułatwiało pobieranie zawyżonych cen. On chce wiedzieć, który lekarz i który aptekarz faworyzuje drogie synonimy i analogi, by się trochę odwdzińczyć.

Wnosimy o uproszenie NFZ oraz inspekcji farmaceutycznej o zainteresowanie się obrotami pierwszej firmy narzucającej system D-T-P, firmy AstraZeneca, pod kątem korzyści ekonomicznych z tego systemu. Nowy system teoretycznie miał dawać eliminację z obrotu hurtowni i zmniejszenie kosztów dystrybucji. Hurtownie mają zagwarantowaną ustawową marżę 8,68%. A więc w systemie D-T-P ceny leków powinny zmaleć choć o 5%. Nie zmaląły. Obecne ceny bezpośrednie dla aptek są identyczne lub nieco wyższe, niż wczorajsze ceny via hurtownie.

Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów prosimy o poddanie systemu D-T-P zastosowanego przez AstraZeneca badaniu pod kątem jego zgodności z ustawodawstwem antymonopolowym. Naszym zdaniem warunki sprzedaży narzucone bezdyskusyjnie aptekom ograniczają konkurencję, np.:

1. Monopolista zmusza do korzystania tylko z 2 listonoszy/paczko-dostawców (PGF i Torfarm/Prosper). Wszystkie inne hurtownie, choćby doskonałe, są wyłączone z rynku.
2. Monopolista nadużywa pozycji dominującej zmuszając aptekę do akceptowania warunków narzucanych jednostronnie.

Ministerstwo Zdrowia prosimy o zbadanie zgodności systemu D-T-P z ustawodawstwem farmaceutycznym. Przecież prawo farmaceutyczne każe koncesjonowanym aptekom zaopatrywać się wyłącznie w koncesjonowanych hurtowniach. Nie-hurtownia nie może prowadzić obrotu hurtowego leków. Już choćby z tego tytułu Inspektor Farmaceutyczny powinien podjąć kroki powstrzymujące bezprawne działania.

Wiemy, że Komisja Europejska podjęła studia tematu i już wstępnie zauważyła: „*Nowym trendem w zakresie dystrybucji leków jest dostawa bezpośrednio do aptek. Według niektórych zainteresowanych stron tego typu system może prowadzić do ograniczenia konkurencji na poziomie hurtowym i potencjalnie utrudniać wejście na rynek małym producentom leków oryginalnych i producentom genetycznym*”.

Komisja Europejska ze swym kanonem swobody przepływu ludzi, towarów i kapitału zapewne dostrzeże, że wyłączenie większości hurtowni z obrotu lekami zbuduje skuteczną tamę dla tzw. importu/eksportu równoległego. Taka tama godzi w swobodę przepływu towarów.

Finał przemysłu UE i ewentualne dyrektywy są oczekiwane na przełomie lata i jesieni.

Jak wiadomo, w materii zdrowia kraj członkowski nie musi biernie słuchać Brukseli. Może podejmować samodzielne decyzje odpowiadające interesom kraju. Dlatego wnioskujemy, jak na wstępie, o wydanie zakazu (adresowanego do wszystkich firm, a nie tylko AstraZeneca) sprzedaży bezpośredniej do aptek, nałożenie obowiązku dostarczania leków poprzez wszystkie hurtownie i wszystkie apteki. W sposób jawny, klarowny, po jednakowych cenach uzgodnionych z rządem w sposób utrudniający faworyzowanie leków drogich kosztem tanich leków synonimów i analogów konkurencji (ceny te mogą być dowolnie obniżane, ale nominalnie, a nie pokretnymi rabatami).

Nie może być tak w wolnym kraju, że monopoliście wszystko wolno, a konkurencja nie ma głosu.

dr Tadeusz J. Szuba - Prezes Zarządu

Załącznik do memoriału o zakaz sprzedaży bezpośredniej do aptek leków firmy AstraZeneca

Krytyczny przegląd asortymentu leków

Przewód pokarmowy i metabolizm

Losec	(omeprazol)
Nexium	(esomeprazol)



Kardiologia

Betaloc	(metoprolol)
Plendil	(felodipina)
Atacand	(candesartan)

Onkologia

Zoladex	(goserelina)
Casodex	(bicalutamid)
Nolvadex	(tamoxifen)
Arimidex	(anastrozol)
Pamisol	(acidum pamidronicum)

Układ nerwowy

Seroquel	(quetiapina)
Zomig	(zolmitriptan)
Heminevrin	(clomethiazol)

Układ oddechowy

Pulmicort	(budesonid)
Oxis	(formoterol)
Symbicort	(budesonid+formoterol)
Entocort	(budesonid)
Rhinocort	(budesonid)
Accolate	(zafirlukast)

Losec (omeprazol)

Wyjątkowo udany wynalazek szwedzkiej firmy Hässle z 1979 r. Pierwszy gastryczny inhibitor pompy protonowej, korygujący kwasotę, oddalający wrzody żołądka i dwunastnicy. Długo był dostępny tylko z marką Losec firmy Astra i drogi. Obecnie każdy już może robić omeprazol. Dzięki konkurencji jest do nabycia w każdej aptece po zł 1,00/DDD (20 mg).

AstraZeneca oferuje nadal markowy Losec po zł 3,08/DDD (20 mg). Mało odpowiedzialny za kieszeń i zdrowie pacjentów minister zdrowia każe to lekarzom ordynować (patrz aktualny wykaz leków refundowanych). Na szczęście lekarze i aptekarze mają głowy na karku i mało stosują się do wskazania ministra zdrowia. Ordynują tanie synonimy generyczne.

Nexium (esomeprazol)

Firma AstraZeneca wiedziała o tym, że orgia cenowa przy omeprazolu będzie legalna tylko do końca XX wieku. Zawczasu pomyślała o nowym patencie. Ale nie potrafiąc zrobić czegoś nowego i dobrego, opatentowała jeden izomer tego samego omeprazolu, formę S. Stąd zrodziła się w WHO nazwa międzynarodowa - esomeprazol.

Lecznico esomeprazol jest gorszy od omeprazolu. Dawka dobową definiowaną dla omeprazolu wynosi 20 mg, a esomeprazolu trzeba dawać 30 mg. Ale od czego jest promocja i urok nowości i monopol z patentu. Można czarować lekarzy (których cena nie interesuje) i brać za Nexium (esomeprazol) ile dusza zapagnie.

W Polsce dusza pragnie tylko zł 104,32/28 tabl. 20 mg to jest zł 5,59/DDD (30 mg)!!! Więcej o 81,5% niż za markowy Losec. Więcej o 559% niż za konkurencyjny, doskonały omeprazol.

Minister Zdrowia jeszcze orgiastycznego Nexium nie zrefundował. Tym bardziej pożądany przez producenta jest bezpośredni dostęp do aptekarzy i lekarzy, by ich do zalet Nexium „agitować”.

Betaloc (metoprolol)

Metoprolol jest jednym z „największych” (ilościowo) leków na świecie. Pośród licznych betablokerów, kongenerów propranololu, jest najczęściej przez lekarzy ordynowany (do kontroli nadciśnienia głównie). Jego zrobienie, na

kopyto propranololu, nie wymagało kosztownych prac naukowo-badawczych. Patent był wydany w 1971 r. Obecnie producentów metoprololu już są tuziny. Kosztuje w aptece zł 7,00/30 tabl. 100 mg. Betaloc firmy AstraZeneca kosztuje zł 33,89 to jest prawie pięć razy drożej. Słusznie został skreślony z wykazu leków refundowanych.

Plendil (felodipina)

Nasercowy bloker kanału wapniowego zrobiony w 1980 r. przez szwedzką firmę Hässle na kopyto nifedipiny z 1968 r. firmy Bayer.

Calcium blokery odgrywają nadal ważną rolę w kardiologii. W rodzinie wywodzącej się od nifedipiny, dihydropirydynowej, najlepsza jest obecnie amlodipina z 1983 r. firmy Pfizer. Głównie dlatego, że jest dłużej działająca. Dla tej zalety ceni się obecnie też nitrendipinę. Felodipina niczym się nie wyróżnia.

Felodipina AstraZeneca (Plendil) kosztuje zł 31,78/28 tabl. 5 mg to jest zł 1,14/DDD (5 mg).

Amlodipina ICN Polfa (Adipine) kosztuje zł 7,43/30 tabl. 5 mg to jest zł 0,25/DDD (5 mg).

W oparciu o obiektywną prawdę farmakologiczną i ekonomiczną AstraZeneca nie ma dobrych perspektyw sprzedaży Plendilu. Radaby głosić subiektywną prawdę „do ucha” aptekarzy i lekarzy.

Atacand (candesartan)

Kiedy miały się kończyć zawrotne wielomiliardowe zyski z opatentowanych prili (captoprilu i enalaprilu) amerykański Merck zrobił rękami Du Ponta w 1988 r. pierwszy sartan (losartan) obniżający ciśnienie podobnie do prili. Opatentował i za produkt nie lepszy może pobierać przez następne 20 lat wysoką cenę monopolistyczną.

Konkurenci „innowacyjni” poszli w jego ślady. Mamy całą paletę sartanów. Candesartan, me-too losartan był zrobiony w Japonii, przez Takedę w 1991 r., ale w Europie jest komercjalizowany przez AstraZeneca. Jej Atacand (candesartan) kosztuje w aptece zł 2,57 za dawkę dobową 8 mg, ponad 10 razy więcej niż najlepsze prile. Ponad 3 razy więcej niż konkurencyjne losartany.

Atacand (candesartan) nie wnosi niczego do lecznictwa oprócz wyzysku pacjentów. Powinien być skreślony z wykazu leków refundowanych.

Zoladex (goserelina)

Goserelina jest syntetycznym analogiem hormonu naturalnego, gonadotropiny. Trzecim z kolei: japońska leuprorelina Takedy powstała w 1975 r., francuska triptorelina Coy - w 1976 r., angielska goserelina I.C.I. - w 1977 r.

Wszystkie znalazły pomyślne zastosowanie, głównie do likwidacji raka prostaty, którą wcześniej trzeba było usuwać chirurgicznie. Wszystkie są bardzo drogie. Iniekcja miesięczna kosztuje zł 340,19. Iniekcja trzymiesięczna - zł 1000,77.

Firmy produkcyjne, z AstraZeneca włącznie, popełniają monopolistyczne wykroczenie z umowy cenowej. Przy całkowitej bierności urzędu antymonopolowego (U.O.K.iK.). Stosują identyczne ceny stop gosereliny (Zoladexu), leuproreliny (Eligardu), triptoreliny (Diphereline). Konkurencja nie istnieje.

AstraZeneca forsuje obecnie sprzedaż DTP (direct-to-pharmacy), by mieć możliwość poufnego stosowania zachęt. Zwłaszcza, że Sejm zabronił poufnego zachęcania lekarzy w godzinach pracy.

Casodex (bicalutamid)

Bicalutamid jest antagonistą hormonalnym, antyandrogenowym, niesteroidowym. Był zrobiony w I.C.I., ante Zeneca, w 1984 r., ze wskazaniem leczenia raka prostaty. Został zrobiony trochę za późno, już po wynalezieniu analogów gonadoreliny, które wydają się być skuteczniejsze. Świat medyczny zdecydowanie je preferuje, pomimo znacznie wyższego ich kosztu od drogiego bicalutamidu:

Zoladex (goserelina) kosztuje zł 34,00/DDD

Casodex (bicalutamid) kosztuje zł 14,06/DDD

Małe zapotrzebowanie na bicalutamid nie przyciąga przemysłu generycznego do jego produkcji. AstraZeneca ma wciąż nie prawny, lecz handlowy monopol i czerpie z niego znaczne korzyści.

Nolvadex (tamoxifen)

Doskonały wynalazek angielskiej firmy I.C.I. z 1964 r. Niesteroidowy antagonistą hormonu żeńskiego, estrogenu. Bardzo ceniony w onkologii, choć stary, do leczenia raka piersi.

Istniejąc prawie pół wieku nie ma ważnego patentu. Podlega prawom konkurencji. W Polsce tamoxifen jest oferowany przez 7 firm, w tym AstraZeneca.

Nolvadex Astra Zeneca kosztuje zł 0,76/DDD (20 mg)

Tomaxifen Vipfarm kosztuje zł 0,45/DDD (20 mg)

Tu rozróżnienie cenowe jest mało rażące.

Arimidex (anastrozol)

Anastrozol jest wynalazkiem z 1989 r. angielskiej firmy I.C.I., z której powstała później Zeneca. Jest to niesteroidowy inhibitor aromatazy (jak letrozol) stosowany do leczenia raka piersi u kobiet tylko pomenopauzalnych.

Nie ma żadnych ograniczeń w jego stosowaniu. Jednak wiedza onkologów na temat leczenia raka piersi jest doskonała i nie ma żadnej potrzeby jej uzupełniać przez producenta poprzez nachodzenie lekarzy i aptekarzy. Do tego może być silna jego tendencja, gdy 1 DDD (1 mg) anastrozolu kosztuje zł 13,44 i 1 DDD (20 mg) leku podstawowego przy raku piersi, tamoxifenu - zł 0,45.

Pamisol (Acidum pamidronicum)

Bifosfonian opracowany w 1973 r. przez firmę Benckiser, inhibitor resorpcji kości, ale nie stosowany do leczenia osteoporozy. Raczej do poprawy gospodarki wapniowej w złośliwych nowotworach.

Liczne firmy pragną zarabiać na pamidronianie. Oprócz Novartisa też AstraZeneca, Medoc, Ratiopharm, Torrex, Vipfarm, Farmacom, ale z konkurencji nie ma pożytku. Ceny są takie same lub prawie takie same.

Pamisol firmy AstraZeneca nie wnosi żadnej korzyści poza tym, że jest jeden więcej. Jedna iniekcja 60 mg kosztuje zł 373,98 i 90 mg - zł 560,68.

Bezpośredni dostęp do aptekarzy i lekarzy może dać korzyść firmie, nie może dać niczego lecznictwu.

Seroquel (quetiapina)

Quetiapina jest lekiem opracowanym przez I.C.I. (protoplastę Zeneca) w 1987 r. Obecnie należy do atypowych antypsychotyków z grupy clozapiny, olanzapiny, clotiapiny i jest bardzo ceniona przez psychiatrów parających się schizofrenią. Pod względem popularności jest bodaj obecnie trzecim neuroleptykiem atypowym, po olanzapinie i risperidonie.

Oferta generycznej quetiapiny jest bogata, ale trochę zmafiowana. Producenci Egis, Gedeon Richter, Krka, Orion, Celon, wszyscy kwotują cenę zł 247,17/60 tabl 200 mg lub bardzo podobną. Pomimo tej mafijności oferta ta jest korzystna, bo Seroquel (quetiapina) AstraZeneca kosztuje zł 357,52 to jest 45% drożej. Na dobrą sprawę Seroquel, tak drogi, powinien być skreślony z wykazu leków refundowanych.

Zomig (zolmitriptan)

Głową rodziny triptanów, agonistów serotoniny, jest sumatriptan firmy Glaxo (Imigran) z 1983 r. Sumatriptan został dobrze przyjęty przez świat lekarski do walki z ostrymi atakami

migreny. Sumatriptan był opatentowany, nikt nie mógł go robić, więc posypały się pseudowynalazki, me-too sumatriptany. Cała plejada. Między innymi w 1991 r. zrobiono w Wellcome Foundation zolmitriptan.

Komercjalizacją zolmitriptanu zajęła się, nie wiemy dlaczego, firma Zeneca. Zarejestrowała nazwę Zomig. Nie mamy śladu danych i jakiegokolwiek wyższości zolmitriptanu nad sumatriptanem. Może jest nieco biodostępniejsza, ma nieco dłuższy czas półtrwania, ale klinicyści wciąż wolą sumatriptan. Może dlatego, że jest tańszy?

Zomig (zolmitriptan) kosztuje zł 37,72/3 tabl 2,5 mg = zł 32,57/DDD (2,5 mg)

Imigran (sumatriptan) kosztuje zł 125,30/6 tabl 50,0 mg = zł 20,88/DDD (50 mg)

Różnica ceny o 56% każe odwracać się od Zomigu (zolmitriptanu).

Heminevrin (clomethiazol)

Clomethiazol był patentem Roche'a z 1938 r. i już od dawna nie jest przez Roche'a oferowany. Miał być nasenny, sedatywny, a nawet przeciwpadaczkowy. Dziś już jest trochę pośmiewiskiem z farmacji. Robi go i oferuje tylko firma AstraZeneca. Inne wstydzą się.

Szwedzką Astrę można usprawiedliwić. W Szwecji nadużywa się alkoholu. Heminevrin (clomethiazol) był tam zalecany na delirium tremens. Dziś bywa i w Szwecji i w Anglii tolerowany przy kuracjach odwykowych alkoholików.

W Polsce kosztuje zł 83,80/100 kaps 300 mg = zł 4,15/DDD 1,5 g. Przedwojenny disulfiram (Anticol) jest o wiele tańszy. Nawet relatywnie nowoczesny acamprosat jest tańszy. Przeto i terapeutycznie i ekonomicznie Heminevrin (clomethiazol) jest niepotrzebny.

Pulmicort (budesonid)

Budesonid jest starym glukokortykoidem opracowanym w 1973 r. w szwedzkiej firmie Bofors, na bazie której powstała Astra. Jest obecnie bodaj najczęściej stosowanym inhalacyjnie steroidem do leczenia astmy. Niestety AstraZeneca nie chce nadążać za konkurencją:

Lek	oferuje proszek do inhalacji Tafen	po zł 38,85/100 dawek 0,2 mg
Torrex	oferuje proszek do inhalacji Budiair	po zł 39,50/100 dawek 0,2 mg
Menarini	oferuje proszek do inhalacji Neplit	po zł 40,16/100 dawek 0,2 mg
Novartis	oferuje proszek do inhalacji Miflonide	po zł 41,60/100 dawek 0,2 mg
AstraZeneca	oferuje proszek do inhalacji Pulmicort	po zł 54,97/100 dawek 0,2 mg

Oxis (formoterol)

Japoński wynalazek (Yamanouchi) z 1973 r., stosowany pomyślnie do leczenia astmy z opracowaniem którego ani Astra, ani Zeneca, nie miały nic wspólnego.

Teraz oczywiście każdy ma prawo robić i oferować. AstraZeneca jest najdroższa:

Polpharma	oferuje Oxodil	proszek do inhalacji po zł 62,01/60 dawek 12 mcg
Adamed	oferuje Zafiron	proszek do inhalacji po zł 63,43/60 dawek 12 mcg
Menarini	oferuje Diffumax	proszek do inhalacji po zł 66,43/60 dawek 12 mcg
Schwarz	oferuje Forastim	proszek do inhalacji po zł 63,43/60 dawek 12 mcg
Novartis	oferuje Foradil	proszek do inhalacji po zł 84,20/60 dawek 12 mcg
AstraZeneca	oferuje Oxis	proszek do inhalacji po zł 84,20/60 dawek <u>9 mcg</u>

W przeliczeniu na 1 DDD wynoszącą 24 mcg, Oxis firmy AstraZeneca jest droższy od Oxodilu Polpharmy o 81%! Bez żadnego do tego tytułu.

Symbicort (budesonid+formoterol)

Symbicort jest lekiem złożonym z Pulmicortu i Oxisu. Może być dla astmatyka wygodny, jeśli on potrzebuje przeciwzapalnego steroidu i dłużej działającego agonisty beta₂ adrenoreceptora. To często ma miejsce.

Pytanie, czy uprzejmość producenta podania dwóch leków w jednym nam się opłaca. Policzmy na przykładzie Symbicortu złożonego z 60 dawek 320 mcg budesonidu i 60 dawek 9 mcg formoterolu. Kosztuje on zł 174,03.

Mniej więcej to samo w oddzielnych lekach markowych (Pulmicort + Oxis) kosztowałoby ca zł 140,00 i w lekach generycznych (Tafen + Oxodil) kosztowałoby ca zł 100,00.

Symbicort zamiast potaniać leczenie astmy, je podraża.

Entocort (budesonid)

Entocort jest takim samym hormonem steroidowym, budesonidem, jak Pulmicort. Tylko ma inną postać farmaceutyczną, nie inhalacyjną, lecz oralną. Służy nie do leczenia astmy, lecz innych chorób ze stanem zapalnym, np. zapalenia okrężnicy wrzodziejącego, choroby Crohna.

Do leczenia stanów zapalnych jelit raczej są stosowane salicylany, mesalazina i sulfasalazina. Ale można użyć też glukokortykoidów. Tylko dlaczego koniecznie budesonidu AstraZeneca (Entocortu):

Entocort (budesonid) kosztuje zł 427,52/100 kaps. 3 mg	=	zł 12,83/DDD 9 mg!!!
Encorton (prednison) kosztuje		zł 0,32/DDD 10 mg
Encortolon (prednisolon) kosztuje		zł 0,36/DDD 10 mg
Hydrocortisonum (hydrocortison) kosztuje		zł 0,41/DDD 30 mg

Pożytkowanie Entocortu (budesonidu) przy obfitości steroidów 30-40 razy tańszych byłoby ekonomicznym przestępstwem.

Rhinocort (budesonid)

Rhinocort jest tym samym budesonidem, który robi się do inhalacji dla astmatyków pod nazwą Pulmicort, a dla chorych ze stanem zapalnym w jelitach w kapsułkach pod nazwą Entocort. Rhinocortem w sprayu ma się leczyć alergię w nosie.

AstraZeneca oferuje w Polsce Rhinocort w dawkach 32 mcg i 64 mcg. Robi wykroczenie, bo w kraju pochodzenia wolno oferować już tylko dawkę 64 mcg. Zapewne dawka 32 mcg była mało skuteczna. Powinna być wycofana także w Polsce.

Czy Rhinocort do nosa jest w ogóle jeszcze potrzebny? W Niemczech nie. Nie ma go i Niemcy żyją pomyślnie.

We Francji jest (tylko 64 mcg), ale ledwo tolerowany. Refundacja wynosi tylko 35%, co tam nie jest wyrazem uznania dla leku.

My możemy Rhinocort tolerować, poza refundacją, ale nijak jego stosowanie popierać.

Accolate (zafirlukast)

Zafirlukast został opracowany w 1986 r. w firmie I.C.I. (Imperial Chemical Industries), na bazie której powstała firma Zeneca. Jest to lek na astmę wyróżniający się tym, że jest bardzo drogi, a nie leczy lepiej od innych środków, w rodzaju hormonów steroidowych (budesonid, beclomethason, ciclesonid, fluticason), agonistów β_2 adrenoreceptorów (salbutamol, fenoterol, formoterol, salmeterol), środków antycholinergicznych (ipratropium, tiotropium) i innych.

Podobny do zafirlukastu (Accolate) montelukast (Singulair) jest trochę stosowany na świecie. Zafirlukast musi być chyba od niego gorszy, bo np. w Niemczech i Francji w ogóle go nie chcą. Nie zezwolono na jego stosowanie.

AstraZeneca, nie mając korzystnej dla siebie jawnej literatury naukowej, radaby docierać do lekarzy i aptekarzy z tajną (poufną) promocją handlową Accolate. Warto, bo jedno opakowanie potrzebne na jeden miesiąc kosztuje zł 111,14 i astmatyków są tłumy.

dr Tadeusz J. Szuba - Prezes Zarządu



ŚLĄSKA IZBA APTEKARSKA

z siedzibą w Katowicach

40-637 Katowice ul. Kryniczna 15

tel.+48 (32) 6089760, fax 6089769 , www.katowice.oia.pl, katowice@oia.pl



Nasz znak: SIAKat-0121-2009

Katowice 2009-05-25

Sz. P.

Podsekretarz Stanu Ministerstwa Zdrowia
Marek Twardowski

Szanowny Panie Ministrze

Pragnę poinformować, że firma AstraZeneca sp. z o.o. rozpoczęła działalność polegającą na pseudobezpośredniej dystrybucji (faktury aptekom wystawia firma i hurtownia farmaceutyczna AstraZeneca) swoich produktów leczniczych do aptek, polegającej na wyborze i zawarciu umów z wybranymi hurtowniami farmaceutycznymi, działającymi w tej usłudze wyłącznie jako wykonawcy dystrybucji.

