



PAŹDZIERNIK 2010: rynek wciąż rośnie, słabsze wyniki sprzedaży odręcznej

Rynek farmaceutyczny w październiku 2010r. osiągnął sprzedaż o wartości 2 368 mln PLN, tj. o 3,32% więcej niż w październiku ub. r.

W październiku br. wartość sprzedaży całego rynku wzrosła o 76 mln PLN w porównaniu do analogicznego okresu ub. r. Za wzrost w głównej mierze odpowiedzialny był segment leków refundowanych, który zwiększył wartość sprzedaży o 36 mln PLN (+3,52%), co stanowiło 47,77% całkowitego wzrostu rynku wobec października 2009 r.

Segment sprzedaży odręcznej wzrósł o 25 mln PLN (+3,05%), a leków pełnopłatnych na receptę wzrósł w tym okresie czasu o 14 mln PLN, tj. o 3,38%.

W porównaniu do wyników z września 2010 rynek zanotował wzrost o jedynie 12 mln PLN (+0,51%). Również w tym wypadku

największy wzrost zanotował segment leków refundowanych, którego wartość sprzedaży zwiększyła się o 23 mln PLN (+2,24%) wobec poprzedniego miesiąca br. Wartość leków pełnopłatnych wzrosła o 7 mln PLN (+1,64%). Natomiast segment sprzedaży odręcznej w porównaniu z poprzednim miesiącem br. wypadł słabiej, wartość sprzedaży spadła o 23 mln PLN, tj. o 2,12%.

Zestawienie wartości sprzedaży poszczególnych segmentów rynku farmaceutycznego (dane w mln PLN)

Tabela 1: październik 2010 vs październik 2009

PHARMA EXPERT	październik 2009	październik 2010	zm. (%)
Leki Refundowane	1 034	1 070	3,52%
Leki Pełnopłatne	429	444	3,38%
Sprzedaż Odręczna	829	854	3,05%
Całkowity obrót	2 292	2 368	3,32%

Tabela 2: październik 2010 vs wrzesień 2010

PHARMA EXPERT	wrzesień 2010	październik 2010	zm. (%)
Leki Refundowane	1 047	1 070	2,24%
Leki Pełnopłatne	436	444	1,64%
Sprzedaż Odręczna	873	854	-2,12%
Całkowity obrót	2 356	2 368	0,51%

Przegląd zmian w klasach ATC (wybór)

Październik 2010. Sezon przebiegł i grypy w pełni. Z grupy produktów stosowanych w tych dolegliwościach najlepiej radziły sobie produkty stosowane w chorobach nosa (+35%). Duży wzrost zanotowały adrenomimetyki i inne leki przeciwastmatyczne (+113%). Bardzo duży wzrost wartości sprzedaży zanotowały witaminy A i D (+179%), co w tej grupie ATC (A11 Witaminy) było raczej wyjątkiem (spadła sprzedaż witaminy B, C, multiwitamin). Również spadło zapotrzebowanie na związki mineralne (-8%), czy leki wzmacniające (-28%). Na fali wzrostowej są analogi GnRh (+35%, tj. wzrost ponad 11 mln PLN), czy insuliny w iniekcjach o krótkim czasie działania (+18). Wśród innych cie- ▶

KATEGORIE ATC	Symbol ATC	Wartość sprzedaży		paż-10 / paż-09
		paż-09	paż-10	
WITAMINY A I D	A11C	3 743 388	10 436 047	178,79%
ADRENOMIMETYKI + INNE LEKI PRZECIWAŚMATICZNE	R03AK	9 745 683	20 794 197	113,37%
ANALOGI GnRh	L02AE	13 636 597	18 473 357	35,47%
LEKI STOSOWANE W CHOROBYCH NOSA	R01	35 165 324	44 273 675	25,90%
INSULINY W INIEKCJACH O KRÓTKIM CZASIE DZIAŁANIA	A10AB	17 522 059	20 715 274	18,22%
SZCZEPIONKI PRZECIWWIRUSOWE	J07B	10 401 697	8 008 352	-23,01%
ŚRODKI OCHRONIAJĄCE ŚCIANĘ NACZYŃ	C05	61 730 359	44 789 320	-27,44%
LEKI WZMACNIAJĄCE	A13	16 781 358	12 074 764	-28,05%
LEKI STOS. W ŁAGODNYM PRZEROŚCIE GRUCZOŁU KROKOWEGO	G04C	39 612 470	27 889 254	-29,59%
RÓŻNE LEKI PRZECIWBIEGUNKOWE	A07X	2 222 214	622 686	-71,98%

kawych produktów wzrosła wartość sprzedaży leków onkologicznych, pozostałych środków nieleczniczych czy kosmetyków.

Znacznie słabiej niż przed rokiem sprzedają się szczepionki przeciwwirusowe, w tym przeciw grypie. Spadła znacznie (o blisko 17 mln PLN) sprzedaż środków ochraniających ścianę naczyń (m.in. produkty na żyłaki), leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego (dotyczy to całej grupy leków urologicznych), czy leków przeciwbiegunkowych (spadek aż o 72%). Po zmianach w wartości sprzedaży produktów leczniczych dostępnych w aptece jakie miały miejsce w październiku nie da się zauważyć dominacji spadku/wzrostu jakiejś określonej kategorii ATC, nie zaznacza się również taka linia podziału pomiędzy lekami na receptę i sprzedaży odłączonej (choć w tym wypadku zauważalna jest słabsza pozycja niż przed miesiącem tej grupy produktów).

Statystyczna apteka

W październiku 2010r. wartość sprzedaży dla statystycznej apteki wyniosła 177,97 tys. PLN, tj. o 4,68% więcej niż w analogicznym okresie 2009r. Wartościowo statystyczna apteka sprzedała leki o wartości 7,96 tys. PLN większej niż w październiku ub. r. Największy wzrost osiągnęła na sprzedaży produktów leczniczych w segmencie leków refundowanych (+3,74 tys. PLN). Wartość sprzedaży odłączonej wzrosła o 2,71 tys. PLN, a leków pełnopłatnych o 1,51 tys. PLN (średni wzrost na statystyczną aptekę). W porównaniu do września 2010r. wartość sprzedaży statystycznej apteki była wyższa o niecały 1 tys. PLN, tj. o 0,51%.

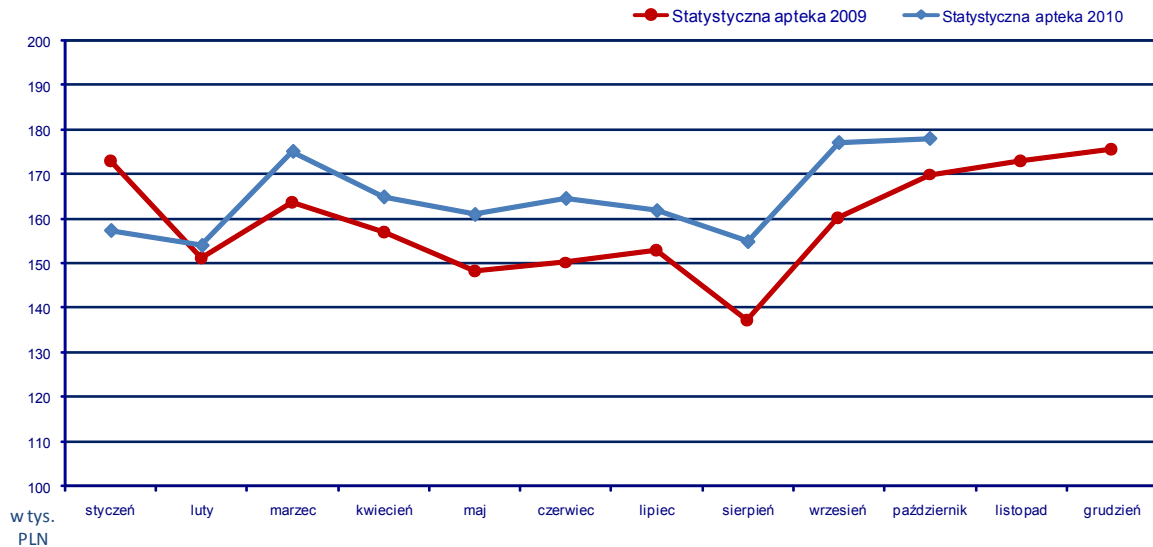
Średnia cena produktów sprzedawanych przez apteki w październiku br. wyniosła 15,85 PLN. W porównaniu do średniej ceny z października 2009r. (15,36 PLN)

nastąpił wzrost ceny o 3,18% (+0,49 PLN). Natomiast względem września br. (15,56 PLN) średnia cena wzrosła o 1,85% (+0,29 PLN). Średnia marża apteczna w październiku 2010r. wynosiła 27,12% i była wyższa względem analogicznego okresu 2009 r. o 0,36 pp. Jednakże względem września 2010 marża apteczna zmniejszyła się o 0,92 pp.

Refundacja a współpłacenie

Październik jest kolejnym miesiącem kiedy udział pacjentów we współpłaceniu za leki refundowane wzrasta. We wrześniu pacjenci dopłacali do leków refundowanych 30,18%, a w październiku było to już 31,14% (blisko 1% więcej). Jest to najwyższy poziom dopłaty od października 2008r. Względem października ub. r. udział dopłaty pacjenta do leków refundowanych wzrósł o 1,97 pp. Wartościowo dopłata pacjenta do leków refundowa-

Rynek farmaceutyczny:
Wartość miesięczna sprzedaży statystycznej apteki w latach 2009-2010



nych w październiku 2010r. wyniosła 333 mln PLN i była wyższa o 10,51% od analogicznego okresu ub. r. (302 mln PLN). W porównaniu do września br. (316 mln PLN) dopłata pacjentów do leków refundowanych wzrosła o 5,48% (o 17 mln PLN).

W październiku br. z 2 368 mln PLN całkowitej wartości sprzedaży w aptekach pacjenci zapłacili 68,88% (pozostałą część stanowi refundacja). W porównaniu do października 2009r. pacjenci wydali o 71

mln PLN więcej na leki. Natomiast względem września br. (68,98%) udział współpłacenia pacjentów obniżył się o 0,10 pp. Jednakże wartościowo nastąpił wzrost współpłacenia pacjentów w lekach o 6 mln PLN.

Prognoza wartości sprzedaży leków na rok 2010

Według PharmaExpert wartość sprzedaży całego rynku farmaceutycznego na koniec 2010 roku

wyniesie 26,88 mld PLN. W porównaniu do ubiegłego roku wartość rynku w 2010 wzrośnie od 2% do 4%. Natomiast refundacja na koniec 2010 roku osiągnie wartość 8,59 mld PLN. Wartość refundacji leków przez Państwo zwiększy się o 3% do 5% względem ubiegłego roku. ■

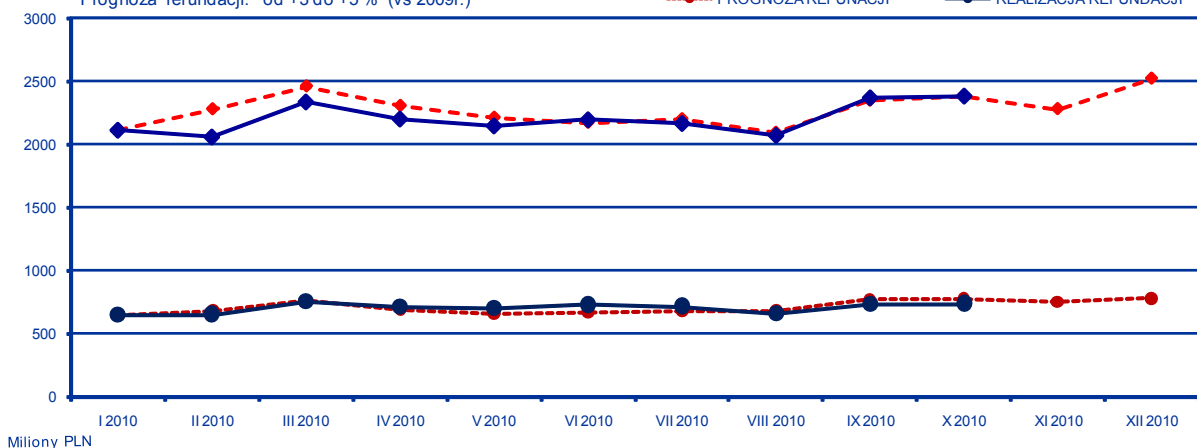
Piotr Kula
Prezes PharmaExpert

PROGNOZA WARTOŚCI SPRZEDAŻY APTEK OTWARTYCH NA ROK 2010



Sprzedaż 2010: 26,88 mld
Refundacja: 8,59 mld
Prognoza sprzedaży: od +2 do +4% (vs 2009r.)
Prognoza refundacji: od +3 do +5% (vs 2009r.)

PROGNOZA SPRZEDAŻY
REALIZACJA SPRZEDAŻY
PROGNOZA REFUNACJI
REALIZACJA REFUNACJI





O przyszłości zawodu na Światowym Kongresie Farmacji FIP w Lizbonie

Wśród wielu tematów omawianych w trakcie Kongresu w Lizbonie z pewnością na uwagę zasługiwały te sesje, w których mówiono o przyszłości zawodu. Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna FIP traktuje ten temat jako priorytetowy i konsekwentnie do niego powraca w swoich kolejnych kongresach. Z uwagi na znaczenie tej problematyki chciałbym w tym doniesieniu skupić się przede wszystkim na niej i omówić najciekawsze, moim zdaniem, wystąpienia dotyczące przyszłości naszego zawodu.

J. Silveira (Prezes Portugalskiego Towarzystwa Farmaceutycznego) rozpoczynając swój wykład *Przyszła rola farmaceutów w opiece zdrowotnej* zwrócił uwagę na fakt, że w ostatnim dwudziestoleciu znacznym zmianom ulega paradygmat roli farmaceuty w opiece zdrowotnej. Wiąże się to wydłużaniem się oczekiwanego okresu życia populacji, zmianami demograficznymi, nowymi technikami w lecznictwie, zwiększającą się podażą i zapotrzebowaniem na usługi zdrowotne, a także stale rosnącymi kosztami opieki zdrowotnej. W sektorze farmaceutycznym też następują bardzo rewolucyjne zmiany związane z pojawianiem się na rynku

coraz większej liczby leków odtwórczych, nowych grup leków otrzymywanych metodami biochemicznymi, zwracaniem większej niż dotychczas uwagi na bezpieczeństwo w stosowaniu leków oraz upowszechnianie procedur oceny technologii zdrowotnych. W efekcie tych zmian priorytetem staje się zahamowanie wzrostu kosztów opieki zdrowotnej oraz stosowanie wartości opartych na dowodach. Wszystkie wspomniane powyżej czynniki mogą mieć i mają wpływ na przyszłą rolę farmaceutów w opiece zdrowotnej. Będzie ona dotyczyła przede wszystkim:

1. Zachowania zdrowia i dobrego samopoczucia poprzez zapobieganie chorobom.

W związku z tym konieczne będzie zwracanie większej uwagi na działania profilaktyczne, związane z dobrą jakością życia pacjenta oraz na sprawy ekonomiczne, zgodnie z zasadą, że zapobieganie chorobie jest tańsze niż jej leczenie. W związku z tym ważnym zadaniem farmaceutów będzie promowanie zdrowego stylu życia poprzez realizację programów dobrego samopoczucia (edukacja w zakresie cukrzycy, znaczenia aktywności fizycznej, zaprzestania palenia

tytoniu, kontroli masy ciała, chorób przenoszonych drogą płciową), organizacja kursów promocji zdrowia (w aptekach i szkołach) oraz upowszechnianie szczepień ochronnych i ułatwianie zaopatrywania się w szczepionki.

2. Udział w badaniach przesiewowych przyczyniających się do wczesnego rozpoznawania chorób.

Farmaceuci będą przyczyniać się do wczesnego rozpoznawania najczęściej występujących chorób, które wpływają na jakość życia i których leczenie jest szczególnie kosztowne. Dotyczy to przede wszystkim takich chorób, które nie są w dostatecznym stopniu rozpoznawane, takich jak: cukrzyca, nadciśnienie, dyslipidemie, zapalenie wątroby, astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc (COPD), AIDS, choroby nowotworowe i układu krążenia, oraz tych, w których wczesne rozpoznanie jest bardzo ważne dla przebiegu danej choroby (cukrzyca, PODP, HIV).

