Nr 3 / maj 2006

APTEKARZ POLSKI

Biuletyn Naczelnej Izby Aptekarskiej

- Nowe rejestracje UE i krajowe
- LEX APOTHECARIORUM
- Deregulacja rynku aptecznego - raport

egzemplarz bezpłatny

ISSN 1895-6041

Dr Irena Eris

Rozstępy?

Pharmaceris M dermokosmetyki dla kobiet w ciąży

www.pharmaceris.pl

Jesteś pępkiem świata.

Teraz nie wolno Ci się niczym martwić, a już na pewno nie musisz się martwić rozstępami! Pharmaceris M to seria dermokosmetyków stworzona specjalnie dla kobiet w ciąży oraz młodych mam. Pielęgnują zmieniającą się skórę, a przede wszystkim skutecznie zapobiegają powstawaniu rozstępów i zmniejszają widoczność już istniejących na biuście, brzuchu, udach i biodrach. Dermokosmetyki Pharmaceris M są polecane przez lekarzy ginekologów.

WYŁĄCZNIE W APTEKACH · DOSTĘPNY

Rekomendowana cena detaliczna ok. 35 zł

Pharmaceris. Dla zdrowia Twojej skóry.

Spoglądając na zewnątrz przez okna polskich aptek dostrzegamy z utęsknieniem zbliżające się wielkimi krokami cieplutkie lato. Przyroda dzielnie nadrabia wydłuż ony w tym roku zimowy letarg. W takim momencie nieodparcie na myśl przychodzi analogia do sytuacji w polskim prawie a dotycząca zagadnień farmaceutycznych. Wielokrotnie zapowiadane przez polityków na Wiejskiej, dziesiątki razy obiecywane korekty legislacyjne przy uporządkowaniu przepisów stosowanych przy wykonywaniu zawodu aptekarza, działalnosci aptek, organizacji systemu produkcji i dystrybucji produktów leczniczych uparcie jeszcze się nie wykluły. ***Po zakończeniu prac nad odpowiednimi projektami dokumentów i przedłożeniu ich przez Ministra Zdrowia, Rząd RP do sekretariatu Sejmu czynności parlamentarne powinny dobiec końca z upływem trzeciego kwartału bieżącego roku.*** *Przypominam, iż priorytetowe dla naszego środowiska w obecnym czasie są:*

a) rozwiązanie problemu dostosowania lokali aptecznych do przepisów Prawa farmaceutycznego;

b) reklama produktów leczniczych, aptek i walka z nieuczciwą konkurencją na rynku dystrybucyjnym, stałe ceny detaliczne;

c) wzmocnienie ekonomiczne indywidualnych aptek, ograniczenie rozwoju sieci aptecznych;

d) nie czekając na efekty pracy Sejmu, opracowanie nowelizacji obowiązujących obecnie rozporządzeń ministerialnych wydanych do odpowiednich ustaw a dotyczących aptek i aptekarzy.

Punkty a), b), c) są realizowane systematycznie w ramach konferencji uzgodnieniowych przygotowywanych w ministerstwie zdrowia, a punkt d) wykonaliśmy własnymi siłami. Owoce pracy naszego samorządu nad tymi zagadnieniami zostaną przedstawione ministrowi zdrowia w czerwcu br.

Z niecierpliwością i nadzieją oczekujemy na zakończenie czynności konkursowych mających na celu wybór nowego Głównego Inspektora Farmaceutycznego. *Liczymy, chyba nie bezpodstawnie, że w przyszłości uzyskamy wsparcie wspomnianego wyżej Inspektora przy codziennym rozwiązywaniu wielu problemów i wykonywaniu naszego zawodu.*

Na zakończenie, dziękuję wszystkim tym którzy nie zważając na piętrzące się problemy w samorządowej pracy, wykonują swoje obowiązki i dążą do systematycznej poprawy sytuacji polskiego aptekarstwa. Mając przed sobą nowy okres wytężonych zabiegów o spełnienie aptekarskich postulatów należy bezwzględnie pamiętać, iż tylko zjednoczenie wysiłków przy realizacji wspólnych celów daje szansę ich osiągnięcia. I przeciwnie – kłótnie, destrukcja, niezgoda rujnuje.

Andrzej Wróbel
Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

SPIS TREŚCI

EKSPERTYZY, RAPORTY
Barometr apteki
Pharma Experta 4

AKTUALNOŚCI 4, 6, 33

Biedronki, biedronki, biedronki ... 6

LEX APOTHECARIORUM 7

NOWE REJESTRACJE
Rejestracje UE 8
Rejestracje PL 8

LISTY DO REDAKCJI 11

PROPOZYCJE
Jednolity znak graficzny
dla aptek ogólnodostępnych 12

FELIETON 13

KONFERENCJE, SPOTKANIA
Druga Miedzynarodowa
Konferencja Naukowo-Szkoleniowa
Farmaceutów 13

SPORT TO ZDROWIE
Kalendarium imprez 14

APTEKARSTWO W EUROPIE
Deregulacja rynku aptecznego ... 15

BIULETYN NIA ..... I - XII

Aptekarz Polski – Biuletyn Naczelnej Izby Aptekarskiej.
Wydawca: Naczelna Izba Aptekarska, ul. Długa 16, 00-238 Warszawa, tel: 22 635 92 85, fax: 22 887 50 32, www. nia.org.pl; www.aptekarzpolski.pl; e-mail:nia@nia.org.pl.
Redakcja: ul. Długa 16, 00-238 Warszawa, tel: 22 635 16 43, Michał Grzegorczyk – p.o. redaktora wydawcy, Zbigniew Solarz – p.o. redaktora naczelnego, Tomasz Baj – p.o. z-ca redaktora naczelnego, Ewa Dębińska – p.o. sekretarza redakcji.
Biuro redakcji: Bożena Palińska tel:+ 48 22 635 16 43, e-mail: b.palinska@nia.org.pl,
Grafik: Magda Sierocińska,
Korekta: Halina Śnieżko
Aptekarz Polski zawiera treści przeznaczone dla osób uprawnionych do wystawiania recept lub farmaceutów. Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń i materiałów sponsorowanych oraz zastrzega sobie prawo dokonywania skrótów w tekstach nadesłanych. Redakcja nie zwraca materiałów.

AKTUALNOŚCI

WYBÓR Z KURIERA NIA:
www.nia.org.pl

Nr 18-2006

6 - 7 maja w Kalsku koło Sulechowa odbył się XV Okręgowy Zjazd Sprawozdawczy Lubuskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Zielonej Górze. Na zaproszenie prezesa Okręgowej Rady Aptekarskiej w Zielonej Górze Stanisława Macieja Sawczyna w Zjeździe uczestniczył wiceprezes NRA Wojciech Giermaziak.

4 maja Prezes NRA na ręce Bolesława Piechy, Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, przekazał stanowisko oraz uwagi Naczelnej Rady Aptekarskiej dotyczące projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Nr 17-2006

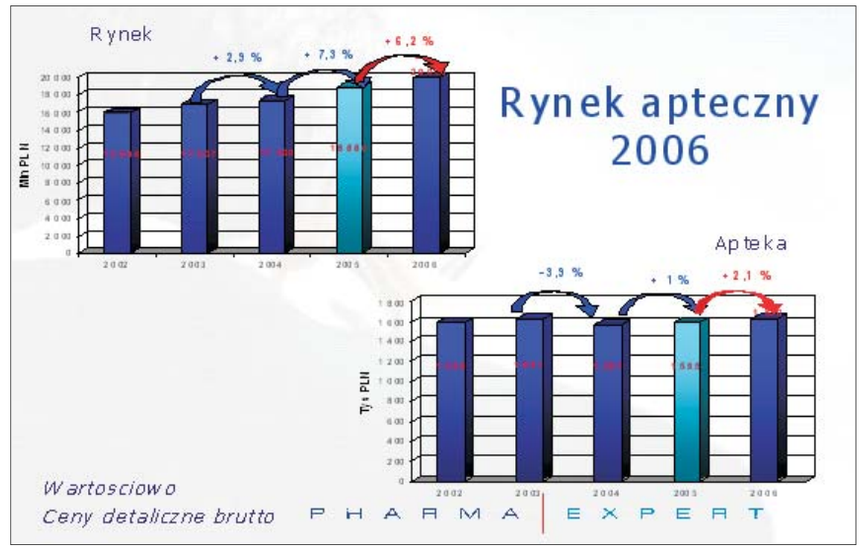
26 kwietnia odbyło się posiedzenie komitetu organizacyjnego Drugiej Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Farmaceutów, która odbędzie się w Krakowie w dniach 8 - 11 października br.

27 kwietnia w związku z pracami samorządu aptekarskiego nad propozycjami rozwiązań dotyczącymi uregulowań prawnych w obszarze polskiego rynku farmaceutycznego, odbyło się spotkanie międzyśrodowiskowe uczestników rynku, którego celem było poznanie stanowisk zaproszonych gości w sprawie rozwiązań zaproponowanych przez Naczelną Radę Aptekarską w dokumencie „Projekt ustawy o zmianie ustawy o izbach aptekarskich oraz niektórych innych ustaw". Główne zagadnienia, które poruszono obejmowały tematy związane z uszczelnieniem przepisów antykoncentracyjnych, polityką w zakresie uregulowań dotyczących cen leków (marże, ceny detaliczne), liczbą aptek i ich rozmieszczeniem, dziedziczeniem aptek, w tym sukcesją zezwoleń na prowadzenie apteki oraz dostosowaniem lokali aptecznych do wymogów określonych ustawą Prawo farmaceutyczne.
Uczestnicy spotkania przedyskutowali także projekt ustawy Ministerstwa Zdrowia o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Barometr apteki

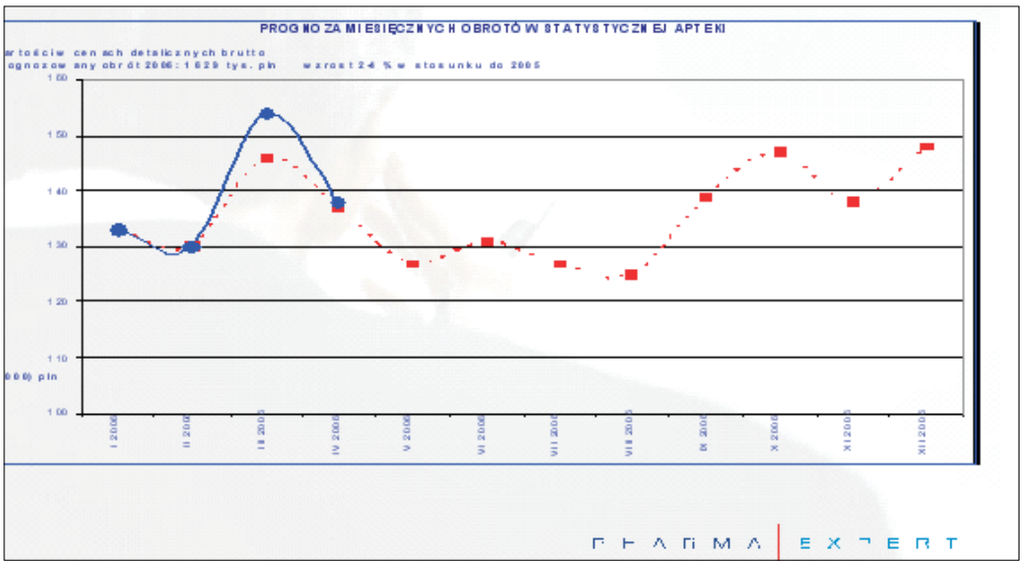
PHARMA | EXPERTA

Chciałbym Państwa serdecznie powitać na łamach nowego czasopisma „Aptekarz Polski" wydawanego przez Naczelną Izbę Aptekarską dla środowiska aptekarzy. W niniejszym wydaniu pragnę podsumować ostatnie wydarzenia na rynku farmaceutycznym.