Wprowadzenie takiego zaopatrzenia aptek spowodowało rozwiązanie umowy dystrybucyjnej z wszystkimi hurtowniami farmaceutycznymi, pozbawiając ich możliwości nabywania produktów przeznaczonych do dystrybucji przez zaopatrywane apteki otwarte, w tym także produktów podlegających refundacji na podstawie przepisów o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Apteki, które nie zaopatrywały się dotychczas u wybranych dystrybutorów, zostały odciętych od możliwości szybkiego i sprawnego zapewnienia pacjentowi leku, gdyż ogólne warunki sprzedaży firmy AstraZeneca zapewniające dostarczenie leku w ciągu 72 godzin, nie spełniają potrzeb ani wymagań pacjentów.

Działania takie stanowią stosowanie niejednorodnych i uciążliwych warunków handlowych, co narusza zakaz określony w art. 63c ust. 1 pkt. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

Art. 63c. 1. Przedsiębiorca zajmujący się wytwarzaniem lub obrotem lekami lub wyrobami medycznymi podlegającymi refundacji ze środków publicznych nie może:

1. różnicować cen tych leków lub wyrobów medycznych w umowach z hurtowniami farmaceutycznymi, w tym także stosować uciążliwych lub niejednorodnych warunków tych umów;
2. uzależniać zawarcia umowy od przyjęcia lub spełnienia przez hurtownię farmaceutyczną innego świadczenia, niemającego rzeczowego ani zwyczajowego związku z przedmiotem umowy.

Z powyższych powodów do izby aptekarskiej trafiają już pierwsze skargi aptek, które nie mogą zapewnić swoim pacjentom właściwego zaopatrzenia w leki, zgodnie z zapisem Prawa farmaceutycznego art.95.3. *(Jeżeli w aptece ogólnodostępnej brak poszukiwanego produktu leczniczego, w tym również leku recepturowego, farmaceuta, o którym mowa w art. 88 ust. 1, powinien zapewnić jego nabycie w tej aptece w terminie uzgodnionym z pacjentem)*, gdyż brakujące leki w aptekach są najczęściej wymagane przez pacjentów i zamawiane jeszcze tego samego dnia ewentualnie na dzień następny, czyli maksymalnie do 24 godzin, a nie jak proponuje firma AstraZeneca do 72 godzin.

Przekazując opinię prawną, która uwzględnia także wiele innych aspektów tego problemu, zwracam się z prośbą o podjęcie stosownych działań.

Z uszanowaniem

dr n. farm. Stanisław Piechula - Prezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej



§

Opinia Prawna

Legalność Ogólnych Warunków Sprzedaży firmy AstraZeneca Polska Sp. z o.o. w Warszawie



mec. Krystian Szulc

Akty prawne:

- Ustawa z dnia 6 września 2001r. prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U.04.53.533 z późn. zm.) - Prawo farmaceutyczne
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964r. kodeks cywilny (Dz.U.64.16.93 z późn. zm.) - Kodeks cywilny
- Ustawa z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz.U.03.86.804) - ustawa o ochronie konkurencji
- Ustawa z dnia 16 kwietnia 1993r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz.U.03.153.1503) - ustawa o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004.210.2135 ze zmianami)

1. Charakter prawny Ogólnych Warunków Sprzedaży (OWS) firmy AstraZeneca Polska Sp. z o.o. w Warszawie

Ogólne Warunki Sprzedaży (OWS) będące przedmiotem niniejszej opinii, stanowią wórzec umowy w rozumieniu art. 384 Kodeksu cywilnego. Przedsiębiorcy prowadzący apteki mogą z własnej woli przystąpić do umowy na warunkach przedstawionych w OWS. Z uwagi na definicję konsumenta zawartą w art. 221 Kodeksu cywilnego, do przedsiębiorców nie stosuje się zapisów o niedozwolonych postanowieniach umownych (art. 3851 i nast. Kodeksu cywilnego). Dlatego też, z punktu widzenia ogólnych zasad prawa cywilnego, firma AstraZeneca Polska Sp. z o.o. w Warszawie posiada pełną swobodę w wyborze treści OWS.

Równocześnie jednak, w świetle zapisów art. 5 ustawy o ochronie konkurencji, OWS należy traktować jako porozumienie ograniczające konkurencję. Z zapisów OWS wynika jednoznacznie, iż producent leku (AstraZeneca Polska) zawarł porozumienie z trzema wybranymi hurtowniami farmaceutycznymi. Istotą porozumienia jest:

- ograniczenie możliwości zaopatrzenia przez aptekę w dane leki wyłącznie do hurtowni objętych porozumieniem,
- ustaleniu cen leków, niezależnie od wyboru hurtowni.

Wskazane porozumienie stanowi porozumienie naruszające konkurencję, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1 i 6 ustawy o ochronie konkurencji. Z jednej strony bowiem eliminuje z rynku pośrednictwa hurtownie nie objęte porozumieniem, z drugiej zaś strony ustala cenę dla odbiorcy końcowego, jakim jest apteka.

OWS należy także uznać za nadużycie pozycji dominującej w rozumieniu art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie konkurencji. Zgodnie bowiem z zapisami OWS, w celu zakupu produktów leczniczych objętych OWS, apteka zmuszona jest do przystąpienia do OWS. Produkty nie będą bowiem dostępne gdziekolwiek indziej, na jakichkolwiek innych zasadach. Równocześnie zaś, OWS zawiera uciążliwe warunki dla aptek, oraz jednoznaczne wskazanie, iż postanowienia OWS jako jednostronne nie podlegają żadnym negocjacjom. W istocie zatem, przedsiębiorca prowadzący aptekę, który chciałby zaopatrzyć się w któryś z produktów leczniczych objętych OWS, nie posiada żadnej innej możliwości jak zaakceptowania całości warunków zawartych w OWS, w tym wielu niekorzystnych i uciążliwych.

Należy wskazać ponadto, iż OWS może stanowić czyn naruszający uczciwą konkurencję, o którym mowa w art. 15 ust. 1 pkt 5 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Posta-

nowienia OWS wprost bowiem ograniczają możliwość zakupu produktów leczniczych wyłącznie do trzech hurtowni, co więcej na tych samych warunkach w każdej z nich. Stanowi to z całą pewnością działanie mające na celu wymuszenie na aptekach zawierania umów ze wskazanym kontrahentem, bez faktycznej możliwości wyboru.

2. Obrót produktami leczniczymi

Przepis art. 42 Prawa farmaceutycznego wskazuje obowiązki wytwórcy leków. Wśród nich ustawodawca wymienia „sprzedaż wytworzonych produktów leczniczych przedsiębiorcy zajmującemu się wytwarzaniem lub prowadzącemu obrót hurtowy produktami leczniczymi”. W świetle przepisów ustawy cytowanych w dalszej treści opinii, obowiązek ten oznacza równocześnie zakaz sprzedaży produktów leczniczych jakimkolwiek innym osobom trzecim, w tym aptekom.

Podobnie art. 24 ust. 3 p. 7 wskazuje, na sposób zaopatrywania w produkty lecznicze i sprzedaż bezpośrednia proponowana przez OWS nie spełnia tych wymagań.

Zgodnie z art. 72 Prawa farmaceutycznego, obrót hurtowy produktami leczniczymi (a zatem wszelki inny obrót poza detalicznym, tj. prowadzonym w aptekach) może być prowadzony wyłącznie przez hurtownie farmaceutyczne (oraz składy celne i konsygnacyjne produktów leczniczych). Żaden inny podmiot nie może w świetle zapisów Prawa farmaceutycznego prowadzić obrotu hurtowego produktami leczniczymi.

Nie wiadomo do końca jaki jest charakter prawny umów zawieranych z hurtowniami wybranych do dystrybucji dlatego trudno o jednoznaczne stwierdzenie w tej kwestii. Można jednak ostrożnie stwierdzić, że jest prawdopodobne, że celem tych umów jest obejście prawa, a skutkiem takiego postępowania może być nieważność tych umów.

Należy też wskazać na brzmienie art. 63c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych który zakazuje stosowania w sprawach leków refundowanych m. innymi niejednolitych i uciążliwych warunków współpracy.

OWS gwarantują aptece otrzymanie leku w 72 godziny od zamówienia. Prawo farmaceutyczne reguluje te kwestię w sposób niedookreślony w art. 95.3. Jeżeli w aptece ogólnodostępnej brak poszukiwanego produktu leczniczego, w tym również leku

recepturowego, farmaceuta, o którym mowa w art. 88 ust. 1, powinien zapewnić jego nabytcie w tej aptece w terminie uzgodnionym z pacjentem.

Termin 72 godziny (czyli 3 dni) jest długi i uciążliwy szczególnie dla pacjenta który potrzebuje otrzymać lek w możliwie najszybszym terminie przy tradycyjnej formie dystrybucji przez hurtownie termin ten nie jest dłuższy niż do dnia następnego. Bezpośrednio przepis prawa nie został naruszony, ale jego raio legis i interes pacjenta już tak.

Pacjent nigdy nie akceptuje terminu 3 dniowego i będzie bezskutecznie poszukiwał leku w innych aptekach, które też będą miały termin 3 dni z OWS Astrazeneca, na co już skarżą się apteki z mniejszych miejscowości.

3. OWS a prawo europejskie

Na pewno przez zwolenników tego typu obrotu zostanie podniesiony argument o tym, że jest to zgodne z prawem europejskim które ma pierwszeństwo przed prawem polskim etc.

Jednak ostatnie orzeczenia ETS z dnia 11 września 2008 w sprawie Komisja Europejska c/a Niemcy w kwestii zaopatrywania aptek szpitalnych w Niemczech gdzie ETS uznał, że sprawy ochrony zdrowia należą do spraw które mogą być regulowane odmiennie do zasad z art. 28 Traktatu Europejskiego. Podstawą do tego jest art. 30 Traktatu Europejskiego pozostawiający państwom członkowskim swobodę w regulowaniu m. innymi spraw związanych z ochrona zdrowia i życia ludzkiego, oraz opinia Rzecznika Generalnego ETS Y. Botha wskazują wyraźnie, że w sprawach ochrony zdrowia prymat prawa europejskiego nie obowiązuje i państwa członkowskie mogą regulować ten zakres zgodnie z interesem swoich obywateli nawet naruszając ogólnie obowiązujące zasady wolności handlu i konkurencji.

*Kancelaria Radcy Prawnego
mec. Krystian Szulc
41-400 Mysłowice, ul. Oświęcimska 13*



Raport Departamentu Spraw Zagranicznych NRA



System Sprzedaży Bezpośredniej (DTP) w Wielkiej Brytanii



mgr farm. Piotr Bohater

W kwietniu b.r. AstraZeneca Polska Sp. z o.o. rozpoczęła wdrażanie w Polsce nowego systemu sprzedaży leków - Systemu Sprzedaży Bezpośredniej. Nowy model dystrybucji leków do aptek budzi uzasadnione obawy zarówno wielu aptekarzy jak i samorządu aptekarskiego. Szczególnie, że wielu innych dużych producentów leków zapowiedziało już chęć wprowadzenia takiego modelu dystrybucji.

Dotychczas jedynym krajem europejskim, w którym od wielu lat funkcjonuje system sprzedaży bezpośredniej, jest **Wielka Brytania**. Poniższy raport zawiera szczegółowy opis brytyjskich doświadczeń w tym zakresie, z uwzględnieniem warunków funkcjonowania systemu dystrybucji leków w **Polsce**. Jest on uzupełnieniem argumentów wynikających m.in. z:

- art. 24 ust. 3c ustawy Prawo farmaceutyczne,
- art. 63c ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych,
- art. 15 ust. 1 pkt 5 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej,

i wskazujących, że **System Sprzedaży Bezpośredniej leków w Polsce jest niezgodny z obowiązującym prawem**. Szczegółowy opis wyżej wymienionych artykułów zawarty został w osobnym piśmie do Prezesa NRA.

Przedstawiony raport opracowany został głównie na podstawie następujących dokumentów:

Office of Fair Trading: „Medicines distribution - an OFT market study”

Donald Macarthur: DTP schemes in the UK

Donald Macarthur: OFT report

PGEU Statement: Direct to Pharmacy distribution

The Pharmaceutical Journal (Vol 279): Wholesale: ripples made by Pfizer

Pharmacy and the Law: DTP and competition law

1. Hurtowy rynek leków w Wielkiej Brytanii

W roku 2007 w Wielkiej Brytanii funkcjonowało 11 hurtowni oferujących szeroki asortyment leków. **Trzy z nich miały łącznie 92% udział w rynku** i ich zakres działania pokrywał prawie cały obszar Wielkiej Brytanii:

- AAH Pharmaceuticals (Celesio),
- UniChem (Alliance Boots),
- Phoenix Healthcare Distribution (Phoenix).

Osiem hurtowni miało regionalny zakres działania. Ponadto na terenie Wielkiej Brytanii funkcjonuje jeszcze pewna liczba hurtowni o bardzo ograniczonym asortymencie.

Przez wiele lat marża hurtowa na leki oryginalne wynosiła 12.5% - zarówno na leki refundowane jak i pełnopłatne. Hurtownie oferowały aptekom rabaty na cały zrealizowany obrót w ciągu miesiąca. Większość aptek wybierała jedną główną hurtownię w celu maksymalizowania rabatu (patrz Tabela 1) - osiągała dzięki temu rabat rzędu 10.5% - oraz dodatkowo jedną lub kilka mniejszych hurtowni.

Miesięczny obrót (w Funtach)	Rabat dla apteki (%)
<1000	0
1001-15000	9.75
15001-25000	10.50
>25000	10.75

Tabela 1: Typowe rabaty udzielane aptekom przez hurtownie w Wielkiej Brytanii w roku 2007

Należy jednak zwrócić uwagę na bardzo ważny fakt, że **apteki w Wielkiej Brytanii mogą zachować tylko część z wyżej wymienionego rabatu**, ponieważ większość uzyskiwanego rabatu apteki muszą oddać narodowemu ubezpieczycielowi (NHS - National Health Service) zgodnie ze „schematem odzyskiwania rabatu”. NHS odzyskuje rabat udzielany przez hurtownię aptece w zakresie 5.63% - 11.5% (średnio 9.5%), w zależności od liczby wydawanych przez aptekę leków w miesiącu. Apteki

wydające więcej leków mogą uzyskać lepsze warunki handlowe w hurtowni i dlatego mogą oddać większy procent rabatu do NHS. „Schemat odzyskiwania rabatu” wpływa na obniżenie cen leków w Wielkiej Brytanii ponieważ apteki muszą uzyskać odpowiedni rabat w hurtowni, aby po oddaniu jego większej części do NHS jeszcze coś zostało dla apteki. Szacuje się, że roczne oszczędności NHS z tego powodu wynoszą około 1 miliarda funtów.

Jednak system ten jest obecnie dość skomplikowany, ponieważ zgodnie z nowymi warunkami dla aptek obowiązującymi od 2005r., połowa z tego zaoszczędzonego miliarda „wraca” później do aptek, np. w wyniku finansowania zaawansowanych czynności opieki farmaceutycznej, do których apteki są zachęcane.

Marża hurtowa na leki generyczne nie jest regulowana urzędowo. Hurtownie nie udzielają rabatów na wiele leków generycznych, na leki oryginalne z importu równoległego, a także np. na leki narkotyczne, leki przechowywane w lodówkach (np. insuliny, szczepionki) oraz leki rzadko zamawiane.

2. Apteki w Wielkiej Brytanii

Pomimo, że liczba realizowanych recept refundowanych przez NHS wzrosła w ciągu ostatnich dziesięciu lat o prawie 50%, **liczba aptek w Wielkiej Brytanii** praktycznie pozostała stała w tym okresie i wynosi około **10 500**. Zmiana dotyczy przede wszystkim stale **zwiększającego się udziału aptek sieciowych** (w Wielkiej Brytanii właścicielem apteki może być dowolna spółka i nie ma ograniczeń posiadanej liczby aptek, jednak istnieją pewne ograniczenia geograficzne i demograficzne przy otwieraniu nowych aptek, określane jako „control of entry”). W roku 1998 41% aptek należało do dużych sieci, a w roku 2007 już 59% aptek należało do dużych sieci.

Największe sieci apteczne (Tablica 2) należą do jednej z trzech grup:

- należące do hurtowni farmaceutycznych
- sieci wirtualne
- należące do supermarketów

Sieć	Właściciel	Liczba aptek
Boots	Alliance Boots	2,600
Lloyds	Celesio	1,625
Rowlands	Phoenix	500
Co-operative Chemists	Sieć wirtualna	430
Tesco	Tesco (supermarket)	197
Sainsburys	Sainsburys (supermarket)	143
Morrison	Morrison (supermarket)	95
Asda	Wal-Mart	85

Tabela 2: Główne sieci apteczne w Wielkiej Brytanii w roku 2007

UWAGA:

W Wielkiej Brytanii w 1 166 praktykach pracuje też 5 353 lekarzy wydających leki 3.5 milionom pacjentów na terenach wiejskich. Wydają oni około 16% wszystkich leków przepisywanych na receptach.

3. System Sprzedaży Bezpośredniej w Wielkiej Brytanii

Już na początku lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku firma Glaxo rozpoczęła w Wielkiej Brytanii wprowadzanie nowego systemu dystrybucji leków. System bezpośredniej dystrybucji leków do aptek był od samego początku silnie krytykowany zarówno przez aptekarzy jak i hurtownie farmaceutyczne. Doświadczenia wielu lat pokazały, że krytyka ta była jak najbardziej uzasadniona.

Jednak prawdziwy wstrząs wywołała we wrześniu 2006r. zapowiedź firmy Pfizer, która do realizacji swojego modelu dystrybucji bezpośredniej wybrała tylko jedną hurtownię - UniChem.

Ogromnym rozczarowaniem dla aptekarzy i hurtowni była odmowa Brytyjskiego Urzędu Antymonopolowego (Office of Fair Trading - OFT) wszczęcia postępowania w tej sprawie. Wobec istniejącej sytuacji osiem hurtowni farmaceutycznych wniosło pozew przeciwko firmie Pfizer do Sądu Najwyższego. Niestety w marcu 2007r. wyrok Sądu Najwyższego był korzystny dla firmy Pfizer.

Dopiero kiedy do Urzędu Antymonopolowego wpłynęło prawie 500 skarg na system dystrybucji leków wprowadzony przez firmę Pfizer, a 45 parlamentarzystów potępiło ten system jako niezgodny z zasadami konkurencji i niekorzystny dla aptek, pacjentów oraz Narodowego Funduszu Zdrowia (National Health Service - NHS) Urząd Antymonopolowy rozpoczął prace nad szczegółowym **raportem dotyczącym dystrybucji leków w Wielkiej Brytanii**. Obszerny raport w tym zakresie (prawie 100 stron A4) opublikowany został w grudniu 2007r. i wywołał duże rozczarowanie zarówno wśród aptekarzy jak i hurtowni farmaceutycznych, ponieważ nie zawierał jednoznacznie negatywnej oceny nowego systemu bezpośredniej dystrybucji leków do aptek.

Rozczarowanie to pogłębia brak reakcji brytyjskiego rządu, chociaż już 10 firm w Wielkiej Brytanii, posiadających sumarycznie ponad 40% udziału w rynku leków, wprowadziło lub zapowiedziało wprowadzenie w niedalekiej przyszłości systemu dystrybucji bezpośredniej.

Należy też zwrócić uwagę na fakt, że doświadczenia brytyjskie opisane w raporcie będą po **uwzględnieniu polskich warunków dystrybucji**

leków prowadzić do często dużo bardziej negatywnych wniosków. Do najważniejszych wniosków wymienionych w raporcie Urzędu Antymonopolowego opisujących wpływ modelu dostaw bezpośrednich na system dystrybucji leków należą:

a) **zwiększanie wzrostu koncentracji hurtowego rynku leków** - w Polsce dużo groźniejsze, ponieważ poziom koncentracji hurtowego rynku leków jest dużo mniejszy, niż w Wielkiej Brytanii.

b) **obniżanie poziomu rabatów dla aptek** - w Polsce szczególnie groźne, ponieważ wiele aptek znajduje się w trudnej sytuacji finansowej i brak rabatu na leki refundowane przy obowiązującej niekorzystnej tabeli marż degressywnych może doprowadzić wiele niezależnych aptek do upadłości (w Wielkiej Brytanii większość aptek uzyskuje obecnie niższe rabaty na leki wydawane z przepisu lekarza firmy Pfizer po wprowadzeniu systemu dystrybucji bezpośredniej)

c) **zmniejszenie ilości dostaw do aptek** - w Polsce bardzo niekorzystne, ponieważ wiele aptek ze względu na statystyczną liczbę przypadających na nie pacjentów niewiele większą niż 2 tysiące nie ma dużych stanów magazynowych i dla zapewnienia szerokiego asortymentu niezbędna jest odpowiednia liczba dostaw leków do aptek.

d) **konieczność zwiększenia zapasów magazynowych w aptekach** - w Polsce szczególnie niekorzystne, ponieważ pociąga to za sobą zwiększone obciążenia finansowe dla aptek, co jeszcze pogorszy ich kondycję finansową (w Wielkiej Brytanii ponad 60% aptek musiało zwiększyć stany magazynowe leków wydawanych z przepisu lekarza firmy Pfizer po wprowadzeniu przez tą firmę systemu dystrybucji bezpośredniej)

e) **brak możliwości zamówienia leku w innej hurtowni** - nawet jeśli w Polsce firma AstraZeneca wybrała trzy hurtownie do realizacji swojego systemu dystrybucji bezpośredniej, to bardzo dużo aptek będzie w praktyce współpracowało tylko z jedną z nich. W razie jakiegokolwiek awarii (np. samochodu lub systemu komputerowego w hurtowni, braku prądu w hurtowni) lub nieprzewidzianego wypadku może to uniemożliwić dostawę leków do apteki w przewidzianym czasie i spowodować zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjentów.

f) **zwiększony poziom złożoności i koszty obsługi administracyjnej (faktury, płatności)** - znaczna ilość dodatkowych faktur i płatności będzie zwiększała koszty funkcjonowania apteki. Będzie to dla polskich aptekarzy uciążliwe, ponieważ zarówno elektroniczne zamówienia jak i płatności za faktury nie są jeszcze powszechne w polskich aptekach.

g) **możliwe obniżanie się jakości dostaw leków do aptek** - w warunkach ograniczonej lub braku konkurencji oraz skłonności do obniżania kosztów przez producentów leków

UWAGA:

W polskich warunkach system dystrybucji bezpośredniej do aptek może też być wykorzystywany do **walki konkurencyjnej między aptekami**. Sieci apteczne powiązane z hurtowniami realizującymi ten model dystrybucji leków mogą uzyskać lepsze warunki handlowe, co może być bardzo groźne dla niezależnych aptek w warunkach obowiązywania **cen maksymalnych** na leki refundowane.

3.1. System Sprzedaży Bezpośredniej wprowadzony przez firmę Glaxo

Pierwszym producentem leków, który wprowadził w Wielkiej Brytanii ograniczoną liczbę hurtowni prowadzących dystrybucję swoich leków była firma Glaxo. Wywołało to duże zamieszanie i sprzeciw hurtowni na początku lat dziewięćdziesiątych.

Warunki dla hurtowni

Po rozmowach prowadzonych ze wszystkimi większymi hurtowniami w roku 1991 hurtownia AAH Pharmaceuticals (Celesio) jako pierwsza zdecydowała się pełnić funkcję „agenta” firmy Glaxo. Po tym fakcie pozostałe duże hurtownie również zdecydowały się pełnić jedynie funkcję logistyczną dla firmy Glaxo z obawy przed ich wyeliminowaniem z dystrybucji około 15% leków, ponieważ taki był w tym okresie udział leków firmy Glaxo na rynku brytyjskim.