3. Prowadzenie farmakoterapii (Medication Therapy Management – MTM).

Polegać to będzie na zaopatrywaniu

w produkty lecznicze oraz zapewnianie skutecznego MTM, które będzie stanowiło istotę nowej roli farmaceuty. Wiązać to się będzie z:

- doradzaniem w stosowaniu leków dostępnych bez recepty (w samoopiece),
- dyspensowaniem leków na receptę,
- uzgadnianiem stosowania leków (transformacja opieki),
- prowadzeniem przeglądów stosowanych leków (przeeglądy stosowania leków w określonych grupach pacjentów),
- prowadzeniem programów przestrzegania zaleceń w stosowaniu leków,
- programy prowadzenia chorób,
- usługi opieki domowej,
- podawaniem leków, w tym także iniekcyjnych,
- monitorowaniem leczenia (dla weryfikacji jego skuteczności i wykrywania działań niepożądanych),
- śledzeniem efektów terapeutycznych uzyskiwanych przez pacjentów,
- prowadzeniem bezpośrednio leczenia opartego na obserwacji (uzależnienia lekowe, AIDS, gruźlica).

4. **Innowacyjne usługi dotyczące nowych metod leczenia:**

- dyspensowanie specjalistyczne,
- zarządzanie ryzykiem i programami minimalizacji ryzyka,
- farmakogenomika;

Dla osiągnięcia powyższych celów są niezbędne:

- silne organizacje farmaceutyczne mające wizję przyszłości zawodu,

- silne i oparte na wzajemnym zaufaniu kontakty z pacjentami i klientami apteki,
- efektywne partnerstwo z lekarzami i innymi zawodami opieki zdrowotnej, hurtownikami farmaceutycznymi, przemysłem farmaceutycznym, płatnikami i władzami,
- bardziej profesjonalne, ukierunkowane na zdrowie i dobre samopoczucie środowisko apteczne,
- odpowiednie szkolenie zawodowe i właściwa postawa,
- systemy informacji i komunikacji wspierające interwencje farmaceutyczne,
- źródła wiarygodnej i praktycznej informacji o lekach i środkach leczniczych, jak również dane z badań epidemiologicznych,
- lepsza, oparta na dowodach i krytycznej ocenie kultura zawodowa;

C.G. Barnes (Meksyk)

mówiąc o przyszłości zawodu farmaceuty zwróciła uwagę na globalne problemy opieki zdrowotnej, które będą wywierały istotny wpływ na tę przyszłość. Najważniejszym z nich są stale rosnące na całym świecie nakłady na opiekę zdrowotną, które stanowią znaczącą pozycję w budżetach narodowych. Zwróciła uwagę na współzależność między stanem gospodarki państw (wielkość PKB), a liczbą farmaceutów, co wskazuje na to, że rozwój kadr farmaceutycznych jest uzależniony od rozwoju ekonomicznego. Tymczasem, pomimo że przemysł farmaceutyczny ma coraz większe znaczenie w gospodarce globalnej, liczba zatrudnionych w nim farmaceutów stale maleje. Może

to mieć niekorzystny wpływ na zawód, przemysł i opiekę zdrowotną. Obserwuje się też globalny, ogólny brak kadr farmaceutycznych. Przyczynia się do niego stale rosnąca liczba leków na receptę, coraz większa populacja ludzi w wieku powyżej 65 roku życia, coraz większe wymagania związane z obsługą płatników oraz zwiększający się odsetek kobiet w zawodzie, które często pracują w niepełnym wymiarze godzin. Jednocześnie zmienia się rola farmaceuty, w której tradycyjne przygotowywanie leków i ich dyspensowanie zastępowana jest stopniowo usługami o charakterze klinicznym. Od farmaceutów coraz częściej oczekuje się przyjęcia odpowiedzialności za działania związane z maksymalizacją efektów uzyskiwanych przez pacjentów. Pojawia się coraz więcej nowych leków i systemów ich podawania, w opracowywaniu których wykorzystywane są nowe techniki, takie jak nanotechnologia, wyniki badań zastosowania komórek zarodkowych czy biomarkery, które niewątpliwie będą miały duży wpływ na praktykę farmaceutyczną. Rozwój genomiki i innych „omik” (np. proteomiki) wskazuje, że biologia chorób jest złożona, a czynnikiem sprzyjającym rozwojowi nowych leków powinna być znajomość odpowiedzi biologicznej. Te nowe techniki szybko rozwijają się, przyspieszają powstawanie hipotez i ich weryfikację w modelach chorób. Ich zastosowanie w medycynie szybko rozszerza się od rzadkich zaburzeń monogenicznych do wieloczynnikowych, skomplikowanych i powszechnie występujących chorób. Wszystko to wywołuje coraz większe zapotrzebowanie na dobrze wykształconych i kom- ▶

▶ petentnych farmaceutów, które zgodnie z tegorocznym raportem Światowej Organizacji Zdrowia nie zaspokajają potrzeb globalnej populacji. Zresztą problem ten dotyczy wszystkich zawodów opieki zdrowotnej i niedobór ten wynosi w skali światowej 3 – 4 milionów ludzi. Globalny rynek farmaceutyczny wynosił w 2009 r. 815 miliardów USD, w tym leków biologicznych 130 miliardy USD i zwiększa się on przeciętnie o 6-7 % w skali rocznej. W związku z powyższym istnieje pilna potrzeba wypracowania nowej strategii kształcenia kadr farmaceutycznych. Można spodziewać się, że już w najbliższej przyszłości będziemy mieli do czynienia z bezprecedensowym wzrostem zainteresowania studiami farmaceutycznymi, spowodowanym wzrostem zapotrzebowania na kadry farmaceutyczne, popularnością kariery zawodowej w farmacji i coraz większą widocznością farmaceutów w opiece nad pacjentem. W tym kontekście duża odpowiedzialność spoczywa na nauczycielach akademickich, którzy będą musieli spełnić wzrastające wymagania kształcenia ogólnego i zawodowego, dotrzymującego kroku postępowi naukowemu i rozwojowi nowej roli farmaceutów w opiece zdrowotnej. Oni też powinni tworzyć nowe programy kształcenia przed- i podyplomowego, dostarczając praktykom nowych narzędzi do pracy i stale je ulepszając i uaktualniając.

Wątek przyszłości zawodu i roli organizacji farmaceutycznych w tworzeniu tej przyszłości był też głównym tematem wystąpienia **B. Sureha** (Prezesa Indyjskiego Towarzystwa Farmaceu-

tycznego). Powiedział on m.in., że rewolucyjne zmiany w sektorze opieki zdrowotnej zachodzące na całym świecie spowodowały, że farmaceutyci uznali za konieczne dostosowanie się do tych zmian i skupienie uwagi zawodowej przede wszystkim na pacjencie oraz bezpieczeństwie i maksymalnej możliwej skuteczności stosowanych przez niego leków. Zdaniem dr Sureha farmaceutyci z aptek ogólnodostępnych będą w coraz większym stopniu odpowiedzialni za decyzje związane z prawidłowym przepisywaniem i stosowaniem leków i będą też mieli dostęp do odpowiednich informacji medycznych o pacjencie. W miarę coraz większej dostępności nieinwazyjnych testów będą oni mogli zalecać i wykonywać takie testy w aptekach ogólnodostępnych. Umożliwi im to odgrywanie coraz większej roli w zapobieganiu chorobom, ich wczesnym wykrywaniu, promocji zdrowia i udziale w leczeniu chorób przewlekłych. Należy też oczekiwać, że w miarę automatyzacji procesu dyspensowania leków farmaceutyci będą mogli więcej czasu poświęcać prowadzeniu farmakoterapii oraz współpracy z pacjentami, ich opiekunami, lekarzami i innymi zawodami opieki zdrowotnej. Dzięki takim działaniom znaczenie i społeczna pozycja zawodu będzie wzrastała. W przekształcaniu zawodu i dostosowywaniu go do nowych zadań związanych z opieką nad pacjentem trudną do przecenienia rolę powinny odgrywać organizacje farmaceutyczne. Ich zadaniem, obok realizacji celów tradycyjnych, dbania o interesy zawodowe ich członków i czuwania nad prawidłowym wykonywaniem zawodu jest określanie kierunków

dalszego rozwoju zawodu i pełnienie funkcji lidera w przystosowywaniu swoich członków do nowej roli. Powinny one wspierać ich poprzez stałą ocenę postępów, określanie kolejnych etapów niezbędnych zmian oraz wspomaganie poprzez zapewnianie szkolenia oraz doskonalenie umiejętności mających krytyczne znaczenie dla dalszego rozwoju zawodu, tak by odpowiadał on zapotrzebowaniu nowoczesnego społeczeństwa, mającego coraz większą wiedzę o sprawach dotyczących zdrowia. Z kolei sami farmaceutyci powinni aktywnie uczestniczyć w pracach swoich organizacji i w ten sposób wpływać na ich rozwój i tworzenie pozytywnego wizerunku zawodu służącego przede wszystkim choremu człowiekowi. W dalszym ciągu swojego wystąpienia dr Sureh omówił udział w tworzeniu nowej rzeczywistości Indyjskiego Towarzystwa Farmaceutycznego.

Temat przyszłości zawodu i roli organizacji zawodowych w jej kreowaniu powracał też w innych wystąpieniach i wykładach, w których ich autorzy podawali konkretne przykłady już programów realizowanych m.in. w Niemczech, Australii, Stanach Zjednoczonych i Finlandii.

Innym, bardzo ważnym tematem omawianym w kilku referatach, była sprawa przestrzegania przez pacjentów zaleceń w stosowaniu leków (ang. *adherence*) i roli farmaceutów w poprawie tego przestrzegania. Napiszę o tym w następnym numerze *Aptekarza Polskiego*. ■

dr n. farm. Jerzy Łazowski

Zjazd Niemieckich Aptekarzy

W dniach 7-9 października 2010r. Koordynator Departamentu Spraw Zagranicznych NRA - mgr Piotr Bohater uczestniczył w dorocznym Zjeździe Niemieckich Aptekarzy (*Deutscher Apothekertag 2010*) w Monachium, na zaproszenie Prezesa Związku Niemieckich Izb Aptekarskich (ABDA) Heinza-Günthera Wolfa. Zgodnie z wieloletnią tradycją w trakcie Zjazdu Niemieckich Aptekarzy odbywały się również międzynarodowe targi farmaceutyczne EXPOPHARM 2010, które uznawane są za największe targi farmaceutyczne w Europie (w tym roku na powierzchni 22 tysiące m² stoiska przygotowało około 500 wystawców z 21 krajów, targi odwiedziło ponad 22 tysiące osób).

Tegoroczny Zjazd odbywał się **w całkowicie innej atmosferze**, niż Deutscher Apothekertag 2009 w Düsseldorfie. W ubiegłym roku dominowała ogromna radość spowodowana korzystnym wyrokiem Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości dotyczącym zgodności z prawem unijnym ograniczenia posiadania aptek tylko przez aptekarzy. W tym roku najważniejszym tematem wystąpień i dyskusji była nowelizacja ustawy dotyczącej obrotu produktami leczniczymi (*Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG*), której wejście w życie zaplanowano na 1 stycznia 2011r. Nowelizacja ta jest jednym z elementów planu

oszczędnościowego Niemieckiego Ministerstwa Zdrowia spowodowanego rekordowym deficytem w systemie ochrony zdrowia na poziomie 11 miliardów Euro. Nowelizacja wyżej wymienionej ustawy zakłada m.in. znaczną obniżkę marży hurtowej. Jednak hurtownie farmaceutyczne w Niemczech zapowiedziały, że nie są w stanie pokryć strat wynikających z obniżki marży i będą musiały zrezygnować z udzielania rabatów aptekom i rozważają nawet możliwość wprowadzenia dodatkowych opłat dla aptek za dostawy leków. Zgodnie z przedstawionymi obliczeniami przeciętna niemiecka apteka może stracić po wejściu w życie nowelizacji nawet do 30% swoich przychodów. Dla bardzo wielu aptek stanowiłoby to ogromne zagrożenie dla ich dalszej egzystencji, a dla pozostałych konieczność wprowadzenia drastycznych oszczędności. Należałoby się zastanowić, czy analogiczne rozwiązania proponowane w naszym kraju nie będą stanowiły zagrożenia dla egzystencji znacznej ilości polskich aptek.

Uroczyste otwarcie Zjazdu nastąpiło w dniu 7 października o godzinie 13⁰⁰. Prezes Związku Niemieckich Izb Aptekarskich **Heinz-Günther Wolf** przywitał zaproszonych gości (w tym również przedstawicieli zagranicznych izb aptekarskich) oraz wszystkich uczestników Zjazdu, a następnie - w swoim wstępnym

wystąpieniu - przedstawił najważniejsze problemy i wyzwania stojące przed niemieckimi aptekarzami: utrzymanie stabilności ekonomicznej aptek, dokonanie korzystnych dla aptekarzy zmian w projekcie nowelizacji ustawy dotyczącej obrotu produktami leczniczymi, wprowadzenie zakazu sprzedaży internetowej leków wydawanych z przepisu lekarza, likwidacja punktów sprzedaży leków „Pick-up-Stellen” (możliwość funkcjonowania tych punktów oznacza, że sprzedaż leków, również wydawanych z przepisu lekarza, może być prowadzona w supermarketach drogerijnych lub w innych sklepach, czy też nawet na stacjach benzynowych), poprawę jakości opieki farmaceutycznej poprzez wprowadzenie nowego modelu wypisywania recept przez lekarzy. Prezes Wolf zaapelował do obecnych na sali polityków o jednakowe traktowanie różnych grup zawodowych w systemie ochrony zdrowia. **Podkreślił, że proponowane przez rząd zmiany mają cechy gospodarki rabunkowej i odbijają się negatywnie na dostępności usług farmaceutycznych dla pacjentów. Samorząd aptekarski nie może biernie przyglądać się tak niekorzystnym dla aptekarzy propozycjom zmian.**

Po przywitaniu i słowie wstępnym Heinza-Günthera Wolfa głos zabrali zaproszeni politycy, wśród których byli: ▶

- ▶ Wolfgang Heubisch – Minister Nauki, Prac Badawczych i Sztuki Kraju Związkowego Bawarii

Stefan Kapferer – Sekretarz Stanu Federalnego Ministerstwa Zdrowia

Johannes Singhammer – parlamentarzysta frakcji CDU/CSU Bundestagu

Erwin Lotter – parlamentarzysta frakcji FDP Bundestagu

Martina Bunge – parlamentarzystka frakcji lewicowej Bundestagu

Przemówienia zaproszonych polityków były bardzo merytoryczne, odnosiły się do najważniejszych dla niemieckich aptekarzy kwestii i zawierały wiele elementów poparcia niemieckich polityków i rządu dla utrzymania niezależnej pozycji niemieckich aptek i aptekarzy, w celu zapewnienia wysokiego poziomu bezpieczeństwa dystrybucji leków oraz właściwej opieki farmaceutycznej. Jakże brakuje nam takiego merytorycznego odniesienia się polskich polityków do problemów aptekarzy w naszym kraju.

Wolfgang Heubisch podkreślił w swoim wystąpieniu, że niezależne apteki, których właścicielami są aptekarze, są najkorzystniejszym rozwiązaniem. Stwierdził też, że likwidacja Pick-up-Stellen wydawała się być na początku zadaniem prostym, jednak teraz napotyka na wiele trudności. Obiecał, że dołoży wszelkich starań, aby ten problem rozwiązać ponieważ polityka

zdrowotna jest bardzo bliska jego sercu.

Uczestnicy Zjazdu oczekiwali od **Stefana Kapferera** zapowiedzi zmian systemu naliczania marży hurtowej, które nie obciążałyby w tak poważny sposób aptek. Sekretarz Stanu Federalnego Ministerstwa Zdrowia zapowiedział dalsze konsultacje w tym zakresie i zwrócił uwagę, że w obliczu tak dużego deficytu w systemie ochrony zdrowia, konieczne jest wprowadzenie planu oszczędnościowego. Przypomniał spotkanie z przedstawicielami samorządu aptekarskiego poświęcone temu problemowi, które odbyło się w ubiegłym tygodniu. **Johannes Singhammer** podkreślił w swoim wystąpieniu, że leki są szczególnymi produk-

tami i podejście do ich dystrybucji musi być inne, niż do sprzedaży np. płyt CD czy produktów AGD. Stwierdził, że frakcja parlamentarna CDU/CSU nie chce „amerykanizacji” niemieckiego systemu ochrony zdrowia. **Erwin Lotter** wyraził swoje poparcie dla niezależnych aptek prowadzonych przez aptekarzy i podkreślił konieczność zmniejszenia biurokratycznych obciążeń aptek. **Martina Bunge** wyraziła pogląd, że wprowadzenie w Niemczech zakazu sprzedaży internetowej leków wydawanych z przepisu lekarza spowodowałoby znaczne ograniczenie ilości punktów „Pick-up-Stellen”. O wprowadzenie tego zakazu Niemiecka Izba Aptekarska stara się już od kilku lat.



Po wystąpieniach zaproszonych polityków **Prezes Heinz-Günther Wolf** wygłosił obszerne sprawozdanie na temat aktualnej sytuacji niemieckiego aptekarstwa oraz najważniejszych celów do osiągnięcia. Najwięcej czasu w swoim wystąpieniu poświęcił bardzo kontrowersyjnej **nowelizacji ustawy dotyczącej obrotu produktami leczniczymi**. Zmiana systemu naliczania marży hurtowej przyniesie wprawdzie kasom chorych oszczędności rzędu 500 milionów Euro, jednak hurtownie zapowiedziały, że przeniosą to obciążenie średnio na apteki (w Niemczech jest 5 największych hurtowni farmaceutycznych – Anzag, Gehe, Phoenix, Sanacorp i Noweda – które pokrywają w sumie 90% rynku).