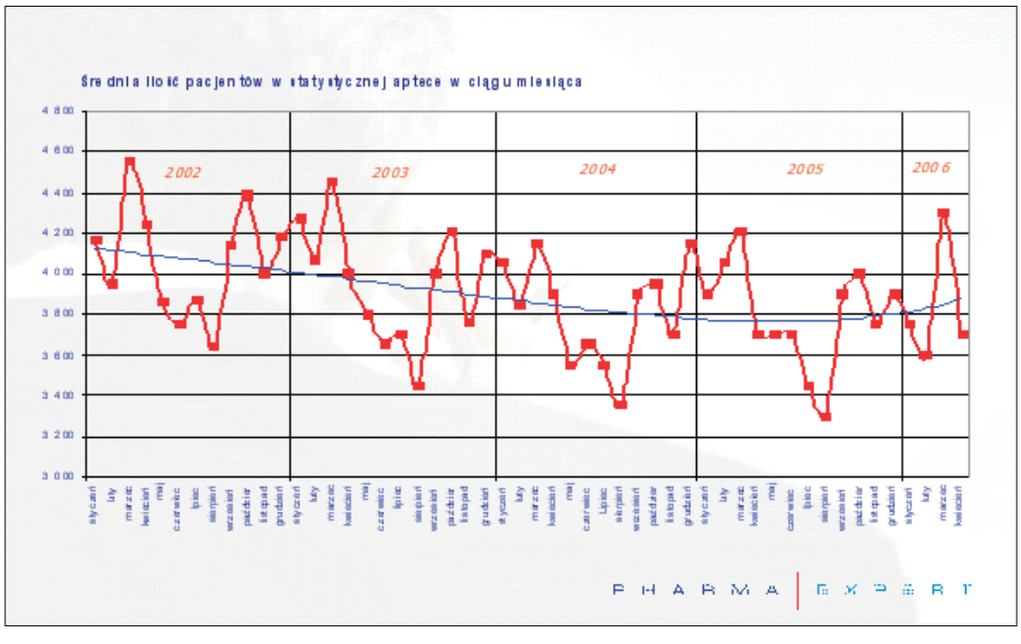


Zacznijmy zatem od optymistycznych komunikatów. Miesiąc kwiecień oznaczał dla statystycznej polskiej apteki bardzo dobry wynik w porównaniu do lat ubiegłych. Średnia sprzedaż apteki wyniosła 137,7 tys. PLN co oznacza znaczący, bo aż 6,7% wzrost w stosunku do kwietnia 2005 roku. Styczeń i luty b.r. nie dawały powodów do optymizmu, natomiast wyniki marca stanowiły pierwszy tegoroczny dobry sygnał dla właścicieli aptek, pomimo stale rosnącej liczby tych podmiotów na rynku.

Pod koniec 2005 roku PharmaExpert przewidywał wzrost całego rynku aptecznego na poziomie około 6,2%, a wzrost obrotów statystycznej apteki sięgający około 2,1%. Okres marzec – kwiecień 2006 potwierdza czynione kilka miesięcy wcześniej prognozy. Potwierdza się również prognoza dotycząca wzrostu całego rynku farmaceutycznego na poziomie powyżej 6%.



Drugim niezwykle ważnym czynnikiem, który powinien wypełnić środowisko aptekarskie większym optymizmem, jest wzrost wysokomarżowej sprzedaży odręcznej. Wzrost ten wyniósł w kwietniu aż 12%. Należy rzecz jasna zauważyć w tym miejscu, że za wzrost ten odpowiada nie tylko większa sprzedaż leków OTC, ale także sprzedaż dermokosmetyków czy suplementów diety. A niezaprzeczalnym faktem jest, iż w ostatnim okresie mamy do czynienia z dużą ilością szybszych i tańszych rejestracji dietetycznych środków spożywczych, które nie podlegają tak wielu ograniczeniom promocyjnym, jak preparaty posiadające rejestracyjny status leków. Tak czy inaczej zjawisko to powoduje wzrost efektywnej marży aptecznej, która obecnie wynosi około 19%. Wzrost marży pozwala nam zmierzyć się za zjawiskiem rosnących kosztów utrzymania aptek, które stanowią około 15% obrotów statystycznej apteki.



Mówiąc o ilości klientów – ta liczba nie zmieniła się w stosunku do kwietnia ubiegłego roku i wyniosła około 3.700 osób. Wpływa na to rosnąca ilość aptek.

Nawiązując do kosztów refundacyjnych, należy zauważyć istotny wzrost udziału refundacji w stosunku do całego obrotu aptecznego. Aktualny poziom refundacji wynosi około 33,4% i wzrósł on od początku roku, gdy wynosił około 31,6%. Rezultatem tego będzie roczny wzrost kosztów refundacji do poziomu około 6,62 mld PLN.

Wpływ na wielkość poziomu refundacji może mieć dyskutowany od wielu miesięcy projekt zakazujący wydawania leków refundowanych w cenie niższej niż ustalona cena detaliczna. Z pewnością wprowadzenie sztywnych cen detalicznych ograniczy narastającą wojnę cenową pomiędzy producentami, z drugiej strony brak możliwości korzystania z rabatów spowoduje, iż zmiana ta będzie niekorzystna zarówno dla aptekarzy, jak i dla samych pacjentów. Korzyść z pewnością odniesie NFZ, a wynikać ona będzie głównie z mniejszych zakupów leków refundowanych przez pacjentów.

W następnych miesiącach będziemy bacznie śledzić te zjawiska i na bieżąco informować środowisko aptekarskie.

Piotr Kula
Prezes PharmaExpert

AKTUALNOŚCI

WYBÓR Z KURIERA NIA:
www.nia.org.pl

Nr 16-2006

18 kwietnia prezes NRA Andrzej Wróbel został przyjęty przez Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Bolesława Piechę. Spotkanie było kontynuacją wcześniejszych rozmów dotyczących perspektyw realizacji samorządowego projektu nowelizacji ustawy o izbach aptekarskich.

19 kwietnia odbyło się spotkanie Zespołu NIA ds. wprowadzenia opieki farmaceutycznej do praktyki aptecznej. Członkowie Zespołu: Tadeusz Bąbelek, Teresa Olczyk – Andryszek, Edmund Grześkowiak oraz Jerzy Łazowski.

Nr 15-2006

11 kwietnia koordynator Departamentu Etyki i Deontologii Zawodu NRA Marian Mikulski uczestniczył w seminarium poświęconym ocenie doświadczeń we wdrażaniu regulacji prawnych dotyczących organizacji list pacjentów oczekujących na deficytowe świadczenia zdrowotne, organizowanym przez Lekarską Grupę Roboczą ds. etyki w służbie zdrowia.

12 kwietnia Prezes NRA wystosował odpowiedź na pismo Prezesa Narodowego Stowarzyszenia Aptek w Portugalii informujące o rozpoczęciu współpracy z portugalską firmą Jeronimo Martins Distribuicao przy projekcie budowy sieci aptek w Polsce opartej o infrastrukturę supermarketów Biedronka.

http://www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier_2006_15_1.pdf

http://www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier_2006_15_2.pdf

Nr 19-2006

10 maja na Placu Zamkowym w Warszawie członkowie Prezydium NRA uczestniczyli w manifestacji związanej z ogólnokrajowym protestem środowisk medycznych.Podpisano wspólny list skierowany na ręce Prezesa Rady Ministrów Kazimierza Marcinkiewicza w sprawie potrzeby reformy systemu opieki zdrowotnej.

10 maja odbyło się posiedzenie Prezydium NRA.

Biedronki, biedronki, biedronki...

Apteka jak supermarket? Być może już niedługo. Polskim rynkiem zainteresowała się portugalska firma Jeronimo Martins Distribution, która w oparciu o sieć sklepów „Biedronka" chce w Polsce otwierać apteki. Portugalczycy przygotowują grunt pod nową inwestycję i zabiegają w Naczelnej Izbie Aptekarskiej (NIA) poparcie. Stanowisko samorządu jest jednoznaczne – wspomaganie tego typu przedsięwzięć nie leży w interesie pacjentów ani aptekarzy.

Pozornie wszystko wygląda imponującą – lepsza dostępność pacjenta do apteki, tańsze leki, konkurencja w sektorze. Niestety to, co miało być korzyścią, okazało się kosztem, który zarówno aptekarze jak i pacjenci zmuszeni zostali ponieść. Pojawienie się sieci sprawiło, że marketing brutalnie wdarł się indywidualnych aptek, zupełnie nieprzygotowanych do nieuczciwej walki o klienta. Zapoczątkowana przez jedną z sieci akcja sprzedaży „leków za 1grosz" uruchomiła lawinę działań reklamowych i promocyjnych, które zamiast poprawiać sytuację aptek i realizować interesy pacjentów, odniosły wręcz przeciwny skutek.

Kiedy oddziały NFZ w Opolu i Bydgoszczy poinformowały w zeszłym roku o wydatkach na refundację, okazało się, że ich wzrost w żaden sposób nie koresponduje ze zwiększeniem się zachorowalności w tych regionach. Pacjenci skuszeni niższą ceną, robili zakupy na zapas, a za leki, które najczęściej trafiały do kosza po przekroczeniu terminu przydatności do spożycia płacił NFZ, czyli *de facto* wszyscy podatnicy. A więc także ci pacjenci, którzy w aptekach tak chętnie sprzedających „za 1 grosz" leki refundowane, musieli kupować leki nie objęte refundacją, których nikt już tak chętnie po promocyjnych cenach wydawać nie chciał.

PORTUGALSKA SIEĆ

Sieć *Biedronka* liczy ponad 800 sklepów na terenie całej Polski. Właściciel chce otwierać od 60 do 80 nowych placówek rocznie. W projekt budowy sieci aptek w oparciu infrastrukturę supermarketów *Biedronka* zaangażowała się portugalska organizacja National Association of Pharmacies (ANF), zrzeszająca ponad 2600 aptek. W kwietniu wystosowała nawet pismo do NIA, w którym zachęca do bliższego zapoznania się ze szczegółami projektu i do wizyty w Portugalii.

Trudno sobie wyobrazić, by NIA udzieliła poparcia projektowi stworzenia kolejnej sieci aptek w Polsce. Jeśli samorząd ma nadal skutecznie spełniać swoją funkcję i wiarygodnie reprezentować farmaceutów, nie powinien angażować swojego autorytetu w popieranie podobnych inicjatyw. *– Apteki sieciowe w zasadniczy sposób zaburzają równowagę w systemie dystrybucji leków. Przede wszystkim realizują dyskusyjne programy promocyjne, których samorząd aptekarski w żaden sposób nie może zaakceptować, i zamiast rozwijać uczciwą konkurencję, wprowadzają niezdrową rywalizację. A przecież w aptece pacjent*

powinien otrzymać rzetelną informację o leku i poradę farmaceuty, a nie być nakłaniany do wydawania pieniędzy – mówi Andrzej Wróbel, Prezes NRA .