Firma Glaxo wprowadziła zasadnicze zmiany warunków handlowych dla hurtowni:

- była ona właścicielem leków będących w obrocie hurtowym do momentu sprzedania ich aptekom, a hurtownie pełniły jedynie funkcje logistyczne
- zamiast marży 12.5% hurtownie otrzymywały opłatę dystrybucyjną w wysokości 5% wartości leków, ustalonej na podstawie cen ustalonych w kontrakcie podpisywanym przez apteki z NHS
- hurtownie musiały wystawiać osobne faktury na leki firmy Glaxo
- hurtownie miały obowiązek przysyłać kwartalne raporty na temat sprzedaży do firmy Glaxo

Warunki zaproponowane przez firmę Glaxo miały wstępnie obowiązywać przez 12 miesięcy. Już na początku hurtownie farmaceutyczne wyrażały obawy, że firma Glaxo może w przyszłości

na podstawie otrzymywanych danych obniżyć wysokość opłaty dystrybucyjnej. Niestety obawy te sprawdziły się.

Hurtownie musiały też wydzielić powierzchnię do magazynowania tylko leków firmy Glaxo oraz wpłacić pewną kwotę w formie zabezpieczenia depozytu leków (zwracaną po otrzymaniu zapłaty za leki przez apteki).

Warunki dla aptek

Przez pierwsze kilka miesięcy od wprowadzenia nowego systemu (**od października 1991r. do stycznia 1992r.**) apteki uzyskiwały rabaty jak przed wprowadzeniem nowego systemu, ponieważ firma Glaxo pokrywała koszty tych rabatów.

Jednak **od lutego 1992r.** firma Glaxo ogłosiła, że wprowadza nową skalę rabatów dla aptek:

- od 8% - dla miesięcznego obrotu leków firmy Glaxo na poziomie £400-£800
- do 11% - dla miesięcznego obrotu leków firmy Glaxo na poziomie £2,800-£8,000

Specjalne warunki były możliwe w przypadku wyższych obrotów. Pojawiły się też doniesienia, że firma Glaxo dostarczała leki bezpośrednio, z pominięciem wybranych hurtowni, do aptek o obrocie miesięcznym powyżej £30,000, natomiast apteki o obrocie poniżej £400 nie uzyskiwały żadnego rabatu.

Wyżej przedstawiona skala rabatów miała obowiązywać przez 6 miesięcy i następnie miała być odpowiednio zmodyfikowana w celu lepszego dostosowania do potrzeb kontrahentów.

Do momentu wprowadzenia nowego modelu dystrybucji przez firmę Glaxo panowała względna stabilizacja w zakresie rabatów udzielanych na leki oryginalne. Jednak ze względu na obowiązujący w Wielkiej Brytanii „schemat odzyskiwania rabatu” przez NHS na średnim poziomie około 80% rabatu aptecznego, ewentualne obniżki rabatów udzielanych aptekom mogły mieć bardzo poważne negatywne skutki finansowe dla aptek.

Niestety wprowadzony system spowodował stratę w przeciętnej aptece na poziomie £50 miesięcznie. Hurtownie wykazywały, że koszty funkcjonowania tego systemu są wyższe, niż pierwotnie zakładano. Hurtownie i apteki domagały się albo znacznej modyfikacji nowego systemu albo rezygnacji z niego.

Istotny wpływ na wprowadzone przez firmę Glaxo modyfikacje miały zmiany przepisywanych leków przez lekarzy, którzy zaczęli w coraz większym stopniu przepisywać zamienniki leków tej firmy.

W **maju 1992r.** Glaxo zniósł minimalny miesięczny obrót konieczny do uzyskania rabatu. Ponadto wprowadził możliwość miesięcznego sumowania wartości zakupów swoich leków w różnych hurtowniach, aby uzyskać jak najwyższy rabat przez apteki.

Nowe warunki dla hurtowni obowiązywały **od 1993r.** Zrezygnowano ze stałej opłaty dystrybucyjnej w wysokości 5% , która była teraz indywidualnie określana w zależności od wysokości obrotu i częstości dostaw oferowanych przez hurtownię. Redukcja opłaty dystrybucyjnej o 0.3-1.0% została zrekompensowana przez dodatkową opłatę za każde opakowanie leku w wysokości £0.23

Fuzja firmy Glaxo z firmą Wellcome (w roku 1995) i z firmą SmithKline Beecham (w roku 2001) nie zmniejszyła determinacji powstałej firmy GlaxoSmithKline do kontynuowania prowadzenia Systemu Sprzedaży Bezpośredniej. W roku 2005 opłata dystrybucyjna dla hurtowni została zmniejszona do 2.8%, a w następnym roku do poziomu 2.2%. Natomiast od roku 2007 procentowa opłata dystrybucyjna zamieniona została na stałą opłatę, niezależną od ceny leku.

Pomimo wielokrotnych zapewnień firmy Glaxo, że nowy system jest „neutralny” ekonomicznie dla aptek i hurtowni, doświadczenia aptek były odmienne, o czym wielokrotnie pisano w aptecznych czasopismach fachowych. Wpłynęło to też na zmiany przepisywanych przez lekarzy leków.

W listopadzie 2008r. firma Glaxo ogłosiła, że do realizacji swojego modelu sprzedaży bezpośredniej zamiast wielu hurtowni zamierza wybrać tylko dwie hurtownie: AAH i UniChem.

3.2. System Sprzedaży Bezpośredniej wprowadzony przez firmę Pfizer

Niezbyt obiecujące doświadczenia firmy Glaxo w realizacji systemu dostaw bezpośrednich powstrzymały innych producentów leków przed wprowadzeniem tego modelu dystrybucji przez ponad 15 lat. Jednak we wrześniu 2006r. firma Pfizer zapowiedziała wprowadzenie systemu dostaw bezpośrednich (Direct To Pharmacy - DTP) od pierwszego marca 2007r. i w przeciwieństwie do Glaxo firma Pfizer wybrała tylko jedną hurtownię do dystrybucji swoich leków - UniChem. Istotny jest też fakt, że w tym czasie firma Pfizer osiągnęła pierwsze miejsce na brytyjskim rynku leków, wyprzedzając firmę Glaxo.

W wyniku tej decyzji 15% leków przepisywanych w Wielkiej Brytanii na receptę dostępnych było tylko w jednej hurtowni UniChem, a pozosta-

łe hurtownie odnotowały bardzo poważny spadek obrotu. Początkowo kontrakt miał obowiązywać 18 miesięcy. Obecnie prowadzone są negocjacje w sprawie przedłużenia tego kontraktu.

Doświadczenia ostatnich dwóch lat pokazały **liczne negatywne skutki dla aptek, hurtowni i pacjentów** spowodowane wprowadzeniem przez firmę Pfizer dystrybucji bezpośredniej leków do aptek. Do najważniejszych z nich należą:

a) konieczność nawiązania przez bardzo dużą liczbę aptek współpracy z hurtownią UniChem pomimo, że apteki te miały podpisane umowy z innymi hurtowniami

W chwili ogłoszenia przez firmę Pfizer decyzji o wprowadzeniu w życie modelu dystrybucji bezpośredniej tylko około 35% aptek współpracowało z hurtownią UniChem. Ogromna ilość aptek celowo nie zamawiała leków w hurtowni UniChem, ponieważ należała ona do spółki Alliance Boots będącej właścicielem największej sieci aptek w Wielkiej Brytanii. Jednak po wprowadzeniu systemu dystrybucji bezpośredniej przez firmę Pfizer apteki te zostały praktycznie zmuszone do nawiązania współpracy z hurtownią UniChem jeśli zamierzały zamawiać leki firmy Pfizer. W grudniu 2007r. już tylko 5% brytyjskich aptek nie zamawiało leków w hurtowni Unichem.

b) brak możliwości wyboru przez aptekę innej hurtowni dostarczającej leki firmy Pfizer

Możliwość zamawiania leków tylko z jednej hurtowni znacznie zwiększa ryzyko występowania mocno opóźnionych dostaw ze względu na nieuniknione w długim terminie zdarzenia losowe. Ponadto nie ma możliwości zmiany hurtowni w przypadku niezadowolenia apteki z jakości obsługi przez hurtownię.

Doświadczenia brytyjskie jednoznacznie potwierdziły wyżej wymienione obawy. Odnotowano liczne doniesienia o poważnych opóźnieniach dostaw leków firmy Pfizer przez hurtownię UniChem spowodowanych np. złą pogodą czy na skutek wypadku drogowego. Tego typu opóźnienia nie zdarzyłyby się w warunkach tradycyjnego systemu dystrybucji leków. Paradoksalnie 11 grudnia 2007r. - w dniu opublikowania raportu przez Brytyjski Urząd Antymonopolowy - uległ poważnej awarii system komputerowy w hurtowni UniChem, co spowodowało opóźnienie dostaw leków firmy Pfizer do aptek nawet o 24 godziny.

c) obniżenie poziomu rabatów dla aptek

Poziom rabatów udzielanych aptekom na leki firmy Pfizer spadł do średniego poziomu 8.5% czyli o około 2 - 3% niższego w porównaniu z poziomem

rabatów uzyskiwanych przez apteki w systemie tradycyjnym. Rabat 10.5% można uzyskać dopiero przy zamówieniu rocznym na leki firmy Pfizer przekraczającym milion funtów. Taki poziom zamówień możliwy jest do osiągnięcia jedynie przez duże sieci apteczne.

d) brak korzyści dla grup zakupowych

Ponieważ firma Pfizer wyliczała rabat uwzględniając poziomy indywidualnych zamówień dla poszczególnych aptek, nawet jeśli były one prowadzone przez grupę zakupową

e) zwiększone koszty obsługi administracyjnej

Spowodowane koniecznością księgowania i zapłacenia za dodatkowe faktury, wystawiane wyłącznie na leki firmy Pfizer.

f) obniżenie poziomu jakości dostaw

W tradycyjnym modelu wiele aptek otrzymywało zamówione leki z hurtowni dwa razy dziennie a dostawy odbywały się praktycznie zawsze o tej samej porze.

Po wprowadzeniu systemu dystrybucji bezpośredniej do aptek dostawy z hurtowni UniChem możliwe są jedynie 3-4 razy w tygodniu, za każdym razem w inne dni tygodnia i o trudnych do przewidzenia porach. Wpływa to negatywnie na poziom obsługi pacjentów przez apteki w przypadku pilnego zamówienia rzadko wydawanych leków.

g) ograniczenia poziomu zamówień

Firma Pfizer nie tylko zmusiła apteki do zamawiania swoich leków w hurtowni UniChem, ale wprowadziła też miesięczne maksymalne limity zamówień dla aptek, oparte na wyliczeniach statystycznych. Około 15% aptek zgłaszało z tego powodu problemy, chociaż firma Pfizer daklarowała, że ograniczenia mogą dotyczyć jedynie wyjątkowych przypadków.

Zarejestrowano też pięciu pacjentów, którzy nie otrzymali leków z powodu odmowy ich dostarczenia do aptek przez hurtownię Unichem z powodu restrykcji wprowadzonych przez firmę Pfizer! - z adnotacją na zamówieniu „Pfizer - bez prawa do zakupu”.

h) ograniczenia importu równoległego

System dystrybucji bezpośredniej został wprowadzony przez firmę Pfizer w taki sposób, że praktycznie niemożliwy był protest aptek polegający na wykorzystaniu możliwości importu równoległego.

Teoretycznie firma Pfizer zapowiedziała, że hurtownie wyłączone z realizacji systemu dystrybucji bezpośredniej będą mogły zaopatrywać się w ramach importu równoległego, ale dostawy te były praktycznie nieosiągalne. Firma Pfizer prowadziła bardzo sztywną politykę dostaw leków do hurtowni w krajach UE, a system podwójnych cen i dopłat obowiązujący w Hiszpanii spowodował, że import równoległy z tego kraju był ekonomicznie nieopłacalny.

Poza tym nawet jeśli leki z importu równoległego były osiągalne, to apteki nie chciały ich zamawiać, ponieważ limity dostaw do aptek określające ich potrzeby były ustalane na podstawie zamówień w hurtowni UniChem. Ewentualne większe zakupy z importu równoległego znacznie zmniejszały w przeszłości możliwe ilości zamówień w hurtowni UniChem.

3.3. Systemy Sprzedaży Bezpośredniej innych producentów leków

Od chwili wprowadzenia systemu sprzedaży bezpośredniej przez firmę Pfizer trzech innych dużych producentów leków ogłosiło zamiar wprowadzenia w życie tego modelu jeszcze przed ukazaniem się raportu Brytyjskiego Urzędu Antymonopolowego. W tym czasie firma Glaxo wprowadziła też istotną zmianę w swoim systemie dystrybucji ograniczając liczbę hurtowni pełniących funkcję logistyczną z dziesięciu do dwóch.

1. Tylko dwa oryginalne preparaty - Prograf i Advagraf,

wszystkie pozostałe leki dostępne są w hurtowniach.

2. Ograniczenie do dwóch hurtowni obowiązuje dopiero od listopada 2008r.

a) AstraZeneca

Pierwotnie system dystrybucji bezpośredniej miał być wprowadzony latem 2007r., ale termin wprowadzenia został przesunięty na luty 2008r. Pojawiły się doniesienia, że opóźnienie wprowadzenia systemu dystrybucji bezpośredniej spowodowane było oczekiwaniem na wnioski zawarte w raporcie Brytyjskiego Urzędu Antymonopolowego. AstraZeneca zaprzeczyła tym doniesieniom i opóźnienia realizacji uzasadniała chęcią wydłużenia terminu dla aptek na zawarcie odpowiednich umów z hurtowniami AAH i/lub UniChem.

Pierwotnie system rabatów wprowadzony przez producenta AstraZeneca oparty został na 4 przedziałach - w zakresie od zera do 12% - niezależnie od poziomu zamówień (system rabatowania leków firmy AstraZeneca w tradycyjnym modelu dystrybucji nie był uzależniony od rodzaju leku).

Producent	Udział w rynku 2007	Data ogłoszenia	Data wprowadzenia	AAH	Phoenix	UniChem	Inna (regionalna) hurtownia
Pfizer	10%	9/2006	3/2007			o	żadna
AstraZeneca	6.0%	4/2007	2/2008	o		o	żadna
Astellas ¹		11/2007	11/2007			o	żadna
GSK ²	9.6%	7/2008	11/2008	o		o	żadna
Lilly	2.7%	11/2008	Summer 2009	o	o		żadna

Tabela 3: Systemy Dystrybucji Bezpośredniej w Wielkiej Brytanii (stan na styczeń 2009r.)

% rabatu	Produkty lecznicze
12	Half Inderal Inderal Imdur Oxis Pulmicort (Respules) Rhinocort Zoladex
8.5	Alvedon Bricanyl (Turbohaler) Crestor Diprivan Entocort Nexium tablets Plendil 2.5 Pulmicort (pozostałe postacie) Symbicort Tenif Tenoretic Tenormin Zestoretic Zestril Zomig (pozostałe postacie)

Tabela 4: Rabaty na leki w Systemie Dystrybucji Bezpośredniej firmy AstraZeneca

7	Avlocor Bambec Bricanyl (Respules & ampoules) Emla Hemenevrin Losec Marcain Naropin Paludrine Pulmicort (inhaler) Polyamps Zomig (nasal spray)
0	Accolate Arimidex Betalo Bricanyl (pozostałe postacie) Casodex Citanest Faslodex Foscavir Inderal injection Marcain Heavy Meronem Nebuchamber Nebuhaler Nexium IV Nolvadex Plendil 5 & 10 Seroquel Tomudex Xylocaine

W późniejszym okresie wprowadzona została możliwość **różnicowania poziomów rabatów** w zależności od poziomu zamówień, jednak nie odnosiła się ona do sumarycznych zamówień grup zakupowych. Firma AstraZeneca wprowadziła też określony **poziom kredytowania zakupów**. Po jego przekroczeniu apteka musiała dokonać określonej wpłaty, aby móc zrealizować kolejne zamówienia.

3.4. Mieszane systemy dystrybucji leków

W ostatnim czasie wielu producentów leków w Wielkiej Brytanii wprowadziło limity dostaw, głównie na poziomie hurtowni. Jednak algorytmy obliczeń niezbędnych poziomów dostaw nie są wystarczająco efektywne i są mało elastyczne. W wyniku tego często zdarzają się braki poszczególnych leków w hurtowni. W takich przypadkach apteki muszą składać **dodatkowe zamówienia bezpośrednio u producentów leków**.

Niestety taki system dystrybucji często znacznie wydłuża czas oczekiwania apteki (i w konsekwencji pacjentów) na leki i związany jest ze zwiększonym nakładem pracy i kosztów. W poniższej tabeli podane zostały przykłady producentów i leków objętych mieszanym systemem dystrybucji.

UWAGA:

Niektórzy producenci wymagają dowodów, że leki będą stosowane na terenie Wielkiej Brytanii,

inni wymagają wypełnienia specjalnego formularza, a jeszcze inni wymagają dodatkowej opłaty.

Producent	Leki objęte mieszanym systemem dystrybucji
Lilly	Cialis (tadalafil) Cymbalta (duloxetine) Zyprexa (olanzapine)
MSD	Cosopt (dorzolamide + timolol) Trusopt (dorzolamide)
Novartis	Neoral (cyclosporin)
Roche	CellCept (mycophenolate mofetil) Xenical (orlistat)
Sanofi-Aventis	Aprovel (irbesartan) Co-aprovel (irbesartan + hydrochlorothiazide) Lantus (insulin glargine) Plavix (clopidogrel)
UCB	Keppra (levetiracetam)

Tabela 5: Przykłady leków objętych mieszanym systemem dystrybucji leków.

3.5. Ograniczanie liczby hurtowni w systemie dystrybucji

Wprawdzie sześciu dużych producentów leków w Wielkiej Brytanii nadal prowadzi dystrybucję swoich leków tradycyjnie poprzez hurtownie (które są właścicielami zakupionych leków u producentów), jednak **radikalnie zmniejszyli oni liczbę hurtowni z którymi współpracują**.

Producent	Udział w rynku 2007	Data ogłoszenia	Data wprowadzenia	AAH	Phoenix	UniChem	Inna (regionalna) hurtownia
Sanofi-Aventis	6.3%	7/2007	11/2007	o	o	o	żadna
Napp		7/2007	10/2007	o	o	o	żadna
Novartis	3.6%	6/2008	8/2008	o		o	żadna
Janssen-Cilag	3.2%	12/2008	1/2009	o	o	o	żadna
Roche	2.3%	12/2008	1/2009	o		o	żadna
Novo Nordisk	2.0%	1/2009	3/2009		o	o	żadna

Tabela 6: Ograniczenia liczby hurtowni z którymi współpracują producenci leków w Wielkiej Brytanii

Avastin (bevacizumab)
Copegus (ribavirin)
Fuzeon (enfuvirtide)
Herceptin (trastuzumab)
Mabthera (rituximab)
Mircera (methoxy polyethylene glycol-epoetin beta)
Neorecormon (epoetin beta)
Pegasys (pegylated interferon)
Tarceva (erlotinib)
Xeloda (capecitabine)

Tabela 7:

Leki oryginalne firmy Roche, która prowadzi ich dystrybucję wykorzystując własne oddziały logistyczne

UWAGA:

Dwie hurtownie podane w powyższej tabeli prowadzą dystrybucję tylko części leków firmy Roche. Dystrybucję leków oryginalnych zawartych w tabeli poniżej firma Roche prowadzi wykorzystując własne oddziały logistyczne.

4. Wnioski

System dystrybucji bezpośredniej leków do aptek, którego wprowadzenie jest często poprzedzane ograniczeniami liczby hurtowni prowadzących dystrybucję leków określonych producentów, stwarza bardzo wiele zagrożeń dla niezależnych aptek rodzinnych.

Doświadczenia brytyjskie wskazują, że niekorzystne efekty wprowadzenia tego nowego modelu dystrybucji leków odczuwają również hurtownie i pacjenci. **Wiele niekorzystnych efektów wprowadzenia systemu dystrybucji bezpośredniej w Polsce może być dodatkowo spotęgowanych w warunkach wyjątkowo liberalnego systemu aptecznego w Polsce** - pod wieloma względami znacznie bardziej liberalnego, niż w Wielkiej Brytanii.

Wśród najważniejszych zagrożeń związanych z systemem dystrybucji bezpośredniej należy wymienić:

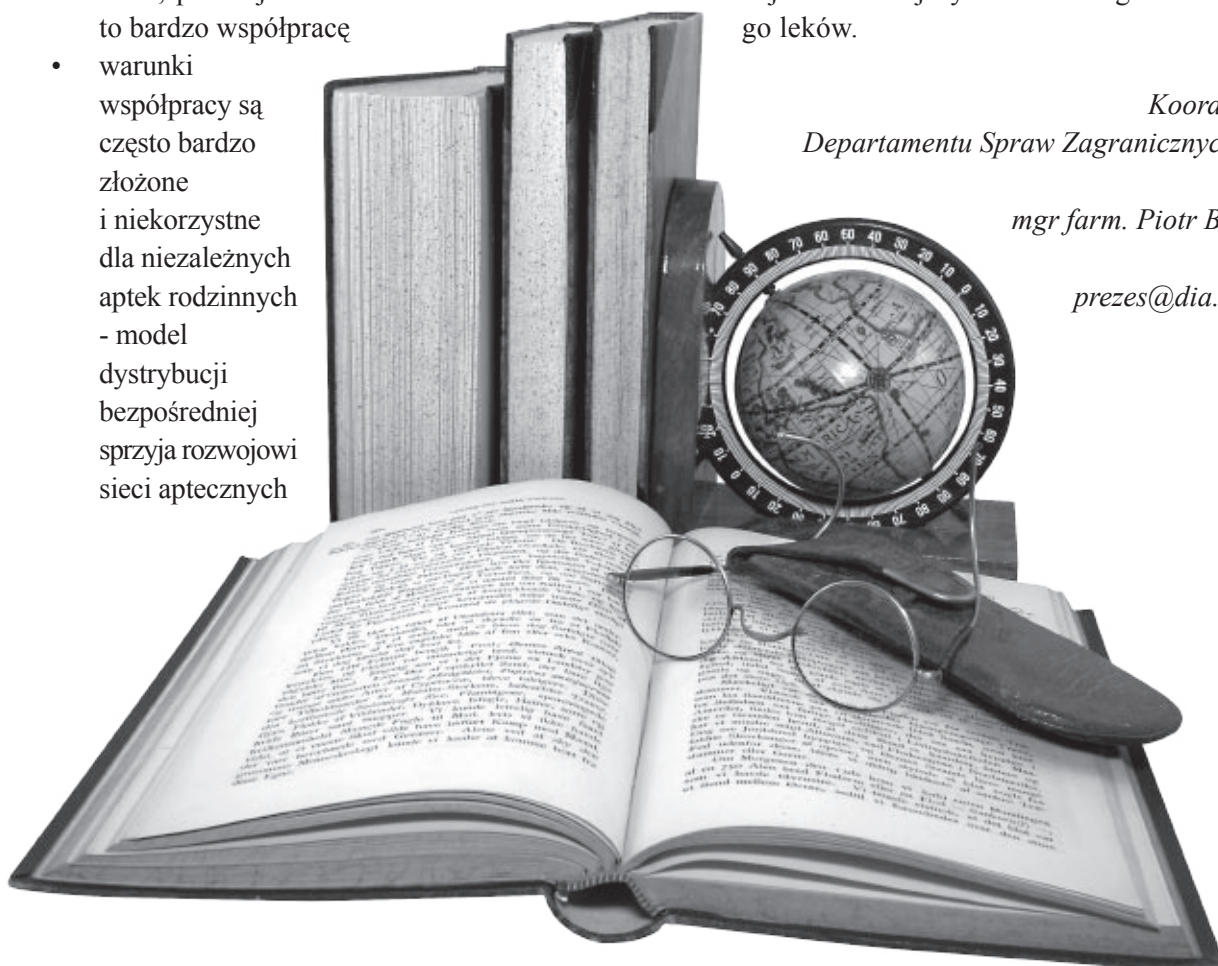
- producenci leków (szczególnie oryginalnych) uzyskują dominującą pozycję rynkową - są w stanie narzucić często bardzo rygorystyczne warunki zarówno hurtowniom jak i aptekom
- producenci leków bardzo często (co kilka lub kilkanaście miesięcy) zmieniają swoją strategię marż, prowizji i rabatów - utrudnia to bardzo współpracę
- warunki współpracy są często bardzo złożone i niekorzystne dla niezależnych aptek rodzinnych - model dystrybucji bezpośredniej sprzyja rozwojowi sieci aptecznych

- apteki i hurtownie zmuszone są przyjąć warunki producentów z obawy przed utratą pacjentów/kontrahentów
- liczne raporty i doniesienia wskazują na pogorszenie się poziomu zaopatrzenia aptek w leki w warunkach dystrybucji bezpośredniej - wydłuża się czas oczekiwania na lek, co może być groźne dla pacjentów
- zdarzały się przypadki odmowy dostarczenia leku do apteki!
- Zmniejszona liczba dostawców powoduje, że system dostaw leków do aptek jest bardzo wrażliwy na różnego typu awarie i wypadki losowe
- początkowe obietnice producentów leków (np. dotyczące utrzymania poziomu rabatów) są często łamane po kilku-kilkunastu miesiącach
- producenci ustalają jednostronnie limity dostaw leków do aptek
- apteki skazane są na współpracę z jedną lub co najwyżej z trzema hurtowniami, nawet jeśli poziom współpracy nie spełnia ich oczekiwań
- hurtownie w warunkach wyłączności nie mają silnych bodźców sprzyjających podnoszeniu jakości dostaw leków do aptek
- system dystrybucji bezpośredniej sprzyja silnej koncentracji rynku hurtowego i detalicznego leków.