Oznacza to **zmniejszenie rocznego przychodu przeciętnej niemieckiej apteki o około 23 tysiące Euro** (z 76 tysięcy Euro do 53 tysięcy Euro). Tak poważne obciążenie dla aptek będzie skutkowało ograniczeniami dostępności usług farmaceutycznych w aptekach, co jest oczywiście bardzo niekorzystne dla pacjentów. Prezes Wolf zaapelował do obecnych na sali polityków, aby traktowali aptekarzy w taki sam sposób, jak inne grupy zawodowe w systemie

ochrony zdrowia. Zwrócił uwagę, że w ciągu ostatnich kilku lat środki przeznaczane na finansowanie praktyk lekarskich, praktyk dentystrycznych oraz szpitali były stale zwiększane, natomiast przychody aptek stale się zmniejszały. Domagał się sprawiedliwego traktowania aptekarzy. Szczególnie, że wydatki na refundację leków stanowią w Niemczech zaledwie 2,6% całkowitych wydatków kas chorych i **w aptekach pracuje prawie 150 tysięcy osób**. Jest to dużo więcej, niż we wszystkich hurtowniach i zakładach farma-



ceutycznych w Niemczech razem wziętych. Ogromne znaczenie dla polityków powinien mieć też fakt, że niemieckie apteki odwiedza codziennie około 4 milionów pacjentów.

Ważnym punktem wystąpienia Prezesa Związku Niemieckich Izb Aptekarskich był też nadal nierozwiązany problem punktów wydawania leków (**Pick-up-Stellen**), które funkcjonują najczęściej w supermarketach drogerijnych, ale mogą

też powstawać nawet na stacjach benzynowych. W punktach tych mogą być również odbierane leki wydawane z przepisu lekarza - po wcześniejszym zostawieniu recepty. Ponieważ zamówienia w tych punktach realizowane są głównie przez zagraniczne apteki internetowe, dane o pacjentach, zamawianych przez nich lekach i realizowanych receptach wysyłane są za granicę. Nie są one wówczas chronione przez niemieckie prawo dotyczące ochrony danych osobowych. Jest to realne zagrożenie, ponieważ w tygodniu

poprzedzającym zjazd niemieckich aptekarzy „wyciekły” dane stu kilkudziesięciu tysięcy klientów w pewnej sieci drogerijnej. Prezes Wolf apelował o jak najszybsze wprowadzenie zakazu funkcjonowania punktów „Pick-up-

Stellen”.

W swoim wystąpieniu Prezes Heinz-Günther Wolf zwrócił też uwagę na pozytywne efekty współpracy Związku Niemieckich Izb Aptekarskich ze Związkiem Niemieckich Kas Chorych w zakresie właściwego stosowania leków przez pacjentów. Opracowywany jest obecnie **nowy model przepisywania leków**, w którym lekarz przepisywałby nazwę międzynarodową leku, dawkę oraz czas trwania ▶

► terapii. Aptekarz wybierałby odpowiedni produkt leczniczy, wyjaśniał pacjentowi sposób stosowania leków i określał tzw. **plan leczenia** (*Medikationsplan*). Zdaniem wielu ekspertów wpłynęłoby to bardzo pozytywnie na właściwe stosowanie przez pacjentów przepisanych leków (*compliance*). Wdrażanie tego modelu wymagałoby też określenia na nowo kompetencji lekarzy i aptekarzy, co umożliwiłoby poprawienie jakości prowadzonej farmakoterapii.

Kończąc swoje wystąpienie Prezes Związku Niemieckich Izb Aptekarskich podkreślił, że niemieccy aptekarze są zawsze gotowi do niesienia pomocy, muszą jednak być sprawiedliwie traktowani i odpowiednio wynagradzani.

Po uroczystym otwarciu Zjazdu, które trwało około dwóch godzin, rozpoczęły się **obrad**y. W pierwszej kolejności sprawozdanie przedstawił Dyrektor Związku Niemieckich Izb Aptekarskich dr Sebastian Schmitz. Oprócz zagadnień poruszanych przez Prezesa Wolfa omówił również wyrok Niemieckiego Trybunału Federalnego, który zabrania stosowania przez apteki systemów bonusowych dla pacjentów na leki refundowane. Wyrok ten jest bardzo ważnym osiągnięciem w pracach legislacyjnych niemieckiego samorządu aptekarskiego. Sebastian Schmitz zwrócił też uwagę na nowe wyzwania dla aptekarzy związane m.in. z coraz większą ilością rejestrowanych

przypadków leków podrobionych oraz podniesieniem poziomu i skuteczności rejestracji działań ubocznych i interakcji leków przez pacjentów. Rozwiązania w tym zakresie będą wymagały dostosowania poszczególnych krajów członkowskich UE do odpowiednich dyrektyw unijnych.

Wystąpienie Dyrektora Związku Niemieckich Izb Aptekarskich zainicjowało ożywioną dyskusję, a następnie głosowane były uchwały zjazdowe. Głosowania przebiegały bardzo sprawnie, ponieważ praktycznie wszystkie uchwały dostarczone zostały uczestnikom Zjazdu w postaci wydrukowanej „książki” formatu A4. Uchwały zostały tematycz-



nie podzielone na rozdziały, na każdej stronie była jedna propozycja uchwały, a poszczególne rozdziały wydrukowane zostały na papierze innego koloru. Tylko kilka uchwał „z ostatniej chwili” przedstawianych było z komputera na dużym ekranie. Na każdej stronie oprócz treści proponowanej uchwały podane były m.in.:

- okręgowa izba, która wnioskuje uchwalenie

danej uchwały

- temat uchwały, data propozycji
- uzasadnienie propozycji uchwały

Prowadzący Zjazd po odczytaniu treści uchwały pytał, czy delegaci chcą zabrać głos w tej sprawie (na sali było ustawionych kilka łatwo dostępnych mikrofonów), i - najczęściej po krótkiej dyskusji - delegaci głosowali za pomocą swoich mandatów.

Tylko **jedna uchwała** zgłoszona przez Okręgową Izbę Aptekarską Hesji wywołała dużo **kontrowersji**. Dotyczyła ona zwiększenia obecności przedstawicieli władz samorządu aptekarskiego w mediach. Jednak w trakcie dyskusji wyjaśnione zostały mechanizmy i możliwości występowania prezesów oraz członków prezydium niemieckiego samorządu aptekarskiego w mediach. Zarząd ABDA robi wszystko, co możliwe, aby stanowisko aptekarzy było w jak największym stopniu prezentowane w mediach. Uchwała

ta została ostatecznie odrzucona zdecydowaną większością głosów.

W **drugim dniu Zjazdu** przedstawione zostały trzy wyjątkowo interesujące wykłady.

Pierwszy wykład prowadził profesor Ulrich Laufs, lekarz kierujący Uniwersytecką Kliniką Chorób Wewnętrznych w Homburgu. Przedstawił on bardzo

ciekawe wyniki badań dotyczące stosowania się pacjentów do zalecanych im terapii. Zwrócił uwagę na bardzo ważny fakt, że nawet najlepszy lek nie pomoże, jeśli pacjent nie będzie go właściwie stosował. Tymczasem np. tylko 60-80 procent pacjentów cierpiących na choroby układu krążenia stosuje leki zgodnie z zaleceniami. Właściwa współpraca lekarzy i aptekarzy, w warunkach odpowiednich przepisów prawa, może znacznie poprawić sytuację w tym zakresie. Będzie to również przynosiło korzyści ekonomiczne dla systemu ochrony zdrowia. Badania pokazały też, że poprawa stosowania się pacjentów do zalecanej terapii jest bardzo często o wiele ważniejsza, niż zastosowanie nowego leku!

Drugą prezentację przedstawił profesor Martin Schulz, Kierownik Departamentu Leków Związku Niemieckich Izb Aptekarskich. Zwrócił on uwagę na często niedostrzegany fakt, że stosowanie nowoczesnych form leków wymaga od pacjentów odpowiedniej wiedzy i umiejętności – tego nie zapewni pacjentom ani apteka internetowa, ani punkty wydawania leków „Pick-up-Stellen”. Stwierdził, że niemiecki system ochrony zdrowia jest bardzo efektywny, ponieważ przy kosztach 10-11% dochodu narodowego brutto jest o wiele lepiej oceniany, niż system amerykański, którego koszty funkcjonowania wynoszą około 17% dochodu narodowego brutto Stanów Zjednoczonych.

W części popołudniowej **trzecią**, bardzo ciekawą **prezentację** przedstawił dr Harald Michel, Kierownik Instytutu Demografii Stosowanej w Berlinie. Wyjaśnił, że zmiany demograficzne społeczeństwa niemieckiego i innych społeczeństw europejskich są nieuniknione i często w zbyt małym stopniu dostrzegane i rozumiane przez polityków. Na terenach wschodnich Niemiec są już regiony, gdzie gęstość zaludnienia jest zbliżona do gęstości zaludnienia w Finlandii. Jednak zachodzące zmiany demograficzne stanowią wprawdzie duże wyzwanie dla aptekarzy, ale równocześnie w odpowiednich warunkach mogą się też przyczynić



do znacznego podniesienia rangi i prestiżu aptekarzy.

Przedstawianym prezentacjom towarzyszyły **dyskusje**, w których brali udział wykładowcy i przedstawiciele samorządu aptekarskiego. Po krótkim wprowadzeniu pytania zadawali również obecni na obradach delegaci.

W **trzecim dniu Zjazdu** największym zainteresowaniem

cieszył się **panel dyskusyjny**, w którym wzięli udział **przedstawiciele samorządu aptekarskiego oraz parlamentarzyści z różnych partii** zaangażowani w prace legislacyjne dotyczące systemu ochrony zdrowia. W dyskusji na podium wzięli udział (na zdjęciu poniżej w kolejności od lewej strony): Birgitt Bender (Zieloni), Jens Spahn (CDU), Ulrike Flach (FDP), Albrecht Kloepper (moderator), Friedemann Schmidt (Wiceprezes ABDA - Związku Niemieckich Izb Aptekarskich), Marlies Volkmer (SPD), Fritz Becker (Prezes DAV – Niemieckiego Zrzeszenia Aptekarzy).

Jens Spahn i Ulrike Flach

wyrażali opinię, że proponowana przez rząd reforma rozłoży obciążenie na pacjentów, **p r a c o d a w c ó w**, przemysł farmaceutyczny, lekarzy, aptekarzy, hurtownie i kasy chorych. Jest ona konieczna ze względu na rekordowy deficyt w systemie ochrony zdrowia na poziomie 9 miliardów Euro. Dlatego rząd nie wycofa

się z obniżenia marży hurtowej. Jednak przedstawiciele opozycji parlamentarnej **Birgitt Bender** i **Marlies Volkmer** nie byli już tak przekonani, że zapowiadane obciążenia będą równomiernie rozłożone. Marlies Volkmer przyznała, że wzrost budżetu na wynagrodzenia lekarzy o około 1 miliard Euro nie jest dobrym posunięciem i jest wyrazem szczególnej ochrony tej grupy zawo- ▶



dowej. **Friedemann Schmidt** zwrócił się z pytaniem do polityków: dlaczego każda reforma systemu ochrony zdrowia w ostatnich latach uderza najsilniej w aptekarzy? Tak jest i tym razem, ponieważ patrząc na założenia budżetowe – proponowana jest obniżka przychodów dla aptekarzy i równocześnie podwyżka wynagrodzeń dla lekarzy. **Fritz Becker** apelował o sprawiedliwe rozwiązania i właściwe wyliczenia przewidywanych skutków wprowadzanych zmian – ministerstwo zdrowia przedstawiło wyliczenia, zgodnie z którymi obniżka marży hurtowej przyniesie oszczędności 400 milionów Euro, natomiast samorząd aptekarski dysponuje symulacjami, które wskazują, że straty hurtowni osiągną 630 milionów Euro i - co najważniejsze - straty te hurtownie przeniosą na apteki. Tymczasem większość uczestników

dyskusji na podium potwierdziła pogląd Fritza Beckera, że o dziwo media przedstawiają aptekarzy jako grupę zawodową, która bardzo skorzysta na wprowadzanej reformie.

Jens Spahn starał się kierować dyskusję na temat koniecznej reformy systemu ochrony zdrowia z uwzględnieniem szerszego aspektu problemów, które należy rozwiązać. Według niego jednym z najważniejszych celów reformy powinno być jak najlepsze wykorzystanie potencjału aptekarzy, aby po wielu latach studiów i szkolenia podyplomowego ich praca nie ograniczała się jedynie do wydawania leków. **Friedemann Schmidt** podkreślił, że reformy ostatnich lat bardzo przyczyniły się do zmniejszenia stopnia zaufania pacjentów do aptekarzy - również w wyniku licznych przypadków obowiązkowej

wymiany przepisanych na recepcie leków na preparaty innych producentów (wynika to z umów rabatowych podpisywanych przez kasy chorych z producentami leków). Stwierdził, że pracując w swojej aptece często widzi w oczach swoich pacjentów pytanie: „dlaczego robicie to ze mną?”. **Marlies Volkmer** wyraziła pogląd, że należy zmienić system w taki sposób, aby apteki nie były zależne od rabatów udzielanych przez hurtownie farmaceutyczne. **Fritz Becker** podkreślił, że aptekarze chcą zapewnić wysoką jakość usług, jednak wymagają one ponoszenia niewielkich kosztów. Konieczne są odpowiednie regulacje zapewniające stabilność finansową aptek.

Chociaż w trakcie ponad dwugodzinnej dyskusji nie jest możliwe omówienie wszystkich problemów niemieckich aptekarzy bardzo ważna jest deklaracja

uczestniczących w dyskusji polityków, że są gotowi do dalszych konsultacji i szukania rozwiązań akceptowanych przez aptekarzy. Jens Spahn zapowiedział, że kolejne spotkanie z przedstawicielami samorządu aptekarskiego odbędzie się kilka dni po zjeździe.

Na gotowość polityków do szukania kompromisu wpływa też z pewnością **nacisk wywierany przez niemiecki samorząd aptekarski**. Rzecznik prasowy Związku Niemieckich Izb Aptekarskich Thomas Bellartz zapowiedział, że w razie konieczności w kolejnych tygodniach będzie następować eskalacja protestu aptekarzy w całym kraju. Do wszystkich aptek rozesłane zostały plakaty, materiały z informacjami dla aptekarzy oraz ulotki dla pacjentów

– **kampania** będzie prowadzona pod hasłem „**Zakończcie gospodarkę rabunkową na aptekach**”.

Do aptek wysłane zostały również kartki pocztowe, które aptekarze mogą wysyłać do parlamentarzystów swojego regionu. Ze strony internetowej Związku Niemieckich Izb Aptekarskich można też wysyłać maile protestacyjne do polityków.

Kampanii protestacyjnej prowadzonej przez niemieckich aptekarzy towarzyszą też liczne **konferencje prasowe** organizowane przez samorząd aptekarski. W prasie i mediach pojawia się też coraz więcej **artykułów i programów** pokazujących rzeczywiste konsekwencje proponowanej reformy.

Udział w Zjeździe Niemieckich Aptekarzy był także doskonałą okazją do bezpośrednich rozmów z przedstawicielami samorządów aptekarskich, nie tylko z Niemiec, ale również Austrii, Węgier i nawet Włoch. Był też okazją do rozmów z zaproszonymi ekspertami, którzy specjalizują się w ekonomicznej analizie rynku aptecznego. Zdobyta wiedza i kolejne doświadczenia będą jeszcze wielokrotnie wykorzystywane w pracach naszego samorządu. ■

mgr farm. Piotr Bohater

Koordinator Departamentu Spraw Zagranicznych NRA
prezes@dia.com.pl

fol. autor



Informacja Departamentu Spraw Zagranicznych NRA

1) Moratorium dotyczące otwierania nowych aptek na Węgrzech

W lipcu 2010r. węgierski parlament przyjął **propozycję rządu**, której celem jest **zakończenie procesu liberalizacji rynku aptecznego**. Zawiera ona moratorium zgodnie z którym od połowy lipca 2010r. do 31 grudnia 2010r. obowiązywać będzie zakaz otwierania nowych aptek na Węgrzech, z wyjątkiem miast, w których nie ma jeszcze aptek. Moratorium ma obowiązywać do końca roku, ponieważ od 1 stycznia 2011r. powinny wejść w życie ustawowe ograniczenia otwierania nowych aptek na Węgrzech. Na etapie prac legislacyjnych rozważane są następujące rozwiązania:

a) Kryteria geograficzne i demograficzne

Samorząd aptekarski proponuje wprowadzenie dla kryterium demograficznego minimalną liczbę ubezpieczonych na jedną aptekę 4500 (sieci apteczne proponują 3000), a dla kryterium geograficznego minimalną odległość między aptekami 250 - 300m.

b) Kryterium własnościowe

Nowe przepisy zawierać będą również ograniczenie, że apteki muszą być co najmniej w 50% własnością aptekarzy.