POLSKIE REALIA

Obecnie zaledwie kilka procent aptek deklaruje przynależność do sieci. Polski system opiera się na aptekach indywidualnych. Część z nich to apteki rodzinne. Jednakże relacje tych, którym przyszło stanąć oko w oko z wyrastającą w pobliżu konkurencją, potwierdzają, że walka nie jest równa. Agresywny marketing, którego przejawem są głównie wojny cenowe, to zjawisko, które ekonomicznie osłabia apteki, szczególnie te zlokalizowane w mniej atrakcyjnych miejscach.

Dziś w Polsce mamy blisko 12 000 aptek. Są świetnie zaopatrzone, zatrudniają fachowców. Każdy lek, którego aktualnie nie ma w aptece, może zostać sprowadzony w ciągu kilku godzin. Minęły już czasy, kiedy na półkach leżała tylko wata, a spod lady można było kupić krople żołądkowe. Średnia liczba pacjentów przypadających na aptekę odpowiada średniej europejskiej. - *Dalszy wzrost liczby aptek będzie miał niekorzystny wpływ na sytuację finansową aptek już istniejących. Wiele z nich może nie wytrzymać konkurencji i przegrać w nierównej walce. Nie leży w interesie polskich pacjentów ani samorządu aptekarskiego popieranie rozwoju jakichkolwiek sieci aptek, bez względu na kapitał, który za tym stoi. Powinniśmy chronić system dystrybucji leków, który udało się przez lata zbudować.* - podkreśla Prezes Wróbel. Wskazuje też na inne zagrożenie związane z rozwojem sieci - *W aptekach sieciowych bardzo łatwo manipulować asortymentem. W pewnym momencie we wszystkich aptekach na zasadzie wyłączności mogą się znaleźć leki jednego określonego producenta za określoną cenę. Taka sytuacja z pewnością negatywnie wpłynie również na możliwości decyzyjne Ministra Zdrowia w zakresie polityki lekowej.*

GWARANCJA WOLNOŚCI WYBORU

Indywidualne apteki są dziś szansą na zaistnienie dla wszystkich producentów. O ile nie wikłają się w różnego rodzaju programy promocyjne, które *de facto* wyraźnie wpływają na asortyment, są dla pacjenta gwarancją wolności wyboru i pozwalają liczyć na obiektywną poradę farmaceuty. W hipermarketach i supermarketach, które na dobre zadomowiły się w Polsce, bez względu na lokalizację sklepu, na półkach znaleźć można identyczne produkty, często sprzedawane pod marką sieci. Przeniesienie tego rodzaju praktyk do systemu dystrybucji leków zagroziłoby idei jak najszerszego dostępu pacjentów do jak największej liczby leków, którą od lat forsował samorząd aptekarski. W aptece – supermarkecie wejście na apteczne półki może się okazać dla wielu produktów niemożliwe, szczególnie, jeśli producent nie potrafi porozumieć się z właścicielem sieci.

INTERES SPOŁECZNY

Doświadczenie pokazuje, że po-dejście właścicieli sieci aptecznych do kwestii prowadzenia aptek ma charakter czysto biznesowy. Prowadzenie apteki nie jest działalnością charytatywną i nie da się zaprzeczyć, ze każdy właściciel apteki jest przedsiębiorcą. Leki nie są jednak zwykłym towarem, a działalność polegająca na prowadzeniu apteki nie jest biznesem jak każdy inny. Apteki są elementem systemu ochrony zdrowia i wszelkie obostrzenia dotyczące ich funkcjonowania zostały przez ustawodawcę wprowadzone po to, żeby zabezpieczyć interesy pacjentów – przede wszystkim gwarantując im łatwy dostęp do leków i pewność, ze są one bezpieczne. Prezes Wróbel nie ma wątpliwości – *Model aptekarstwa europejskiego opiera się na aptekach indywidualnych. Kraje nadbałtyckie, Norwegia czy Wielka Brytania, które dopuściły u siebie do rozwoju aptek sieciowych argumentowały to ich lepszym przystosowaniem do reguł wolnej konkurencji. Ale czy pacjent w dłuższej perspektywie na tym skorzysta? Nie sądzę. Oprócz indywidualnego charakteru apteki, zatraci się stopniowo osobisty kontakt aptekarza z pacjentem, na którym od wieków opierało się prowadzenie apteki.*

Małgorzata Suska

LEX APOTHECARIORUM

NOWY OBOWIĄZEK DLA PROWADZĄCYCH APTEKI

Na podstawie ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o zużytym sprzęcie elektrycznym i elektronicznym (Dz.U. z dnia 20 września 2005 r. nr 180, poz. 1495.) apteki sprzedające wyroby medyczne typu: elektroniczne ciśnienio mierze, elektroniczne termometry lub glukometry od 1 lipca br. będą zobowiązane odbierać zużyte przyrządy medyczne - sztuka za sztukę. Aptekarz będzie też musiał wpisać się do rejestru GIOŚ jako zbierający, co nie wiąże się z żadnymi kosztami, ani z wnoszeniem zabezpieczenia.

Prowadzący aptekę ma poinformować wójta, burmistrza lub prezydenta miasta, na terenie którego znajduje się apteka, że prowadzi punkt zbierania sprzętu (art. 39 ustawy o zużytym sprzęcie elektrycznym i elektronicznym). Trzeba też uzyskać wpis do rejestru prowadzonego przez starostę właściwego ze względu na miejsce prowadzenia zbierania (art. 33 ustawy o odpadach). Natomiast apteka nie musi mieć zezwolenia na zbieranie i transport odpadów.

Zbierający sprzęt muszą też przesyłać co kwartał do GIOŚ sprawozdanie o masie zebranego i przekazanego do zakładu przetwarzania sprzętu. Trzeba to zrobić do 30 dnia miesiąca następującego po rozliczanym kwartale.

Na wystawianych w aptece fakturach związanych ze sprzedażą w zakresie sprzętu elektronicznego będzie ciążył obowiązek umieszczania uzyskanego od GIOŚ numeru rejestrowego (na pozostałych fakturach nie ma konieczności wskazywania numeru rejestrowego).

Michał Grzegorczyk

Rejestracje UE

W marcu 2006 r. Komisja Europejska w ramach procedury scentralizowanej wydała 1 decyzję o dopuszczeniu do obrotu nowego produktu leczniczego przeznaczonego do stosowania u ludzi. Produkt omówiono w ramach klasy ATC według WHO oraz substancji czynnej preparatu, z krótkim opisem postaci i z uwzględnieniem wskazań, pomijając inne szczegóły, które można znaleźć w witrynie internetowej Europejskiej Agencji Leków (http://www.emea.eu.int).

A – Przewód pokarmowy i metabolizm

A16A – Inne leki działające na przewód pokarmowy i metabolizm; A16AB – Enzymy;

Alglucosidasum alfa: Myozyme inj. 50 mg, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji (Genzyme Europe). Alglukozydaza alfa jest rekombinowaną postacią ludzkiej kwaśnej alfa-glukozydazy. Wytwarzana jest metodą rekombinowania DNA przy użyciu hodowli komórek jajnika chomika chińskiego. Lek jest wskazany w przewlekłej, enzymatycznej terapii zastępczej u pacjentów z potwierdzonym rozpoznaniem choroby Pompego (niedobór kwaśnej alfa-glukozydazy). Choroba Pompego jest rzadką, postępującą i śmiertelną miopatią metaboliczną z szacowaną częstością występowania na świecie 1 na 40000 urodzeń. Inne nazwy choroby Pompego to choroba spichrzania glikogenu typu II, niedobór kwaśnej maltazy i glikogenoza typu II. Choroba Pompego należy do chorób spichrzeniowych lizosomów, ponieważ jej przyczynę stanowi niedobór naturalnej hydrolazy lizosomalnej, kwaśnej α-glukozydazy, która rozkłada glikogen w lizosomach do glukozy. Niedobór tego enzymu prowadzi do gromadzenia glikogenu w różnych tkankach, zwłaszcza w sercu, mięśniach oddechowych i szkieletowych, prowadząc do rozwoju kardiomiopatii przerostowej i postępującego osłabienia mięśni, w tym zaburzenia czynności oddechowych. Jest to pierwszy lek przeznaczony do leczenia choroby Pompego, zarejestrowany wcześniej (w 2000 r.) jako lek sierocy.

Rejestracje PL

W marcu 2006 r. Minister Zdrowia wydał 63 pozwolenia na dopuszczenie produktów leczniczych do obrotu w Polsce. Produkty omówiono na tle wcześniejszych rejestracji i produktów obecnych już na rynku w ramach poszczególnych klas ATC według 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://www.bip.urpl.gov.pl).

A – Przewód pokarmowy i metabolizm

A04/A04A – Leki przeciw wymiotom i mdłościom; A04AA – Antagoniści serotoniny ($5HT_3$)

Ondansetronum: Ondantor (Lek, Stryków) to 10. zarejestrowany doustny preparat ondansetronu. Do obrotu zostały dotychczas wprowadzone 4 leki: Atossa (Anpharm), Emetron (Gedeon Richter), Setronon (Pliva Kraków) i Zofran (GlaxoSmithKline; lek oryginalny), zaś nie pojawiły się jeszcze Ondagen (Billev Pharma), OndaHEXAL (Hexal Polska), Ondansetron Ranbaxy, Ondansetron-1 A (1 A Pharma) oraz zarejestrowany warunkowo w kwietniu 2004 Emeset (Cipla).

A10 – Leki stosowane w cukrzycy; A10B – Doustne leki obniżające poziom glukozy we krwi; A10BB – Sulfonamidy, pochodne mocznika

Glimepiridum: w marcu 2006 zarejestrowano 4 kolejne preparaty glimepiridu: Glemid (Egis), Glimepiride Stada, Glimesan (Sandoz) i Meglimid (Krka), a także czwartą dawkę leku Symglic (SymPhar). Obecnie jest zarejestrowanych 20 preparatów glimepiridu. Na rynku jest obecnych 8 leków: Amaryl (Aventis Pharma; lek oryginalny), wprowadzony w grudniu 2005 GlimeHEXAL (Hexal Polska), od stycznia 2006 Betaglid (Pliva Kraków; zarejestrowany wcześniej pod nazwą Glimepirid Tiefenbacher) i Glidiamid (ICN Polfa Rzeszów), od lutego 2006 Diaril (Biofarm), Glibezid (Jelfa), Glimepirid-Ratiopharm i Glipid (Genexo). Na rynek nie zostały jeszcze wprowadzone, zarejestrowane wcześniej: Avaron (Biovena

Pharma), Everyl (GlaxoSmithKline, Poznań), Glibetic (Polpharma), Glimepiride-1 A (1 A Pharma), Glimestada (Stada), Oltar (Berlin-Chemie; zmieniona nazwa preparatu z Glimepirid BC), Pemidal (Polfa Pabianice) i Symglic (SymPhar). Wszystkie preparaty generyczne zostały zarejestrowane w latach 2004-2006.

B – Krew i układ krwiotwórczy

B02 – Leki przeciwkrwotoczne; B02B – Witamina K i inne hemostatyki; B02BD – Czynniki krzepnięcia krwi

Factor VIII: Immunate Baxter jest 11. preparatem zawierającym czynnik VIII, jaki figuruje w krajowym Rejestrze. Na rynku znajdują się jednak tylko 2 leki: Fanhdi (Grifols) i Monarc-M (Baxter). Nieobecne na rynku to: Beriate P (Centeon), Czynnik VIII – metoda M (Imed Poland), Emoclot D.I. (Instituto Sierovaccinogeno Italiano), Haemoctin SDH (Biotest), Hemofil M czynnik VIII antyhemofilowy method M (Baxter), Immunate Stim Plus (Baxter), Koate DVI (Bayer) i Octanate (Octapharma). Niektóre z tych preparatów zapewne nie były rerejestrowane. Nie pojawił się jeszcze na rynku w Polsce preparat Refacto (Wyeth) zarejestrowany centralnie w Unii Europejskiej.