Koordynator
Departamentu Spraw Zagranicznych NRA

mgr farm. Piotr Bohater

prezes@dia.com.pl



СЪД НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ ОБЩНОСТИ
TRIBUNAL DE JUSTICIA DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS
SODNI DVŮR EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ
DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABERS DOMSTOL
GERICHTSHOF DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN
EUROOPA ÜHENDUSTE KOHUS
ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΟ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ
COURT OF JUSTICE OF THE EUROPEAN COMMUNITIES
COUR DE JUSTICE DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
CÚIRT BHEITHIUNAIS NA gCOMHIONAID EORPACH
CORTE DI GIUSTIZIA DELLE COMUNITÀ EUROPEE
EIROPAS KOPIENU TIESA



LUXEMBOURG

EUROPOS BENDRIJŲ TEISINGUMO TEISMAS
AZ EURÓPAI KÖZÖSSÉGEK BÍRÓSÁGA
IL-QORTI TAL-ĠUSTIZZJA TAL-KOMUNITAJET EWROPEJ
HOFF VAN JUSTITIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
TRYBUNAŁ SPRAWIEDLIWOŚCI WSPÓLNOT EUROPEJSKICH
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DAS COMUNIDADES EUROPEIAS
CURTEA DE JUSTIȚIE A COMUNITĂȚILOR EUROPENE
SÚDNY DVOR EURÓPSKÝCH SPOLEČENSTEV
SODIŠČE EVROPSKIH SKUPNOSTI
EUROOPAN YHTEISÖJEN TUOMIOISTUIN
EUROPEISKA GEMENSKAPERNAS DOMSTOL

KOMUNIKAT PRASOWY nr 44/09

19 maja 2009 r.

Wyroki Trybunału Sprawiedliwości w sprawie C-531/06
oraz w sprawach połączonych C-171/07 i in.

*Komisja / Włochy
Apothekerkammer des Saarlandes i in.*



POSIADANIE I PROWADZENIE APTEKI

MOŻE BYĆ ZASTRZEŻONE WYŁĄCZNIE DLA FARMACEUTÓW

Uregulowania włoskie i niemieckie ustanawiające taką zasadę są uzasadnione celem polegającym na zagwarantowaniu pewnego i należytej jakości zaopatrzenia ludności w produkty lecznicze

Trybunał Sprawiedliwości zamknął dzisiaj dwie serie spraw dotyczących reżimu prawnego własności aptek.

Sprawy te dotyczą w głównej mierze zagadnienia, czy prawo wspólnotowe stoi na przeszkodzie przepisom ustawodawstw włoskiego i niemieckiego stanowiących, że jedynie farmaceuci mogą posiadać i prowadzić aptekę.

U podłoża spraw połączonych C-171/07 i C-172/07 Apothekerkammer des Saarlandes i in. leży zezwolenie wydane przez właściwe ministerstwo kraju związkowego Saary niderlandzkiej spółce akcyjnej DocMorris na prowadzenie, od 1 lipca 2006 r., apteki w Saarbrücken, w charakterze oddziału. Decyzja ministerstwa została zaskarżona do sądu administracyjnego kraju związkowego Saary przez szereg farmaceutów i ich stowarzyszenia zawodowe, ze względu na brak zgodności z niemieckim prawem zastrzegającym uprawnienie do posiadania i prowadzenia apteki wyłącznie dla farmaceutów.

Sąd administracyjny zwrócił się do Trybunału Sprawiedliwości z pytaniem, czy postanowienia traktatu dotyczące swobody przedsiębiorczości należy interpretować w ten sposób, że stoją one na przeszkodzie takim uregulowaniom.

Ponadto, w sprawie C-531/06 Komisja przeciwko Włochom Komisja wniosła do Trybunału między innymi o stwierdzenie, że zastrzegając posiadanie i prowadzenie prywatnych aptek wyłącznie dla farmaceutów, Republika Włoska uchybiła zobowiązaniom, które na niej ciążyą na mocy prawa wspólnotowego.

W wydanych dzisiaj wyrokach Trybunał stwierdził, że uregulowania uniemożliwiające nie-farmaceutom prowadzenie apteki lub nabywanie udziałów w spółkach prowadzących apteki stanowią ograniczenie swobody przedsiębiorczości i swobodnego przepływu kapitału.

Ograniczenie to może być jednak uzasadnione celem polegającym na zagwarantowaniu pewnego i należytej jakości zaopatrzenia ludności w produkty lecznicze.

W przypadku, gdy istnieje niepewność co do istnienia lub wagi zagrożeń dla zdrowia ludzi, ważne jest, by państwo członkowskie mogło podjąć środki ochronne, nie czekając na pełne urzeczywistnienie się tych zagrożeń. Ponadto, państwo członkowskie może podjąć środki, które w najszerszym

możliwym zakresie zmniejszają zagrożenie dla zdrowia publicznego, w tym w szczególności zagrożenie dla pewnego i należytej jakości zaopatrzenia ludności w produkty lecznicze.

W tym kontekście Trybunał podkreślił bardzo szczególny charakter produktów leczniczych, gdyż skutki lecznicze odróżniają je zasadniczo od innych towarów.

Te lecznicze skutki powodują, że jeśli produkty lecznicze są przyjmowane bez potrzeby lub w nieodpowiedni sposób, mogą w poważnym stopniu zaszkodzić zdrowiu, czego pacjent może nie być świadomy podczas ich przyjmowania.

Nadmierne lub nieprawidłowe przyjmowanie produktów leczniczych prowadzi poza tym do marnotrawienia zasobów finansowych, które jest tym bardziej szkodliwe, że sektor farmaceutyczny generuje znaczne koszty i musi zaspokajać rosnące potrzeby, podczas gdy zasoby finansowe, które mogą być przeznaczone na opiekę zdrowotną, nie są nieograniczone, niezależnie od zastosowanego sposobu finansowania.

Zważywszy na przyznane państwom członkowskim kompetencje w zakresie podejmowania decyzji odnośnie do poziomu ochrony zdrowia publicznego, państwa członkowskie mogą wymagać, aby produkty lecznicze były dystrybuowane przez apteki korzystające z rzeczywistej niezależności zawodowej.

Nie można zaprzeczyć, że farmaceuta dąży, podobnie jak inne osoby, do osiągnięcia zysków. Niemniej jednak uznaje się, że jako zawodowy farmaceuta prowadzi on aptekę nie tylko w celu osiągania zysków, ale także by realizować swe obowiązki zawodowe. Jego prywatny interes związany z osiąganiem zysków jest zatem ograniczany przez jego wykształcenie, doświadczenie zawodowe i odpowiedzialność, jaka na nim ciąży, zważywszy że ewentualne naruszenie przepisów prawnych lub zasad etyki zawodowej nie tylko obniża wartość jego inwestycji, ale także podważa jego byt zawodowy.

W odróżnieniu od farmaceutów, nie-farmaceuci z definicji nie posiadają wykształcenia, doświadczenia i odpowiedzialności równoważnych z tymi, jakie posiadają farmaceuci. W takich okolicznościach należy stwierdzić, że nie zapewniają takich samych gwarancji jak te, które zapewniają farmaceuci.

W konsekwencji, państwo członkowskie może w ramach przysługującego mu zakresu uznania przyjąć, że prowadzenie apteki przez nie-farmaceutę może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego, w szczególności dla pewności i jakości detalicznej dystrybucji produktów leczniczych.

Nie zostało także wykazane, że środek mniej ograniczający niż przepis wykluczający nie-farmaceutów umożliwiłby zapewnienie w sposób równie skuteczny poziomu pewności i jakości zaopatrzenia ludności w produkty lecznicze, który wynika z zastosowania wspomnianego przepisu.

Biorąc pod uwagę przysługujący państwom członkowskim zakres uznania, państwo członkowskie może uznać, że istnieje zagrożenie, iż mniej ograniczające przepisy mające na celu zapewnienie niezależności zawodowej farmaceutów, takie jak system kontroli i sankcji, będą w praktyce naruszane, zważywszy że interes jaki posiada nie-farmaceuta w osiąganiu zysków nie jest ograniczany w taki sam sposób jak interes niezależnych farmaceutów i że podporządkowanie farmaceutów, jako osób zatrudnionych, prowadzącemu aptekę mogłoby utrudnić im sprzeciwienie się poleceniom wydanym przez tego prowadzącego.

Trybunał orzekł, że swoboda przedsiębiorczości i swobodny przepływ kapitału nie stoją na przeszkodzie uregulowaniom krajowym, które uniemożliwiają osobom niebędącym farmaceutami posiadanie i prowadzenie apteki.

Stwierdzając, że uzasadniony może być nie tylko przepis uniemożliwiający nie-farmaceutom prowadzenie apteki prywatnej, ale także przepis zakazujący przedsiębiorstwom zajmującym się dystrybucją produktów leczniczych nabywania udziałów w aptekach gminnych, Trybunał oddalił skargę o stwierdzenie uchybienia zobowiązaniom państwa członkowskiego wniesioną przez Komisję przeciwko Włochom.

Dokument nieoficjalny, sporządzony na użytek mediów, który nie wiąże w żaden sposób Trybunału Sprawiedliwości.

TOWARZYSTWO FARMACEUTYCZNO - EKONOMICZNE

00-845 Warszawa, ul. Łucka 2/4/6
tel. 0.602 269 525 e-mail: aptekarz@post.pl

Warszawa, 24 marca 2009 r.



W.P.
Dr Grzegorz Kucharewicz
Prezes Naczelnej Izby Aptekarskiej
ul. Długa 16
00-238 Warszawa

Szanowny Panie Prezesie,

Toczy się proces pogłębiania monopolizacji obrotu lekami markowymi międzynarodowych korporacji farmaceutycznych.

Firmy pragną zwiększać wpływ na sprzedaż swoich „marek” przez eliminowanie wolnej konkurencji w hurcie i detalu, przez umacnianie swego dyktatu wspieranego zachętami materialnymi.

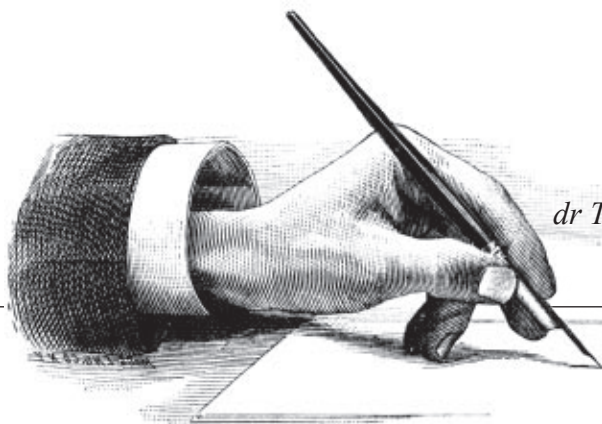
W tym piśmie nie poruszamy najważniejszej sprawy, a mianowicie łapówkarstwa, wyrafinowanego systemu rabatów, praktykowanego legalnie przy naszym chorym systemie cen. Ten koszmar wymaga bojów na najwyższych szczeblach, jako że nawet kierownictwo Ministerstwa Zdrowia niczego nie rozumie.

Pragniemy tylko nakłonić NIA do aktywnego działania poprzez OIA na rzecz zwalczania przez apteki poszczególnych aktów monopolistycznych (kiedy to jest możliwe). Np. Sanofi-Aventis zwolnił się z obowiązku dostaw do aptek Clexane'u (enoxaparyny) poprzez inne hurtownie, niż A, B, C. Dostarcza komu chce, ile chce. Apteka zamiast prosić się o Clexane w nie swojej hurtowni powinna doradzać swym pacjentom i ich lekarzom w zamian: Fraxiparine (nadroparina), a nie Clexane (enoxaparina)

3.800 j. x 10	zł 79,17	zamiast	40 mg - 4.000 j. x 10	zł 117,84
5.700 j. x 2	zł 26,45	zamiast	60 mg - 6.000 j. x 2	zł 32,16
7.600 j. x 2	zł 33,09	zamiast	80 mg - 8.000 j. x 2	zł 40,85
9.500 j. x 2	zł 41,36	zamiast	100 mg - 10.000 j. x 2	zł 60,67

Produkty są terapeutycznie równoznaczne. Zamianą Clexane'u na Fraxiparine można zmniejszyć wydatki i dać w kość koncernowi depcącemu wolny rynek i równość podmiotów.

Gdyby tę sugestię przekazać przez OIA wszystkim aptekom reakcja handlowa mogłaby być odczuwalna dla monopolisty i zniechęcająca go do niecznych uczynków.



Z poważaniem

dr Tadeusz J. Szuba
Prezes Zarządu



Jesteś aptekarzem? Służ chorym, redukuj ich wydatki



Leków jest gęszcz. Uwaga aptekarza jest skoncentrowana na problematyce farmaceutycznej. Dużą część energii aptekarz marnotrawi nie na sprawy farmaceutyczne, lecz kasochorowe, biurokratyczne. W niektórych rejonach kontakty z komórkami NFZ to istna udręka. A jednak znajdujemy czas na doskonalenie gospodarki lekami. Sterujemy via lekarzy spożycie ku lekom najlepszym i najtańszym.

W tej pracy nie kładziemy głównego nacisku na informacje o cenach leków synonimicznych, identycznych, różniących się tylko nazwą handlową. Aptekarz ma do dyspozycji aktualny Wykaz Leków Refundowanych (inicjatywę prywatną Wydawnictwa JWC w Piotrkowie Trybunalskim) redagowany inteligentnie, użytecznie. Przy każdym leku jest informacja o jego odpowiednikach w układzie cenowym (kosztowym). Jeśli aptekarz nie ma książeczki JWC, może korzystać z „Informatora RP o lekach refundowanych” opublikowanego w Internecie przez Ministerstwo Zdrowia w lipcu 2008 r. (patrz „Aptekarz” Nr 9/10, 2008, 219-240). Nieporadne to dzieło, ale chwalebne. Po raz pierwszy i jedyny rząd RP zapropagował leki tanie zamiast droższych.

Poniżej aptekarz znajdzie garść informacji o cenach leków me-too. Jest rzeczą normalną, że producenci leków chcą zarabiać. Omijają patenty, na kopyto odansetronu robią i patentują tropisetron. A mając patent, monopol, biorą za lek ile chcą. Czasem państwo łatwy chleb odbierze, skreśli tropisetron z refundacji, a czasem się zagapi. Aptekarz nie może się gapić i ma wszystko wiedzieć. Np. że do leczenia cukrzycy najlepszy przez 25 lat był glibenclamid. Wynalazca, Hoechst, krocie na nim zarabiał (Daonil) i za jego przykładem Roche (Euglucon). Zazdrościny też chcieli zarabiać i robili me-too leki na kopyto glibenclamidu. Między innymi gliclazid. Nic w tym złego. Czasem lek me-too jest lepszy od oryginału. Złem jest nadmierna chciwość. Gliclazid nie jest lepszy od glibenclamidu, tego zdania są miliony lekarzy na świecie. Natomiast gliclazid (Diaprel), dzięki niedouczeniu lekarzy w Polsce, pomimo iż droższy od glibenclamidu (Euclaminu) 6-30 razy, jest lekiem doustnym Nr 1 na cukrzycę. Chciwość się opłaca. Wielkie zyski płynące z wielkiej ceny służą do oglupiania lekarzy.

Lekarz ma prawo nie znać się na pieniądzach. Aptekarz nie ma prawa. Ma uczyć się ekonomiki leku. I kiedy potrzeba, uczyć lekarza.

Do porównywania kosztu leczenia w przypadku leków me-too nieodzowna jest znajomość DDD, definiowanych dawek dobowych. Trzeba wiedzieć na przykład, że do prawidłowej glikemii potrzeba glibenclamidu 10 mg, glimepiridu tylko 2 mg, a gliclazidu aż 160 mg. Ten znienawidzony przez wyzyskiwaczy system DDD został wynaleziony przez farmaceutów norweskich i jest obecnie elementem ewangelii WHO.

Światowa Organizacja Zdrowia pomaga milionom lekarzy i aptekarzy nie tylko stanowieniem DDD, ale także ATC, systemu anatomiczno-terapeutyczno-chemicznego. On nie tylko nam wszystkim ułatwia życie, lecz przy okazji promieniuje na nazewnictwo leków. Obecnie nazwy międzynarodowe nadawane nowym lekom nie są bezmyślne. Określają przynależność leku do jego „rodziny” chemicznej, ergo terapeutycznej.

Szkoła WHO każe nam posiłkować się w tej pracy systemem ATC/DDD:

A02BA Antagoniści receptora H_2

	Wielkość DDD	Koszt DDD
Cimetidina	800 mg	0,488
Famotidina	40 mg	0,285-0,374
Ranitidina	300 mg	0,259-0,490



Lek	Nazwa handlowa	Producent	DDD	100%	ref.
Cimetidina	Altramet	Lek	200 mg	0,488	0,360
Famotidina	Ulfamid	Krka	40 mg	0,285	0,189
	Famotidine	Jelfa	40 mg	0,327	0,230
	Famogast	Polpharma	40 mg	0,374	0,224
Ranitidina	Ranitine	Torrent	150 mg	0,259	0,216
	Histac	Ranbaxy	150 mg	0,290	0,290
	Ranisan	Pro-Med	150 mg	0,296	0,253
	Ranital	Lek	150 mg	0,368	0,368
	Ranidydyna	Sanofi-Aventis	150 mg	0,380	0,337
	Ranigast	Polpharma	150 mg	0,443	0,400

A02BC Inhibitory pompy protonowej

	Wielkość DDD	Koszt DDD
Lansoprazol	30 mg	0,999-1,578
Omeprazol	20 mg	0,999-3,078
Pantoprazol	40 mg	0,959-3,079

Lek	Nazwa handlowa	Producent	DDD	100%	ref.
Lansoprazol	Zalanzo	Temapharm	30 mg	0,999	0,299
	Lanbax	Ranbaxy	30 mg	1,000	0,300
	Lantrea	Pliva	30 mg	1,229	0,520
	Renazol	ICN Polfa	30 mg	1,284	0,584
	Lansolek	Lek	30 mg	1,284	0,584
	Lanzul	Krka	30 mg	1,475	0,964
	Lanzostad	Stada	30 mg	1,578	0,878
Omeprazol	Progestim	Ozone	20 mg	0,999	0,300
	Exter	Rubio	20 mg	1,024	0,325
	Prazol	Polfa Pabianice	20 mg	1,141	0,442
	Ortanol	Lek	20 mg	1,141	0,442
	Omar	Sandoz	20 mg	1,142	0,442
	Polprazol	Polpharma	20 mg	1,172	0,472
	Loseprazol	Liconsal	20 mg	1,178	0,479
	Omeprazol	Egis	20 mg	1,703	1,004
	Helicid	Zentiva	20 mg	1,183	0,484
	Gasec	Mepha	20 mg	1,232	0,533
	Notiz	Toll	20 mg	1,236	0,536
	Losec	Astra Zeneca	20 mg	3,078	2,379

Szczęśliwie spożycie drogiego Losecu już nie jest duże! Tylko 5,5 mln złotych. Ale trzykrotnie za drogi, czy powinien on nadal figurować na liście leków refundowanych?

Lek	Nazwa handlowa	Producent	DDD	100%	ref.
Pantoprazol	Panogastin	Jelfa	40 mg	0,959	0,288
	Pantoprazol	Pharmacom	40 mg	0,999	0,300
	IPP	Sandoz	40 mg	0,999	0,300
	Pantoprazol	Ratiopharm	40 mg	1,237	0,538
	Noacid	Egis	40 mg	1,525	0,825
	Nolpaza	Krka	40 mg	1,762	1,062
	Anesteloc	Framacom	40 mg	1,832	1,132
	Contix	Lek-Am	40 mg	1,832	1,132
	Controloc	Altana	40 mg	3,079	2,380

Przy zdumiewającej bierności aptekarzy wydaje się najwięcej pantoprazolu najdroższej marki Controloc. Za 80 mln złotych rocznie. To samo marki Panogastin można kupić za 25 mln i mieć 55 mln na inne leki.

A10BB Sulfonamidomoczniki

	Wielkość DDD	Koszt DDD
Glibenclamid	10 mg	0,108
Gliclazid	160 mg	0,639-3,196
Glimepirid	2 mg	0,261-0,772
Glipizid	10 mg	0,457-0,734
Gliquidon	60 mg	1,027
Tolbutamid	1,5 g	0,630

Lek	Nazwa handlowa	Producent	DDD	100%	ref.
Glibenclamid	Euclamin	Polpharma	10 mg	0,108	0,107
Gliclazid	Diazidan	ICN Polfa	80 mg	0,639	0,387
	Glazide	Galena	80 mg	0,648	0,395
	Diaklat	Biofarm	80 mg	0,669	0,417
	Gliclazide	Generics	80 mg	0,743	0,491
	Diabrezide	Molteni	80 mg	0,760	0,561
	Glinormax	Polfa Kutno	80 mg	0,781	0,522
	Diaprel	Servier	80 mg	0,801	0,549
	Norsulin	Polfa Pabianice	80 mg	0,848	0,595
	Diabezidum	Jelfa	80 mg	0,861	0,609
	Gliclada	Krka	80 mg	2,243	1,570
	Diaprel MR	Anpharm	80 mg	3,196	2,523
Glimepirid	Apo-Glim	Apotex	2 mg	0,261	0,107
	Limeral	Actavis	2 mg	0,344	0,107
	Glim Teva	Teva	2 mg	0,351	0,107
	Glimehexal	Hexal	2 mg	0,359	0,107
	Pemidal	Polfa Pabianice	2 mg	0,359	0,107
	Symglic	Symphar	2 mg	0,359	0,107
	Glidiamid	ICN Polfa	2 mg	0,360	0,107
	Amyx	Zentiva	2 mg	0,361	0,109
	Avaron	Bioton	2 mg	0,361	0,109
	Glibetic	Polpharma	2 mg	0,361	0,107
	Glindia	Gedeon Richter	2 mg	0,361	0,109
	Glipid	Generics	2 mg	0,361	0,108
	Melyd	Stada	2 mg	0,361	0,109
	Betaglid	Pliva	2 mg	0,453	0,201
	Diaril	Biofarm	2 mg	0,460	0,208
	Glibezid	Jelfa	2 mg	0,584	0,332
	Glimepirid	Ratiopharm	2 mg	0,584	0,302
	Glimesan	Sandoz	2 mg	0,584	0,332
	Oltar	Berlin Chemie	2 mg	0,584	0,332
	Amaryl	Sanofi Aventis	2 mg	0,772	0,520
Glipizid	Antidiab	Krka	5 mg	0,457	0,312
	Glipizide	Galena	5 mg	0,517	0,371
	Glibenese	Pfizer	5 mg	0,734	0,589
Gliquidon	Glurenorm	Boehringer Ing.	30 mg	1,027	0,796
Tolbutamid	Diabetol	Polpharma	500 mg	0,630	0,511

Spożycie sulfonamidomoczników w Polsce na tle zagranicy, np. Niemiec, nie wystawia naszym diabetologom dobrej noty:

Polska		Niemcy	
Lek	PLN	Lek	EUR
gliclazid (w tym 93% Diaprel)	98.049.426	gliclazid	0
glimepirid (w tym 59% Amaryl)	73.430.182	glimepirid	63.780.000
glipizid	9.356.244	glipizid	0
glibenclamid	599.037	glibenclamid	30.840.000
tolbutamid	374.832	tolbutamid	0
glurenorm	3.523	glurenorm	3.000.000

Odeszliśmy od glibenclamidu (Euclaminu), dobrego i kosztującego grosze. Przystawiliśmy się głównie na gliclazid (Diaprel) bardzo drogi i za granicą nie leczący różnie cukrzycy. Wydajemy nań 91 mln złotych marnotrawiąc ca 73 miliony!