W ciągu trzech lat po liberalizacji rynku aptecznego na Węgrzech w roku 2007 liczba

aptek zwiększyła się z 2000 do 2400 (liczba pacjentów na statystyczną aptekę spadła z ok. 5000 do ok. 4100). W tym czasie powstało około **600 nowych aptek – prawie wyłącznie w miastach** – natomiast około 200 aptek zostało zamkniętych. Równocześnie w okresie tym liczba przepisywanych recept nie zmieniła się i wynosi około 150 milionów rocznie. Wiele leków zostało też dopuszczonych do sprzedaży pozaaptecznej.

Na skutek bezwzględnej walki konkurencyjnej między aptekami ocenia się, że obecnie **około 400 aptek na Węgrzech znajduje się w bardzo trudnej sytuacji ekonomicznej**. Wpływa to w poważnym stopniu na obniżenie poziomu dostępnych usług farmaceutycznych.

Węgierski rząd rozważa też możliwość **ponownego wprowadzenia obowiązku przynależności farmaceutów do izby aptekarskiej**. Obowiązek ten został zniesiony w 2007r., co spowodowało bardzo poważne trudności finansowe Węgierskiej Izby Aptekarskiej.

Możliwość wprowadzenia bardzo korzystnych zmian dla węgierskich aptekarzy wynika z ogromnej **determinacji i konsekwencji w działaniu Węgierskiej Izby Aptekarskiej**. W ostatnim czasie udało się również samorządowi aptekarskiemu przekonać parlamentarzystów do wprowadzenia ważnych zmian legislacyjnych dotyczących opieki farmaceutycznej. Są to szcze-

gólnie ważne osiągnięcia w **warunkach dobrowolnej przynależności farmaceutów do izby aptekarskiej i bardzo ograniczonego budżetu**.

Jest to równocześnie odpowiedź dla wszystkich tych, którzy zadają pytanie, **czy samorząd aptekarski jest aptekarzom potrzebny i czy jest sens płacić składki**, aby zapewnić jego egzystencję.

Ważnym czynnikiem była też z pewnością zmiana partii rządzącej na Węgrzech. Premier Viktor Orbán z partii Fidesz zgodził się zakończyć proces liberalizacji rynku aptecznego.

2) Przedłużone moratorium dotyczące otwierania nowych aptek w Belgii

W grudniu 2009r. przedłużone zostało moratorium na otwieranie nowych aptek w Belgii na kolejne 5 lat. Zakaz otwierania nowych aptek w Belgii obowiązuje od roku 1994. Został wprowadzony, ponieważ w roku 1994 liczba pacjentów przypadających na statystyczną aptekę spadła do poziomu około 2000.

Widać więc, że zakaz otwierania nowych aptek, nawet w kraju, w którym usytuowana jest większość instytucji europejskich, może być utrzymywany przez kilkanaście lat i nie jest kwestionowany. ■

mgr farm. Piotr Bohater

Koordynator Departamentu
Spraw Zagranicznych NRA
prezes@dia.com.pl



APTEKA BYŁA, JEST I BĘDZIE...

Ja płacę i rozkazuję...

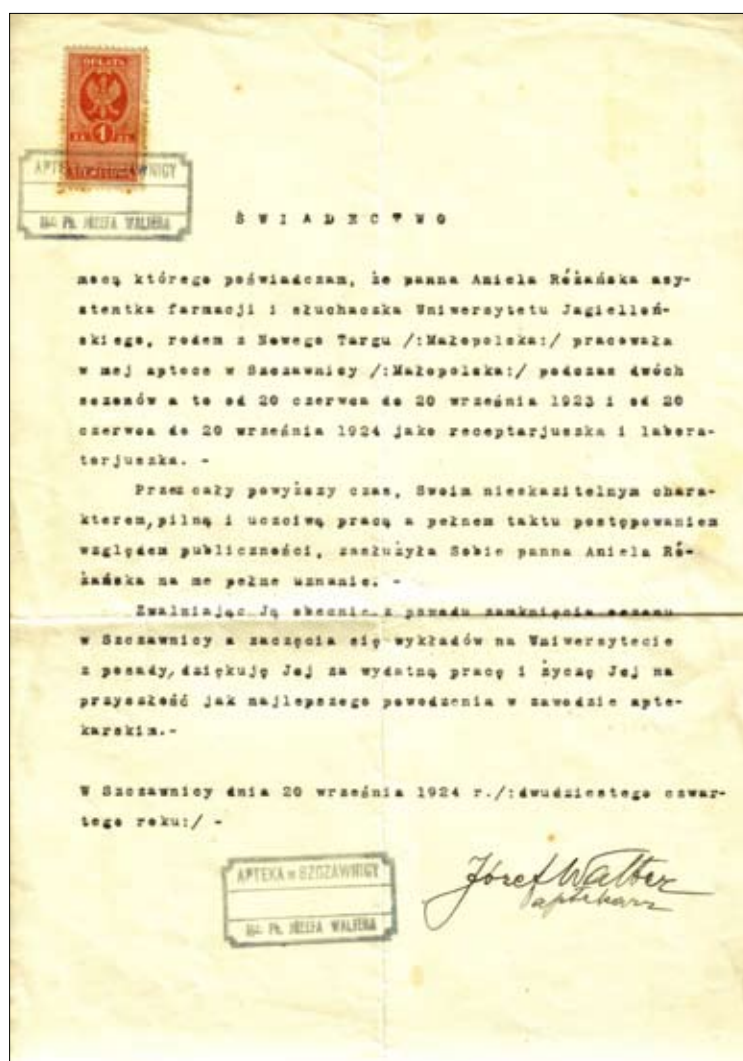
Tym razem Czytelnikom „Aptekarza Polskiego” chciałbym pokazać kolejny, wyjątkowy aspekt przeszłości naszego zawodu. Dotyczy on problemu dominującego niegdyś na łamach czasopism farmaceutycznych, a obecnie niemal całkowicie zapomnianego! Mam na myśli napięte stosunki pomiędzy właścicielami aptek, a ich pracownikami. Podłoże tych konfliktów tkwiło nierzadko w krzywdzącym traktowaniu pracowników przez przełożonych, złych warunkach pracy i zbyt niskich zarobkach.

W Polsce południowej, znajdującej się pod stosunkowo liberalnym zaborem austriackim, walkę o prawa farmaceutów-pracowników rozpoczęło Galicyjskie Towarzystwo Farmaceutyczne „Unitas”, działające od 1892 roku w Krakowie. A było o co walczyć: do tej pory farmaceuta-pracownik pozostawał w aptece tak długo, jak długo kazał mu przełożony. Zazwyczaj praca trwała 10-12 godzin dziennie, przez cały tydzień, bez względu na to, czy była to niedziela, czy też święta! Urlopów udzielano rzadko i tylko w wyjątkowych sytuacjach. Dziś aż trudno sobie to wszystko wyobrazić!

Apogeuem działalności „Unitasu” był słynny strajk farmaceu-

tów-pracowników w roku 1902. Pracownicy, ostrym piórem redaktorów „Kroniki Farmaceutycznej”, organu prasowego To-

warzystwa „Unitas”, grozili, że w wypadku odmowy spełnienia ich postulatów *gotowi są uciec się do środka radykalnego, ma-*



Ilustracja 1
Świadectwo wyjątkowej zyczliwości i kultury pracodawcy: poświadczenie odbycia praktyki w prowincjonalnej aptece w Szczawnicy. Dokument ze zbiorów Muzeum Farmacji UJ.



Ilustracja 2

Pracownicy apteki „Pod Białym Orłem” w Nowym Sączu, lata trzydzieste XX wieku. Już na pierwszy rzut oka widać harmonię panującą w tym zespole. Ze zbiorów Adama Gutowskiego.

sowego wypowiedzenia posad. Strajk, po trudnych rozmowach z przedstawicielami c.k. Namiestnictwa oraz właścicielami aptek, zrzeszonymi w Gremium Galicji Wschodniej i Zachodniej, zakończył się sukcesem i podpisaniem ugody zbiorowej. Umowa precyzowała nowy wymiar płac dla magistrów farmacji. Ponadto efektem strajku było zagwarantowanie pracownikom prawa do 14-dniowego urlopu w ciągu roku i dodatków pracowniczych.

W tym samym mniej więcej czasie o swe prawa upomnieli się pracownicy aptek w zaborze rosyjskim. W listopadzie 1906 roku, w Warszawie, zastrajkowała niższa służba apteczna. Jak relacjonowało galicyjskie „Czasopismo Towarzystwa Aptekarskiego” wszelkie rokowania nie doprowa-

te słowa (...) do publicznej wiadomości, czynimy to jednak z rumiem wstydu, nie spodziewaliśmy się bowiem nigdy, by mógł się znaleźć aptekarz zdradzający tak szynkowniane wychowanie.

W okresie międzywojennym punkt ciężkości działalności wszystkich organizacji i stowarzyszeń zawodowych dawnych zaborów zogniskował się w stolicy, w Warszawie. W roku 1919 powstał tymczasowy „Związek Zawodowy współpracowników aptekarskich Rzeczypospolitej Polskiej”, przekształcony wkrótce w Związek Zawodowy Farmaceutów Pracowników w Rzeczypospolitej Polskiej. Celem jego była walka o poprawę warunków pracy w aptekach i ustawodawstwo ochronne, gwarantujące pracownikom ubezpieczenia na wypadek choroby, nieszczęśli-

wych wypadków, niezdolności do pracy, a nawet starości czy bezrobocia. Z właścicielami aptek danego miasta lub regionu podpisywano umowy zbiorowe, gwarantujące minimalne płace miesięczne, warunki pełnienia dyżurów nocnych, korzystania z płatnych urlopów, wprowadzenie przerwy obiadowej, spoczynku niedzielnego i świątecznego, ograniczenia czasu otwarcia aptek... Nadal, w razie potrzeby, uciekano się do strajków, mających nierzadko dramatyczny przebieg. Bezparadonowa walka pomiędzy pracownikami i pracodawcami przenosiła się także na łamy dwóch czasopism farmaceutycznych: czasopisma Związku Zawodowego, czyli przeniesionej do Warszawy „Kroniki Farmaceutycznej” oraz „Wiadomości Farmaceutycznych” – organu pra-

sowego Polskiego Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego, zrzeszającego właścicieli aptek. W nienawiści do strony przeciwnej nikt nie pozostawał w tyle...

Związek Zawodowy Farmaceutów Pracowników w pierwszej dekadzie niepodległości umocnił swą pozycję i stał się jedyną reprezentacją farmaceutów-pracowników. Z inicjatywy Zarządu Głównego powstawały kolejne oddziały terenowe, które stawiały sobie za zadanie szerzenie pośród członków oświaty zawodowej, propagowanie czytelnictwa, urządzenie odczytów, wykładów, kursów, wspólnych wycieczek. Czuwano także, aby pośród pracowników aptek panowały zgodne, etyczne stosunki, starano się rozwijać życie towarzyskie... Na pierwszy plan działalności Związku wysuwała się jednak coraz ostrzejsza retoryka władz, które negatywne aspekty relacji „pracodawca-pracownik” wyolbrzymiały do monstrualnych wręcz rozmiarów. Łamy „Kroniki Farmaceutycznej” wykorzystywane były do rozgrywek personalnych i ostrej w swym tonie propagandy. Nie zważano na osiągnięcia ustawodawcze młodego państwa polskiego, wychodzące naprze-

ciw oczekiwaniom pracownikom. Bardzo szybko wychwycała to redakcja postępowej „Farmacji Współczesnej”, piętnując tak poszczególne artykuły, jak i ogólnie – całą filozofię Związku.

W roku 1935 redaktor naczelny „Farmacji Współczesnej” – magister Antoni Ossowski pisał: *kłasnawy podział Zawodu przeżył się, i wszelkie biadania na ten temat wyzysku szlachetnego pracownika przez zbrodniczego właściciela apteki wzbudzają dziś tylko uśmiech politowania, jako rzeczy przestarzałe*. Ossowski dodawał, że *nie mogą tego zrozumieć (...) przywódcy Związku. Usiłują oni sztucznie podtrzymać samopoczucie proletariackie swoich członków przez podbijanie bębna w „Kronice Farmaceutycznej” i w brukowej prasie codziennej*. Ossowski z satysfakcją odnotował decyzję Warszawskiego Towarzystwa Farmaceutycznego o wprowadzeniu *norm minimalnych płac* i stwierdzał, że *śmiertelny cios (...) wierze proletariackiej Związku, zadałoby wprowadzenie 25% podwyżki płac dla pracowników aptek*.

Warto zaznaczyć, że Ossowski sam piętnował tych właścicieli aptek, dla których *jedynym bożkiem* była *mamona*, ale nie chciał

jednocześnie, aby oskarżenia te były wypowiedane wyłącznie dla zasady, bez podania konkretnych przykładów. Głosił, że *za wód powinien mówić jednym, stanowczym i twórczym głosem*. Potępiać należało wszystkie przewinienia wobec tak bardzo sponiewieranego aptekarstwa i jednocześnie wzniesić się ponad wzajemne animozje pracodawców i pracowników! Ossowski zarzucał związkowcom, że za upadek aptekarstwa odpowiada w tym samym stopniu, co ich pracodawcy: *aptekarz kręci bat, a pracownik mu trzyma. Jak ukręca, dostaną obydwaj i słusznie* – pisał. Zdaniem Ossowskiego to przecież pracownik sprzedaje leki z opustami, leki o wątpliwym działaniu i niestaránie wykonane!

Opisany powyżej konflikt, jątrzący zawód, spowodował, że władze państwowe nie chciały, a wręcz nie mogły podjąć żadnej konkretnej inicjatywy ustawodawczej, zmierzającej do naprawy polskiego aptekarstwa... Nie pierwszy i nie ostatni raz partykularne interesy triumfowały nad dobrem polskiego aptekarstwa! ■

dr n. farm. Maciej Bilek

Warto wiedzieć

Unia Europejska nagradza dziennikarzy piszących o zdrowiu

Komisja Europejska po raz drugi nagrodziła dziennikarzy specjalizujących się w problematyce ochrony zdrowia. Nazwiska dziennikarzy, którym przyznano nagrody dziennikarskie za 2010 rok ogłoszono 1 grudnia w Brukseli.

Pierwszą nagrodę otrzymali dwaj włoscy dziennikarze Gianluca Ferrari i Ilaria Molinari, za wspólnie napisany pt. „Kradzież nadziei”, który opublikowali w piśmie Panorama. Artykuł ten dotyczy działalności leczniczej klinik zajmujących się leczeniem chorób przewlekłych niestandardowymi a raczej niestosowanymi przez praktykę lekarską metodami. Drugą nagrodę zdobyła czeska dziennikarka Lucie Hášová Truhelková, która w artykule „Miłość mieszka w nerkach” ukazała problem dawstwa narządów.

Trzecia nagroda przypadła zespołowo czworgu duńskim dziennikarzom, Kasperowi Krogh, Mortenowi Crone, Line Holm Nielsen i Jesperowi Woldenhof za opublikowany w piśmie „Berlingske Tidende” artykuł „Wielki błąd”, którego bohaterem był człowiek dążący do reformy systemu ochrony zdrowia.

źródło: <http://europa.eu/rapid/>

XI MISTRZOSTWA POLSKI FARMACEUTÓW W NARCIARSTWIE ALPEJSKIM

Narciarze - szlifujcie formę!
Dolnośląska Izba Aptekarska
zaprasza na zawody narciarskie dla
farmaceutów i przyjaciół farmacji z całej Polski

**STOK KARPATKA DO WYŁĄCZNEJ DYSPOZYCJI UCZESTNIKÓW,
W RAZIE POTRZEBY SZTUCZNIE NAŚNIEŻANY**

SPOTKANIE INTEGRACYJNE PRZED ZAWODAMI

**IMPREZA WIECZORNA PO ZAKOŃCZENIU ZAWODÓW
W „CHACIE KARKONOSKIEJ”**

Szczegółowe informacje na stronie
www.dia.com.pl



KARPACZ 15.01.2011

Nowe rejestracje – PL – wrzesień 2010



We wrześniu 2010 r. Minister Zdrowia wydał 152 pozwolenia na dopuszczenie produktów leczniczych do obrotu w Polsce, w tym 149 pozwoleń dla nowych produktów i 3 pozwolenia dla leków homeopatycznych firmy Dagomed Pharma już wcześniej zarejestrowanych (Chamomilla Dagomed 44 Bolesne ząbkowanie, Luffa Dagomed 40 Katar alergiczny, Ranunculus Dagomed 26 Opryszczka wargowa), które zostały pominięte w niniejszym zestawieniu. Produkty omówiono na tle wcześniejszych rejestracji i produktów obecnych już na rynku, w ramach poszczególnych klas ATC/WHO oraz substancji czynnej lub składu preparatu, pomijając szczegóły (postaci, dawki, opakowania, kategorie dostępności, numery pozwoleń), które można znaleźć w internetowym Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (<http://bip.urpl.gov.pl/produkty-lecznicze>) – zestawienie rejestracyjne za wrzesień 2010 zostało udostępnione 10 listopada 2010.