C – Układ sercowo-naczyniowy

C09 – Leki działające na układ renina-angiotensyna; C09B - Inhibitory ACE, leki złożone; C09BA – Inhibitory ACE i diuretyki

Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum: Ampril (Krka) w 2 dawkach jest 3. zarejestrowanym lekiem o podanym składzie. Na rynku znajdują się Ramicor Comb (Ranbaxy) i Tritace Comb (Aventis Pharma).

C09C/C09CA – Antagoniści angiotensyny II, leki proste

Losartanum kalicum: Lozap Zentiva jest 6. zarejestrowanym lekiem (4 dawki) zawierającym losartan. Nowością jest po raz 1. zarejestrowana dawka 25 mg. W sprzedaży znajdują się 3 leki: Cozaar (Merck Sharp & Dohme; lek oryginalny), Lorista (Krka) i Xartan (Adamed). Nie zostały jeszcze wprowadzone zarejestrowane warunkowo w kwietniu 2004 Lakea (Lek, Stryków) i Losacor (Biofarm).

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

Atorvastatinum: Atorvox (Farmacom) jest 7. zarejestrowanym lekiem z atorwastatyną. W obrocie znajdują się Atoris (Krka Polska), Sortis (Parke-Davis; lek oryginalny) i Tulip (Lek, Stryków), natomiast nie zostały jeszcze wprowadzone Torvacard (Zentiva) i zarejestrowane warunkowo w kwietniu 2004 Atrox (Biofarm) i Corator (Lekam).

D – Leki stosowane w dermatologii

D10 – Leki przeciwtrądzikowe; D10B – Leki przeciwtrądzikowe działające ogólnie; D10BA – Retinoidy stosowane w leczeniu trądziku

Isotretinoinum: Roaccutane (Roche) w postaci kapsułek (2 dawki) nie jest nowym preparatem w Polsce, ale rejestracja w ramach unijnej procedury wzajemnego uznania zastąpi dotychczasową rejestrację krajową i jest w stosunku do niej rozszerzona o 2 nowe opakowania. Na rynku znajdują się 3 preparaty doustne: Aknenormin (Boots), wprowadzony w ramach importu równoległego (choć lek „macierzysty" nie pojawił się na rynku) preparat Izotek (Hand Prod/Blau Farma) oraz lek oryginalny Roaccutane (Roche). Nie zostały jeszcze wprowadzone Acnetret (Hexal Polska), Curacne (Pierre Fabre) i Tretinex (Medana Pharma Terpol Group) oraz zarejestrowany warunkowo w kwietniu 2004 Sotret (Ranbaxy).

G – Układ moczowo-płciowy i hormony płciowe

G04 – Leki urologiczne; G04C – Leki stosowane w łagodnym przeroście gruczołu krokowego; G04CA – Antagoniści receptorów α-adrenergicznych

Tamsulosini hydrochloridum: w marcu 2006 zarejestrowano kolejne 2 preparaty tamsulozyny Fokusin (Zentiva) i Tamsulosin hydrochloride Kiron. W lutym 2006 zarejestrowano 3 preparaty tamsulozyny, a 6 preparatów w styczniu; w sumie zarejestrowanych jest ich 14. Na rynku znajduje się 5 leków: Omnic (Yamanouchi, obecnie Astellas; lek oryginalny), Tanyz (Krka), wprowadzone w marcu 2006 Tamsulosin-Ratiopharm i Uprox (United Pharma) oraz wprowadzony w kwietniu 2006 Bazetham (Pliva Kraków). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży preparaty: Tamsulosin Actavis, Tamzul (Farma Projekt), Urostad (Stada), Tamsugen (Generics), TamsuHEXAL (Lek, Stryków), Tamsulosini Hydrochloridum Yamanouchi i Tamsuwin (Winthrop Medicaments).

G04CB – Inhibitory 5α-reduktazy testosteronu

Finasteridum: Lifin (Farmacom) to 10. zarejestrowany preparat zawierający finasteryd. Na rynku są obecne 4 leki: Finaride (Hexal Polska), Penester (Zentiva), Proscar (Merck Sharp & Dohme; lek oryginalny) i od stycznia 2006 Zasterid (Gedeon Richter). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży: Ambulase (Grünenthal), Androstatin 1 mg (Lekam), Finaster 5 mg (Lekam), Finasteride-1 A (1 A Pharma) i Fincar (Cipla).

J – Leki przeciwzakaźne działające ogólnie

J01 – Leki przeciwbakteryjne działające ogólnie; J01C – Beta-laktamowe leki przeciwbakteryjne – penicyliny; J01CR – Złożone preparaty penicylin, w tym z kwasem klawulanowym

Amoxicillinum + Acidum clavulanicum: Amoclan (Hikma Farmaceutica) to 9. zarejestrowany w Polsce lek zawierający amoksycylinę i kwas klawulanowy. W sprzedaży znajduje się 6 preparatów: Amoksiklav (Lek/Lek, Stryków), Augmentin (GlaxoSmithKline; lek oryginalny), Curam (Sandoz), Forcid (Yamanouchi), Ramoclav (Ranbaxy) i Taromentin (Polfa Tarchomin). Nie zostały dotychczas wprowadzone Bioclavid (Sandoz) i Klavocin (Pliva Kraków).

J01F – Makrolidy, linkozamidy i streptograminy, J01FA – Makrolidy

Azithromycinum: Azi Sandoz to 12. zarejestrowany preparat azitromycyny. Na rynek zostało dotychczas

wprowadzonych 5 leków: Azibiot (Krka Polska), Azimycin (Polfa Tarchomin), Azitrox (Leciva), Oranex (Pliva) i Sumamed (Pliva Kraków; lek oryginalny). Nie ma jeszcze w obrocie preparatów Azitrogen (Generics) i Azitromycin-Ratiopharm oraz zarejestrowanych warunkowo: w marcu 2004 - Macromax ICN (ICN Polfa Rzeszów) i w kwietniu 2004 - Azycyna (Polfa Pabianice), Nobaxin (Lekam) i Rozalin (Adamed).

J07 – Szczepionki; J07A – Szczepionki bakteryjne; J07AN – Szczepionki przeciw gruźlicy

Mycobacterium bovis BCG: BCG Szczepionka SSI (Statens Serum Institut) to 2. zarejestrowana szczepionka przeciwgruźlicza. Na rynku znajduje się 10-dawkowa Szczepionka przeciwgruźlicza (Biomed Lublin).

L – Leki przeciwnowotworowe i wpływające na układ odpornościowy

L01 – Leki przeciwnowotworowe; L01C – Alkaloidy roślinne i inne środki naturalne; L01C – Alkaloidy barwinka (Vinca minor) i ich analogi

Vinorelbinum: Navirel (Medac) i Vinorelbin-Ebewe (Alliance Pharma) w postaci iniekcyjnej to 2. i 3. zarejestrowany preparat winorelbiny. Na rynku znajduje się tylko lek Navelbine (Pierre Fabre) w postaci iniekcyjnej i doustnej.

M – Układ mięśniowo-szkieletowy

M01 – Leki przeciwzapalne i przeciwreumatyczne; M01A – Niesterydowe leki przeciwzapalne i przeciwreumatyczne; M01AC - Oksykamy

Meloxicamum: Lormed (Pro. Med.CS) i Meloxicam Teva to 11. i 12. zarejestrowany lek doustny zawierający meloksykam. W sprzedaży jest obecnych 6 preparatów: Aglan (Zentiva), Aspicam (Biofarm), Meloksam (Polfa Grodzisk), Melokssia (Pliva Kraków), Meloxic (Polpharma) i Movalis (Boehringer Ingelheim; lek oryginalny). Nie pojawiły się jeszcze na rynku: Galoxiway (Boots), Lutrol (Abbott), MeloxiHEXAL (Lek, Stryków) i Meloxistad (Stada).

M05 – Leki stosowane w chorobach kości; M05B – Leki wpływające na strukturę i mineralizację kości; M05BA - Bifosfoniany

Acidum alendronicum: Alendronate Teva 70 mg to 7. zarejestrowany w Polsce lek zawierający kwas alendronowy w dawce 70 mg przyjmowanej raz w tygodniu. Na rynku jest już obecnych 5 takich leków: Fosamax (Merck Sharp & Dohme; lek oryginalny), Ostemax 70 Comfort (Polpharma), Ostenil 70 (Polfa Kutno), Ostolek (Lek-Am) i Alendronat-Ratiopharm 70, który trafił do obrotu w kwietniu 2006. Nie pojawił się jeszcze w sprzedaży preparat Lindron (Krka Polska).

N – Układ nerwowy

N03/N03A – Leki przeciwpadaczkowe; N03AX – Inne leki przeciwpadaczkowe

Lamotriginum: Epiral (Zentiva) to 18. zarejestrowany preparat lamotryginy. Na rynek zostało wprowadzonych 9 leków: Danoptin (Pliva Kraków), Epilactal (Polpharma), Lamilept (IVAX), Lamitrin (GlaxoSmithKline; lek oryginalny - zmiana nazwy z Lamictal na Lamitrin od lipca 2003), Lamotrigine Ratiopharm, LamotriHEXAL (Hexal Polska), Lamotrix (Biovena Pharma), Plexxo (Desitin) i Triginet (Krka). Nie pojawiły się jeszcze w obrocie: Epitrigine (Actavis), Lameptil (Sandoz), Lamia (Genexo), Lamistad (Stada), Lamotrigine-1 A (1 A Pharma) oraz zarejestrowane warunkowo w kwietniu 2004 Epigan (Jelfa), Epistabil (Polon) i Lamoten (Polfa Pabianice).

N05 – Leki psychotropowe; N05A – Leki neuroleptyczne; N05AX – Inne leki neuroleptyczne

Risperidonum: Lioxam (Grünenthal) to 12. lek zawierający risperidon zarejestrowany w Polsce. Na rynku znajduje się 7 preparatów: Mepharis (Mepha), Risperatio (Ratiopharm), Rispolept (Janssen-Cilag; lek oryginalny), Rispolux (Sandoz), Risset (Farmacom), Speridan (Actavis) oraz od kwietnia 2006 Risperon (Lekam). Nie zostały jeszcze wprowadzone na rynek, zarejestrowane wcześniej: Risnia (Cipla), Rispen (Zentiva), Risperado (Actavis) i Rispewin (Winthrop Medicaments).

P – Leki przeciwpasożytnicze, środki owadobójcze i repelenty

P01 – Leki przeciw pierwotniakom; P01B – Leki przeciwmalaryczne; P01BB – Biguanidy; P01B-B51 – Proguanil – leki złożone

Atovaquonum + Proguanili hydrochloridum: Malarone (GlaxoSmithKline) to 1. zarejestrowany lek o tym składzie, sprowadzany wcześniej na import docelowy lub indywidualny.

R – Układ oddechowy

R05 – Leki stosowane w kaszlu i przeziębieniach; R05X – Inne preparaty złożone stosowane w przeziębieniach

Althaeae sirupus: Syrop prawoślazowy (Aflofarm) był już wcześniej dopuszczony do obrotu na podstawie świadectwa dopuszczenia Instytutu Leków. Na rynku znajdują się już inne produkty lecznicze zawierające syrop prawoślazowy: Alte syrop prawoślazowy (Gemi), Althagem (Gemi), Sirupus Althaeae/Syrop prawoślazowy (Avena, Hasco-Lek, Microfarm, NP. Pharma). Nie został jeszcze wprowadzony Syrop prawoślazowy firmy Amara.