Jak lekceważymy koszt leczenia daje też świadectwo glimepirid. Mamy jego 20 ofert o różnych cenach, ale stosujemy głównie najdroższą markę - Amaryl.

Aptekarze tolerują biernie nonszalancję diaprelową i amarylową. Grają z lekarzami w bridge'a zupełnie bezużytecznie. Dawniej nawet przy bridge'u myśleli o pacjentach.

B01A Leki przeciwzakrzepowe (antykoagulanty)

B01AA Antagoniści witaminy K

DDD

Acenocoumarol	5 mg
Warfarina	7,5 mg

B01AB Heparyny

DDD

Heparina	10,00 tys. j.
Dalteparina	2,50 tys. j.
Enoxaparina	2,00 tys. j. (20 mg)
Nadroparina	2,85 tys. j.
Reviparina	1,43 tys. j.

Lek	Nazwa handlowa	Producent	Koszt DDD	
			100%	ref.
Acenocoumarol	Acenocoumarol	WZF	0,235	0,080
	Pabi-Acenocoumarol	Polfa Pab.	0,221	0,067
	Syncumar	Alkaloida	0,329	0,188
Warfarina	Warfin	Orion	0,437	0,048
Heparina	Coaparin	WZF Polfa	4,414	1,128
Enoxaparina	Clexane	Aventis	6,067	1,007
Nadroparina	Fraxiparine	GSK	6,067	1,007
	Fraxodi	GSK	5,821	1,115
Reviparina	Clivarin	Abbott	6,700	2,920

Doustne środki przeciwzakrzepowe świetnie służą do profilaktyki zakrzepów żylnych. Są pochodnymi kumaryny, bezpieczne i tanie. Modna w USA warfarina jest 2 razy droższa od modnego w Polsce acenocoumarolu i nie ma dowodów, by była lepsza. Działa identycznie.

Parenteralne środki, zwłaszcza małe heparyny, są bardzo pomocne w krótkotrwałych interwencjach szpitalnych, zwłaszcza przed i po zabiegach chirurgicznych. Drobnocząsteczkowe heparyny słusznie wyparły heparynę normalną niefrakcjonowaną, bo są 3-6 razy biodostępniejsze oraz mają dłuższy czas półtrwania umożliwiając podanie tylko raz na dobę. Polski pomysł konkurowania z nimi preparatem Coaparin nie był najsmartniejszy.

Gros potrzeb leków antykoagulacyjnych istnieje w leczeniu ambulatoryjnym do długotrwałego zapobiegania zatorom żylnym, zakrzepicom. Tu nie ma żadnych dowodów na przewagę drogich małych heparyn nad tanim acenocoumarolem. Patrz Van der Heijden et al. The Cochrane Library, Issue 2, 2002, Oxford.

W Polsce lekarze ambulatoryjni szastają małymi heparynami (Clexanami) niemłosiernie. Wydatki na nie dojdą niebawem do pół miliarda złotych rocznie. Temu szkodnictwu sprzyja rząd wydając drogie heparyny prawie za darmo (pacjent płaci za 1 iniekcję 2000 j. Clexanu jedną złotówkę). Na rząd nie mamy żadnego wpływu. Ale lekarze są spolegliwi. Chętnie się uczą. Naczelna Izba Aptekarska powinna przełożyć stosowny fragment Cochrane'a na polski, wydrukować i dać via Okręgowe Izby Aptekarskie aptekarzom. Niech rozdają tę literaturę lekarzom ordynującym lekką ręką małowcząsteczkowe heparyny. Tymczasem niech się posługują „Aptekarzem” Nr 3/4 (2009), 54-57.

B01AC Inhibitory agregacji płytek krwi

	DDD	Koszt DDD
Acidum acetylosalicylicum	75 mg	0,125-0,140
Ticlopidina	500 mg	1,689-2,595
Clopidogrel	75 mg	4,357-5,672

Lek	Nazwa handlowa	Producent	DDD	100%	ref.
Acidum acetylosalicylicum	Acard	WZF Polfa	75 mg	0,125	0,125
	Polocard	Polpharma	75 mg	0,140	0,140
Ticlopidina	Apo-Clodin	Apotex	250 mg	1,689	1,007
	Iclopid	Polfa Pab.	250 mg	1,800	1,119
	Aclotin	ICN Polfa	250 mg	2,218	1,537
	Ifapidin	Anpharm	250 mg	2,218	1,537
	Ticlo	Schwarz	250 mg	2,387	1,706
	Ticlid	Sanofi-Aventis	250 mg	2,595	1,914
Clopidogrel	Clopidix	Lek-Am	75 mg	4,357	2,179
	Zyllt	Krka	75 mg	4,519	2,340
	Areplex	Adamed	75 mg	4,645	2,466
	Plavix	Sanofi-Aventis	75 mg	5,672	3,494

Chan et al. wykazali, że osoby wrażliwe na Acidum acetylosalicylicum leczone clopidogrelem mają o 8,6% więcej krwawień wrzodu żołądka. Rozwiązaniem dla nich nie jest przestawienie na clopidogrel, a podanie inhibitora pompy protonowej (N. Engl. J. Med. 352: 238-244).

C03 Diuretyki

Środki moczopędne są zaliczone do grupy C (cardiologica), bo zainteresowanie nimi bardzo przesunęło się od urologów do kardiologów. To są obecnie leki pierwszego rzutu przy leczeniu nadciśnienia.

Minister zdrowia faworyzuje takie diuretyki: hydrochlorothiazid, chlortalidon, clopamid, indapamid, furosemid, spironolacton i amilorid (w Tialoridzie).

Spironolacton i amilorid są potrzebne, bo oszczędzają potas, ale nigdy nie będą „wielkie”, jako że słabo moczą pęczę. Światowa diureza stoi obecnie na furosemidzie i hydrochlorothiazidzie. Weteran clopamid z 1962 r. (Brinaldix Sandoza) jest jeszcze poza Polską tylko w czterech krajach. Nawet w Szwajcarii go nie ma. Jego chemicznie niemal tożsamy kongener indapamid zrobił w Polsce staraniem firmy Servier zawrotną karierę. Kosztując zł 0,529/DDD wyparł z aptek 4,2 raza tańszy hydrochlorothiazid i furosemid. Rzecz za granicą niespotykana. W Niemczech tiazydowy indapamid stanowi 3% diuretyków tiazydowych, a 0,8% wszystkich. W 2007 r. spożycie indapamidu Serviera (tam indapamid Serviera nazywa się Natrilix, a nie Tertensif) jeszcze zmalało o 17,6%. Niemcy wytykają jego drożyznę. My też zaczniemy wytykać. Oto potrzebne do tego dane:

Spożycie diuretyków w Polsce wynosi ca dwie trzecie miliarda DDD rocznie, w tym gros stanowią:

indapamid	407.143.920 DDD
furosemid	158.420.280 DDD
hydrochlorothiazid	37.581.296 DDD

Jedna definiowana dawka dobową furosemidu i hydrochlorothiazidu kosztuje 0,125-0,126 zł.

Za dawkę indapamidu marki Tertensif trzeba płacić 0,529 zł, a innych marek średnio 0,341 zł. W konsekwencji na indapamid wydajemy 172 mln zł, to jest 1,6% wszystkich pieniędzy wydawanych na leki ważne, refundowane. Co sześćdziesiąta czwarta złotówka farmaceutyczna idzie na indapamid, lek w USA, Niemczech i wielu innych krajach niemal zupełnie niepotrzebny.

Co może robić aptekarz, by chore leczenie uzdrawiać? Nietaktem byłoby uczenie przez niego „swoich” lekarzy medycyny. Nigdy nie jest nietaktem przypomnienie lekarzom istnienia indapamidów tańszych. Jest ich już osiem. Cztery w tabletkach 1,5 mg takich jak Tertensif: Diuresin, Indix SR, Ipres long i Rawel SR kosztujące zł 0,320/DDD oraz piąty Indapres kosztujący zł 0,182/DDD. Zastąpienie Tertensifu Indapresem uratowałoby 62 mln złotych. Bagatelka.

C07A Betablokery (olole)

Bardzo ważna grupa leków. Stosujemy masowo te renomowane wszędzie: metoprolol, atenolol, bisoprolol, no i alfa/beta carvedilol. Ich ceny są przystępne: atenolol - zł 0,156/DDD, metoprolol - zł 0,350/DDD, bisoprolol - zł 0,487/DDD.

Możnaby zredukować promocję rządową (refundację) acebutololu nie dlatego, że jest droższy, zł 0,631/DDD, lecz dlatego, że świat już się od niego odwrócił. Ma u nas historyczną sympatię lekarzy od czasów PRL, bo to był pierwszy betabloker robiony w Polsce (w grodziskiej Polfie, na francuskiej licencji), a więc wówczas najbardziej popularny.

C08CA Calcium blokery - dihydropyridynowe

Amlodipina, felodipina, lacidipina, nifedipina, nitrendipina.

C08DA Calcium blokery - fenyloalkiloaminowe

Verapamil

C08DB Calcium blokery - benzodiazepinowe

Diltiazem

Oferta nasza calcium blokerów odpowiada aktualnej wiedzy światowej. Wyjątkiem jest lacidipina dziwiąca refundacją (promowaniem rządowym). Lacidipina była wynalazkiem niemieckim (Motens firmy Boehringer Ing.), który już został wycofany w Niemczech. Bywa jeszcze oferowana w niektórych krajach. GlaxoSmithKline ją sprzedaje.

Lacidipina glaxowska nazywa się Lacipil i kosztuje zł 0,89/DDD. Najlepsza dipina, jaką ma świat - amlodipina, jest do nabycia po zł 0,25/DDD, patrz Adipine - ICN Polfa.

Finansowanie lacidipiny z funduszy publicznych jest grzechem.

C09AA Inhibitory ACE (prile)

Lek	DDD	Koszt DD
Enalapril	10 mg	0,204-0,204
Captopril	50 mg	0,180-0,236
Ramipril	2,5 mg	0,212-0,654
Lisinopril	10 mg	0,370-0,673
Benazepril	7,5 mg	0,606-1,295
Cilazapril	2,5 mg	0,748-0,998
Fosinopril	15 mg	1,144
Moexipril	15 mg	1,033
Perindopril	4 mg	0,716-1,049
Quinapril	15 mg	0,845-1,296
Trandolapril	2 mg	0,493-0,886
Imidapril	10 mg	0,891

Inhibitory konwertazy angiotensyny (prile) są obecnie bodaj największą jednorodną chemicznie i terapeutycznie grupą leków i bodaj w Polsce najgorzej zarządzaną. Państwo refunduje bezmyślnie wszystko „jak leci”. Lekarze nie mają rządowych wskazówek dotyczących korzyści i kosztu. Pod wpływem propagandy handlowej piszą recepty najdroższe i dalece nienajlepsze.

Mając najlepsze prile w rozumieniu medycyny światowej, enalapril i ramipril, po 20 groszy/DDD, ordynuje się za 150 mln złotych perindopril kosztujący 5 razy więcej. Przy jednym leku marnotrawi się 120 mln zł. Dużą stratę przyczynia też refundowanie markowego ramiprilu (Tritace). Pochłania on wskutek wysokiej ceny 128 mln zł. To samo pod innymi nazwami można kupić taniej o połowę. Sporo szkodzi finansowo też markowy cilazapril (Inhibace), na który wydaje się 82 mln zł, gdy jest prawie 5 razy droższy od niegorszego enalaprilu.

Z mniejszym finansowym skutkiem promuje się refundacją inne drogie i bardzo wątpliwie potrzebne prile.

W bogatych Niemczech pożytkowanie prili jest nieco sterowane przez mądrych kardiologów. Wskutek tego tanich i dobrych prili (enalapril + captopril + lisinopril + ramipril) tam ordynuje się 2 mld DDD, natomiast wszystkich innych tylko 149 mln DDD (7%).

Aptekarzu, rozmawiaj ze swymi lekarzami. Miliony leżą na ulicy.

C09CA Antagoniści angiotensyny II (sartany)

Lek	DDD	Koszt DDD
Losartan	50 mg	0,747-1,088
Valsartan	80 mg	1,331-3,660
Candesartan	8 mg	2,572
Eprosartan	600 mg	3,504
Irbesartan	150 mg	3,725
Telmisartan	40 mg	2,435

Tu mamy taki popis nonszalancji finansowej rządzących, że aptekarz stawić czoła nie jest w stanie.

Każdy wie, że sartany wymyślono po to, by po wygaśnięciu ochrony patentowej prili i ich staniu do 20 groszy/DDD można było nadal pobierać 2-3 złote/DDD. Sartany nowe, opatentowane, drogie, nie są lepsze od prili starych, tanich. Jediną ich zaletą jest możliwość przedstawienia na inny lek pacjenta, gdy po prilu ma odruchy kaszlowe. My wolimy, zamiast dać ludziom leki potrzebne, marnować pieniądze na niepotrzebne sartany. W czerwcu 2006 r. hojną ręką wpisano do wykazu leków refundowanych wszystkie bez wyjątku sartany, bez względu na cenę wyższą od najlepszych prili do blisko 20 razy.

Bezmyślność rządzących nie ma granic. Ostatnio postulowaliśmy trochę rozsądku: pozostawić w refundacji najtańszy losartan, ewentualnie jeszcze najtańszy valsartan, inne skreślić. Zdecydowano odwrotnie. Nie tylko niczego nie skreślono, ale jeszcze zrefundowano dodatkowo leki złożone z sartanów i hydrochlorothiazidu, bo sartany mono słabo obniżają ciśnienie.

Przyjmując, że obiektywna potrzeba prili bądź sartanów wynosi z górą 1 mld DDD rocznie, że bardzo dobry pril kosztuje średnio 25 groszy/DDD, że sartany kosztują średnio zł 2,50/DDD, otwieramy drogę do wzrostu kosztu leczenia od 250 mln do 2.500 mln złotych. Niepoczytalność!

Sabotaż zdrowego rozsądku posunął się do objęcia refundacją (promowania przez państwo funduszem publicznym) specyfiku Exforge, złożonego z sartanu i dipiny, kosztującego zł 4,00/DDD. Gdy ten sam lub lepszy efekt leczniczy można uzyskać podaniem najlepszego prilu i najlepszej dipiny za zł 0,50/DDD. Osiem razy taniej.

C10AA Inhibitory reduktazy HMG-CoA (statyny)

Lek	DDD	Koszt DDD
Atorvastatina	10 mg	0,413-0,768
Simvastatina	15 mg	0,289-1,704
Fluvastatina	40 mg	2,407
Lovastatina	30 mg	0,838-1,559

Efektywność poszczególnych statyn jest zbliżona. Powinno się skreślić z refundacji fluvastatinę i drogie synonimy innych statyn. Zapotrzebowanie na te antycholesteroliki jest wielkie. Cena leku waży ogromnie. Niekiedy aż ręka świerzbi, by donieść prokuratorowi, że minister zdrowia finansuje z naszych funduszy generyczną simvastatinę zwaną Simredin po zł 77,36/28 tabl 20 mg mając oferty na to samo nawet po zł 16,21 to jest prawie 5 razy taniej. Mniej burzące krew w żyłach są przepłaty na lekach markowych. Na przykład tolerujemy bez protestu refundowanie Sortisu, atorvastatiny droższej trzykrotnie od synonimów generycznych. Czy słusznie?

Inne z grupy C10 modyfikujące lipidy

C10AB Fibraty

Lek	DDD	Koszt DDD
Fenofibrat	200 mg	0,405-0,694
Bezafibrat	600 mg	0,987
Ciprofibrat	100 mg	0,962

C10AC Wymieniacze jonowe (środki wiążące kwasy żółciowe)

Lek	DDD	Koszt DDD
Colestyramina	14 g	3,814
Colestipol	20 g	6,510

C10AX Inhibitory resorpcji cholesterolu

Lek	DDD	Koszt DDD
Ezetimib	10 mg	5,723

Środki C10AB, fibraty, są nadal potrzebne. Znacznie ustępują statynom przy cholesterolemii, ale poziom trójglicerydów obniżają. Można tylko skreślić z refundacji ciprofibrat (Lipator) znacznie droższy od fenofibratu, a nie mamy dowodów, by był lepszy. Oszczędni Niemcy, niebiedni Amerykanie, w ogóle ciprofibratu nie mają i żyją.

Bezafibrat (Bezamidin) też jest za drogi, ale tu wystarczy porozmawiać z Plivą i cenę obniżyć.

Tymczasem aptekarz w ramach swych skromnych możliwości powinien sterować receptami fibratowymi w stronę fenofibratu (Apo-Feno, Grofibrat).

Środki C10AC już przeszły do historii. Refundowanie colestipolu (Colestidu) to zagapienie się naszych decydentów, którzy nie dostrzegli, że produkt już został całkowicie wycofany w Niemczech, Francji, Włoszech, a tam gdzie nie został jeszcze wycofany, jest prawie niestosowany.

Colestyraminie (Vasosanowi) grozi los podobny. Np. w Niemczech, skąd do Polski przychodzi, maleńkie spożycie jeszcze w ostatnim roku zmalało o 17%.

Wielki ból głowy finansowy sprawia ezetimib (Ezetrol) z grupy C10AX, nowy wynalazek hamujący resorpcję cholesterolu z jelit. Przyczynia on kosztu na jednego pacjenta rocznie zł 2000, a pacjentów jest milion. Bogaty minister zdrowia natychmiast ezetimib zrefundował w 70%. Tylko patrzeć dziury w budżecie, jaka powstanie.

Aptekarz powinien wiedzieć i swą wiedzą dzielić się, że ezetimib przy zawrotnej cenie nie okazał się zawrotnie skuteczny. Sam wytwórca to dostrzegł i postanowił wesprzeć sprzedać ezetimibu lekiem złożonym z ezetimibu oraz simvastatyny, który nazwał Inegy. Mądry. Rzeczywiście sprzedaż Inegy idzie na świecie lepiej od sprzedaży Ezetrolu. Jak bardzo ta simvastatina jest ezetimibowi potrzebna świadczy fakt, że przy normalnej dawce dobowej simvastatyny 15 mg do Inegy wkłada się jej nawet 80 lub 40 mg.

Najwięksi specjaliści medyczni nie wiedzą, jak się przed ruiną ezetimibową ratować. Jedni mówią, by ezetimib dawać tylko pacjentom z poważnymi objawami niepożądanymi spowodowanymi dużymi dawkami statyn (Sacks F.M. 2002, J. Am. Coll. Cardiol. 40: 2135-2138). Inni straszą miopatią oraz rozpadem mięśni prążkowanych przy stosowaniu ezetimibu, zwłaszcza z simvastatiną (Fux R. et al., 2004, Ann. Intern. Med. 140: 671-672). Najaktualniejszej prawdy można się dowiedzieć od autorytatywnego instytutu NICE, patrz wskaźniki kliniczne Nr 67 z maja 2008 r.

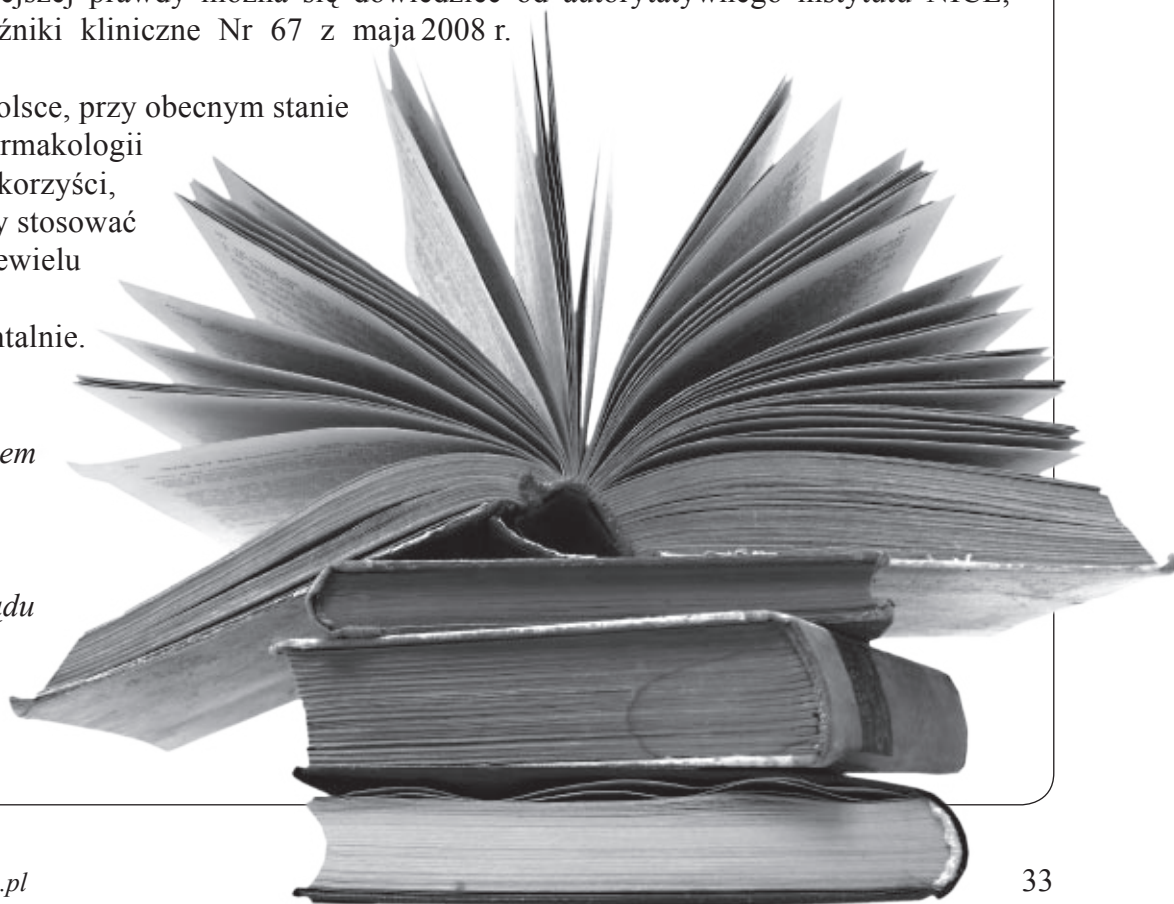
My w Polsce, przy obecnym stanie wiedzy o farmakologii i o koszcie/korzyści, powinniśmy stosować ezetimib niewielu pacjentom, eksperymentalnie.

Z poważaniem

dr Tadeusz

J. Szuba

Prezes Zarządu



O niedoleżności Rządu bez końca

Skarg i na farmaceutyczną część ochrony zdrowia w Polsce jest multum. Rząd ma dobrą wolę, no i chciałby wykazać narodowi swą aktywność, więc po roku istnienia przedłożył do publicznej wiadomości projekty naprawy istniejącego stanu rzeczy.

Już na wstępie robi pierwsze głupstwo. Opracowuje jeden projekt zmiany ustawy, obejmujący nie jedną, a kilka ustaw. Przecież wiadomo, że projekt musi przejść przez konsultację społeczną przed złożeniem go do Sejmu i później przez waleczną dyskusję w obu izbach parlamentu. Dokonanie zmiany jednej ustawy trwa kilka miesięcy. Dokonanie zmiany kilku ustaw jednocześnie może trwać lata. Albo może w ogóle nie powieść się z jakiejś jednej przyczyny. Nowelizacja wszystkich ustaw może zostać zatrzymana z powodu jednej ustawy.