A – PRZEWÓD POKARMOWY I METABOLIZM

A01/A01A – Preparaty stomatologiczne; **A01AB** – Preparaty przeciwważne i antyseptyczne do stosowania miejscowego w jamie ustnej

Miconazolium: Loramyc (Bioalliance Pharma) w nowej postaci tabl. adhezyjnych podpoliczkowych to 2. marka preparatów mikonazolu zarejestrowana w tej klasie terapeutycznej. Do sprzedaży wprowadzono Daktarin Oral (Janssen-Cilag) żel.

A02 – Leki stosowane w zaburzeniach związanych z nadkwaśnością;

A02A – Leki zobojętniające kwasy żołądkowe; **A02AX** – Inne leki zobojętniające kwasy żołądkowe - preparaty złożone

Natrii alginas+Calcii carbonas+Natrii hydrogenocarbonas: Gaviscon o smaku mięty TAB (Reckitt Benckiser) w postaci tabl. do rozgryzania i żucia to rozszerzenie w stosunku do zarejestrowanej wcześniej zawiesiny.

A02B – Leki stosowane w chorobie wrzodowej i

refluksie żołądkowo-przełykowym; A02BC – Inhibitory pompy protonowej

Pantoprazolum: Pantoprazol Polfa Łódź to 33. zarejestrowana marka pantoprazolu. Na rynek wprowadzono 16 preparatów: Controloc i od czerwca 2009 dostępny bez recepty Controloc Control (Nycomed; lek oryginalny), od listopada 2006 Anesteloc (Adamed), od listopada 2007 Contix (Lekam), od grudnia 2007 Nolpaza (Krka), od czerwca 2008 Pantoprazol-Ratiopharm, od września 2008 Panogastin (Jelfa), od października 2008 IPP (Sandoz) oraz Noacid (Egis), od listopada 2008 Panzol (Apotex) oraz iniekcje Pantoprazol Sandoz, od sierpnia 2009 Contracid (Farma-Projekt), od marca 2010 Panprazox (Polpharma; zarejestrowany wcześniej przez firmę Nucleus jako Zoramyl), od lipca 2010 Pantogen (Generics), od sierpnia 2010 Gastrostad (Stada; lek zarejestrowany wcześniej pod nazwą Tifizol przez firmę Alfred E. Tiefenbacher) i Xotepic (Farmacom; lek zarejestrowany początkowo pod nazwą Zipantola, a następnie wprowadzony na rynek w listopadzie 2008 pod nazwą Pantoprazolum Farmacom - w marcu 2010 nastąpiła zmiana

nazwy na Xotepic) i od października 2010 Ranloc (Ranbaxy). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży preparaty: Dyspex (Nycomed Pharma), Nelgast (Glenmark Pharmaceuticals; lek OTC), Panrazol (Actavis), Pantomed (Ratiopharm), Pantopraz (Biofarm), Pantoprazol-1A Pharma, Pantoprazol BMM Pharma (BMM Pharma), Pantoprazole Bluefish (Bluefish Pharmaceuticals), Pantoprazol Tecnimede, Pompec (Adamed), Prasec (Mepha; lek zarejestrowany wcześniej pod nazwą Pantomol przez firmę Alfred E. Tiefenbacher), Prazopant (Actavis), a także 4 leki OTC z centralnej rejestracji unijnej: Somac Control, Pantozol Control, Pantecta Control i Pantoloc Control (wszystkie: Nycomed). Skreślono z Rejestru: Helopan (Gedeon Richter Polska).

A07 – Leki przeciwbiegunkowe, przeciwzapalne i przeciwważne stosowane w chorobach jelit; **A07E** - Leki przeciwzapalne stosowane w chorobach jelit; **A07EA** - Kortykosteroidy stosowane miejscowo

Budesonidum: Budenofalk (Dr. Falk Pharma) w postaci nowej dla tej substancji czynnej postaci pian-▶

►ki doodbytniczej to rozszerzenie w stosunku do wprowadzonych wcześniej kapsułek dojelitowych. Do sprzedaży wprowadzono 2 leki doustne: Budenofalk (Dr. Falk Pharma) i Entocort (AstraZeneca) o przedłużonym uwalnianiu.

A10 – Leki stosowane w cukrzycy; **A10B** – Leki obniżające poziom glukozy we krwi, z wyłączeniem insuliny; **A10BB** – Sulfonamidy, pochodne mocznika

Gliclazidum: Gliclazide Richter (Gedeon Richter Polska) o zmodyfikowanym uwalnianiu to aktualnie 13. zarejestrowana marka gliklazylu. Na rynek wprowadzono 4 leki o standardowym uwalnianiu: Diabrezide (Molteni), Diaprel (Servier), Diazidan (ICN Polfa Rzeszów) i Glazide (Galena), a także 2 leki o przedłużonym uwalnianiu: Diaprel MR (Anpharm) i od sierpnia 2008 Gliclada (Krka). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży preparaty: Diagen (Generics), Diamicron (Servier), Glisan MR (Apotex), Gluctam MR (Egis; dawka 30 mg zarejestrowana wcześniej pod nazwą Gliclazide MR Servier), Glydium MR (Anpharm), Neoglic (Teva) i Normodiab MR (Actavis) o przedłużonym uwalnianiu. Skreślono z Rejestru: Apo-Lazid (Apotex), Diabezidum (Jelfa), Diaklat (Biofarm), Diaquit (Gedeon Richter Polska), Gliclazide (Generics), Gliklazyl (Unia), Glinormax (Teva Kutno), Glirat (Krka), Norsulin (Polfa Pabianice).

A11 – Witaminy; **A11C** – Witaminy A i D, włączając preparaty złożone; **A11CC** – Witamina D i analogi

Alfacalcidolum: One-Alpha kaps. (Leo Pharma) to rozszerzenie w stosunku do zarejestrowanego wcześniej preparatu iniekcyjnego.

Do sprzedaży wprowadzono 2 preparaty doustne: Alfadiol (GlaxoSmithKline Poznań) i Alfakalcydol IF (Instytut Farmaceutyczny). Nie wprowadzono jeszcze na rynek preparatu iniekcyjnego One-Alpha (Leo Pharma).

B – KREW

I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY

B01/B01A – Leki przeciwkrzepowe; **B01AC** – Inhibitory agregacji płytek krwi (z wyłączeniem heparyny)

Clopidogrelum: Klepisal (Alchemia) i Clopimef (Mepha) to odpowiednio 59. i 60. zarejestrowana marka klopidoirelu. Na rynek wprowadzono 17 leków: Plavix (Sanofi Pharma Bristol-Myers Squibb; lek oryginalny), Areplex (Adamed), Zyllt (Krka), od sierpnia 2008 Clopidix (Lekam), od listopada 2009 Clopidogrel Mylan (Mylan Pharma) i Egitromb (Egis), od grudnia 2009 Clopidogrel Teva (Teva Pharma) i Trombex (Zentiva), od stycznia 2010 Grepid (Pharmathen), od marca 2010 Plavocorin (Sandoz), od maja 2010 Clopidogrel Apotex (Apotex; lek zarejestrowany wcześniej pod nazwą Clopidogrel Mylan Pharma), Clopidogrel GSK (GlaxoSmithKline) i Tessyron (Gedeon Richter), od czerwca 2010 Agregex (Actavis), od lipca 2010 Carder (Farma-Projekt) i Miflexin (Ratiopharm) oraz od sierpnia 2010 Clopinovo (Arti Farma). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży: Agrelex (Galex d.d.), Clogrel (Polpharma), Clopidim (Specifar), Clopidogrel Actavis, Clopidogrel Arrow (Arrow ApS), Clopidogrel Jenson (Jenson Pharmaceutical Services), Clopidogrel Pliva (Pliva Kraków), Clopidogrel Quisisana (Quisisana Pharma), Clopidroratio (Ratiopharm), Clopigamma (Wörwag), Cloroden (IWA Consulting), Defrozyp (Ozone), Hemafluid (1A Pharma), Lofradyk (Adamed), Nofardom (Adamed), Pegorel (IWA Consulting), Picturlop (IWA Consulting), Platarex (Pliva Kraków), Sudroc (Miklich), Trogran (Glenmark), Tuxedon (ICN Polfa Rzeszów), Vatoud (IWA Consulting) oraz zarejestrowane w ramach centralnej procedury unijnej leki: Clopidogrel 1A Pharma (Acino Pharma), Clopidogrel Acino (Acino Pharma), Clopidogrel Acino Pharma (Acino Pharma), Clopidogrel Acino Pharma GmbH (Acino Pharma), Clopidogrel DURA (Mylan dura), Clopidogrel HCS, Clopidogrel Hexal (Acino Pharma), Clopidogrel Krka (Krka), Clopidogrel Qualimed (Qualimed), Clopidogrel Ratiopharm (Acino Pharma), Clopidogrel Ratiopharm GmbH (Acino Pharma), Clopidogrel Sandoz (Acino Pharma), Clopidogrel TAD (Tad Pharma), Clopidogrel Teva Generics B.V., Clopidogrel Teva Pharma (Teva Pharma; poprzednia nazwa preparatu: Clopidogrel HCS), Clopidogrel Winthrop (Sanofi-Aventis), Iscover (Bristol-Myers Squibb), Zopya (Norpharm Regulatory Services) i Zylagren (Krka). W listopadzie 2009 wycofano z unijnego rejestru preparat Clopidogrel BMS (Bristol-Myers Squibb).

C – UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

C09 – Leki działające na układ renina-angiotensyna; **C09A/C09AA** – Inhibitory ACE, leki proste

Cilazaprilum: Cilapril (Celon Pharma) to 6. zarejestrowana marka cilazaprylu. Na rynek zostało

wprowadzonych 5 leków: Inhibace (Roche; lek oryginalny), od września 2007 Cilan (Polfarmex), od czerwca 2009 Cazaprol (Krka), od sierpnia 2010 Inhibestril (Teva) i od września 2010 Symibace (SymPharm).

Lisinoprilum: Lisinopril Pfizer to 9. zarejestrowana marka lisinoprylu. Do sprzedaży wprowadzono 7 leków: Dirotin (Gedeon Richter), LisiHexal (Sandoz), Lisinoratio (Ratiopharm), Lisiprol (Gedeon Richter Polska), Prinivil (Merck Sharp & Dohme; lek oryginalny), Ranopril (Ranbaxy) i od września 2009 Ikapril (Polfa Pabianice; preparat został wcześniej zarejestrowany przez Galex d.d. pod nazwą Lisinolex). Nie pojawił się jeszcze na rynku preparat Lisoniril (+Pharma). Skreślono z Rejestru: Lisinopril-1A (1A Pharma) i Novatec (Merck Sharp & Dohme).

Perindoprilum: Perindopril Pfizer to 21. zarejestrowana marka preparatów peryndoprylu. Na rynek zostało wprowadzonych 9 leków: Peryndopryl Anpharm (obecna nazwa: Irpax; jednak preparat o nowej nazwie nie pojawił się jeszcze na rynku), Prestarium (Servier), Prenessa (Krka Polska), od lutego 2009 Vidotin (Gedeon Richter), od marca 2009 Apo-Perindox (Apotex; zarejestrowany wcześniej jako Perindox), od kwietnia 2009 Lextril (Glenmark) i Stopress (Polpharma), od października 2009 Perindoran (Ranbaxy) i od kwietnia 2010 Cardipen (Lekam; zarejestrowany wcześniej pod nazwą Presdopril). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży: Coverex (Egis), Ikarium i Ikarium forte (Polfarmex), Percarnil (Actavis), Perilan (Sandoz), Perinace (Archie Samuel), Perindopril (Krka), Perindopril-1A Pharma, Perindopril Arrow (Arrow Ge-

nerics), Perindopril-Ratiopharm, Perindopril tert-butylamin BMM Pharma (Lefarm) i Perotens (Krka Polska).

Ramiprilum: Ramipril Pfizer to 17. zarejestrowana marka ramiprylu, zaś Ramipril Teva w dawkach 1,25 mg i 2,5 mg to rozszerzenie w stosunku do zarejestrowanej wcześniej dawki 5 mg. Do obrotu wprowadzono 13 preparatów: Mitrip (Teva Kutno), Piramil (Sandoz), Ramicor (Ranbaxy), Tritace (Aventis Pharma; lek oryginalny), od grudnia 2006 Axtil (Adamed), od lutego 2007 Vivace (Actavis), od kwietnia 2007 Polpril (Polpharma), od października 2007 Ramve (Farma-Projekt), od grudnia 2007 Ramistad (Stada), od czerwca 2008 Ramipril-Ratiopharm (zarejestrowany wcześniej przez Galex d.d. jako Ramilex), od listopada 2008 Apo-Rami (Apotex), od marca 2009 Ampril (Krka) i od października 2010 Ramipril Actavis. Nie ma jeszcze w sprzedaży preparatów: Ramipril Aurobindo (Aurobindo Pharma), Ramipril Ozone, Ramipril Teva. Skreślono z Rejestru: Ramitren (GlaxoSmithKline) i Ramrex (Sanofi-Synthelabo).

C09B - *Inhibitory ACE, leki złożone; C09BA* – *Inhibitory ACE i leki moczopędne; C09BA09* – *Fosinopryl i leki moczopędne*

Fosinoprilum + hydrochlorothiazidum: Monotens HCT (PharmaSwiss) to 3. zarejestrowany lek o tym składzie. Do sprzedaży wprowadzono w lipcu 2009 preparat Fosicard Plus (Actavis). Nie pojawił się jeszcze na rynku lek FosiTeva HCTZ (Teva).

C09D – *Antagoniści angiotensyny II, leki złożone; C09DA* - *Antagoniści angiotensyny II i leki moczopędne;*

C09DA06 – *Kandesartan i leki moczopędne*

Candesartanum + hydrochlorothiazidum: Candapres HCT (Sandoz) to 1. rejestracja preparatów o podanym składzie, w 2 dawkach.

C10 – *Leki wpływające na stężenie lipidów; C10A* - *Leki wpływające na stężenie lipidów, leki proste; C10AA* – *Inhibitory reduktazy HMG CoA*

Atorvastatinum: Atorvastatin-Ratiopharm to 25. zarejestrowany preparat atorwastatyny, zaś Tulip (Sandoz) w 4 dawkach, tym razem zarejestrowany w ramach procedury europejskiej, to m.in. rozszerzenie o dawki 40 mg i 80 mg w stosunku do wprowadzonych wcześniej dawek 10 mg i 20 mg, zarejestrowanych w ramach procedury narodowej. Do obrotu wprowadzono 16 leków: Atoris (Krka), Sortis (Parke-Davis; lek oryginalny), Tulip (Sandoz), od czerwca 2006 Torvacard (Zentiva), od października 2006 Atorvox (Farmacom), od lutego 2007 Atrox (Biofarm), od stycznia 2008 Torvalipin (Actavis), od marca 2008 Atorvasterol (Polpharma; zarejestrowany wcześniej przez Medis jako Atorvin), od kwietnia 2008 Atractin (Medis; zarejestrowany wcześniej jako Copastatin), od listopada 2008 Corator (Lekam), od grudnia 2008 Larus (Gedeon Richter Polska; zarejestrowany wcześniej przez Medis jako Atorpharm), od maja 2009 Atorvastatinum Farmacom, od czerwca 2009 Torvazin (Egis), od grudnia 2009 Xavitor (Tabuk Poland; zarejestrowany wcześniej przez Medis pod nazwą Copator), od lipca 2010 Storvas (Ranbaxy) i od września 2010 Apo-Atorva (Apotex). Nie zostały jeszcze wprowadzone ▶

► preparaty: Atorgamma (Wörwag), Atorvanorm (+Pharma), Atorvastatin Teva, Gletor (Glenmark), Mephator (Mepha), Orztiza (Actavis), Pharmastatin (Medis) i Voredanin (Ozone).

Rosuvastatinum: Zahron (Adamed) to 6. zarejestrowana marka rosuwastatyny. Na rynek wprowadzono 4 marki: Crestor (AstraZeneca; lek oryginalny), od czerwca 2010 Zaranta (Gedeon Richter Polska) i od sierpnia 2010 Rosucard (Zentiva) oraz Suvardio (Sandoz). Nie pojawił się jeszcze w sprzedaży preparat Rosuvastatin Teva.