R06/R06A – Leki przeciwhistaminowe działające ogólnie; R06AX – Inne leki przeciwhistaminowe działające ogólnie

Fexofenadini hydrochloridum: Fexostad (Stada) to 2. zarejestrowany lek zawierający feksofenadynę, a pierwszy lek generyczny. Na rynku obecny jest lek oryginalny Telfast (Aventis Pharma).

V – Preparaty różne

V03/V03A – Inne środki stosowane w lecznictwie; V03AE – Leki stosowane w hiperkalemii i hiperfosfatemii

Lanthanum carbonicum: Fosrenol (Shire) to 1. zarejestrowany lek z węglanem lantanu. Na rynku znajdują się leki z tej samej klasy ATC, ale o innym składzie: Calcium Resonium (Sanofi Winthrop) i Resonium A (Sanofi-Synthelabo) zawierają siarczan polistyrenu, a substancją czynną preparatu Renagel (Genzyme) jest sevelamer.

dr n. farm. Jarosław Filipek

Kierownik Działu Informacji o Produktach
Administrator Farmaceutycznej Bazy
Danych BAZYL, IMS Poland

LISTY DO REDAKCJI

SPROSTOWANIE DO TEKSTU „NOWE REJESTRACJE – STYCZEŃ 2006" W „APTEKARZU POLSKIM", MARZEC 2006

Na podstawie art. 31 ust. 1 Prawo Prasowe (Dz. Ust. nr 5 poz. 24) zwracam się z prośbą o zamieszczenie na łamach „Aptekarza Polskiego" sprostowania do tekstu „Nowe rejestracje – styczeń 2006" opracowanego przez dr n. farm. Jarosława Filipka, gdyż zawarto w nim nieprawdziwą informację, iż „Escapelle (Gedeon Richter) 1 tabl. 1500 mcg to de facto środek wczesnoporonny, odpowiednik preparatu Postinor-Duo (Gedeon Richter) dostępnego jako 2 tabl. 750mcg."

SPROSTOWANIE

Preparat Escapelle, który jest odpowiednikiem preparatu Postinor Duo nie jest tabletką wczesnoporonną. Jego zażycie nie powoduje usunięcia ciąży.

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) o ciąży mówimy wówczas, gdy dojdzie do zagnieżdżenia rozwijającego się zarodka w jamie macicy. Takiego mechanizmu nie wykazuje metoda antykoncepcji postkoitalnej.

Z poważaniem,
László Nemes
Dyrektor Przedstawicielstwa
Gedeon Richter

OD AUTORA:

Artykuł dotyczący nowych rejestracji ze stycznia 2006 podpisałem jako pracownik IMS Poland, co mogło stworzyć u kogoś mylne wrażenie, że określenia w nim umieszczone są opinią firmy. Podkreślam, że tak nie jest, wypowiedziałem się na powyższy temat wyłącznie w imieniu własnym, a firmy Gedeon Richter i IMS Poland przepraszam za możliwe nieporozumienie. W następnym numerze przedstawię swoją merytoryczną opinię w tej sprawie.

Dr nauk farm.
Jarosław Filipek

POSTANOWIENIE Nr IV/10/2006
z dnia 10 maja 2006 r.
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ

w sprawie zatwierdzenia propozycji zmiany w ustawie z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, polegającej na wprowadzeniu jednolitego znaku graficznego dla aptek ogólnodostepnych

Na podstawie § 1 pkt 2 uchwały Nr IV/9/2004 Naczelnej Rady Aptekarskiej z dnia 4 lutego 2004 r. w sprawie upoważnienia Prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej do załatwiania spraw w imieniu Rady, w brzmieniu ustalonym uchwałą Nr IV/13/2004 z dnia 23 czerwca 2004 r., Prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej postanawia, co nastepuje:

§ 1.

1. Prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej postanawia zatwierdzić propozycję zmiany ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne w przedmiocie wprowadzenia jednolitego znaku graficznego dla aptek ogólnodostępnych, zgłoszoną przez Naczelną Izbę Aptekarską do projektu ustawy z dnia 31 marca 2006 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, przekazanego do zaopiniowania przez Ministra Zdrowia za pismem z dnia 31 marca br. (znak: MZ-UZ-RP-0212-4323-12MP/06)

2. Wzór znaku graficznego, o którym mowa w ust. 1, okraśla załącznik do niniejszego postanowienia.

§ 2.

Postanowienie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRA
dr. n. med. jerzy Łazowski

Prezes NRA
mgr farm. Andrzej Wróbel

PZU SA
Powszechny Zakład Ubezpieczeń SA

Recepta na bezpieczny biznes

Powszechny Zakład Ubezpieczeń SA mając na uwadze to, że na rynku polskim nie było dotychczas programu ubezpieczeniowego dostosowanego do specyfiki działalności aptek, przygotował specjalny program ubezpieczenia majątku aptek i odpowiedzialności cywilnej farmaceutów i techników farmaceutycznych.

Jest to niekonwencjonalne rozwiązanie ubezpieczeniowe opracowane pod kątem wymogów i charakteru prowadzonej przez Państwa działalności, mające na celu zapewnienie optymalnej i kompleksowej ochrony ubezpieczeniowej.

Program Apteka jest realizowany we współpracy z Naczelną Izbą Aptekarską – w grudniu 2005 r. zostało podpisane Porozumienie Generalne pomiędzy Oddziałem Okręgowym PZU SA w Opolu a NIA w Warszawie określające warunki w/w Programu. Porozumienie to jest ważne od 1 stycznia 2006 r. do 31 grudnia 2006 r., możliwością jego przedłużenia na kolejny rok. Zgodnie z udzielonym przez NIA pełnomocnictwem, Program Apteka obsługiwany jest na terenie całego kraju za pośrednictwem kancelarii brokerskiej „Elite Broker" z siedzibą w Opolu.

Główną zaletą Programu jest bardzo niski koszt wykupu ubezpieczenia.

W ramach Programu Apteka proponujemy ochronę w zakresie następujących ubezpieczeń:
1. odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia apteki i wykonywania zawodu farmaceuty,
2. odpowiedzialności cywilnej za produkt,
3. mienia od ognia i innych żywiołów,
4. mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku,
5. szyb i innych przedmiotów od stłuczenia,
6. sprzętu elektronicznego.

Specjalnie dla Państwa, w zależności od rodzaju zakupionego w Programie ubezpieczenia, zakres **jest bezpłatnie lub za niewielką opłatą rozszerzony o szereg klauzul dodatkowych**, w tym tak istotne dla specyfiki działalności aptek jak klauzula ubezpieczenia bezpośrednich konsekwencji finansowych utraty dokumentów niezbędnych do refundacji leków lub wyrobów medycznych czy klauzula utylizacji leków zniszczonych wskutek zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową.

Przystąpienie do Programu Apteka to minimum formalności. Wystarczy wypełnić uproszczony wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia i stosowne załączniki, których wzór został Państwu przesłany w wersji elektronicznej i odesłać na adres brokera, za pośrednictwem którego dokumentacja zostanie przekazana do Inspektoratu PZU SA w Opolu.

Inspektorat PZU SA w Opolu w ciągu 7 dni od daty otrzymania kompletnego wniosku wystawi certyfikat (dokument potwierdzający zawarcie ubezpieczenia), który przekazany zostanie Państwu za pośrednictwem brokera.

Warunkiem skorzystania z Programu Apteka jest zawarcie ubezpieczenia mienia od ognia i innych żywiołów oraz dowolnie wybranego ubezpieczenia z gamy produktów oferowanych w programie. Proponujemy dogodne terminy oraz formy płatności składek. Istnieje również możliwość rozłożenia składki na raty, przy czym w przypadku jednorazowej opłaty dodatkowo przysługuje Państwu5% zniżka w składce.

W przypadku szkody dysponujemy liczną i wykwalifikowaną kadrą rzeczoznawców i likwidatorów szkód, którzy sprawnie i profesjonalnie zajmą się procesem likwidacji szkody. Ponadto, na etapie zgłaszania szkody i jej likwidacji, możecie Państwo liczyć również na pomoc kancelarii brokerskiej „Elite Broker".

Więcej szczegółów dotyczących Programu Apteka znajdziecie Państwo w ofercie przesyłanej w wersji elektronicznej lub dostarczanej bezpośrednio przez kancelarię brokerską „Elite Broker" oraz w ulotce ubezpieczeniowej. Dodatkowo w Inspektoracie w Opolu wyznaczeni zostali opiekunowie mający za zadanie wspierać Państwa i udzielać wszelkiego rodzaju informacji związanych z przystąpieniem do programu.

Poniżej podajemy dokładne dane teleadresowe, pod którymi możecie Państwo uzyskać stosowne informacje:
1. Inspektorat PZU SA w Opolu, ul.Ozimska 5, 45-429 Opole, tel.077/401 7100, fax 077/401 7109, e-mail: s-opole1@pzu.pl
2. Elite Broker, ul.1-go Maja 63-65, 45-069 Opole, tel.077/442 5257, fax 077/456 7698, e-mail: elite.broker@neostrada.pl
3. infolinia PZU SA: 0 801 102 102, www.pzu.pl

Gorąco zachęcamy i zapraszamy Państwa do skorzystania z pierwszego tego typu w Polsce kompleksowego programu adresowanego do aptek.

FELIETON

DLACZEGO WARTO ODWIEDZAĆ KONKURENCJĘ?

Każda z aptek ma prawdopodobnie tylko ok. 30% lojalnych klientów. Oznacza to, że pozostali robią zakupy także w innych aptekach. Zadanie polega na przyciągnięciu tych „niezdecydowanych" do naszej apteki.

Jednak aby tego dokonać – trzeba wiedzieć, jaką ofertę składają im konkurencyjne placówki. Zamiast omijać inne apteki szerokim łukiem, dobrze jest czasami zerknąć przez szybkę, wejść do środka… Popatrzmy jaki towar eksponuje konkurencja, jak zaaranżowane jest wnętrze ekspedycji, jak wyglądają i jak się zachowują pracownicy. Może się okazać, że niepotrzebnie ciągle zaniżamy marże, bo do konkurencji pacjentów przyciągają nie niskie ceny, lecz: brak kolejek, sympatyczna obsługa, ładne wnętrze, szeroki asortyment. Można wymieniać dalej: fachowa porada, tablica informacyjna, z której dowiadujemy się o bezpłatnych badaniach, akcje promocyjne, możliwość zapłacenia kartą, podjazd dla wózków… Możliwości jest wiele i należy nie tylko samemu przeanalizować, jak działają sąsiednie apteki, ale również wsłuchiwać się w to, co mówią nam pacjenci. Czasami nie są to rzeczy miłe, często zaczynają się słowami „A w tamtej aptece to i to i jeszcze tamto. A w ogóle to macie drogo".

Zamiast się denerwować, zastanówmy się jakie zalety prezentuje nasza apteka i starajmy się je wyeksponować, a wady – umniejszyć, lub zatuszować. Pamiętajmy, że o swoich dobrych stronach trzeba mówić głośno – to jedyny sposób, żeby inni także nas zaczęli postrzegać pozytywnie.