Tak się stało teraz. Upadł ubiegłoroczny projekt zmiany kilku ustaw, w tym ustawy Prawo farmaceutyczne. Projekt po upływie pół roku zawisł w próżni, w ogóle nie wyszedł z ulicy Miodowej, z pałacu Paca. Z powodu jednego fragmentu jednej ustawy, ustawy ocenach (oczywiście o cenach leków). Z powodu jednego popełnionego tam głupstwa.

Na czym ono polega? Urzędnicy ministerstwa w obrocie lekami użyli terminu „ceny sztywne”. W projekcie ustawy napisali tak:

„Urzędowe ceny zbytu na produkty lecznicze i wyroby medyczne oraz urzędowe marże handlowe i detaliczne mają charakter cen i marż sztywnych.”

Niemowlęta polityczno-ekonomiczne. Primo: nowy poprawiony tekst nie zmienia treści, bo i stary zmieniany tekst przesądza o sztywności cen. Obecnie ceny są urzędowe, marże hurtowe i apteczne są wyznaczone przez państwo, ceny zbytu są uzgadniane z państwem. Secundo: termin „sztywne ceny” w dobie postkomunistycznej, przy wręcz kulcie wolnego rynku, jest niestranny. Z góry wiadomo, że przy najlepszej woli posłów i senatorów, co najmniej ich 90% odmówi podpisania się pod cenami sztywnymi.

Jeden błąd/nietakt Ministerstwa Zdrowia rozpętał wręcz burzę polityczną. Cała Polska powstała przeciw projektowi Ministra Zdrowia, włącznie z takimi autorytetami jak Centrum im. Adama Smitha lub Urząd Antymonopolowy. Temat referowaliśmy dokładnie w „Aptekarzu” Nr 1/2 (2009), na stronach 3-15.

Jak ekonomika farmacji jest trudna! Nawet Urząd Antymonopolowy nie zrozumiał, że projekt zmiany ustawy o cenach był wymierzony tylko i wyłącznie w monopol. Czego oczywiście nie można było *expressis verbis* napisać. (Może można było coś zręczniejszego napisać w uzasadnieniu nowej ustawy).

Jednak sedno sprawy polega na tym, że chodzi o prawo utrudniające wywóz z Polski kilku miliardów złotych rocznie z pomocą bardzo wysokich cen leków bardzo niepotrzebnych. I umożliwienie zakupu za te pieniądze leków bardzo potrzebnych, w tym też bardzo drogich.

Cel jest szlachetny, wzorowo zgodny z Konstytucją RP. Do jego realizacji wcale nie jest potrzebny w ustawie termin „sztywne ceny”. Potrzebny jest jedynie zakaz szwindli cenowych. Zakaz udzielania rabatów, darowizn, prezentów, obniżających ceny. Cena ma nie być sztywna. Wręcz przeciwnie. Ma być dowolnie obniżana. W każdej chwili. Kiedy tylko producent leku chce więcej sprzedać czyniąc go ceną bardziej dostępnym. Ma być nie wolno ceny zawyżać i części zawyżonej ceny

przeznaczać na łąpówki dla pacjentów, aptekarzy i hurtowników, by skłaniali się ku lekom „smarowanym”. Co obecnie jest zjawiskiem powszechnym, masowym.

Ceny leków mogą i powinny być, zgodnie z regułami wolnego rynku, stanowione i do wolnie obniżane przez producenta. Różnica ze stanowieniem cen innych dóbr ma polegać na tym, że ponieważ klientom (konsumentom), a także wielu lekarzom towaroznawstwo farmaceutyczne jest obce, państwo musi strzec nabywców, włącznie z NFZ, przed spekulantami. Nie tylko mieć oko na ceny i marże, lecz też starannie strzec przed złudną fikcją obniżek cen i marż. Przed mamieniem klienta rzekomą taniością w niektórych aptekach via wybrane hurtownie.

Obecny system cen maksymalnych nie jest zły. Można go pozostawić. Dodać oprócz kategorii ceny zbytu jeszcze wyraźny zakaz manipulowania rabatami itp. Konkurencja cenowa ma być jawna. Wyrażać się ceną nominalną. Jednakową we wszystkich aptekach.

Piszemy o tym w głębokim przygnębieniu. Wojna z projektem nowelizacji objęła cały kraj i wszystkie ośrodki mające z lekami do czynienia. My jesteśmy zapraszani co miesiąc na co najmniej jedną konferencję. Wygłaszamy przemówienia jakby nie po polsku. Przeważa pogląd, żeby nie pozbawiać staruszków szczęścia biegania od apteki do apteki w poszukiwaniu tańszego leku. Na tle Niemiec, Austrii, Francji, Szwajcarii mamy być Czadem.

Na ostatniej konferencji w Bristolu 20 kwietnia słyszeliśmy te same głosy przedstawicieli przemysłu monopolistycznego - Prezes Sabiło twardo bronił złotej wolności monopolistów. Współpracująca z nim teoretyczka prawna Kierzkowska-Knapik zapewniała, że omawiany projekt jest rażąco niezgodny z Konstytucją! Nawet b. wiceminister zdrowia ds. farmacji Piecha nie potrafił powiedzieć, o co w tej aferze chodzi. Jedyne b. minister zdrowia Balicki powiedział, że chodzi o wyeliminowanie patologii. Jeszcze trochę prawdy dowiedzieliśmy się od prezesa Śląskiej Izby Aptekarskiej Piechuli. Prawdy jakże przykrej: gros aptekarzy miłujących swój zawód brzydzi się machlojkami cenowymi powszechnie obecnie stosowanymi, ale niektórzy rozsądni aptekarze mówią, że przy marży aptecznej 12 zł leku kosztującego 500 zł lub 1000 zł (2,4% lub 1,2%) nie pokrywającej nie tylko kosztów prowadzenia apteki, ale nawet kosztów kapitału potrzebnego na ten lek, prezent (łąpówka) drogiego producenta ratuje aptekę przed bankructwem.

Poczynając od głosów w Centrum im. Adama Smitha oraz w Urzędzie Antymonopolowym i kończąc na głosach w Bristolu, zebraliśmy wiedzę nie pozwalającą liczyć na kadry, które uzbroiłyby Ministra Zdrowia w argumentację pozwalającą na opracowanie dobrego projektu zmiany ustawy Prawo farmaceutyczne i innych ustaw.

Traćmy bez końca po kilka miliardów złotych rocznie. Ograniczamy nadal kosztem tych miliardów podaż nowych leków bardzo potrzebnych. Wbrew nakazom Konstytucji, która każe nam troszczyć się o zdrowie Polaków.

dr Tadeusz J. Szuba



Dlaczego ceny leków mają być regulowane ?

Aby ratować konsumentów-pacjentów przed stratą kilku miliardów złotych rocznie. Mamy uzasadniony respekt dla wolnego rynku. Konkurencja jakością i ceną jest motorem postępu. Poprawia zasobność naszych portfeli. Sprawia, że nasz dostęp do dóbr jest lepszy.

Te żelazne prawdy nie dotyczą produktów monopolistycznych. Monopole są napędzane innymi mechanizmami. Ich specjalnością jest wystrychiwanie konkurencji na dudka. Dotyczy to w dużym stopniu farmacji.

Temat zasługuje na staranne wyjaśnienie nie dlatego, że ludność nie jest świadoma towaroznawstwa farmaceutycznego i ekonomiki leku. Nie wie, że biegając od apteki do apteki w poszukiwaniu tańszego lekarstwa pada ofiarą niecnej machinacji monopolistów. Zasługuje dlatego, że nie rozumieją ekonomiki leku ludzie przedstawiający się jako eksperci od leków, a nawet ministrowie.

Na czym polega jej nieczysta siła?

W farmacji asortyment produktów nie jest taki stateczny, jak w przemyśle spożywczym, tekstylnym itd. Zmienia się. Wciąż szukamy nowych lepszych leków. Popieramy te poszukiwania ochroną patentową wynalazców. Producent nowego leku ma zagwarantowany jego monopol przez 20 lat od rejestracji patentu. Praktycznie ma wyłączność przez ca 15 lat, bo upływa sporo czasu od wynalazku do jego dopuszczenia do obrotu (stwierdzenia skuteczności i bezpieczeństwa).

Przez 15 lat firma innowacyjna ma prawo pobierać dowolną cenę. Sama sobie ją wyznacza. Jak najwyższą, by zarobić, ale tylko tak wysoką, by ludzie mogli lek kupić. Chociaż ci w krajach bogatych.

Wszyscy się zgadzają z tym porządkiem rzeczy, z monopolem 15 (20) letnim. Postęp musi kosztować.

Musi kosztować tylko ca 15 lat. Podkreślmy to stanowienie prawa polskiego i międzynarodowego. Ono jest masowo deptane przez firmy farmaceutyczne. Dla ochrony ludności przed gigantycznym kaniem potrzebna jest ingerencja państwa.

Przypomnijmy, że prawo polskie i międzynarodowe zdecydowanie określa czasokres monopolu na 20 lat od rejestracji patentu. Domaga się konkurencji już od pierwszego dnia po upływie 20 lat. Domaga się tak kategorycznie, że nie pozwala urzędowi patentowemu udzielić patentu, jeśli aplikant nie odsłoni wszystkich tajników wynalazku. Robi to nie z ciekawości, lecz po to, by maksymalnie ułatwić wszystkim ludziom robienie natychmiast nowości po nasyeniu wynalazcy legalnymi zyskami monopolistycznymi. Nazajutrz koniec z monopolem.

Zgodnie z wolą rządów wszechświatowych od tej chwili pojawiają się konkurenci. Robią to samo i oferują taniej. Taniej nie o 2-5-10%. Taniej o 50-75-90%! I sprzedać nie mogą. Dlaczego? W farmacji jest silnie rozbudowany element wyłączności. Oprócz patentu przemijającego, jest jeszcze instytucja znaku słownego, nazwy zastrzeżonej bezterminowej.

Praktycznie każdy lek oprócz WHO-wskiej nazwy międzynarodowej ma zarejestrowaną nazwę firmową, zastrzeżoną w urzędzie patentowym, monopolistyczną. Producent nowego leku przez cały okres ochrony patentowej starannie unika nazwy międzynarodowej, wielkimi nakładami na reklamę przyzwyczajają rynek, zwłaszcza lekarzy do nazwy markowej. Po okresie ochrony firma „z przyzwyczajenia” przez 30-40-50 lat łupi ceny monopolistyczne.

To jest gigantyczny temat wymykający się spod uwagi lekarzy. Oni są stworzeni do leczenia, a nie do biznesu. Jeśli ich coś interesuje oprócz zdrowia pacjenta, to ich bezpieczeństwo. A bezpieczniej jest ordynować jeszcze w 2009 r. Norvasc (amlodipinę), który pomagał przez 25 lat, choć to już jest starość zastępowalna przez 17 identycznych amlodipin,

np. Amlonor aż do 6 razy tańszych. Przy zapotrzebowaniu rocznym na około 10 mln opakowań amlodipiny bezsensowny wydatek może oscylować od 80 do 500 mln złotych. Na szczęście Norvasc już został skreślony z refundacji i nie waży wiele. Ale np. przy też ważkim leku ramiprilu refundowany markowy Tritace w receptach dominuje, choć nadal jest droższy od synonimów konkurencyjnych np. Axtilu, 3,3 raza, i pożera zupełnie niepotrzebnie różnicą ceny 100 mln zł.

Jeśli przy jednym leku przepłacamy 100 mln złotych, to przy wszystkich lekach czyni to kilka miliardów. Jest o czym mówić.

W niniejszej analizie dajmy spokój ministrowi zdrowia i jego ułatwianiu wyzysku wadliwymi listami refundacyjnymi. Skoncentrujmy się na rynku aptecznym, na którym mamy tysiące leków, a pośród nich po 5-10-20 synonimów droższych i tańszych. O których klient/pacjent nie ma zielonego pojęcia.

Co robi sprzedawca markowy, drogi, by zwiększyć sprzedaż? Obniża cenę? Obserwacja rynku tego nie potwierdza. Obniżka ceny nie zapewnia sukcesu handlowego, bo tanich synonimów jest już 10-15. Były monopolista zapewnia sukces wysoką ceną nominalną i udzielaniem rabatów, próbek, darowizn, wycieczek itp. dobrodziejstw. Orgia korupcyjna jest niewyobrażalna. Nawet minister Pitera nie ma jej obrazu. To się nie mieści w głowie.

Najbardziej hucpiarskie były triki rabatowe przy drogich lekach podstawowych dyspensowanych po zł 3,20. Firma steruje łapówkami via hurtownię i apteki tak, by pacjent nic nie płacił za drogą markę kosztującą np. 150 zł, gdy za tanią, identyczną kosztującą 100 zł, musi płacić. Pacjent zainteresowany nic nieplaceniem prosi lekarza o drogą markę (tylko ta mu pomaga): firma zarabia zł 50,00 na różnicy ceny minus zł 3,20. Narodowy Fundusz Zdrowia traci zł 50,00.

Najmniej hucpiarskie, ale najbardziej powszechne jest finansowanie wybranych hurtowni i aptek odstępstwami od wysokich cen. Hurtownie i apteki idą na ten lep mający różnorodną postać rabatów, programów lojalnościowych, pakietów, w obawie, że jak nie pójdą, to konkurencyjne hurtownie i apteki ich wykoszą. W rezultacie biedne staruszki, a nawet niedołężni staruszkowie biegają od apteki do apteki w poszukiwaniu leku drogiego, który im się wydaje tanim, bo jest nieco mniej drogi.

Proceder dotyczy nie tylko synonimów. Obejmuje również analogi. Przecież trzeba być bardzo naiwnym, by wierzyć, że perindopril (Prestarium) analog enalaprilu, ramiprilu, captoprilu bardziej od niego renomowanych i 5 razy droższy osiąga w Polsce największą sprzedaż rzędu 150 mln złotych ot tak sobie. Że ktoś się o to nie stara. Ten ktoś zarabiając extra 120 mln może mieć gest. Tylko jaki? Nie nam bawić się w prokuratora.

Nam prosić Ministra Zdrowia o wyznaczenie ceny perindoprilu na poziomie ceny enalaprilu i ramiprilu. Ingerencja państwa jest nieodzowna. Jeśli firma nie zechce oferować perindoprilu taniej, niech nie oferuje. Zdrowie narodu nic nie ucierpi.

Najtrudniej jest ingerować państwu w gorszą połowę rynku, tę połowę leków mniej ważnych zdrowotnie, wydawanych i na receptę, i bez recepty. Tu orgia korupcyjna ma szanse utrzymać się na wieki. Chyba, że rząd polski zacznie się uczyć rządzić lekami od rządu francuskiego, niemieckiego i innych mądrych rządów, tak jak to robił przed wojną. Tam rządy świadome farmaceutycznej towaroznawczej ciemnoty ludności stoją na jej straży. Np. w Niemczech do dziś Aspirin tabl 500 mg kosztuje jednakowo w każdej aptece (Eur 4,86). Choć jest to produkt nierefundowany, całkowicie wyjęty spod interesu finansowego państwa.

Ceny nie muszą być stop. Mogą być każdej chwili korygowane przez producenta, zwłaszcza obniżane stosownie do konkurencji. Rzecz w tym, by były jednakowe we wszystkich hurtowniach i aptekach. By producent nie mógł spekulować ceną, nie mógł sterować popytem ku lekom droгим za pomocą rabatów (łapówek).

Warto wiedzieć, że w krajach farmaceutyczno-ekonomicznie cywilizowanych praktyka rabatów istnieje, ale tylko na styku producent-kasa chorych (towarzystwo ubezpieczeń); na styku producent-hurtownik, hurtownik-apteka, jest ustawowo zakazana.

dr Tadeusz J. Szuba



mgr Sylwester Majewski

Szansa aptekarzy warszawskich na wygraną z NFZ w sprawie Diphereliny !

Sądowe spory aptek z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie rozliczeń z tytułu refundacji (casus: Zoladex, Diphereline)

W dniu 14 maja 2009 r. przed Sądem Rejonowym dla m. st. Warszawy zapadł jeden z pierwszych wyroków w sprawie dotyczącej prawidłowości realizacji przez farmaceutów (i apteki) recept wystawionych m.in. na leki Zoladex oraz Diphereline, które kwestionował w toku przeprowadzanych kontroli Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zgodnie z tym wyrokiem Sąd orzekający zasądził całą dochodzoną pozewem przez podmiot prowadzący aptekę od NFZ kwotę refundacji wraz z kosztami procesu. Tym samym uznał, iż dokonywanie potrąceń kwestionowanych przez NFZ kwot było niezgodne z obowiązującymi przepisami prawa.

Sąd w ustnych motywach swojego rozstrzygnięcia uznał, iż apteka realizująca recepty wystawione na 3 opakowania leku Zoladex z podanym sposobem dawkowania 1 opakowanie na 1 miesiąc oraz bez podanego sposobu dawkowania, wydając 2 opakowania, postąpiła prawidłowo i zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności z przepisami § 8 oraz § 19 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich.

Tym samym została potwierdzona prawidłowość postępowania przez apteki przy realizacji recept wystawionych na leki w ilości nie przekraczającej 3-miesięcznego stosowania.

Sąd dodatkowo stwierdził, iż to lekarz przepisujący receptę na leki bierze odpowiedzialność za prawidłową terapię pacjenta, a apteka w której jest realizowana dana recepta nie ma możliwości wkraczania w ten zakres uprawnień lekarza i kwestionowania

podanej ilości leku i sposobu jego dawkowania, poza wyjątkami wynikającymi z przepisów, w których przedmiotowy przypadek się nie mieścił.

Przedmiotowy wyrok nie jest jeszcze prawomocny, NFZ chcąc bronić swojego dotychczasowego stanowiska, będzie najprawdopodobniej składał od niego apelację.

Tym niemniej już w chwili obecnej wyrok ten pokazuje, iż interpretacja stosowana dotychczas przez NFZ w analogicznych sprawach nie jest właściwa, a dość kosztowna dla środków publicznych, którymi dysponuje, w imieniu ubezpieczonych, Narodowy Fundusz Zdrowia.

(sygn. akt sprawy pierwszej instancji I C 222/09).

Sylwester Majewski
Radca
prawny



Interpelacja w sprawie rozbieżności pomiędzy przepisami prawa, a praktyką NFZ

Apteka „Św. Błażeja”
T. Kloc i Cz. Wręczycka s.c.
ul. Szymały 140a 41-933 Bytom

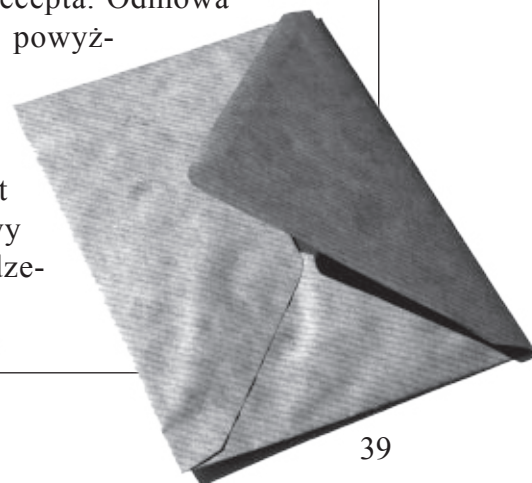
Sz.P.
Posel na Sejm RP
Wojciech Szarama

Pragnę Pana jako posła z mojego okręgu i jednocześnie jako stałego klienta mojej apteki zainteresować sprawą pogarszającej się sytuacji wielu moich pacjentów. Bez względu na egzekwowanie przez NFZ bezdusznych przepisów zmusza mnie, koleżanki i kolegów z innych aptek, do odmowy realizacji recept pacjentom, którzy mają uprawnienia do otrzymywania leków refundowanych.

Pacjent ma bezdyskusyjne prawo do otrzymania przepisanej leku niezależnie od drobnych błędów formalnych popełnionych przez lekarza przy wystawianiu recepty: niepełne dane adresowe, niechlujnie odcisnięta pieczęć lekarza bądź poradni, a poprzez to nieczytelny numer prawa wykonywania zawodu lekarza, nr REGON lub numer telefonu. Pacjent jest ubezpieczony i nikt mu nie może odebrać tego prawa, a w żadnym wypadku NFZ wyszukując nieznaczących usterek.

Obowiązkiem NFZ jest pokrywanie kosztów zakupu niektórych leków sprzedawanych pacjentom w aptekach. W obliczu rosnących kosztów refundacji NFZ znalazł jednak sposób na szukanie oszczędności kosztem pacjentów i aptekarzy. Kontrolerzy NFZ dokonują bardzo szczegółowej analizy zrealizowanych w aptece recept. Fundusz wychodzi przy tym z założenia, że każda zrealizowana w aptece recepta musi odpowiadać wszelkim wymogom formalnym przewidzianym przez rozporządzenie ministra zdrowia z 17 maja 2007r. w sprawie recept lekarskich. W razie jakichkolwiek uchybień formalnych NFZ żąda zwrotu wypłaconej danej aptece refundacji.

Praktyka wskazuje, że w wypadku mniejszych aptek takie żądanie może doprowadzić do likwidacji placówki, tym bardziej, że żądane kwoty refundacji sięgają nawet kilkuset tysięcy złotych. Tymczasem przepisy enumeratywnie wymieniają sytuacje, kiedy może nastąpić odmowa wydania produktu leczniczego: gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie co do autentyczności recepty, osoba, która przedstawiła receptę do realizacji, nie ukończyła 13. roku życia lub zachodzi uzasadnione podejrzenie co do wieku osoby, dla której została wystawiona recepta. Odmowa wydania produktu leczniczego w innych niż określone w powyższym przepisie przypadkach naraża farmaceutę na zarzut narażenia chorego na utratę zdrowia lub życia. Jednocześnie nie jest obowiązkiem pacjenta, ani aptekarza bieganie z receptą do poprawy. Jak lekarz robi błędy to od tego jest NFZ by te błędy u lekarza ścigać, NFZ ma podpisane umowy z lekarzami, że będą wystawiać recepty zgodnie z rozporządzeniem, a jak nie to wystawiający zwrócić refundację.



Tymczasem łatwiej jest dokonać potrąceń z bieżącej refundacji aptece, lub zmusić ubezpieczonego przeciw pacjentowi do realizacji recepty bez należnej mu ulgi. To bandycki proceder.

Uzdrowieniem tej sytuacji byłoby:

Apteka ma realizować recepty niezależnie od nieznaczających błędów formalnych lekarza, a NFZ ma te sprawy kontrolować zgodnie z rozporządzeniem.

Kontrola wystawiania recept na refundowane leki i wyroby medyczne obejmuje badanie i ocenę prawidłowości działań osób wystawiających recepty, a w szczególności:

1. zgodność danych umieszczonych na receptach z prowadzoną dokumentacją medyczną;
2. prawidłowość i zasadność wystawienia recepty.

Kontrola realizacji recept na refundowane leki i wyroby medyczne obejmuje badanie prawidłowości działań osób wydających leki, w tym:

1. prawidłowość zrealizowania i otaksowania recept;
2. prawidłowość ilości wydawanych leków i wyrobów medycznych, w tym również wielkości wydawanych opakowań;
3. przestrzeganie terminów realizacji recept.

NFZ może zabierać pieniądze ale wtedy gdy jest rzeczywista szkoda materialna NFZtu, czyli gdy wydano zbyt dużo leku, zrealizowano receptę przeterminowaną, lek dostał pacjent nieubezpieczony, w pozostałych przypadkach nie ma żadnej szkody, gdyż mimo błędów formalnych na recepcie lek otrzymuje właściwa osoba !

Tylko taka interpretacja istniejących i obowiązujących przepisów, należycie zabezpieczałaby prawa wszystkich zainteresowanych stron.

W imieniu moich pacjentów, moich koleżanek i kolegów aptekarzy, Proszę Pana Posła o interpelacje do minister zdrowia w sprawie rozbieżności pomiędzy przepisami prawa, a praktyką NFZ.



Z poważaniem - mgr farm. Tomasz Kloc

Poinformujmy wszystkich o bezprawnych działaniach NFZ

PROSZĘ WSZYSTKICH O POMOC w wysyłce poczty email w sprawie praktyk stosowanych przez NFZ

Szanowne Koleżanki i Koledzy

Do wszystkich, którym leży na sercu normalne funkcjonowanie aptek i opieka nad pacjentem a w szczególności zakończenie łamania prawa i zbójeckich praktyk NFZ.