D – LEKI STOSOWANE W DERMATOLOGII

D01 – *Leki przeciwgrzybicze stosowane w dermatologii;*

D01A – *Leki przeciwgrzybicze stosowane miejscowo;*

D01AE – *Inne leki przeciwgrzybicze stosowane miejscowo*

Terbinafinum: Dermogen krem (Generics) to 7. zarejestrowana marka terbinafiny do stosowania miejscowego. Na rynku znajduje się 5 leków: Lamisilatt (Novartis) w postaci aerozolu, kremu, żelu i płynu do stosowania na skórę oraz Tenasil (Homeofarm), Terbiderm (Gedeon Richter), Undofen Max (GlaxoSmithKline, Poznań) i od października 2007 Terbistad (Stada) w postaci kremu. Nie został jeszcze wprowadzony do sprzedaży krem Zelefion (Temapharm).

G – UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY I HORMONY PŁCIOWE

G03 – *Hormony płciowe i środki wpływające na czynność układu płciowego;*

G03F – *Progestageny i estro-*

geny, leki złożone; G03FA - Progestageny i estrogeny, preparaty zawierające stałe dawki; G03FA14 – Dydrogesteron i estrogen

Norethisteronum+estradiolum:

Femoston Mini (Solvay) to rozszerzenie w stosunku do wprowadzonego wcześniej preparatu Femoston Conti, zawierającego 2 razy większe dawki obu składników.

G03G – *Gonadotropiny i inne stymulatory owulacji;*

G03GA – *Gonadotropiny*

Menotropinum: Menopur (Ferring) w wielodawkowych opakowaniach 600 j.m. i 1200 j.m. to rozszerzenie w stosunku do wprowadzonego wcześniej preparatu jednodawkowego. Na rynek zostały wprowadzone 3 preparaty w dawce 75 j.m.: Menogon (Ferring), Menopur (Ferring), Merional (IBSA). Skreślono z Rejestru: Humegon (Organon) i Pergonal (Merck Serono).

G04 – *Leki urologiczne;*

G04B – *Inne leki urologiczne, w tym przeciwskurczowe;*

G04BE – *Leki stosowane w zaburzeniach erekcji*

Sildenafilum: Ecriten (Jelfa) i Silderec (Gedeon Richter) to odpowiednio 15. i 16. zarejestrowana marka syldenafilu. Na rynek zostało wprowadzonych 5 preparatów z opisanym wyżej zastosowaniem: Maxigra (Polpharma), Viagra (Pfizer), od października 2009 Vizarsin (Krka), od lipca 2010 Sildenafil Actavis i od września 2010 Sildenafil Sandoz. Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży preparaty: Falsigra (Polfarmex), Sildenafil 1A Pharma, Sildenafil BMM Pharma, Sildenafil Medana (Medana Pharma), Sildenafil Ratiopharm, Sildenafil Tecnimed, Sildenafil Teva, Vigrande (Zentiva).

Do sprzedaży wprowadzono także preparat Revatio (Pfizer). Lek zawiera sildenafil umieszczony przez WHO w klasie **G04BE** – *Leki stosowane w zaburzeniach erekcji*, choć według wskazań dla tego preparatu (leczenie pacjentów z nadciśnieniem płucnym sklasyfikowanym według WHO jako klasa II i III - lek stosuje się w celu poprawy zdolności wysiłkowej; wykazano skuteczność działania leku w pierwotnych postaciach nadciśnienia płucnego oraz wtórnych związanych z chorobami tkanki łącznej) bardziej pasowałaby klasa **C01EB** – *Inne leki nasercowe*.

H – LEKI HORMONALNE DZIAŁAJĄCE OGÓLNIE, Z WYŁĄCZENIEM HORMONÓW PŁCIOWYCH I INSULIN

H01 – *Hormony przysadki i podwzgórza oraz ich analogi; H01B – Hormony tylnego płata przysadki; H01BA – Wazopresyna i jej analogi*

Desmopressinum: Noctissin (Actavis) tabl. w 2 dawkach to aktualnie 4. zarejestrowana marka preparatów dezmpresyny. Na rynku dostępny jest preparat Minirin (Ferring) w postaci aerozolu, kropli do nosa, iniekcji oraz tabletek (2 dawki), a od sierpnia 2008 liofilizat doustny Minirin Melt. Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży: Desmotev tabl. (Teva) i Presinex (PH & T) aerozol do nosa. Skreślono z Rejestru: krople do nosa Desmopryn (Medana Pharma) i aerozol do nosa Nocutil (Biofarm).

J – LEKI PRZECIWKAZAŹNE DZIAŁAJĄCE OGÓLNIE

J01 – Leki przeciwbakteryjne działające ogólnie; **J01D** – Inne beta-laktamowe leki przeciwbakteryjne; **J01DD** – Cefalosporyny trzeciej generacji

Ceftazidimum: Ceftazidime Pfizer to aktualnie 6. zarejestrowany lek zawierający ceftazydim. Do sprzedaży wprowadzono 5 leków: Biotum (Polpharma), Fortum (GlaxoSmithKline; lek oryginalny), Mirocef (Pliva Kraków), od kwietnia 2010 Ceftagen (Stragen) i od września 2010 Zefadym (Actavis).

J01DH – Karbapenemy

Meropenemum: Meropenem Sandoz, Mepereost i Reopemest (wszystkie: Sandoz) to 1. zarejestrowane leki generyczne. Do sprzedaży wprowadzono Meropenem (AstraZeneca).

J01DH51 – Imipenem + inhibitor enzymatyczny

Imipenemum+cilastatinum: Imipenemum/Cilastatinum Hospira i Imipenem/Cilastatin Kabi (Fresenius Kabi) to odpowiednio 5. i 6. zarejestrowany lek o podanym składzie. Na rynek został wprowadzony lek oryginalny Tienam (Merck Sharp & Dohme). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży preparaty: Imipenem + Cylastatyna Ranbaxy, Imipenem/Cilastatin Teva i Ransetron (Ranbaxy).

L – LEKI PRZECIWNOWOTWOROWE I WPLYWAJĄCE NA UKŁAD ODPORNOŚCIOWY

L01 – Leki przeciwnowotworowe;

L01A – Leki alkilujące;

L01AA – Analogi iperytu azotowego

Bendamustinum: Levact (Astellas Pharma) inj. to 1. rejestracja leku zawierającego bendamustynę.

L01AX – Inne leki alkilujące

Temozolomidum: Temostad (Stada) to 7. zarejestrowana marka temozolomidu. Na rynek wprowadzone zostały 3 preparaty: Temodal (Schering-Plough), od czerwca 2010 Temozolomide Teva (Teva Pharma) i od sierpnia 2010 Temomedac (Medac). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży 3 leki zarejestrowane w ramach centralnej procedury unijnej: Temozolomide Hospira, Temozolomide Hexal i Temozolomide Sandoz.

L01D – Antybiotyki cytotoksyczne i substancje o zbliżonym działaniu; **L01DB** – Antracykliny i substancje o podobnej budowie

Idarubicinum: Idarubicin Teva to 1. zarejestrowany lek generyczny, w nowej dla tej substancji czynnej postaci roztworu do wstrzykiwań. Do sprzedaży wprowadzono lek oryginalny Zavedos (Pfizer) w postaci proszku do przygotowania roztworu do wstrzykiwań.

L02 – Leki hormonalne;

L02A – Hormony i ich analogi; **L02AE** – Analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę

Leuprorelinum: Lucrin PDS (Abbott) w postaci mikrosfer do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań to rozszerzenie w stosunku do wprowadzonego wcześniej preparatu Lucrin Depot. Na rynek wprowadzono lek oryginalny Lucrin Depot (Abbott) i od marca 2008 Eligard (Astellas Pharma).

L02B – Antagoniści hormo-

nów i leki o zbliżonym działaniu; **L02BG** – Inhibitory enzymów

Exemestanum: Glandex (Haco-Lek), Exestralan (ICN Polfa Rzeszów) i Nosteron (Gedeon Richter Polska) to odpowiednio 4., 5. i 6. zarejestrowana marka eksemestanu. Do sprzedaży wprowadzono lek oryginalny Aromasin (Pfizer). Nie pojawiły się jeszcze na rynku: Astexana (Vipharm) i Exemestane GlenmarkPharma (Glenmark Pharmaceuticals).

Letrozolum: Loxelza (Tabuk Poland) to 22. zarejestrowana marka letrozolu. Na rynek zostało wprowadzonych 9 leków: Aromek (Celon Pharma), Femara (Novartis; lek oryginalny), Lametta (Vipharm), od kwietnia 2009 Letrozol Teva, od września 2009 Etruzil (Egis), od lutego 2010 Lostar (Polpharma; preparat zarejestrowany wcześniej pod nazwą Letrozolum Polpharma), od maja 2010 Letralan (ICN Polfa Rzeszów) i Mionic (Gedeon Richter; preparat zarejestrowany wcześniej przez Helm Pharmaceuticals pod nazwą Attozone) oraz od czerwca 2010 Letrozole Accord (Accord Healthcare). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży preparaty: Apo-Letro (Apotex), Arogen (Biogened), Clarzole (Actavis), Femtozone (Helm Pharmaceuticals), Letrodotril (Teva), Letrofem (Hikma Farmaceutica), Letrozole Bluefish (Bluefish Pharmaceuticals), Letrozol Nucleus, Letrozol Sandoz, Letrozole (Ratiopharm), Picozone (Stada) i Trozel (Medicamenta).

M – UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY

M03 – Środki zwiotczające mięśnie; **M03A** – Środki

- ▶ *związujące mięśnie działające obwodowo; M03AC – Inne czwartorzędowe związki amoniowe*

Rocuronii bromidum: Rocuronium Teva i Roqurum (Jelfa) to odpowiednio 7. i 8. zarejestrowany preparat zawierający bromek rokuronium. Na rynek wprowadzono lek oryginalny Esmeron (Organon) i od października 2009 Rocuronium Kabi (Fresenius Kabi). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży: Rocuronium B. Braun, Rocuronium-Ratiopharm, Rocuronium Sandoz i Rocuronium Tamarang.

M05 – Lek stosowane w chorobach kości; M05B – Lek wpływające na strukturę i mineralizację kości;

M05BA - Bifosfoniany

Acidum ibandronicum: Ibandronic Acid Sandoz inj. to 7. zarejestrowany lek zawierający ibandronian sodowy, a 1. zarejestrowany generyk iniekcyjny. Do sprzedaży wprowadzono 2 leki iniekcyjne: Bondronat (Roche) i Bonviva (Roche), a także 2 leki doustne: Bondronat (Roche) w dawce 50 mg i Bonviva (Roche) w dawce 150 mg przyjmowanej 1 raz w miesiącu. Nie pojawiły się jeszcze na rynku: leki doustne Bodenza (Roche) i Ibandronic Acid Mylan w dawce 150 mg oraz Ossica (Gedeon Richter Polska) i Ibandronic Acid Teva w 2 dawkach, a także lek iniekcyjny Bodenza (Roche).

Acidum risedronicum: Resorpat (Ranbaxy) i Rigat (Vale Pharmaceuticals) to odpowiednio 9. i 10. zarejestrowana marka preparatów kwasu rizedronowego. Na rynku znajdują się 3 preparaty: Actonel (Sanofi-Aventis; lek oryginalny), od marca 2008 Risendros (Zentiva) i od grudnia 2008 Norifaz (Adamed). Nie zostały jeszcze

wprowadzone preparaty Bifodron (Adamed; zarejestrowany wcześniej pod nazwą Risedronate sodium Adamed), Juverital (Ozone), Nofemix (Teva), Risedrolex (Galex d.d.) i Risedronat-Ratiopharm.

N – UKŁAD NERWOWY

N02 – Lek przeciwbólowe;

N02A – Opioidy; N02AE – Pochodne orypawiny

Buprenorphinum: Buprenorphin Acino w postaci systemu transdermalnego to 4. zarejestrowana w tej klasie marka buprenorfiny. Do sprzedaży wprowadzono 3 marki: Bunondol (Polfa Warszawa) inj. i tabl. podjęzykowe, Temgesic (Reckitt Benckiser) tabl. podjęzykowe i Transtec (Grünenthal) system transdermalny.

N02B – Inne leki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe;

N02BE – Anilidy; N02BE51 – Paracetamol, preparaty złożone z wyłączeniem leków psychotropowych

Paracetamolium + pseudoephedrinum: Coldrex KTR (GlaxoSmithKline) to 2. zarejestrowana marka leków o podanym składzie. Do sprzedaży wprowadzono Gripokaps (Hasco-Lek) z niższą o połowę dawką paracetamolu (250 mg). Oba preparaty zawierają 30 mg pseudoefedryny.

N02C – Preparaty przeciwmigrenowe; N02CC – Selektyni agonści serotoniny (5HT₁)

Zolmitriptanum: Zolmitriptan Stada to 5. zarejestrowana marka zolmitryptanu. Na rynek wprowadzono lek oryginalny Zomig (AstraZeneca). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży preparaty: Zolmiles (Actavis), Zolmitriptan Actavis i Zolmitriptan Teva.

N04 – Lek przeciw chorobie Parkinsona; N04B – Lek

dopaminergiczne; N04BC

– Agoniści dopaminy

Pramipexolum: Ritmorest (Gedeon Richter Polska) to 14. zarejestrowana marka pramipeksolu. W ramach centralnej procedury unijnej zarejestrowano 4 leki: Sifrol i Mirapexin (oba leki: Boehringer Ingelheim) oraz Oprymeia (Krka) i Pramipexole Teva. Natomiast w Polsce zarejestrowano wcześniej 9 leków: Emwepel (Stada), Miparkan (Specifar), Neliprax (Arti Farma), Pexopar (Biogened), Pramnorm (+Pharma), Pramipexole Orion, Pramipeksol Synthron, Pramixil (CSC Pharmaceuticals Handels) i Ramixole (Temapharm). Do sprzedaży wprowadzono dotychczas tylko Mirapexin.

N05 – Lek psychotropowe;

N05A – Lek neuroleptyczne;

N05AH – Diazepiny, oksazepiny, tiazepiny i oksepyny

Olanzapinum: Olanzapine Accord (Accord Healthcare), Clingozan (Excalibur Pharma) i Arkolamyl (Generics) to odpowiednio 42., 43. i 44. zarejestrowana marka olanzapiny, zaś Anzorin (Orion) w postaci tabl. powlekanych to rozszerzenie w stosunku do zarejestrowanych wcześniej tabl. ulegających rozpadowi w jamie ustnej. Do sprzedaży wprowadzono 17 leków: Zyprexa (Eli Lilly; lek oryginalny) i od listopada 2009 Zyprexa inj. 10 mg o standardowym uwalnianiu, Olzapin (Lekam), Zalasta (Krka), Zolafren (Adamed), Zolaxa (Polpharma), od kwietnia 2008 Olanzin (Actavis), od lipca 2008 Ranofren (Adamed), od stycznia 2009 Olanzapine Teva, od lipca 2009 Sanza (Glenmark), od listopada 2009 Synza (+Pharma), od stycznia 2010 Lanzapin (Biogened; preparat zarejestrowany wcześniej przez firmę Nucleus

pod nazwą Olanzapin Nucleus), od marca 2010 Olzin (Egis; preparat zarejestrowany wcześniej przez firmę Synthon jako Olanzapine Synthon), Parnassan (Gedeon Richter Polska) i Zopilux (Sandoz), od lipca 2010 Olasyn (Celon Pharma), od sierpnia 2010 Olpinat (Vipharm) i od września 2010 Zypadhera (Eli Lilly). Nie zostały jeszcze wprowadzone preparaty: Asterilon (Quisisana Pharma), Anzorin (Orion), Lazapix (Quisisana Pharma), Nykob (IWA Consulting), Olanzamin (Sun-Farm), Olanzapin Actavis, Olanzapina Invent Farma, Olanzapina Jacobsen, Olanzapina Nyzol (Blubit), Olanzapina Viketo (Invent Farma), Olanzapine Adamed, Olanzapine Ranbaxy, Olanzapin-Ratiopharm, Olanzaran (Ranbaxy), Olanzomer (Unia; lek zarejestrowany wcześniej pod nazwą Olanzapina Nio-lib), Olstadryn (Medis) i Trylan ODT (Medis). Nie pojawiło się w Polsce 7 leków zarejestrowanych w ramach centralnej procedury unijnej: Olanzapine Apotex (Apotex Europe), Olanzapine Glenmark (Glenmark Generics), Olanzapine Glenmark Europe (Glenmark Generics), Olazax (Glenmark Pharmaceuticals), Olazax Disperzi (Glenmark Pharmaceuticals), Olanzapine Mylan (Generics) i Olanzapine Neopharma. Skreślono z Rejestru: Olfanzafloc (Hexal), Olanzapin Pliva (Pliva Kraków).

N05AL – Benzamidy

Amisulpridum: Candela (Celon Pharma) to 5. zarejestrowana marka amisulprydu. Na rynek został wprowadzony lek oryginalny Solian (Sanofi-Aventis) oraz od lipca 2010 Amisan (Pro.Med). W obrotach nie pojawiły się jeszcze preparaty Alzin (Farmacom) i Amisulpride Teva.