Aby móc się wyróżnić musimy jednak najpierw poznać naszą konkurencję, a nawet polubić wizyty u niej…

Olga Sierpniowska

DRUGA MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA FARMACEUTÓW

KRAKÓW 8-11 października 2006

Naczelna Izba Aptekarska i Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne w porozumieniu z Zarządem Niemieckich Izb Aptekarskich ponownie współorganizują konferencję naukowo-szkoleniową adresowaną do aptekarzy polskich i niemieckich.

Problematyka wykładów, prowadzonych przez wybitnych specjalistów polskich i niemieckich, podporządkowana została tematowi: „Choroby cywilizacyjne wyzwaniem współczesnej medycyny". Udział w sesjach plenarnych w kursach dokształcających premiowany będzie punktami, honorowanymi przez organizacje zawodowe obu państw.

W organizację kongresu zaangażowały się osobiście najwyższe autorytety. Prezes PTFarmu, prof. Janusz Pluta podjął się pełnienia obowiązków przewodniczącego komitetu naukowego, wiceprzewodniczącym ze strony niemieckiej został prof. Walter Schunack – rzecznik Naukowego Komitetu Doradczego Związku Niemieckich Izb Aptekarskich, profesor chemii farmaceutycznej w Wolnym Uniwersytecie w Berlinie. Funkcję przewodniczącego komitetu organizacyjnego przyjął prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, mgr Andrzej Wróbel, a wiceprzewodniczącego Hans-Günter Friese – były prezes Związku Niemieckich Izb Aptekarskich oraz obecny prezes Izby Aptekarskiej Westfalii-Lippe.

Do udziału w kongresie zaproszeni zostali przedstawiciele samorządów aptekarskich: Czech, Słowacji i Litwy oraz farmaceuci z tych krajów.

Szczegółowe informacje o programie konferencji i warunkach uczestnictwa oraz formularze zgłoszeniowe będą publikowane w prasie farmaceutycznej, kolportowane przez Okręgowe Izby Aptekarskie oraz dostępne na stronie internetowej www.salusint.com.pl w czerwcu 2006 r. Z pytaniami można zwracać się do koordynatora komitetu organizacyjnego - Teresy Przybylskiej, adres email: teresa@salusint.com.pl, tel. (0-32) 788-00-88 lub tel. kom. 0-601 230 460.

KOMITET ORGANIZACYJNY KONFERENCJI

Mam przyjemność zaprosić na sportową kolumnę Aptekarza Polskiego. Z częścią z Państwa znamy się z witryny internetowej www.sport.farmacja.pl. Dla tych, z którymi spotykam się po raz pierwszy kilka słów wstępu: jestem farmaceutą a sport od zawsze jest moim hobby. Założyłem więc witrynę internetową aby w jednym miejscu każdy aptekarz mógł przeczytać „co w sporcie aptekarskim piszczy". Zapraszam wszystkich do sportowej aktywności.

W tym numerze chcę przedstawić wszystkie aktualne zaproszenia na impezy nadchodzącego lata:

Wielofunkcyjny Aparat Diagnostyczny
CORAZON +

POMIAR:
- CIŚNIENIA KRWI
- TĘTNA
- TKANKI TŁUSZCZOWEJ
- MASY CIAŁA
- WZROSTU

FUNKCJE:
- Statystyczna analiza pomiarów
- Klasyfikacja ciśnienia mierzonej osoby wg standardów WHO
- Obliczanie współczynnika masy ciała /BMI/
- Ustalenie granic idealnej masy ciała
- Obliczenie wskaźnika tkanki tłuszczowej
- Wydruk kompletnego protokołu ze zmierzonymi danymi, wartościami granicznymi, zaleceniami WHO oraz datą, czasem i informacjami o właścicielu CORAZONA

Przedsiębiorstwo Urządzeń Automatyki
„PROWAG" Sp. z o.o.
40-321 Katowice, ul. Hallera 18
tel./fax: (032) 209-09-82
tel. (032) 204-94-25
e-mail: poczta@prowag.com.pl
www.prowag.com.pl

KOLARSTWO:

II Mistrzostwa Polski Branży Farmaceutycznej w Kolarstwie Górskim odbędą się w dniach 16-18 czerwca 2006 roku w okolicach znanego z najpiękniejszych szlaków rowerowych rejonu Jury Krakowsko-Częstochowskiej - Złotego Potoku. W tym roku o tytuły walczyć będziemy w dwóch dyscyplinach: Maratonie MTB oraz Zespołowej Jeździe na Orientację (MTBO). Szczegóły: www.mbf.org.pl

ŻEGLARSTWO:

III Farmaceutyczne Mistrzostwa Polski w Żeglarstwie. Impreza już po raz trzeci odbędzie się w Ośrodku Almatur w Giżycku, zaś zawody zostaną rozegrane na jeziorze Kisajno. W regatach z roku na rok bierze udział coraz więcej żeglarzy. Do udziału zapraszamy załogi **czteroosobowe.** Udział w regatach jest odpłatny. Szczegóły pod tel.: **024-721-05-63.**

XXVII ŚWIATOWE IGRZYSKA MEDYKÓW

Impreza odbędzie się w dniach 1-8 lipca w Montecaltini Terme – Włochy. Oznacza to, że po 20 latach przerwy Igrzyska powrócą do serca Toskanii. Tutaj bowiem w roku 1986 odbyły się bardzo udane pod względem sportowym i organizacyjnym IM. Ale nie tylko względy sportowe zachęcają do wyjazdu w lipcu do Toskanii. Miejsce zawodów - Montecaltini Terme – to największe we Włoszech centrum uzdrowiskowe, położone w przepięknej scenerii naturalnych lasów, ogrodów i parków. A wszystko to w odległości 46 km od Florencji, 56 km od Pizzy i 110 km od Sieny. Trudno o lepsze miejsce na wakacje połączone ze sportem. Wybór konkurencji jest doprawdy imponujący - oprócz popularnych dyscyplin możemy wystartować np. w strzelaniu do rzutek, jeździe konnej czy szermierce. Zwyczajem igrzysk jest też to, że części sportowej zawsze towarzyszy międzynarodowe sympozjum medyczne. Szczegóły techniczne oraz ceny uczestnictwa i formularze niezbędne do zgłoszenia pod adresem: www.medigames.com

TRIATLON

XI Mistrzostwa Świata Lekarzy i Aptekarzy w Triatlonie. Dystans olimpijski, *12-13 sierpnia 2006;* Regensburg Niemcy. Info: www.imta.de

Filip Olejniczak

Deregulacja rynku aptecznego

STUDIA PRZYPADKÓW

Na zlecenie PGEU (Grupy Farmaceutycznej Unii Europejskiej) Österreichisches Bundesinstitut Für Gesundheitswesen - Austriacki Instytut Zdrowia (ÖBIG) w lutym 2006 r. opracował raport dotyczący wpływu deregulacji na rynek apteczny. Autorami opracowania są: Sabine Vogler, Danielle Arts i Claudia Habl.

Prezes Europejskiego Komitetu Społeczno-Ekonomicznego (ang. EESC), AnneMarie Sigmund, w słowie wstępnym napisała:

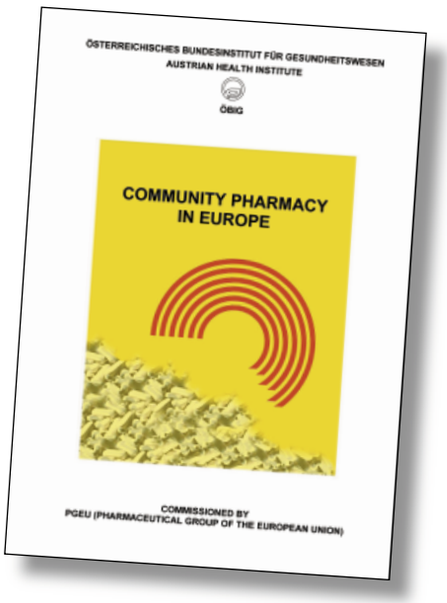
To wielka przyjemność móc przedstawić niniejsze opracowanie dotyczące regulacji rynku aptecznego. EESC (Europejski Komitet Społeczno-Ekonomiczny) jest instytucją Unii Europejskiej reprezentującą zorganizowane społeczeństwo obywatelskie, a jako prezes tej instytucji i ze względu na moje doświadczenie, jestem żywo zainteresowana wszystkimi kwestiami związanymi z wolnymi zawodami, a w szczególności, badaniami dotyczącymi regulacji i interesu publicznego.

Jestem głęboko przekonana o dużym znaczeniu zorganizowanego społeczeństwa obywatelskiego i myślę, że wolne zawody odgrywają w nim kluczową rolę. Sądzę, że usługi świadczone przez przedstawicieli wolnych zawodów były, są i będą niezbędnym elementem właściwie funkcjonującego społeczeństwa obywatelskiego.

W ostatnich latach instytucje Unii Europejskiej przejawiały duże zainteresowanie tym sektorem. Na przykład ostatni komunikat Komisji Europejskiej zatytułowany „Report on Competition in Professional Services", (Raport w sprawie konkurencji w zakresie wolnych zawodów) i odpowiedzi innych instytucji na ten komunikat, w tym działania podjęte i nadal prowadzone przez EESC potwierdzają, że sektor ten jest kluczowy dla społeczeństwa, a więc wnosi duży wkład do wypełniania celów lizbońskich.

Pod koniec 2003 r. Parlament Europejski przyjął uchwałę w tej sprawie, wytyczając w bardzo jasny sposób związek między konkurencją w dziedzinie wolnych zawodów a potrzebą zapewnienia właściwej regulacji w celu ochrony interesu publicznego. Parlament Europejski w sposób wyraźny uznał również specyfikę wolnych zawodów w ochronie zdrowia, co - jak sądzę - wymaga podkreślenia w kontekście niniejszego opracowania.

Autorzy badania przeprowadzonego przez instytut OBIG dobitnie podkreślają, że pomimo istnienia różnych modeli i różnego stopnia regulacji nadrzędnym celem usług farmaceutycznych, stanowiących integralną część systemów ochrony zdrowia, jest ochrona interesu publicznego. Ochronę tę uzyskuje się przez zapewnienie łatwego dostępu do usług aptecznych, przyczyniając się tym samym do podniesienia poziomu ochrony zdrowia publicznego. W dodatku raport zwraca uwagę na fakt, że w dziedzinie rynku aptecznego płatnik publiczny (krajowe systemy ochrony zdrowia) i podmioty prywatne (w tym wypadku farmaceuci) wspólnie zapewniają skuteczne i dobrze rozwinięte usługi na poziomie ogólnokrajowym. Oczywiście badanie pokazuje, że właściwa regulacja stanowi dodatkową gwarancję zapewnienia dobrych, efektywnych, trwałych i dostępnych usług.



Autorzy opracowania przeprowadzili szczegółowe badanie, obejmujące kontakt z wieloma podmiotami działającymi na rynku aptecznym, grupami pacjentów i władzami publicznymi i przygotowali szczegółową ankietę, której celem jest przedstawienie wszechstronnego obrazu sektora.

Moim zdaniem kluczowe znaczenie w dokonywaniu analizy jakiejkolwiek dziedziny wolnych zawodów ma uwzględnienie wszystkich aspektów świadczonych usług, w tym celów, jakim one służą. Oparcie analizy tak złożonego sektora na danych ekonomicznych byłoby niewystarczające. Przedstawione tu badanie jest z pewnością ważnym krokiem naprzód w kierunku przedstawienia wszechstronnego obrazu złożonego i ważnego sektora, jakim jest rynek apteczny.