Proszę poniższy list, lub dowolny napisany we własnym imieniu, rozesłać jak najszerzej, a w szczególności do Prezydenta, Premiera, Ministrów, Parlamentarzystów, Mediów, itd...

Może razem uda nam się przywrócić respektowanie praw pacjentów i normalne funkcjonowanie aptek.

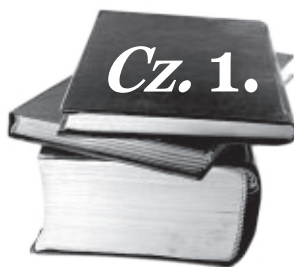
Stanisław Piechula

Szczegóły

www.katowice.oia.pl



Receptura w codziennej praktyce aptecznej



dr n. farm. Lucyna Bułaś

Indywidualizacja farmakoterapii w aptece polega między innymi na dobraniu dawki i stężenia leku recepturowego do potrzeb danego pacjenta. Pomimo wielu negatywnych wypowiedzi dotyczących receptury, przygotowanie leku recepturowego w aptekach stanowi nadal istotną część pracy farmaceuty. Posiadana wiedza nabyta na studiach ułatwia wykonanie leku złożonego. Wiedza ta powinna być jednak stale weryfikowana i aktualizowana by wykluczyć nieprawidłowe sporządzenie leku prowadzące do zmian fizykochemicznych jego postaci, a nawet braku pożądanego efektu farmakologicznego.

Dzisiejszym artykułem chciałabym przypomnieć niektóre zasady związane z praktyką apteczną.

W recepturze często korzysta się zarówno z podręczników do receptury jak i z farmakopei. Obecnie tylko nieliczne apteki posiadają Farmakopeę Polskie od tzw. „II” z 1937 roku, po wydaną w 2008r. trzy tomową Farmakopeę VIII.

W Farmakopei VIII T. III, na stronach od 3262 do 3317 podano wykaz dawek substancji czynnych. Przed tym wykazem widnieje informacja, że wykaz ten zastępuje wykaz dawek opublikowanych w FP VI 2002 w zakresie substancji czynnych, których monografie opublikowane są jednocześnie w FP VI 2002 i FP VIII 2008.

Oczywiście, zwyczajem stosowanym od lat, w tego typu publikacjach znajduje się definicja dawki zwykle stosowanej (dawki zalecanej) oraz dawki maksymalnej. W przypadku produktów leczniczych do użytku zewnętrznego podano zakresy stężeń.

Na uwagę zasługuje fakt zmiany informacji w odniesieniu do cytowanej Farmakopei VI, w której w przypadku przekroczenia dawek maksymalnych i braku możliwości kontaktu

z lekarzem zalecano obniżenie dawki do dawki największej, lecz zwykle stosowanej.

Obecnie, w Farmakopei VIII cyt.: „w przypadku gdy z treści recepty wynika zastosowanie przez lekarza dawki przekraczającej dawkę maksymalną, a brak jest właściwego oznaczenia dawki na recepcie, farmaceuta wydający lek powinien porozumieć się z lekarzem, który wystawił receptę, w celu potwierdzenia świadomego przekroczenia przepisanej dawki. W przypadku niemożności wyjaśnienia celowości przekroczenia maksymalnej dawki, jednorazowej lub dobowej, farmaceuta wykonuje lek lub wydaje lek w dawce odpowiadającej dawce maksymalnej z uwzględnieniem przepisanej drogi podania leku i częstotliwości podania.”

W tak krótkim zapisie zmieniono wiele istotnych kwestii. W odniesieniu do obowiązującego rozporządzenia w sprawie recept lekarskich, w § 7 ust. 2 zobowiązano lekarza do właściwego oznaczenia w przypadku świadomego przekroczenia dawek maksymalnych wyłącznie przy produktach leczniczych zawierających w swoim składzie substancję psychotropową czy środek odurzający.

Jednak podobny zapis do podanego w farmakopei jest zawarty w § 3 ust 1. pkt. 4 rozporządzenia w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych cyt.: „Osoba sporządzająca lek recepturowy (...), zmniejsza ilość surowca farmaceutycznego w składzie leku recepturowego do wielkości określonej przez dawkę maksymalną, jeżeli:

- dawka maksymalna jest dla tego surowca ustalona,
- ze składu oraz sposobu użycia podanego w recepcie wynika że nastąpiło przekroczenie dawki maksymalnej, a wystawiający receptę nie uczynił adnotacji o konieczności zastosowania dawki wskazanej w składzie leku.

Według cytowanego zapisu podanego z Farmakopei VIII. T. III. farmaceuta może wydać lek w przypadku przekroczenia dawki maksymalnej wyłącznie po potwierdzeniu przez lekarza świadomego przekroczenia dawki jednorazowej i dobowej niezależnie od przynależności do wykazu. Jednak w zapisie tym nie podano w jaki sposób zaznaczyć na receptce aby wykonujący lek miał potwierdzenie, że dawka podana w receptce to „świadome przekroczenie dawek maksymalnych jednorazowych i dobowych”. Wydaje się, przez analogię do zapisu z rozporządzenia, aby w miejscu tym był wpisany wykrzyknik podpis i pieczęć lekarza.

Zaznaczona w definicji częstotliwość podania nawiązuje do słynnego wpisanie w miejscu „Signum” słowa „wiadomo”. Jeśli nie podano częstotliwości zażywania danego leku recepturowego należy ustosunkować się do dawki maksymalnej dobowej. Farmaceuta musi ją doprecyzować przy wydaniu leku zaznaczając że „nie można przyjmować więcej niż ... na dobę”.

Prześledzić możemy podane powyżej informacje na przykładzie mieszanki zawierającej tzw. bromki.

Niekiedy lekarze zapisują pacjentom pojedyncze sole zawierające brom np. bromek sodowy, potasowy lub amonowy. Wymienione surowce recepturowe znajdują się w tzw. pozostałych surowcach (wykaz C). Przechowywanie substancji z tej grupy w naczyniach recepturowych (sztrandach) wymaga właściwego oznakowania tj. czarnego napisu na białym tle otoczonym czarną obwódką. Wiele osób nie kontroluje dawkowania w obrębie tych surowców, co zapewne jest błędem w praktyce aptekarskiej, bo przecież dla niektórych surowców farmaceutycznych z tego wykazu również podane są dawki maksymalne. Klasycznym przykładem mogą tu być mieszanki z bromkami. Dla poszczególnych bromków Farmakopea określa wyłącznie maksymalną dawkę dobową. I tak dla potasowego i sodowego bromku maksymalna dawka dobową jest taka sama i wynosi 1,0 a dla bromku amonowego dawka ta wynosi 0,5. W przypadku przepisania w jednej receptce wszystkich trzech wymienionych bromków należy dokonać kontroli dawkowania z uwzględnieniem łącznej ich dawki. W wykazie dawek substancji czynnych podano następującą informację: „Uwaga: dla preparatów zawierających więcej niż jedną sól bromkową maksymalna łączna dawka dobową wynosi 1,0 (w tym bromku amonowego maksymalnie 0,5)”. Na wielu recepturach z przepisany

solami bromków wypisana ich ilość przekracza dawkę maksymalną dobową i dlatego wymaga stosownej adnotacji, której dokonać powinien lekarz.

Surowcem farmaceutycznym znajdującym się w tym samym wykazie (określanym potocznie jako C) jest także kwas borny. Wiadomym jest, że kwas borowy łatwo wchłania się z uszkodzonej skóry i z błon śluzowych. Ilość wchłonięta tymi drogami może niekiedy doprowadzić do zatrucia, natomiast jego działanie przeciwbakteryjne, nawet w roztworach nasyconych, jest słabe. Niektóre źródła literaturowe wręcz podają brak uzasadnienia do stosowania kwasu borowego w leczeniu. Ze względu na swoją toksyczność powinien być stosowany sporadycznie. Nie powinien być stosowany w składzie leków recepturowych przeznaczonych dla noworodków i niemowląt. Kwas borowy, jako jeden ze składników gałek dopochwowych, jest ulubionym surowcem w lekach złożonych przepisanych przez ginekologów

Obecnie określono stężenia tego surowca przy podaniu dopochwowym, zawężając je do 1% - 2%. Odnosząc podane wartości do masy gałki i przyjmując masę gałki jako 3,0 dopuszczalna zawartość acidum boricum w odpowiednim przeliczeniu wynosi od 30 mg (0,03) do 60 mg (0,06).

Przystępując do wykonania leku recepturowego w aptece zawsze pamiętajmy o odbiorcy leku - pacjencie, a zwłaszcza o jego bezpiecznej farmakoterapii w której nasz udział jest nie do przecenienia.

Oddzielnym zagadnieniem jest trwałość leków wykonanych w recepturze, do której nawiążę w odrębnym artykule.

*dr n. farm. Lucyna Bułaś
Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie farmacji aptecznej
Katedra Farmacji Stosowanej
41-200 Sosnowiec ul. Kasztanowa 3*

Piśmiennictwo:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002r w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych. (Dz. U.2002. Nr 183. poz.1531)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007r w sprawie recept lekarskich (Dz. U.2007. nr 97. poz.646 ze zm.)
- Farmakopea VIII T.3. 2008r



Cz. 2.

Zarządzanie inwestycjami w aptece



mgr farm. Krzysztof Majka

Jesteśmy przyzwyczajeni do korzystania z szufladek (aptecznych). Wprowadzają one ład i porządek, łatwiej jest znaleźć potrzebny specyfik. Staram się na wzór apteczny poszufladkować pewne wiadomości i procesy aby łatwiej było nam z nich korzystać. Na pozór są to rzeczy typowo teoretyczne i mało przydatne jednak błąd popełniony przy inwestowaniu może okazać się bardzo przykry w skutkach i może wpłynąć na istnienie apteki.

Uwarunkowania wewnętrzne

Wśród czynników inwestycyjnych mających źródło w przedsiębiorstwie na uwagę zasługują cechy jakościowe oraz ich relacja do produktów konkurencyjnych, ulokowanych na rynku przez innych producentów. Sposobem na osiągnięcie produkcji na wysokim poziomie jest inwestowanie w park maszynowy, a także w technologie. Podjęcie decyzji inwestycyjnej w powyższym zakresie nie oznacza, że produkowane w tych nowoczesnych warunkach produkcyjnych wyroby będą spełniać bardzo skomplikowane uwarunkowania dzisiejszego rynku, i że popyt na nie będzie utrzymywać się na niezmiennym poziomie. Dla zapewnienia wzrostu przedsiębiorstwa ważne jest nie tylko inwestowanie w nowoczesne procesy produkcyjne, lecz przede wszystkim inwestowanie w optymalnym momencie. Jak to się ma do apteki. Postaramy się odpowiedzieć na kilka pytań:

Czy nasza apteka wykonuje leki robione?
Czy wykonuje leki jałowe?
Czy posiadamy ungwater?

Tylko odpowiedź 3 razy tak potwierdza, że nasza apteka jest prowadzona prawidłowo. Choć jedna odpowiedź nie świadczy o tym że musimy zainwestować.

Cykl rozwoju przedsięwzięcia inwestycyjnego

Przedsięwzięcia inwestycyjne powstają w pewnym czasie. Okres ten składa się z kolejnych faz, tworzących cykl życia przedsięwzięcia, zwanym również cyklem rozwojowym przedsięwzięcia inwestycyjnego. Cykl obejmuje następujące fazy:

- faza przed inwestycyjna
- faza inwestycyjna
- faza operacyjna

Faza przed inwestycyjna to:

- identyfikacja możliwości inwestycyjnych (studium możliwości)
- wstępna selekcja przedsięwzięcia (studium przed realizacyjne)
- formułowanie przedsięwzięcia (ostateczna wersja przedsięwzięcia)
- ocena przedsięwzięcia i decyzja inwestycyjna.

Studium możliwości

Studium możliwości ma za zadanie identyfikację kierunków inwestowania, które mogą się przekształcać w konkretne przedsięwzięcia inwestycyjne.

Studium przedrealizacyjne

Zasadniczym jego celem jest wskazanie, że zbadane zostały wszystkie warianty przed-

siewzięcia. Koncepcja przedsięwzięcia uzasadnia przeprowadzenie analizy szczegółowej w formie studium ostatecznej wersji przedsięwzięcia. Na podstawie dostępnych informacji przedsięwzięcie nadaje się do realizacji lub jest możliwe do realizacji.

Ostateczna wersja przedsięwzięcia (dotycząca apteki) powinna zawierać:

- wielkość nakładów inwestycyjnych
- koszty
- dochody z inwestycji
- stopę zwrotu zainwestowanego kapitału.

Ocena przedsięwzięcia

Wyniki oceny - w tym ostateczne decyzje inwestycyjne i finansowe zawarte są w raporcie oceniającym. Raport ma zazwyczaj budowę modułową i składa się z następujących części:

- moduł popytu
- moduł zarządzania i siły roboczej
- moduł finansowy
- moduł ekonomiczny

Faza inwestycyjna

Rozpoczyna się w momencie podjęcia decyzji o realizacji przedsięwzięcia inwestycyjnego. Można wyróżnić następujące etapy:

- etap projektowania technicznego
- etap negocjacji i zawierania umów w sprawie finansowania przedsięwzięcia, nabycia technologii, dostaw sprzętu i urządzeń, zakupu usług
- etap szkolenia personelu
- etap oddania inwestycji do eksploatacji.

Faza operacyjna. Trwa od rozpoczęcia produkcji do likwidacji obiektu.

Formułowanie i ocena strategii przedsięwzięcia

Proces budowy strategii. Inwestycje są głównym i rzeczywistym sposobem realizacji strategii firmy, przy czym ich forma jest zdeterminowana rodzajem, wielkością nakładów i źródłem finansowania. Strategia inwestycyjna polega na ustalaniu przesłanek i celów inwestowania (uwzględniając pobyt na dobra i usługi), które wynikają z celów strategii globalnej oraz na podjęciu decyzji inwestycyjnej, tzn. na

jaką skalę i w jaki rodzaj aktywów należy zainwestować kapitał.

W przedsiębiorstwie produkcyjnym (a takim jest, a wręcz powinna być apteka) przesłanki inwestowania sprowadzić można do następujących grup:

Dążenie do zwiększenia dochodu poprzez:

- zwiększenie wyniku finansowego
- zwiększenie ryzyka

Dążenie do rozwoju majątku trwałego

Strategiczne planowanie inwestycji w przedsiębiorstwie obejmuje dwa etapy:

1. Formułowanie strategii inwestycyjnej.

Określenie i rangowanie potrzeb inwestycyjnych - ustalenie przesłanek i celów inwestowania w powiązaniu z celami strategicznymi firmy. Rozpoznanie potencjalnych możliwości finansowych własnych i obcych - analiza rynku kapitałowego, analiza struktury i kosztu kapitału finansowego firmy, ocena kondycji finansowej firmy.

2. Realizacja i ewentualna modyfikacja strategii inwestycyjnej.

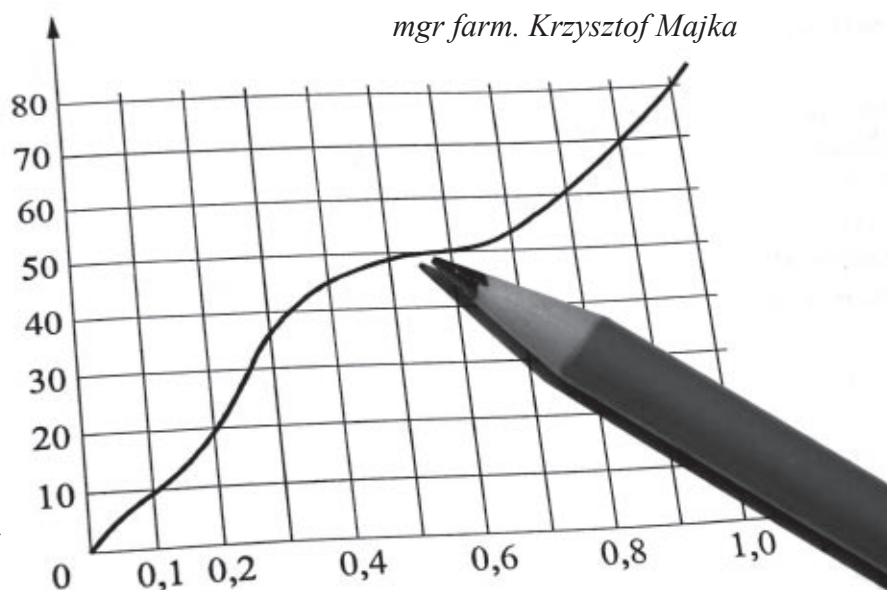
Musimy inwestować aby się rozwijać, róbmy to z dużą rozważą!

W następnym artykule będę chciał się zająć finansami przedsięwzięć inwestycyjnych.

*Pytania i uwagi proszę przysyłać na:
majka.krzysztof@farmaceuta.pl*

Z poważaniem

mgr farm. Krzysztof Majka



dr n. farm. Franciszek Nowak

historyk farmacji, działacz społeczno polityczny (1901 - 1983)



prof. Dionizy Moska



W dniu 29 lipca 1983r. zmarł w wieku 82 lat nestor farmacji śląskiej, społecznik i historyk farmacji, członek honorowy Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego oraz Poleskiego Towarzystwa Historii Medycyny, dr n. farm. Franciszek Nowak z Katowic.

Urodził się 28 października 1901r. w Witkowicach w powiecie miechowieckim. Przed rokiem opublikowania została (Farm. Pol. 38 nr 12, 685-704, 1982) obszerna autobiografia Zmarłego wraz ze spisem jego najważniejszych publikacji, ponadto życiorys jego był opisany (Farm. Pol. 36, 224, 1980) z okazji otrzymania członkostwa honorowego PTFarm. Ograniczę się zatem w tym miejscu do opisanie uroczystości pogrzebowych, które odbyły się w dniu 1 sierpnia na cmentarzu rzymsko-katolickim w Katowicach.

Liczne grono przyjaciół, kolegów i znajomych żegnało tego niezwykle, pracowitego i wielce zasłużonego farmaceuty. W imieniu Oddziału Katowickiego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego pożegnał zmarłego przewodniczący Oddziału dr farm. Dionizy Moska, zaś w imieniu Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji - dyrektor Biblioteki Głównej Śląskiej Akademii Medycznej dr Alfred Puzio. Słowo pożegnalne wygłosił również mgr Eugeniusz Kruza, sekretarz Klubu Seniora.

Dr D. Moska przemówił następującymi słowami:

„Szanowni zgromadzeni! Żegnam Zmarłego w imieniu zarządu Oddziału Katowickiego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, którego był członkiem przez ponad 30 lat. W dniu 29 lipca o godz. 13 zmarł po ciężkich

cierpieniach dr n. farm. Franciszek Nowak, pseudonim „Wiktor” oraz „Efen” - farmaceuta, działacz społeczny i polityczny publicysta, historyk, kronikarz, muzeolog, a nade wszystko patriota wielkiej miary i wychowawca młodzieży.

Życiorys Zmarłego jest tak bogaty, że mógłby faktami, pracą i osiągnięciami obdarzyć kilkunastu ludzi. Dr Franciszek Nowak był człowiekiem skromnym, o umyśle niespokojnym i twórczym do ostatnich dni swego życia. Od najmłodszych lat jego życie było trudne, wypełnione pracą, walką i nauką. W swoim pamiętniku (Farm. Pol. 38, 685, 1982) napisał: „Wcześniej zrozumiałem, że w pojedynkę trudno mi będzie borykać się z losem. Przynależność do organizacji młodzieżowych i związków zawodowych zapewniała poczucie koleżeńskie i więzi z innymi pracownikami służby zdrowia, stanowiła moralną pomoc i wyznaczała idee pracy społecznej. Ciężkie dzieciństwo i niepowodzenia oraz głęboko odczuwana niesprawiedliwość społeczna pozwoliły mi zrozumieć, że siła organizacji zawodowych polegała nie tylko na prowadzeniu walki o poprawę bytu ludzi pracy. Stowarzyszenia społeczne i zawodowe wytyczały również słuszną drogę działalności na rzecz ojczystego kraju i środowiska”.

Refleksje, które snują nad mogiłą - kontynuował dr D. Moska - rozświetla tylko niektóre fakty z jego życia, którego bogactwa i wielkości nie odda nic, cokolwiek zostanie tu powiedziane. Dwie postacie ukształtowały zasadniczo osobowość dra F. Nowaka. Jednym z życzliwych mu ludzi, któremu Zmarły zawdzięczał najwięcej, był Prezes Związku Młodzieży Rzemieślniczo-Handlowej, ksiądz Mieczysław Kuznowicz z Krakowa, zasłużony społecznik i przyjaciel młodzieży. Odegrał on w życiu dra F. Nowaka wyjątkową rolę. Drugą postacią, która wywarła silny wpływ na Zmarłego, był poznany przez

niego w Cieszynie w latach 1934-1936 wybitny działacz socjalistyczny, poseł na sejm Tadeusz Reger, który zachęcił dra F. Nowaka do wstąpienia do Polskiej Partii Socjalistycznej. Te dwie postacie głównie spowodowały, że Zmarły uczestniczył przywódczo w pracach społecznych i zawodowych, zawsze łącząc te dwie dziedziny.

Dyplom magistra farmacji uzyskał w 1928r. na Uniwersytecie Jagiellońskim. W czasie studiów pełnił funkcję prezesa Koła Farmaceutów Studentów UJ. Po studiach pracował w wielu aptekach: w Krakowie, Warszawie, Gdyni, Bydgoszczy, Bielsku, Cieszynie, Rybniku i Szopienicach.

Już w latach dwudziestych był członkiem Związku Zawodowego Farmaceutów Pracowników Rzeczypospolitej Polskiej i jego aktywnym działaczem: prezesem oddziału bydgoskiego, a następnie oddziału w Bielsku-Białej w 1934r. Na Śląsk Cieszyński dr F. Nowak przybył w 1939r. W aptecę „Starej” w Szopienicach podjął pracę w 1958r. i z tym miastem był odtąd związany aż do emerytury. W Szopienicach pełnił m.in. obowiązki przewodniczącego Miejskiej Rady Narodowej.

W czasie wojny obronnej w 1939r. brał czynny udział w krakowskim V Baonie Sanitarnym. W czasie okupacji przebywał w obozie koncentracyjnym w Dachau



w 1940r., skąd po kilkunastu miesiącach został zwolniony. W latach 1941-1945 był działaczem konspiracyjnym Armii Krajowej w Wolbromiu w pow. miechowski. Po wyzwoleniu powrócił na Śląsk i tu pracował na stanowisku kierownika apteki w Katowicach - Szopienicach. Nawiązał współpracę z Polską Partią Socjalistyczną, by w jej szeregach móc jak najlepiej spełniać obowiązki wobec ojczyzny.

Przez dwie kadencje był przewodniczącym Towarzystwa Uniwersytetów Robotniczych. Był również przewodniczącym Komitetu Gimnazjalnego, powołanego w celu utworzenia szkoły średniej w Szopienicach. W 1951r., po upaństwowieniu aptek, dr F. Nowak założył w Szopienicach miejscową Radę Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. W 1957r. był przewodniczącym Rady Zakładowej ZZPSZ przy Katowickim Zarządzie Aptek, a od 1958r. został wieloletnim (przez

22 lata) przewodniczącym Sekcji Farmaceutycznej przy Zarządzie Okręgu ZZPSZ w Katowicach. Sekcja ta m.in. wystosowała w 1963r. memoriał do Ministra Zdrowia i Op. Społ. W sprawie utworzenia Wydziału Farmaceutycznego przy Śląskiej Akademii Medycznej, co zostało zrealizowane w 1971r.

Historia farmacji i medycyny - to wielka pasja twórcza dra F. Nowaka. Przez prawie 30 lat był przewodniczącym Sekcji Historii Farmacji Oddziału Katowickiego PTFarm. Od 20 lat był członkiem Komitetu Redakcyjnego czasopisma „Farmacja Polska”. Zainteresowania historia i archiwistyka, które ujawniły się u dra F. Nowaka w 1946r., zaowocowały zbiorem różnych dokumentów liczącym dziś około 300 teczek, obroną w 1969r. pracy doktorskiej z historii farmacji w Akademii Medycznej w Łodzi, autorstwem ponad 200 opublikowanych artykułów naukowych, publicystycznych, kronikarskich. Zwłaszcza ostatnie ćwierćwiecze życia Zmarłego było wielką przygodą, ale i wielkim trudem - spotkaniem z nauką, pasją poszukiwania prawdy w historii farmacji i medycyny.