N06 – Psychoanaleptyki;

N06D – Leki przeciw demencji; N06DA – Antycholinolizery

Donepezilum: Ricordo (Adamed) i Dobedipil (Stada) to odpowiednio 27. i 28. zarejestrowana marka donepezylu, zaś Cognezil (Glenmark) w postaci tabl. ulegających rozpadowi w jamie ustnej to rozszerzenie w stosunku do wprowadzonych wcześniej tabl. powlekanych. Do sprzedaży wprowadzono 18 leków: Aricept (Pfizer; lek oryginalny), Cogiton (Biofarm), Donepex (Celon Pharma), Yasnal (Krka), od lutego 2009 Donesyn (Vipharm) i Symepezil (SymPhar), od maja 2009 Donecetil (ICN Polfa Rzeszów), od lipca 2009 Cognezil (Glenmark; zarejestrowany wcześniej jako Donepezil Synthon), od października 2009 Alzdone (Unia) i Donecept (Actavis), od grudnia 2009 Alzepezil (Egis), od marca 2010 Donepezil Generics i Memocept (Polpharma; preparat zarejestrowany wcześniej przez Synthon pod nazwą Synpezil), od kwietnia 2010 Mensapex (Sandoz; preparat zarejestrowany wcześniej pod nazwą DoneSAN), od czerwca 2010 Pezilgen (Biogened), od sierpnia 2010 Apo-Doperil (Apotex) i Doneprion (Orion) oraz od września 2010 Donemed (Sun-Farm). Nie pojawiły się jeszcze na rynku preparaty: Donecleus (Nucleus), Donepezil Alet (Alet Pharmaceuticals), Donepezil Pliva (Pliva Kraków), Donepezil Specifar, Donethon (Synthon), Memiranum (Ranbaxy), Redumas (Teva) i Rizin (Teva).

Rivastigminum: Rivastinorm (+Pharma) i Ivagalmin (Galex d.d.) to odpowiednio 17. i 18. zarejestrowana marka rywastygminy. Do sprzedaży wprowadzono 5 leków: Exelon (Novartis Europharm), od sierpnia 2009 Ni-

mvastid (Krka), od grudnia 2009 Rivastigmine Teva, od maja 2010 Prometax (Novartis Europharm) i od sierpnia 2010 Ristidic (ICN Polfa Rzeszów). Nie pojawiły się jeszcze na rynku: Evertas (Zentiva), Niddastig (Stada), Rivaller (SymPhar), Rivalong (Farma-Projekt), Rivastigmine Hexal, Rivastigmine-Ratiopharm, Rivastigmine Sandoz, Rivastigmine 1A Pharma, Rivastigmin Orion, Rivaxon (Biogened) i Riveka (Unia).

N07 – Inne leki działające na układ nerwowy;

N07B – Leki stosowane w uzależnieniach; N07BA – Leki stosowane w uzależnieniu od nikotyny

Nicotinum: Nicorette Microtab Lemon (McNeil) w postaci tabl. podjęzykowych w 2 dawkach to rozszerzenie w stosunku do wprowadzonych wcześniej tabl. podjęzykowych Nicorette Microtab. Zarejestrowanych jest 6 marek preparatów z nikotyną. Na rynku znajdują się następujące produkty: Nicorette (McNeil) w postaci gumy do żucia (4 smaki: Classic, FreshFruit, FreshMint i Mint), tabletek podjęzykowych Microtab, systemu transdermalnego (Nicorette Patch) i od września 2009 Nicorette Invisipatch – preparat był dostępny od grudnia 2008 pod nazwą Nicorette Semi Transparent Patch; zmiana nazwy nastąpiła w lutym 2009) i inhalatora (Nicorette Inhaler); Nicotinell (Novartis) w postaci gumy do żucia i systemu transdermalnego (Nicotinell TTS); Niquitin (GlaxoSmithKline) w postaci gumy do żucia, pastylek do ssania, systemu transdermalnego i tabletek do ssania Niquitin Mini oraz preparaty Nicopass (Pierre Fabre Medicament) w postaci pastylek do ssania 1,5 mg o 2 sma- ▶

►kach i system transdermalny Nico-patch (Pierre Fabre Medicament). Ponadto na rynku jest dostępny kosmetyk Nicofix w postaci żelu do wcierania do rąk dla palaczy, zawierający wyciągi z liścia tytoniu szlachetnego i liścia aloesu. Nie został jeszcze wprowadzony preparat Nico-Loz (Arrow Generics) w postaci miękkich pastylek w 2 dawkach i 3 smakach (Citrus, Spearmint i Toffee).

N07X/N07XX – Inne leki działające na układ nerwowy

Tetrabenazinum: Tetmodis (Orpha-Devel) to 1. zarejestrowany w Polsce lek zawierający tetrabenazynę.

R – UKŁAD ODDECHOWY

R02/R02A – Preparaty stosowane w chorobach gardła; **R02AD** – Środki znieczulające miejscowo

Benzocainum+cetylpirydinii chloridum: Septolette Plus o smaku miodu i limonki (Krka) to pastylki będące rozszerzeniem w stosunku do obecnych na rynku pastylek Septolette Plus, zaś aerozol Septolette Plus (Krka) do stosowania w jamie ustnej to nowa postać leku o podanym składzie.

R03 – Leki stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych; **R03D** – Inne leki działające ogólnie stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych; **R03DC** – Antagoniści receptorów leukotrienowych

Montelukastum: Spirokast (Zentiva) to 26. zarejestrowana marka montelukastu. Do sprzedaży zostało wprowadzonych 14 leków: Singulair (Merck Sharp & Dohme; lek oryginalny), od października

2008 Drimon (Teva), od stycznia 2009 Astmirex (Temapharm), Hardic (Pliva Kraków) i Monkasta (Krka), od lutego 2009 Montest (Genexo), od kwietnia 2009 Milukante (Adamed) i Promonta (Nycomed Pharma), od maja 2009 Asmenol (Polpharma), od października 2009 Eonic (Gedeon Richter) i Montelak (Medreg), od grudnia 2009 Montessan (Apotex; preparat zarejestrowany wcześniej pod nazwą Montekast) oraz od czerwca 2010 Montespir (Biofarm) i Vizendo (GlaxoSmithKline; preparat zarejestrowany wcześniej przez Synthon pod nazwą MontSyn). Nie pojawiły się jeszcze na rynku preparaty: Airathon (Merck Sharp & Dohme), Lukast (Grünwalder), Miralust (Adamed), Montelukast-1A Pharma, Montelukast Miklich, Montelukast MSD (Merck Sharp & Dohme), Montelukast Sandoz, Montelukast Stada, Montelukastum Synthon, Montenorm (+Pharma) i Symlukast (SymPhar).

R05 – Leki stosowane w kaszlu i przeziębieniach;

R05X – Inne preparaty złożone stosowane w przeziębieniach

Guaifenesinum+paracetamolum+phenylephrinum: Vicks Sympto-Med Complete cytrynowy (Wick Pharma) to 1. zarejestrowana marka preparatów o podanym składzie.

S – NARZĄDY ZMYŚLÓW

S01 – Leki okulistyczne; **S01E** – Leki przeciw jaskrze i zwężające źrenicę;

S01ED – Leki blokujące receptory β -adrenergiczne; **S01ED51** – Timolol, preparaty złożone

Dorzolamidum+timololum: Dotiteva (Teva) to 4. zarejestrowany

preparat o podanym składzie. Na rynek wprowadzono Cosopt (Merck Sharp & Dohme) i od kwietnia 2010 Rozacom (Adamed). Nie pojawił się jeszcze w sprzedaży Dolopt Plus (Sandoz).

S01EE – Analogi prostaglandyn

Latanoprostum: Latalux (Jelfa) i Xalaprost (ICN Polfa Rzeszów) to odpowiednio 9. i 10. zarejestrowana marka latanoprostu. Na rynek wprowadzono 3 leki: Xalatan (Pfizer; lek oryginalny), od marca 2010 Xaloptic (Polpharma) i od kwietnia Latanoprost Arrow (Arrow Poland). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży: Arrowprost (Arrow Generics), Latanoprost Actavis, Ocumer (Farma-Projekt), Prolasol (Premier Research) i Solusin (Premier Research).

V – PREPARATY RÓŻNE

V06 – Odżywki;

V06C – Odżywki dla dzieci;

V06CA – Odżywki nie zawierające fenylalaniny

Nutrimentum: Milupa PKU 2 Activa Tomato (Milupa) i Milupa PKU 2 Mix Vanilla (Milupa) to preparaty stosowane w leczeniu fenyloketonurii, przeznaczone dla dzieci i młodzieży. Na rynku dostępne są już produkty lecznicze o takim przeznaczeniu: Milupa PKU 1, Milupa PKU 1 mix, Milupa PKU 2, Milupa PKU 2 mix (Milupa), Milupa PKU 2 prima (Milupa), Milupa PKU 2 secunda (Milupa), Milupa PKU 2 shake choco (Milupa), Milupa PKU 2 shake truskawkowo-waniliowy (Milupa), Phenyl-Free 1 (Bristol-Myers Squibb), XP Analog LCP (SHS) i od marca 2009 XP Maxamum o smaku pomarańczowym (SHS). Skreślono z Rejestru: XP Analog (SHS).

*V06D – Inne odżywki;
V06DX – Odżywki o innym składzie*

Nutrimentum: Milupa PKU 3 Activa Tomato, Milupa PKU 3 Shake Cacao i Milupa PKU 3 Shake Mokka (Milupa) to preparaty do leczenia dietetycznego chorych z fenylketonurią, przeznaczone dla młodzieży i dorosłych. Na rynek wprowadzono już produkty lecznicze stosowane w fenylke-

tonurii: Milupa PKU 3 (Milupa), Milupa PKU 3 advanta (Milupa) Milupa PKU 3 shake pomarańczowy (Milupa), Phenyl-Free 2, Phenyl-Free 2HP (Bristol-Myers Squibb), P-AM Maternal (SHS), P-AM Universal (SHS), od marca 2009 Lophlex o smaku neutralnym, Lophlex o smaku owoców leśnych i Lophlex o smaku pomarańczowym (SHS) oraz od grudnia 2009 Easiphen o smaku owoców

leśnych (SHS). Nie pojawiły się jeszcze preparaty: PKU Lophlex LQ o smaku cytrynowym, PKU Lophlex LQ o smaku owoców leśnych i PKU Lophlex LQ o smaku pomarańczowym (SHS) oraz preparat Milupa PKU 3 tempora (Milupa) przeznaczony do leczenia dietetycznego kobiet z fenylketonurią i hiperfenyloalaninemią przed ciążą, podczas ciąży oraz w okresie laktacji.

2010-11-24

Nowe rejestracje – UE – październik 2010



W październiku 2010 r. Komisja Europejska w ramach procedury centralnej wydała 5 decyzji o dopuszczeniu do obrotu nowych produktów leczniczych przeznaczonych do stosowania u ludzi. Dotyczą one 1 nowej substancji czynnej (konestat alfa) oraz substancji czynnych stosowanych już w lecznictwie. Produkty omówiono w ramach klasy ATC według WHO oraz substancji czynnej preparatu z uwzględnieniem wskazań, pomijając inne szczegóły, które można znaleźć w witrynie internetowej Europejskiej Agencji Produktów Leczniczych (<http://www.emea.europa.eu>).

B – KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY

B01/B01A – Leki przeciwzakrzepowe; B01AC – Inhibitory agregacji płytek krwi (z wyłączeniem heparyny)

Clopidogrelum: Clopidogrel HCS i Clopidogrel Teva Generics B.V. to 57. i 58. zarejestrowana marka klopidoogrelu. Na rynek wprowadzono 17 leków: Plavix (Sanofi Pharma Bristol-Myers Squibb; lek oryginalny), Areplex (Adamed), Zyllt (Krka), od sierpnia 2008 Clopidix (Lekam), od listopada 2009 Clopidogrel Mylan (Mylan Pharma) i Egitromb (Egis), od grudnia 2009 Clopidogrel Teva (Teva Pharma) i Trombex (Zentiva), od stycznia 2010 Grepid (Pharmathen), od marca 2010 Plavocorin (Sandoz), od maja 2010 Clopidogrel Apotex

(Apotex; lek zarejestrowany wcześniej pod nazwą Clopidogrel Mylan Pharma), Clopidogrel GSK (GlaxoSmithKline) i Tessyron (Gedeon Richter), od czerwca 2010 Agregex (Actavis), od lipca 2010 Carder (Farma-Projekt) i Miflexin (Ratiopharm) oraz od sierpnia 2010 Clopinovo (Arti Farma). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży: Agrex (Galex d.d.), Clogrel (Polpharma), Clopidim (Specifar), Clopidogrel Actavis, Clopidogrel Arrow (Arrow ApS), Clopidogrel Jenson (Jenson Pharmaceutical Services), Clopidogrel Pliva (Pliva Kraków), Clopidogrel Quisisana (Quisisana Pharma), Clopidroratio (Ratiopharm), Clopigamma (Wörwag), Cloroden (IWA Consulting), Defrozyp (Ozone), Hemafluid (1A Pharma), Lofradylk (Adamed), Nofardom (Adamed), Pegorel (IWA Consulting), Picturlop (IWA Consulting),

Platarex (Pliva Kraków), Sudroc (Miklich), Trogran (Glenmark), Tuxedon (ICN Polfa Rzeszów), Vatoud (IWA Consulting) oraz zarejestrowane w ramach centralnej procedury unijnej leki: Clopidogrel 1A Pharma (Acino Pharma), Clopidogrel Acino (Acino Pharma), Clopidogrel Acino Pharma (Acino Pharma), Clopidogrel Acino Pharma GmbH (Acino Pharma), Clopidogrel DURA (Mylan dura), Clopidogrel Hexal (Acino Pharma), Clopidogrel Krka (Krka), Clopidogrel Qualimed (Qualimed), Clopidogrel Ratiopharm (Acino Pharma), Clopidogrel Ratiopharm GmbH (Acino Pharma), Clopidogrel Sandoz (Acino Pharma), Clopidogrel TAD (Tad Pharma), Clopidogrel Teva Pharma (Teva Pharma; poprzednia nazwa preparatu: Clopidogrel HCS), Clopidogrel Winthrop (Sanofi-▶

►Aventis), Iscover (Bristol-Myers Squibb), Zopya (Norpharm Regulatory Services) i Zylagren (Krka). W listopadzie 2009 wycofano z unijnego rejestru preparat Clopidogrel BMS (Bristol-Myers Squibb).

Klopidogrel wskazany jest u dorosłych w profilaktyce przeciwzakrzepowej w objawowej miażdżycy: u pacjentów z zawałem mięśnia sercowego (od kilku dni do mniej niż 35 dni), z udarem niedokrwiennym (od 7 dni do mniej niż 6 miesięcy) oraz z rozpoznaną chorobą tętnic obwodowych; u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia odcinka ST (niestabilna dławica piersiowa lub zawał mięśnia sercowego bez załamka Q), w tym pacjentów, którym wszczepia się stent w czasie zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej, w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym; u pacjentów z ostrym zawałem mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST, w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym; u pacjentów leczonych zachowawczo kwalifikujących się do leczenia trombolitycznego. Klopidogrel wybiórczo hamuje wiązanie difosforanu adenozyliny (ADP) z jego receptorem płytkowym i dalszą aktywację kompleksu GPIIb/IIIa, w której pośredniczy ADP, tym samym hamując agregację płytek. Biotransformacja klopidogrelu jest konieczna do wywołania hamowania agregacji płytek. Klopidogrel hamuje również agregację płytek indukowaną przez innych agonistów, blokując wzmożenie aktywacji płytek przez uwolniony ADP. Klopidogrel działa poprzez nieodwracalną modyfikację płytkowego receptora ADP. W konsekwencji, płytki poddane działaniu klopidogrelu pozostają

pod jego wpływem przez resztę swojego życia, a powrót prawidłowej czynności płytek występuje z szybkością zgodną z obrotem płytek w ustroju.

B 0 2 – L e k i przeciwkrwotoczne; B02A – Leki antyfibrynolityczne; B02AB – Inhibitory proteiny

Conestatum alfa: Ruconest (Pharming Group) jest wskazany w leczeniu ostrych napadów obrzęku naczynioruchowego u osób dorosłych z dziedzicznym obrzękiem naczynioruchowym (ang. hereditary angioedema, HAE) wywołanym niedoborem inhibitora esterazy C1. Pacjentom, którzy wcześniej nie otrzymywali produktu leczniczego Ruconest, należy wykonać test na obecność przeciwciał IgE przeciwko naskórkowi królika przed rozpoczęciem leczenia produktem Ruconest. Podczas podawania produktu leczniczego Ruconest należy obserwować, czy u pacjenta nie występują podmiotowe i przedmiotowe objawy kliniczne nadwrażliwości. Należy zapewnić dostępność natychmiastowej pomocy medycznej w przypadku wystąpienia reakcji anafilaktycznych lub wstrząsu.