Z zadowoleniem mogę stwierdzić, że opracowanie to jest bardzo interesujące oraz przedstawia użyteczne i aktualne informacje. Mogę zdecydowanie polecić je wszystkim, którzy chcieliby poszerzyć wiedzę o obecnym stanie i organizacji usług aptecznych w kilku krajach europejskich.

STRESZCZENIE

W ostatnich latach w wielu krajach członkowskich Unii Europejskiej trwał proces deregulacji usług publicznych. Jedną z dziedzin nim objętych jest ochrona zdrowia, w tym działalność aptek. Aptekarstwo jest tradycyjnie sektorem ściśle nadzorowanym przez władze publiczne, których celem jest zagwarantowanie wysokiej jakości i dostępności wyrobów farmaceutycznych. Typowe przepisy w sektorze farmaceutycznym obejmują zakładanie nowych aptek (często w oparciu o ocenę potrzeb publicznych w tym zakresie), kwestie własności (posiadanie aptek przez samodzielnych farmaceutów, zakaz tworzenia sieci aptecznych), jak również jakość kształcenia farmaceutów i personelu pracującego w aptekach ogólnodostępnych.

Za deregulacją w sektorze farmaceutycznym stoi przekonanie, że liberalizacja poprawi konkurencję, powodując obniżenie lub chociażby ustabilizowanie wydatków (publicznych), podczas gdy dostępność i jakość świadczeń farmaceutycznych na tym nie ucierpi lub nawet poprawi się dzięki otwieraniu nowych placówek. Jak do tej pory nie przedstawiono dowodów naukowych potwierdzających argumenty za deregulacją, w szczególności w sektorze aptekarstwa, ponieważ w Europie nie przeprowadzono szczegółowych badań w tym zakresie.

Grupa Farmaceutyczna Unii Europejskiej (ang. PGEU) zleciła niezależnemu instytutowi badawczemu z siedzibą w Wiedniu (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen/Austriacki Instytut Zdro-wia) zebranie i przeanalizowanie danych na temat ewentualnego wpływu deregulacji na rynek aptek, ze szczególnym uwzględnieniem dostępności i jakości usług farmaceutycznych oraz wydatków na nie. W oparciu o dane, zgromadzone w wybranych krajach europejskich, opracowano, przeanalizowano i dokonano oceny wskaźników obrazujących sytuację w sektorze aptek. Oprócz tego, w celu zbadania hipotezy, że deregulacja spowodowała ograniczenie kosztów, zespół ÖBIG przeprowadził porównanie cen „hitów aptecznych" dostępnych bez recepty. Wynikiem analizy jest raport instytutu ÖBIG „Aptekarstwo w Europie: wpływ deregulacji - studia przypadków" przedłożony PGEU w lutym 2006 roku.

Identyfikacja deregulacji obrotu aptecznego w studiach przypadków

W celu szczegółowego przestudiowania wpływu deregulacji na apteki ogólnodostępne, przeprowadzono dogłębne badanie i analizę w wybranych trzech krajach europejskich, w których przeprowadzono liberalizację obrotu aptecznego. Po zebraniu potrzebnych danych, zostały one poddane porównaniom międzykrajowym i porównaniom względem wzorca, poprzez odniesienie uzyskanych rezultatów do krajów referencyjnych, w których rynek farmaceutyczny jest wciąż silnie regulowany.

Trzy kraje, w których przeprowadzono deregulację i włączono do studiów przypadków to Irlandia, Holandia i Norwegia.

Rynek apteczny w Irlandii był zawsze bardzo liberalny, charakteryzujący się niskim stopniem regulacji. Niedawno w przygotowywaniu nowej ustawy farmaceutycznej wyzwaniem było uwzględnienie współczesnych zasad „zdolności do wykonywania zawodu", które między innymi pozwolą Towarzystwu Farmaceutycznemu Irlandii, organowi ustawowemu, na dopuszczanie farmaceutów do wykonywania zawodu. Ogólnie rzecz biorąc, w Irlandii w zasadzie każda osoba fizyczna lub prawna może być właścicielem jednej apteki lub wielu aptek. W praktyce, sieci aptek, których właścicielami często są farmaceuci, zaczęto zakładać w połowie lat 90. Wszystkie trzy irlandzkie hurtownie farmaceutyczne działają również w sektorze aptecznym. W 1996 r. wprowadzono kryteria zakładania aptek w oparciu o potrzeby lokalne, które wycofano z kolei w 2002 r., co spowodowało wzrost liczby aptek. Generalnie rzecz biorąc, podaż aptek, których oferta uzupełniana jest przez lekarzy samodzielnie wydających leki, jest raczej satysfakcjonująca w porównaniu z innymi badanymi krajami. Jednak istnieje tendencja do koncentracji aptek na atrakcyjnych gospodarczo terenach miejskich, podczas gdy rozwiązania będzie wymagała podaż aptek zakładowych wydających leki wydawane na receptę na wsi.

W Holandii sektor aptek również tradycyjnie był raczej liberalny. Sprzedaż produktów nie wymagających recepty poza aptekami była dozwolona przez ponad sto lat, prowadząc do dychotomii między wydaniem leków na receptę w holenderskich aptekach ogólnodostępnych a sprzedażą produktów bez recepty w drogeriach. Pod koniec lat 90. zniesiono zasady zakładania i własności aptek, które mimo, że nie były określone przez ustawę, regulowane były przez Holenderskie Królewskie Towarzystwo Farmaceutyczne. Od tamtej pory odnotowano wzrost liczby aptek (szczególnie na atrakcyjnych obszarach miejskich) oraz powstawanie sieci aptek. W Holandii apteki różnią się od aptek w innych krajach europejskich składem personelu aptecznego. Choć w holenderskich aptekach jest ogólnie rzecz biorąc wystarczająca liczba personelu, na aptekę przypada stosunkowo mało farmaceutów, a osoby z personelu pomocniczego z wykształceniem średnim zawodowym mogą wykonywać czynności zastrzeżone w innych krajach dla farmaceutów (np. realizacja recept i doradzanie klientom). Kwestia wykwalifikowanego personelu to w Holandii nadal palący problem: pod rządami nowej ustawy farmaceutycz-

nej, które jest obecnie w fazie przygotowywania, farmaceuci mogliby być uprawnieni do nadzorowania pracy w więcej niż jednej aptece, tym samym nie gwarantując już stałej obecności farmaceuty w aptece.

Przypadek norweski jest często przytaczany jako główny przykład deregulacji usług aptecznych. Przed liberalizacją z 2001 r., sektor ten był w Norwegii ściśle regulowany, z pięcioletnim planem rządowym zakładania nowych aptek oraz zakazem posiadania więcej niż jednej apteki i prowadzenia aptek przez niefarmaceutów. Po uchyleniu tych restrykcji w marcu 2001 r. nastąpił gwałtowny przyrost liczby nowych placówek. Zjawisko to z jednej strony odbierano jako zasadniczo pozytywne, ponieważ przed 2001 r. brakowało aptek, ale z drugiej strony zauważono z niepokojem, że prowadzi to do ich koncentracji na obszarach zurbanizowanych. Choć zgodnie z porozumieniem między norweskim Ministerstwem Zdrowia i sieciami aptek w ciągu ostatnich kilku lat nie zamknięto żadnej apteki wiejskiej, w co drugim norweskim okręgu administracyjnym wciąż nie ma żadnej apteki, ponieważ nowe otwierano głównie w okręgach, w których usługi apteczne były wcześniej dostępne. Kolejny problem wynika z faktu, że liczba aptekarzy i personelu aptecznego nie dorównuje znacznemu wzrostowi liczby placówek. Oprócz tego, jednym z najbardziej doniosłych skutków deregulacji w Norwegii jest integracja pionowa rynku dystrybucji leków. W ciągu zaskakująco krótkiego czasu powstały sieci aptek, w większości będące w rękach trzech dużych europejskich hurtowni farmaceutycznych, które zdominowały norweski rynek. Już w cztery lata po deregulacji cztery na pięć aptek w Norwegii wchodziło w skład sieci aptecznych należących do hurtowni farmaceutycznych. W Norwegii nie tylko wzrosła liczba aptek, ale też zaczęły powstawać tak zwane sklepy LUA (obecnie około 6 tys.), które uzyskały zezwolenie prowadzenia od 2003 r. sprzedaży ograniczonej oferty popularnych wyrobów farmaceutycznych dostępnych bez recepty.

Oprócz analizy wewnętrznej trzech studiów przypadków, przeprowadzonej w celu wskazania ewentualnych zmian, jakie przyniosła deregulacja, dokonano oceny rynków aptecznych tych krajów w odniesieniu do grupy kontrolnej, do której należą Austria, Finlandia i Hiszpania. Francję i Portugalię potraktowano jako kraje, z których w razie konieczności czerpano dodatkowe informacje.

Wybrane kraje charakteryzują się istnieniem kilku charakterystycznych przepisów regulujących sektor apteczny, a mianowicie: we wszystkich tych krajach istnieją ustawowe kryteria warunkujące zakładanie nowych aptek, wymóg posiadania aptek ogólnodostępnych przez farmaceutów oraz zakazy posiadania wielu aptek

Problem koncentracji aptek w miastach i ich dostępności na wsi.

Dostępność jest głównym czynnikiem oceny usług aptecznych na terenie kraju. Odzwierciedla się ona głównie w wystarczającej liczbie punktów aptecznych wydających leki na receptę dostępnych w znośnej odległości, ale również w zakresie dostępnych produktów i usług.

Deregulacja zasad zakładania aptek może prowadzić, jak widać na przykładzie Norwegii po liberalizacji, do dużego wzrostu liczby aptek. Jednak w grupie sześciu badanych krajów, Norwegia wciąż pozostaje w tyle, jeśli chodzi o zagęszczenie aptek (8,5 tys. mieszkańców na jedną placówkę wydawania leków na receptę). Najniższy stosunek liczby mieszkańców do placówek wydających leki na receptę odnotowano w Hiszpanii (2,05 tys.), a następnie w Irlandii (3 tys.) i Austrii (3,7 tys.). W Hiszpanii i Austrii zagęszczenie aptek na terenie państwa utrzymywało się w czasie na stałym poziomie.

W wyniku obserwacji dokonanych w krajach objętych niniejszym raportem stwierdzono, że znoszenie zasad zakładania aptek prowadzi zwykle do wzrostu ich liczby, ale większość nowych punktów otwieranych jest w miejscach atrakcyjnych, głównie w centrach miast. Oprócz prawdopodobieństwa negatywnych skutków ekonomicznych (nadmierny wzrost liczby aptek na małym obszarze może spowodować spadek ich rentowności) istnieją obawy z perspektywy zdrowia publicznego, że niekontrolowana koncentracja w miastach może prowadzić do zaniedbywania wsi.

W ustawodawstwie lub przepisach wewnętrznych instytucji większości badanych krajów (w tym w krajach, w których przeprowadzono deregulację) przewiduje się natychmiastową dostępność najczęściej poszukiwanych leków. Wśród badanych krajów natychmiastowa dostępność leków najlepiej zagwarantowana jest w Austrii i Finlandii, a następnie w Hiszpanii i Holandii. Należy to również rozpatrywać w powiązaniu z wysoką częstotliwością dostaw z hurtowni (średnio trzy dostawy dziennie w Austrii i Hiszpanii).