W 1964r. z inicjatywy dra F. Nowaka i innych farmaceutów oraz lekarzy powstał w Katowicach Oddział Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny. Jego prezesem był Zmarły przez kilkanaście lat. Dr F. Nowak z zaangażowaniem pracował również w Katowickim Towarzystwie Społeczno-Kulturalnym; pasjonował się muzealnictwem.

Za swoją wybitną i piękną działalność Polskim Towarzystwie Farmaceutycznym został zaszczycony medalem Ignacego Łukasiewicza oraz godnością członka honorowego Towarzystwa.

Dra F. Nowaka poznałem 25 lat temu. Od tego czasu dużo pracuję społecznie, a właściwie przez te długie lata pracowaliśmy razem.

Zmarły wciągnął mnie w życie społeczno-zawodowe i naukowe, nasze ścieżki były wspólne lub krzyżowały się. Był dla mnie nauczycielem, wzorem pracowitości i działania. Dr F. Nowak napisał w swoim pamiętniku niezwykle ciekawe i aktualne słowa: „Pamiętam jednak zawsze o przestrobach wychowawców i przełożonych harcerskich, którzy uczyli mnie w młodości szacunku dla ludzi starszych i zalecali przeciwstawianie się złu oraz reagowanie na widoczne nieprawości. Zasady prawa harcerskiego uczyły mnie na zjawiska łamania praworządności i lekceważenia dobra społecznego”.

Jeżeli coś w życiu dobrego zrobiłem lub osiągnąłem, jest w tym również zasługa Zmar-

łego. Nie jestem jednak sam; doktora Franciszka Nowaka żegna dziś wielu jego uczniów, współpracowników, kolegów i przyjaciół. Był bardzo wymagający, nie dawał nam spokoju do ostatnich dni swojego bogatego i czynnego życia: ciągle o czymś przypominał, coś zalecał, do czegoś dążył, dawał nam rady i propozycje. Był to niezwykle czynny twórczo umysł i wspaniały człowiek, nad podziw pracowity.

Doktorze Nowaku, przyjacielu! Przrzekam Ci w imieniu żegnających Cię Kolegów i własnym, że uczynimy wszystko, aby testament Twojej twórczej pracy był kontynuowany. Mistrzu! Marzyłeś o muzeum farmacji na Śląsku i Zagłębiu; załazek jego tworzy się na Wydziale Farmaceutycznym Śląskiej Akademii Medycznej. Będzie to muzeum Twojego imienia. Młodzież akademicka uczyć się będzie w nim historii na Twoich zbiorach, pracach, książkach. W ten sposób muzeum to będzie żywe przez Twoich następców, uczących się farmacji, zgłębiających jej nauki, kulturę i sztukę.

Żegnamy Cię, przyjacielu i mistrzu! Twoje zmęczone życiem ciało odeszło, ale duch Twoich myśli i pasji działania pozostał i będzie zawsze z nami. Katowickie środowisko farmaceutyczne nigdy Cię nie zapomni; tacy jak Ty pozostają wśród żywych, Cześć Twojej pamięci!”

Następnie nad grobem Zmarłego przemówił dr Alfred Puzio: „Szanowni uczestnicy żałobnej uroczystości ! Przez rok zaledwie trwała moja bliższa znajomość i współpraca w Polskim Towarzystwie Historii Medycyny i Farmacji ze zmarłym śp. dr Franciszkiem Nowakiem; pomimo to pozostawiła ona po sobie trwałe ślad. Poznałem bowiem człowieka niezwykle pracowitego do ostatnich dni swojego życia, pogodnego i życzliwego, gotowego nieść pomoc innym: człowieka ogarniętego pasją pracy społecznej i naukowej nad dziejami medycyny i farmacji”, uwieńczonej bogatym dorobkiem naukowym; człowieka oddanego bez reszty sprawie Oddziału na Śląsku Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji, którego był współzałożycielem i w którym pełnił funkcję zastępcy przewodniczącego, a później przewodniczącego. Po złożeniu rezygnacji z tej funkcji ze względu na wiek i stan zdrowia został wybrany członkiem honorowym Towarzystwa.

Jeszcze kilka miesięcy temu dr Franciszek Nowak aktywnie uczestniczył w przygotowaniach i w przebiegu XIII Ogólnopolskiego

Zjazdu PTHMiF we wrześniu 1982t. w Katowicach. Kilka tygodni temu, przeczuwając zbliżający się kres swojego życia, był u mnie z materiałami i dokumentami z zakresu historii medycyny i farmacji, prosząc o ich zabezpieczenie i zachowanie dla następnych pokoleń. Takim poznałem dra F. Nowaka, takim go zapamiętałem, takiemu składałem dziś nad otwartą mogiłą należy hołd i szacunek, takiego żegnam w imieniu zarządu Oddziału Katowickiego PTHMiF w imieniu wszystkich jego członków oraz imieniu własnym”.

Z kolei zabrał głos mgr Eugeniusz Kruza, mówiąc:

„Dordzy przyjaciele! Występuję w imieniu Klubu Seniora przy Oddziale Katowickim PTFarm., którego członkiem z tytułu wieku był również dr Franciszek Nowak. Klub nasz działa mniej więcej od roku, a powstał właśnie dzięki inicjatywie i przy czynnym współudziale dra F. Nowaka. My seniorzy mieliśmy ostatnio najwięcej kontaktów z Nim na cotygodniowych dyżurach w miesięcznych zebraniach plenarnych. Podziwialiśmy Jego pracowitość, inwencję, pomysłowość, lecz w ostatnich tygodniach przyglądaliśmy się Mu ze wzrastającą troską, bowiem nikł w oczach. Do swojej choroby odnosił się z wielką godnością. Znamienne mogą być jego słowa, skierowane do dra Krzysztofa Brożka w czasie odwiedzin, brzmiące mniej więcej tak: „Mój instynkt samozachowawczy broni się i buntuje i to stwarza mi istotną trudność”. Czy godzimy się na to czy też nie, trzeba kiedyś odejść w przyszłą wieczność. Dlatego my seniorzy, którym z natury rzeczy w pierwszej kolejności przyjdzie odejść w Twoje ślady, mówimy Ci, kochany Franku, nie - żegnaj, ale - do widzenia; oby tylko po życiu tak godnie spędzonym jak Twoje ”.

Dr far, Franciszek Nowak był odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Odznaką „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”, Odznaką Tysiąclecia Państwa Polskiego, Złotą Odznaką „Zasłużonemu dla rozwoju woj. katowickiego”, medalem 30-lecia Polski Ludowej, medalem Ignacego Łukasiewicza.

Cześć Jego pamięci.

dr farm. Dionizy Moska

Źródło:

Przedruk z Farm. Polska nr 12, 1983r.

Nietrzymanie moczu to problem społeczny i skrywane cierpienie milionów Polek



prof. n. med. Marcin Krotkiewski

Nietrzymanie moczu (NTM) według ICS (International Continence Society) to nieświadome gubienie moczu stwarzające problemy zarówno natury higienicznej, jak i socjalnej. NTM dotyka obu płci, jednak stosunek zapadalności na to schorzenie wśród kobiet i mężczyzn wynosi 2 : 1. U mężczyzn najczęstszą przyczyną NTM jest przerost prostaty, natomiast u kobiet - porody oraz zmiany hormonalne związane z okresem przekwitania. Szacuje się, że na schorzenie to cierpi około 30% kobiet przed menopauzą i nawet do 60% kobiet po okresie klimakterium. W USA jest to około 13 mln, zaś w Polsce przynajmniej 3 mln kobiet. Skala problemu jest jednak zdecydowanie większa, gdyż wiele kobiet cierpi w milczeniu traktując objawy jako naturalny proces starzenia się, bądź jako dolegliwość zbyt wstydlivą by szukać pomocy. Według statystyk z objawami NTM do lekarza zgłasza się tylko co 10. kobieta. Przyjmuje się, że gdy częstotliwość występowania danego schorzenia przekracza 5% populacji na świecie, mówimy wówczas o chorobie społecznej. NTM w pełni zasługuje na taką definicję. Koszty leczenia NTM w USA sięgają około 15 mld dolarów, w Szwecji 2 mld koron, zaś w Polsce około 1.5 mld EURO rocznie.

Wyróżnia się następujące rodzaje NTM:

- **wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM)** - mimowolne popuszczanie niewielkich ilości moczu bez uczucia parcia, występujące głównie podczas wysiłku fizycznego (dźwiganie ciężarów, kaszel, bieg, podskakiwanie, gimnastyka, pływanie, itp.),

- **nagłe nietrzymanie moczu (NNM)** - to niezależna od woli utrata zwykle dużych ilości moczu występująca również podczas spoczynku i snu (nokturia),
- **nietrzymanie moczu typu mieszanego (MNM)** - to połączenie objawów WNM i NNM,
- **nietrzymanie moczu z przepelnienia** - to wynik upośledzonej kurczliwości wypieracza prowadzący do utraty moczu na skutek nadmiernego wypełnienia pęcherza moczowego,
- **przejściowe nietrzymanie moczu** - to powstać NTM będąca skutkiem działania czynników, takich jak infekcje dróg moczowych, zaparcia, czy też efekty uboczne przyjmowanych leków. Eliminacja tych czynników prowadzi zwykle do ustąpienia objawów choroby.

Badania wskazują, że u kobiet przed menopauzą występuje MNM z dominacją komponenty wysiłkowej, zaś wśród kobiet w okresie pomenopauzalnym - MNM z przewagą objawów NNM.

Do najistotniejszych czynników ryzyka wystąpienia NTM zalicza się częste **cięża** i **porody**, w tym również porody indukowane oksytocyną. Porody metodą cesarskiego cięcia są bezpieczniejsze w kontekście wystąpienia schorzenia, jednak nie gwarantują jego uniknięcia. Prawdopodobieństwo wystąpienia NTM zwiększa również masa płodu, jeśli przekracza 4 000 g. Kolejnym istotnym czynnikiem predysponującym do wystąpienia NTM

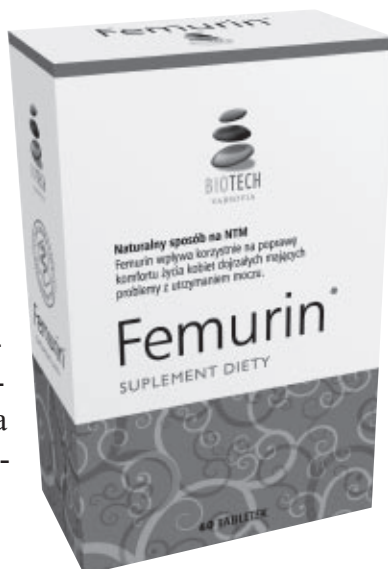
jest **menopauza**, czyli wygaśnięcie czynności hormonalnej jajników. W tym czasie częstotliwość występowania NTM wzrasta dwukrotnie. Ogromną rolę w rozwoju schorzenia odgrywa również **otyłość**. Badania wskazują, że u kobiet otyłych, głównie z otyłością typu jabłkowego (brzusznego), NTM występuje 4 – 5 razy częściej niż u kobiet z normalną wagą ciała. Na prawdopodobieństwo wystąpienia NTM mają także wpływ: **predyspozycje genetyczne** (NTM u matki i babci), **przewlekłe zaparcia, zakażenia dróg moczowych, czynniki neurologiczne** (stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, poliradikulopatia), **cukrzyca i neuropatia cukrzycowa, zabiegi i operacje ginekologiczne** oraz niektóre **leki** (inhibitory ACE wywołujące kaszel jako objaw uboczny, diuretyki, alfa blokery, leki antycholinergiczne, trójcycliczne antydepresanty, agoniści receptorów alfa 1-adrenergicznych).

Leczenie farmakologiczne NNM najczęściej polega na zastosowaniu antagonistów receptorów muskarynowych, które ograniczają nadmierną kurczliwość mięśnia wypieracza. Najbardziej znane w Polsce są **tolterodyna** i **solifenacyna**. W badaniach klinicznych nieznacznie lepiej tolerowana była solifenacyna, jednak aż 48% chorych odczuwało działania uboczne. W leczeniu stosuje się również **oksybutyninę**, dla której średni odsetek działań ubocznych sięga aż 70%. Do objawów ubocznych towarzyszących leczeniu w/w lekami należą m.in.: suchość w jamie ustnej zmuszająca do wypijania dużej ilości płynów, suchość śluzówki nosa, zamglone widzenie, zaparcia, zmęczenie, senność, suchość skóry, bóle głowy, objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego z upośledzeniem funkcji kognitywnych mózgu, bradykardia, dyspepsja i refluks żołądkowo - przełykowy, tendencje do zalegania moczu. Natomiast w leczeniu WNM stosuje się inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (duloksetyna - rzadko stosowana ze względu na objawy uboczne), trójcycliczne antydepresanty, estrogeny (efekty i wskazania są przedmiotem dyskusji), agoniści receptorów alfa 1-adrenergicznych (midodryna - rzadko polecana ze względu na wzrost ciśnienia i zwolnienie tętna). Leczenie farmako-

logiczne, ze względu na działania uboczne, jest więc często niezwykle uciążliwe, co sprawia, że wiele pacjentek zniechęca się i w końcu rezygnuje z terapii.

Dla osób, które źle tolerują leczenie farmakologiczne doskonałym rozwiązaniem może stać się **Femurin®** - preparat roślinny zawierający opatentowany, unikalny ekstrakt z pestek dyni oraz ekstrakt z soi. Femurin® przywraca właściwe napięcie i jędrność tkanek dna miednicy odpowiedzialnych za prawidłowe oddawanie moczu, normalizuje przepływ autonomicznych sygnałów nerwowych sterujących procesem oddawania moczu (hamuje nadpobudliwość skurczową zależną od aktywacji receptorów muskarynowych i wzmacnia aktywność receptorów adrenergicznych odpowiedzialnych za napięcie zwieraczy). Femurin® eliminuje również negatywne zmiany układu mięśniowo - więzadłowego dna miednicy związane z wiekiem i zaburzeniami hormonalnymi typowymi dla okresu klimakterium. Efekty działania preparatu Femurin® zostały potwierdzone naukowo. Co ważne, preparat jest dobrze tolerowany ponieważ nie wywołuje działań niepożądanych. Dzięki niemu pacjentkom łatwiej jest zaakceptować schorzenie i konieczną terapię.

Leczenie niefarmakologiczne jest bardzo ważne w NTM. Obejmuje ono przede wszystkim: modyfikację stylu życia, w tym m.in. **zmniejszenie masy ciała** (w przypadku nadwagi lub otyłości), **eliminację zaparć** (np. poprzez zmianę diety), **unikanie używek** (kawa, alkohol, papierosy), czy też zwalczanie zakażeń dróg moczowych. Stosuje się również elektrostymulację, stożki i kulki dopochwowe, czy też ćwiczenia Kegla. Te ostatnie polegają na kilkusekundowych skurczach mięśni pochwy i odbytu, podzielonych na serie i powtarzanych wielokrotnie w ciągu dnia w zależności od nasilenia objawów choroby. Dla wielu kobiet wyjątkowo korzystne jest połączenie leczenia niefarmakologicznego z naturalnym preparatem Femurin®.



*prof. Marcin Krotkiewski
mgr Justyna Kosińska*

Justyna Kosińska

Colostrum

- dar prosto z natury



mgr Justyna Kosińska

Colostrum to „wczesne mleko” wytwarzane przez samice ssaków tuż przed porodem oraz w pierwszych dniach po nim. Najwyższą wartość odżywczą posiada w pierwszych godzinach po porodzie stanowiąc dla noworodka nie tylko pokarm, lecz przede wszystkim źródło czynników uodparniających i wzrostowych. Wczesne mleko matki zawiera bowiem przeciwciała, białka odpornościowe, witaminy, minerały, aminokwasy oraz substancje odżywcze w stężeniach znacznie przewyższających ilości zawarte w zwykłym mleku. Ponieważ odporność noworodka na infekcje jest niska dlatego też podaż pierwszego mleka jest niezwykle ważna dla wzmocnienia i kształtowania jego układu immunologicznego.

Do najważniejszych zawartych w colostrum czynników immunostymulujących należą przeciwciała oraz białka odpornościowe takie jak lizozym, laktoferyny, czy też polipeptyd bogaty w prolinę (PRP). Immunoglobuliny działają ogólnie stymulująco na organizm chroniąc go przed infekcjami bakteryjnymi, wirusowymi i grzybiczymi. Odgrywają istotną rolę w uzupełnianiu niedoborów odpornościowych, które często towarzyszą między innymi nawracającym zakażeniom układu oddechowego. Liczne badania wskazują, że zasadnicze znaczenie ma tu uaktywnienie mechanizmów naturalnej odporności (ang. innate immunity). Skuteczność suplementacji colostrum bovinum (wczesne mleko krów) udowodniona została również w odniesieniu do zakażeń przewodu pokarmowego. Czynnikiem wzmacniającym odporność organizmu jest również lizozym, białko o właściwościach bakteriobójczych. Lizozym wykazuje oporność na działanie proteaz (enzymów trawiących białka), co pozwala zachować jego aktywność w cza-

sie przechodzenia przez przewód pokarmowy. Oporność na degradację proteolityczną wykazuje także PRP, który podobnie jak laktoferyny działa stymulująco na układ odpornościowy przyspieszając zwalczanie różnego rodzaju infekcji. Zaletą colostrum jest przy tym 10 - 100 razy wyższe stężenie laktoferyn w porównaniu do ich zawartości w zwykłym mleku. Badania dowodzą, że laktoferyny wykazują działanie przeciwrzybicze, przyspieszają gojenie się zmian skórnych oraz wzmacniają działanie preparatów przeciwrzybiczych umożliwiając zmniejszenie dawek terapeutycznych, także w odniesieniu do grzybów opornych na działanie leków. Białka te wykazują również synergizm działania z lekami przeciwwirusowymi. Colostrum jest ponadto źródłem witamin, minerałów i aminokwasów, w tym aminokwasów egzogennych. Zawarty w nim czynnik wzrostu wspomaga proces regeneracji uszkodzonych tkanek oraz uzupełnia postępujący wraz z wiekiem spadek jego poziomu w organizmie, co skutkuje znacznym spowolnieniem procesu starzenia się.

Teraz, dzięki preparatowi **Lux Vitale colostrum bovinum** również dorośli mogą korzystać z właściwości tego najbogatszego biologicznie produktu Natury jakim jest pierwsze mleko. Ponieważ jednak przetwarzanie ludzkiego colostrum nie jest możliwe, dlatego też firma Lux Vitale zamknęła w kapsułki colostrum krów. Liczne badania wskazują bowiem, że substancje odpornościowe, jak i enzymy o właściwościach antybiotycznych są biologicznie przenośne i mogą być zastąpione u człowieka przez czynniki pochodzące z colostrum krów.

Tradycyjny proces otrzymywania tego typu preparatów polega na przeprowadzeniu pasteryzacji, która choć gwarantuje czystość i bezpieczeństwo produktu końcowego, to jednak niszczy zawarte w nim białka odpornościowe i inne ważne dla organizmu składniki. Dlatego też, aby w pełni wykorzystać wszystkie właściwości pierwszego mleka, do produkcji Lux Vitale colostrum bovinum wykorzystywana jest specjalna, mająca zastosowanie przy obróbce produktów nieodpornych na ogrzewanie, technologia - liofilizacja. Otrzymywany z jej pomocą preparat zachowuje prawie wszystkie właściwości świeżego colostrum, a dzięki dużej koncentracji zawartych w liofilizacie związków biologicznie czynnych, działa od niego znacznie silniej. Ponadto, do produkcji Lux Vitale colostrum bovinum wykorzystywane jest mleko pozyskiwane do sześciu godzin od porodu, a więc w momencie, kiedy charakteryzuje się ono najwyższą wartością odżywczą. Tak opracowana technologia produkcji sprawia, że suplement diety firmy Lux Vitale wyróżnia się wśród innych obecnych na rynku preparatów colostrum zarówno stężeniem, jak i aktywnością zawartych w nim

czynników odpornościowych i innych związków biologicznie czynnych.

Lux Vitale colostrum bovinum to suplement diety przeznaczony głównie dla osób z obniżoną odpornością. Preparat pomaga zwalczać organizmowi wszelkiego rodzaju infekcje (bakteryjne, wirusowe i grzybicze) oraz wzmacnia działanie kuracji antybiotykowych i leków przeciwwirusowych. Pozytywnie wpływa na prawidłowe funkcjonowanie układu pokarmowego. Preparat ten stanowi również doskonałe rozwiązanie dla osób z problemami dermatologicznymi, takimi jak trudno gojące się rany, oparzenia, zmiany skórne, czy opryszczka. Działa regenerująco i ogólnie stymulująco na organizm dodając energii i witalności.

*mgr Justyna Kosińska
Anna Rechnio*

SKŁAD PREPARATU LUX VITALE

200 mg liofilizatu colostrum bovinum (siara bydłęca), zawiera immunoglobuliny G, A, M, witaminy A, B1, B2, D, E, mikroelementy Ca, P, K, Mg, Na, Zn, Fe, Mn, Se oraz substancje pomocnicze: HPMC (Hydroxypropyl-methyl cellulose) i barwniki E 171, E 172.

Wykaz składników liofilizatu colostrum bovinum w 200 mg:

*sucha masa 92,93%
popiół surowy 7,48% w s.m.
białko ogólne 47,66% w s.m.
tłuszcz surowy 35,13% w s.m.
Immunoglobulina G 25 000µg
Immunoglobulina A 3 400µg
Immunoglobulina M 2 400 µg
wapń 500 µg (0,06%)*
fosfor 400 µg (0,05%)*
potas 280 µg
magnez 80 µg (0,03%)*
sód 160 µg
chlor 220 µg
cynk 2,3 µg (0,02%)*
żelazo 0,2 µg (0,001%)*
mangan 0,02 µg
selen 0,01 µg
kobalt 0,02 µg
witamina A 2,18 jm (0,27%)*
witamina D 0,0022 jm (0,044%)*
witamina E 2,18 jm (21,8%)*
witamina B1 0,2 jm (8,57%)*
witamina B2 1,21 jm (75,63%)*
% zalecanego dziennego spożycia





Telefony komórkowe dla aptek poprzez Śląską Izbę Aptekarską

Plus 

**Każdy kto ma zamiar kupić lub zmienić telefon użytkowany w aptece
powinien skorzystać lub przynajmniej sprawdzić ofertę,
którą stale dla Państwa negocjujemy.**

Szanowni Państwo!

Proszę pamiętać, że w naszej izbie stale rozwijamy współpracę z operatorami telefonii komórkowej, starając się dostarczać Państwu jak najkorzystniejszą ofertę.

Występowanie razem wobec operatora telefonii komórkowej daje nam możliwość występowania tak, jakby wszystkie apteki były jednym podmiotem gospodarczym tworzącym Aptekarską Korporację Telefoniczną.

Obecnie zawarliśmy porozumienie z **Plus** , co daje nam korzystną ofertę zawierającą między innymi:

- ☑ **ceny połączeń do sieci i na numery stacjonarne: 0,20 PLN**
- ☑ **możliwość wydzwonienia 2400 MIN. miesięcznie do wszystkich PLUSów w cenie abonamentu lub za niewielką dopłatą,**
- ☑ **ceny połączeń do obcych sieci: od 0,35 PLN**
- ☑ **możliwość włączenia 5 wybranych numerów w PLUS lub na numery stacjonarne, do których rozmowy są bezpłatne,**
- ☑ **możliwość łączenia niektórych elementów oferty i wiele innych udogodnień.**

Wszystkich zainteresowanych proszę o kontakt:



Krzysztof Cwyl
Tel. kom. 603 93 56 05
krzysztof.cwyl.g300@plusnet.pl



Z uszanowaniem

*Prezes Rady ŚIA
dr farm. Stanisław Piechula*