Białko osocza C1INH jest głównym regulatorem aktywacji układu kontaktu i układu dopełniacza *in vivo*. U pacjentów z HAE występuje heterozygotyczny niedobór białka osocza C1INH. Z tego powodu może u nich dochodzić do niekontrolowanej aktywacji układu kontaktu i dopełniacza z wytwarzaniem mediatorów reakcji zapalnej, co klinicznie przejawia się występowaniem ostrych napadów obrzęku naczynioruchowego. Konestat alfa, rekombinowany

inhibitor esterazy składowej 1 (C1) ludzkiego układu dopełniacza (rhC1INH), jest analogiem ludzkiego C1INH uzyskiwanym za pomocą technologii rekombinacji DNA z mleka transgenicznych królików zawierających gen kodujący ludzki C1INH. Sekwencja aminokwasów w konestacie alfa jest identyczna jak w ludzkim C1INH. C1INH wywiera hamujący wpływ na wiele proteaz (proteazy docelowe) układu kontaktu i układu dopełniacza. Oceniono wpływ konestatu alfa na następujące proteazy docelowe *in vitro*: aktywowane C1, kalikreina, czynnik XIIa i czynnik XIa. Wykazano, że właściwości hamujące są porównywalne z obserwowanymi dla C1INH pochodzącego z osocza ludzkiego.

C – UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

C09 – Leki działające na układ renina-angiotensyna; C09D – Antagoniści angiotensyny II, leki złożone; C09DB – Antagoniści angiotensyny II i blokery kanału wapniowego; C09DB04 – Telmisartan i amlodypina

Telmisartan+amlodipinum: Twynsta (Boehringer Ingelheim) to 1. rejestracja podanego zestawienia substancji czynnych, w 4 rodzajach dawek.

Twynsta łączy dwie substancje czynne o działaniu przeciwnadciśnieniowym i komplementarnych mechanizmach działania w celu kontroli ciśnienia tętniczego u pacjentów z nadciśnieniem samoistnym: antagonistę receptora

angiotensyny II, telmisartan oraz pochodną dipirydynową z grupy leków blokujących kanały wapniowe, amlodypinę. Połączenie obu substancji czynnych powoduje addytywne działanie przeciwnadciśnieniowe, prowadzące do obniżenia ciśnienia tętniczego w większym stopniu niż każdy z tych składników oddzielnie. Stosowanie leku raz na dobę powoduje skuteczne i konsekwentne obniżenie ciśnienia tętniczego w całym 24-godzinnym okresie stosowania leku.

**L – LEKI
PRZECIWNOWOTWOROWE
I WPŁYWAJĄCE NA UKŁAD
ODPORNOŚCIOWY**

*L04/L04A – Leki hamujące układ odpornościowy;
L04AA – Selektywne leki hamujące układ odpornościowy*

Mycophenolas mofetil: Myclausen (Herbert J. Passauer) to 16. zarejestrowana marka leku zawierającego pochodne kwasu mykofenolowego. Na rynku znajdują się 4 leki: CellCept (Roche; lek oryginalny), Myfortic (Novartis) zawierający sól sodową kwasu mykofenolowego, od lutego 2009 Myfenax (Teva) i od czerwca 2010 Mycophenolate mofetil Apotex. Nie zostały jeszcze wprowadzone preparaty: Limfocept (Gedeon Richter), Mofimutal (ICN Polfa Rzeszów), Mophecen (Jelfa), Mycophenolate mofetil Accord (Accord Healthcare), Mycophenolate mofetil Astron (Astron Research), Mycophenolate mofetil Farmacom, Mycophenolate mofetil Sandoz, Mycophenolate mofetil Stada, Mycophenolate mofetil Teva, Mykofenolat mofetil Actavis i Trixin (Farmacom). Skreślono z Rejestru Mykofenolat Lek.

Myclausen jest stosowany w skojarzeniu z cyklosporyną i kortykosteroidami w profilaktyce ostrego odrzucania przeszczepów u biorców allogenicznych przeszczepów nerek, serca lub wątroby. Mykofenolan mofetylu jest 2-morfolinoetylowym estrem kwasu mykofenolowego, który jest silnym, selektywnym, niekompetycyjnym i odwracalnym inhibitorem dehydrogenazy inozynomonofosforanu, dlatego hamuje syntezę *de novo* nukleotydów guaninowych bez wbudowywania się w strukturę DNA. Prolifercja limfocytów T oraz B jest wybitnie uzależniona od syntezy puryn *de novo*, podczas gdy komórki innego typu dysponują alternatywnymi drogami syntezy. Dlatego kwas mykofenolowy wywiera silniejsze działanie cytostatyczne na limfocyty niż na inne komórki.

2010-11-12

NOWOŚCI NA RYNKU – październik 2010

W październiku 2010 r. na rynek farmaceutyczny w Polsce zostało wprowadzonych 27 nowych marek produktów leczniczych:

Klasa ATC/WHO	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	Podmiot odpowiedzialny	Obszar i data rejestracji
A02BC	Esomeprazolom	Emanera	Krka	PL 05.2010
A02BC	Pantoprazolom	Ranloc	Ranbaxy	PL 09.2009
C03BA	Indapamidum	Opamid	Orion	PL 03.2010
C09AA	Ramiprilum	Ramipril Actavis	Actavis	PL 01.2010
C09BA05	Ramiprilum + hydrochlorothiazidum	Mitripiazyd	Teva	PL 06.2008
C09BA08	Cilazaprilum + hydrochlorothiazidum	Czacombi	Krka	PL 05.2010

NOWE REJESTRACJE I NOWOŚCI NA RYNKU

C09CA	Telmisartanum	Tolura	Krka	UE 06.2010
C10AA	Simvastatinum	Corr	Sandoz	PL 10.2006
G03AA10	Gestodenum + ethinylestradiolum	Artizia	Zentiva	PL 05.2010
G04CA52	Dutasteridum + tamsulosinum	Duodart	GlaxoSmithKline	PL 06.2010
J01MA	Prulifloxacinum	Prixina	Angelini	PL 09.2005
J06BB	Immunoglobulinum tetanicum	Igantet	Grifols	PL 04.2004 Immunoglobulina przeciwężcowa Grifols, zm. 07.2009 Igantet
L01AC	Thiotepum	Tepadina	Adienne	UE 03.2010
L01BC	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord	Accord Healthcare	PL 03.2010
L01BC	Gemcitabinum	Gemcit	Medac	PL 04.2010
L01BC	Gemcitabinum	Gemliquid	Ebewe	PL 03.2010
L01XC	Ofatumumabum	Arzerra	GlaxoSmithKline	UE 04.2010
L01XX	Irinotecanum	Irinotecan Accord	Accord Healthcare	PL 10.2009
L03AX	Plerixaforum	Mozobil	Genzyme	UE 07.2009
M01AE	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF	Sun-Farm	PL 06.2010
N02AB	Fentanylum	Lunaldin	Gedeon Richter	PL 06.2009 Rapinyl, zm. 12.2009 Lunaldin
N02AF	Nalbuphinum	Nalbuphin Orpha	Orpha-Devel	PL 02.2008
N02BA	Acidum acetylsalicylicum	Hascopiryn	Hasco-Lek	PL 06.2010
N05AH	Quetiapinum	Pinexet	Medana Pharma	PL 06.2010
N05AH	Quetiapinum	Vorta	Glenmark	PL 04.2010
N06AB	Sertralinum	Sertranorm	+Pharma	PL 09.2008 Sertralin Actavis, zm. 10.2009 Sertranorm
R01BA52	Pseudoephedrinum + dexbrompheniraminum	NeoAfrin	Schering-Plough	PL 07.1991 Disophrol Retard*, zm. 03.2010 NeoAfrin

* preparat pod wcześniejszą nazwą został wprowadzony na rynek

**A – PRZEWÓD
POKARMOWY I
METABOLIZM**

A02 – Leki stosowane w zaburzeniach związanych z nadkwaśnością; **A02B** – Leki stosowane w chorobie wrzodowej i refluksie żołądkowo-przełykowym; **A02BC** – Inhibitory pompy protonowej

**C – UKŁAD SERCOWO-
NACZYNIOWY**

C03 – Leki moczopędne; **C03B** – Leki moczopędne niskiego pułapu, z wyłączeniem tiazydów; **C03BA** – Sulfonamidy, leki proste

C09 – Leki działające na układ renina-angiotensyna; **C09A/C09AA** – Inhibitory ACE, leki proste
C09B – Inhibitory ACE, leki złożone; **C09BA** – Inhibitory ACE i leki moczopędne;

C09BA05 – Ramipryl i leki moczopędne

C09BA08 – Cilazapryl i leki moczopędne

C09C/C09CA – Antagoniści angiotensyny II, leki proste

C10 – Leki wpływające na stężenie lipidów; **C10A** – Leki wpływające na stężenie lipidów, leki proste; **C10AA** – Inhibitory reduktazy HMG CoA

**G – UKŁAD MOCZOWO-
PŁCIOWY I HORMONY
PŁCIOWE**

G03 – Hormony płciowe i środki wpływające na czynność układu płciowego; **G03A** – Hormonalne środki antykoncepcyjne działające ogólnie; **G03AA** – Progestageny i estrogeny, preparaty jednofazowe;

G03AA10 – Gestoden i estrogen

G04 – Leki urologiczne;

G04C – Leki stosowane w łagodnym przerście gruczołu krokowego; **G04CA** – Antagoniści receptorów α -adrenergicznych; **G04CA52** – Tamsulozyna i dutasteryd

J – LEKI

PRZECIWZAKAŻNE

DZIAŁAJĄCE OGÓLNIE

J01 – Leki przeciwbakteryjne działające ogólnie; **J01M** – Chinolony przeciwbakteryjne, **J01MA** – Fluorochinolony

J06 – Surowice odpornościowe i immunoglobuliny; **J06B** – Immunoglobuliny; **J06BB** – Immunoglobuliny swoiste

L – LEKI

**PRZECIWNOWOTWOROWE
I WPŁYWAJĄCE NA UKŁAD
ODPORNOŚCIOWY**

L01 – Leki przeciwnowotworowe;

L01A – Leki alkilujące;

L01AC – Etylenoiminy

L01B – Antymetabolity;

L01BC – Analogi pirymidyny

L01X – Inne leki przeciwnowotworowe;

L01XC – Przeciwciała monoklonalne

L01XX – Inne leki przeciwnowotworowe

L03/L03A – Środki pobudzające układ odpornościowy;

L03AX – Inne środki

pobudzające układ odpornościowy

**M – UKŁAD MIĘŚNIOWO-
SZKIELETOWY**

M01 – Leki przeciwzapalne i przeciwreumatyczne;

M01A – Niesterydowe leki przeciwzapalne i przeciwreumatyczne;

M01AE – Pochodne kwasu propionowego

N – UKŁAD NERWOWY

N02 – Leki przeciwbólowe;

N02A – Opioidy;

N02AB – Pochodne fenylopiperydyny

N02AF – Pochodne morfinanu

N02B – Inne leki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe; **N02BA** – Kwas salicylowy i jego pochodne

N05 – Leki psychotropowe; **N05A** – Leki neuroleptyczne; **N05AH** – Diazepiny, oksazepiny, tiazepiny i oksepiny

N06 – Psychoanaleptyki; **N06A** – Leki przeciwdepresyjne; **N06AB** – Selektywne inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny

R – UKŁAD ODDECHOWY

R01 – Preparaty stosowane w chorobach nosa; **R01B** – Leki udrażniające nos do stosowania ogólnego; **R01BA** – Sympatykomimetyki; **R01BA52** – Pseudoefedryna, leki złożone

2010-11-24



Opracowanie: **dr n. farm. Jarosław Filipek**
Kierownik Działu Informacji o Produktach
Administrator Farmaceutycznej Bazy Danych
IMS Poland

Na fali poezji

mgr farm. Jacka Józefczyka

Ojcu – Edwardowi...

Na naszych ścieżkach

Na naszych ścieżkach nic się nie zmieniło.
Cztery dekady, a jakże niewiele,
od kiedy wspólną z tym szlakiem zażyłość
zielony zespół rozdzielił skalpelem.

Pod Grabiem dzięcioł nadal drzewa ćwiczy,
wokół cerkwiska żmij ta sama klika,
może tysiącznik nabrał ciut goryczy,
bo dziewięciosa zabrać do zielnika

nie pozwoliłeś. W starej cembrowinie
rodzina traszek strukturę kryształu
wody wciąż bada, nim świeża napłynie.
Od Żydowskiego znad retort pomału

dziegiowy dym się snuje. Cisza. Cisza
jak makiem zasiał. Zgiełk i scena nowa:
to czarny bociek szybuje na wiszar,
spłoszony z olchy ostrym myszołowa

krzykiem. Niedługo ruszymy na łowy
bezkrwawe, z nami - asysta skrzydlata,
tylko mi otwórz kluczem wiolinowym
magiczne przejście do Twojego świata,

jak otwierałeś niegdyś serca – śpiewem.

Od śmierci w dolinach zachowaj nas Panie...

Jerzy Kukuczka

Splot

Pionowa ściana ośmiotysięcznika,
hemoglobina więcej tlenu woła.
Słońce podgrzewa, potem nagle znika
wraz z pokrzepieniem i cieniem Anioła

Stróża. Jest pułap i magia szalona,
do towarzystwa i diabeł nieskory.
Tu rządzą twarde reguły Newtona,
punkt przyłożenia siły i wektory,

sprzęt; gdy grań włókna rwie nieubłaganie,
a stal zmęczona bardziej od człowieka,
ów rychło zmieni tryb na odliczanie
w rytmie stop - klatek, nim otchłań daleka

pochłonie śmiałka, który tę jedyną
koronę marzeń skryje pod powieki.
Ciepło, charyzma, kropelkami spłyną
ku krystalicznym źródłom świętej rzeki.

Daleko od Szwejka

Zbudź się Johanie. Świta. W transzei już Lachy
modlą się nad sucharem. Garść skutych w lód śledzi
kruszą wśród karuzeli zgłodniałej watahy
ufnej w cud rozmnożenia. Opodal honwedzi

pędzą krew samogonem. Wkrótce i wilk syty
będzie, jak łeb ocali na dzień przed wieczera,
gdy sponad zasp Chryszczatej dział teodolity
pas armatniego mięsa kątowo namierzą

z precyzją zegarmistrza. Czas nadszedł, Johanie.
Nie ściskaj manlichera, na nic się nie przyda.
Odmawiaj Pater noster. Nim piekło nastanie,
rozjaśnij czerń godziny miksturą od Żyda

z Michowej woli. Ujrzysz jaskrawe rozbłyski,
zadrzy w posadach ziemia, ty z ziemią nawzajem.
Potem ktoś kochający, bardzo tobie bliski,
zaprości cię na spacer nad modrym Dunajem.

Pejzaż beskidzki

Łemkowskie chyże we wrześniowej szacie,
owiane zewsząd dymu smugą siwą.
Przy nich przywiedle, zgarbione postacie
toczące długie rozmowy na żywo

z resztką przychówku. Dzielne rytuały
kończą przy studni i stodółce z sianem.
Orne poletka w krąg pozarastały,
strasząc tarniną, ostem i łopianem.

Marną winorośl, sady dziczejące,
wczesnojesiennym muśnięte bursztynek,
wysączą wkrótce, po korzeni końce,
przybysze z nizin, wraz z domowym winem.

Swoim nie pachnie pejzaż utracony,
zachodni powiew wygrał z sentymentem.
Chociaż w ich domach wiszą wciąż ikony,
pieniądz przesłonił tłem wartości święte.

Martwi staruszków nadchodząca zima,
bo o surowej, mroźnej słyhać słowa.
Na razie wokół, niczym u Tuwima,
panuje cisza, niezwykła - wrześniowa.

W cieniu Łopiennika

Koniec wędrówki. U celu
stajemy cisi i mali;
tutaj rodziło się wielu,
tu żyli i umierali...

W miejscu, gdzie ciągle się zdaje,
że źródło życia nie wyschło.
Kapliczki pachną wciąż majem,
gdy zmierzchy tchną krwawą Wisłą.

A jednak aura, tak bliska,
przesłania obraz ponury,
dobrem spisany na dyskach
niemego świadka: natury.

Wokół świątyni, wśród ciszy
złamanej poszumem strużki,
wrażliwa dusza usłyszy
pieśń do łopińskiej Matuszki.

Czcząc ten zakątek wspaniały,
wspomnijmy rodaków winy,
prosząc by po nas zostały
tętniące życiem doliny.



VI MIĘDZYNARODOWA
KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA
FARMACEUTÓW



Naczelna Izba Aptekarska

SPONSORZY



zdrowie najważniejsze



GEDEON RICHTER



sanofi aventis

Zdrowie przede wszystkim



APOTEX
ADVANCING GENERICS

KAMSOFT