Dominacja na rynku wynikająca z integracji pionowej

W krajach stosujących regulację rynku farmaceutycznego (Austria, Finlandia i Hiszpania), ze względu na przepisy dotyczące własności, właścicielami wszystkich aptek są niezależni farmaceuci. W Irlandii 90%, a w Holandii 77% aptek należy do farmaceutów, którzy w niektórych przypadkach - w odpowiedzi na zdominowanie rynku przez innych jego uczestników - współpracują ze sobą lub tworzą sieci aptek. Pozycja rynkowa (głównie) hurtowni farmaceutycznych w sektorze aptek jest bardzo silna w Norwegii, gdzie duże firmy posiadające hurtownie w krótkim czasie po deregulacji wykupiły wiele mniejszych aptek, w wyniku czego w rękach farmaceutów pozostało zaledwie 19% placówek. Równocześnie w Norwegii tylko 2% aptek nie należy do sieci farmaceutycznej, podczas gdy w wypadku Irlandii i Holandii liczby te wynoszą odpowiednio 25% i 70%.

Przykład norweski w dość przejrzysty sposób pokazuje, że dere-

gulacja nie prowadzi automatycznie do nasilenia się konkurencji, ponieważ bez odpowiednich „zaworów bezpieczeństwa" w ustawodawstwie (np. przepisów dotyczących wyłączenia lub ograniczenia możliwości posiadania aptek ogólnodostępnych przez niektóre podmioty), podmioty gospodarcze wykorzystują furtki prawne w celu zdominowania rynku.

Kolejnym założeniem było to, że deregulacja w odniesieniu do aptek ogólnodostępnych może doprowadzić do ograniczenia kosztów, przede wszystkim w postaci niższych kosztów leków. W niniejszym raporcie przeanalizowano kształtowanie się cen czterech popularnych leków dostępnych bez recepty w latach 1995-2005 (tabletki zawierające paracetamol, ibuprofen, diklofenak w żelu/kremie oraz aciclovir w postaci żelu/maści) w sześciu krajach objętych badaniem. Położono nacisk na produkty dostępne bez recepty, ponieważ w segmencie leków wydawanych na receptę ceny są zwykle ustalane przez państwo lub negocjowane z nim, podczas gdy kształtowanie się cen produktów dostępnych bez recepty, które uwolniono, mogłoby pozwolić na zorientowanie się co do wpływu deregulacji na ceny. Jednakże w żadnym z sześciu krajów w przypadku przynajmniej dwóch wybranych produktów nie zaobserwowano wyraźnych obniżek cen. W Austrii i Finlandii ceny były najbardziej stabilne, a w Irlandii i Norwegii odnotowano najwyższe wahania cen i współczynniki wzrostu wydatków.

Oprócz tego, w trzech krajach regulujących rynek apteczny (przede wszystkim Finlandii) oraz w Holandii odnotowano niższe stopy przyrostu wydatków na leki w porównaniu z Irlandią i Norwegią, których olbrzymie wydatki farmaceutyczne należy rozpatrywać w kontekście silnego wzrostu gospodarczego.

Uwaga na błędne oczekiwania

Farmaceuci należą do grupy najważniejszych osób w systemie ochrony zdrowia, a apteki ogólnodostępne odgrywają w Europie ważną rolę w tej ochronie, ponieważ oprócz sprawdzania i realizowania recept, sporządzane są w nich również preparaty dostosowane do konkretnych potrzeb pacjenta i świadczone są usługi farmaceutyczne (takie jak sprawdzanie stanu zdrowia lub informacje związane ze zdrowiem, dotyczące np. cukrzycy, astmy czy rzucania palenia). Farmaceuci w aptekach ogólnodostępnych służą radą, a na obszarach rzadziej zaludnionych często pełnią w razie choroby rolę osoby pierwszego kontaktu.

Jakość usług farmaceutycznych w Europie jest, ogólnie rzecz biorąc, wysoka. Wyniki opisywanego tutaj badania pozwalają na dokonanie pozytywnej oceny w wypadku wszystkich sześciu analizowanych krajów (Austrii, Finlandii, Irlandii, Holandii, Norwegii i Hiszpanii).

Jednak jeśli dokonać porównania wskaźników dotyczących dostępności, jakości i wydatków osiąganych przez poszczególne kraje, niektóre z nich (w większym stopniu kraje z grupy kontrolnej posiadające bardziej restrykcyjne systemy regulacyjne) uzyskały lepsze wyniki niż inne, których wyniki pomimo to są bardziej niż zadowalające. Każdy rynek, a więc i rynek apteczny, ma własne osobliwości, które odzwierciedlają rozwój historyczny oraz wzorce i tradycje kulturowe, dlatego ocena sektora aptecznego dokonana w niniejszym raporcie nie ogranicza się do konsekwencji liberalizacji w krajach, które przeprowadziły deregulację, ale uwzględniono w nich także „kulturę regulacyjną" każdego z krajów. Na przykład mimo istnienia oznak możliwości zniknięcia po deregulacji produktów dostosowanych do indywidualnych potrzeb, niskie znaczenie preparatów recepturowych w badanych krajach, w których przeprowadzono deregulację, wynika z uwarunkowań miejscowych, ponieważ tego rodzaju preparaty nigdy nie odgrywały w tych krajach dużej roli.

Jednym z wniosków raportu „Aptekarstwo w Europie: wpływ deregulacji - studia przypadków" jest to, że deregulacja rynku aptecznego nie spełniła pokładanych w niej nadziei, o ile takie były formułowane. W trzech krajach rozpatrywanych w niniejszym badaniu liberalizacja sektora aptecznego „przydarzyła się" jako część ogólnego procesu deregulacji, którego celem było wiele branż, takich jak energetyka i telekomunikacja.

Zakładając, że wzrost konkurencji i ograniczenie kosztów stanowią dwa główne cele deregulacji, badanie przedstawione w tym raporcie nie potwierdza osiągnięcia tych celów dzięki deregulacji aptek ogólnodostępnych. Przeciwnie, można zaobserwować niekorzystne efekty uboczne, takie jak nadmierna siła rynkowa podmiotów, które zdominowały rynek apteczny, stanowiąc tym samym powód do niepokoju z punktu widzenia konkurencji, czy też koncentracja nowo otwieranych aptek w miastach z pominięciem wsi. Dlatego, jeśli z powodów politycznych podejmowana jest deregulacja, modyfikacje ustawodawstwa powinny być dobrze przygotowane i przewidywać mechanizmy, zachęty i zasady pozwalające zapobiec zjawiskom niekorzystnym dla obywateli.

Wnioski

W oparciu o analizę sytuacji w krajach objętych studium przypadku (Irlandia, Holandia i Norwegia) oraz porównanie krajów objętych studium przypadku z trzema krajami z grupy kontrolnej (Austria, Finlandia i Hiszpania) autorzy wysnuli przedstawione niżej wnioski.

Wpływ deregulacji na formę własności aptek

Najbardziej prawdopodobnym wynikiem pełnej swobody własności aptek (tj. możliwości posiadania aptek przez niefarmaceutów) jest integracja pionowa w sektorze aptecznym. Oznacza to w tym wypadku, że apteki przechodzą z rąk farmaceutów w posiadanie innych podmiotów w łańcuchu dystrybucji leków, którymi bardzo często są hurtownie farmaceutyczne. Może to ograniczyć zawodową niezależność farmaceutów, ponieważ jako pracownicy muszą

oni wypełniać cele swoich przełożonych, np. planowane obroty lub ściśle obowiązujące zasady zamawiania, przetwarzania i „promowania" wybranych produktów. Oprócz wymienionych wad integracja pionowa w sektorze aptecznym może wywołać również inne problemy.

Po pierwsze, integracja pionowa może być groźna, jeśli prowadzi do konfliktu interesów. Aby temu zapobiec, w niektórych krajach wprowadzono zakaz posiadania aptek przez lekarzy i producentów leków. Po drugie, zdominowanie rynku aptecznego przez duże firmy może znacznie utrudnić nabywanie aptek samodzielnym farmaceutom, ponieważ zakupem tych placówek zainteresowane są firmy, będące w stanie zapłacić za nie znaczne sumy.

Oprócz tego, zmiana zasad własności aptek powoduje rozdzielenie własności i odpowiedzialności zawodowej, co może wywoływać niepewność w odniesieniu do odpowiedzialności za błędy i zaniedbania apteki. Potrzebne są wówczas jasne uregulowania prawne w celu zapobieżenia tego rodzaju sytuacjom.

Zezwolenie na posiadanie przez jedną osobę wielu aptek prowadzi do powstawania sieci aptek. Placówki w tych sieciach należą do właściciela sieci i nadzorowane są przez jednego lub kilku farmaceutów. Niektóre sieci farmaceutyczne dają farmaceutom sprawującym nadzór możliwość współwłasności zarządzanej przez nich apteki.

Integracja pozioma może zmniejszyć niezależność zawodową farmaceutów i prowadzić do większej rotacji personelu. Niezależność zawodowa i stała obecność farmaceuty w aptece ogólnodostępnej są ważnymi czynnikami budowania osobistego i silnego związku z klientami, co prowadzi do wyższego poziomu wypełniania przez tych ostatnich zaleceń terapeutycznych i podnosi bezpieczeństwo chorych.

W połączeniu z integracją pionową integracja pozioma może stanowić zagrożenie, jeśli podmioty (jeden z podmiotów) w systemie dystrybucji są bardzo duże zyskują zbyt silną pozycję rynkową, prowadząc do wystąpienia oligopolu lub monopolu, co pociąga za sobą jeszcze wyższe bariery wejścia na rynek dla innych podmiotów. Należy temu zapobiegać poprzez limitowanie wielkości sieci aptecznych. Na przykład w Norwegii liczbę aptek w sieci aptecznej ograniczono do 40% wszystkich norweskich aptek.

Wpływ deregulacji na zakładanie aptek

Zniesienie kryteriów zakładania nowych aptek prowadzi do wzrostu ich liczby, a tym samym do zwiększenia zagęszczenia aptek. Rozmiary wzrostu zależą od sytuacji występującej przed liberalizacją. Wzrost liczby aptek będzie większy, jeśli ich podaż była poprzednio stosunkowo niska, jak to miało miejsce w Norwegii.

Jednak mimo to, na zliberalizowanym rynku aptecznym wzrost liczby aptek ogólnodostępnych nie pociąga za sobą wzrostu dostępności do nich przez wszystkich mieszkańców, ponieważ istnieje tendencja do koncentracji nowo zakładanych aptek w miastach kosztem rzadziej zaludnionych obszarów wiejskich, a niektóre istniejące już apteki przenoszone są ze wsi do bardziej atrakcyjnych gospodarczo miast. W ten sposób deregulacja może doprowadzić do stosunkowo słabej dostępności do usług farmaceutycznych na obszarach wiejskich w porównaniu z większymi obszarami miejskimi.

Jednak należy zdawać sobie sprawę z tego, że niezależnie od poprawy dostępności aptek, wzrost ich liczby może mieć również negatywne konsekwencje.

Na przykład nadmierny wzrost liczby placówek w regionie może doprowadzić do zaniku opłacalności prowadzenia poszczególnych aptek, czego konsekwencją może być zmniejszenie różnorodności dostępnych leków i konieczności odwiedzania przez pacjentów wielu aptek w celu zrealizowania zaleceń lekarskich. Co więcej, może obniżyć się jakość świadczonych usług.

Oprócz tego, ze względu na wzrost liczby aptek połączony z zaostrzeniem się konkurencji na rynku aptecznym spada liczba farmaceutów i personelu aptecznego przypadających średnio na aptekę, ponieważ dana liczba pracowników aptek musi wystarczyć do obsługi większej liczby placówek, a właściciele aptek starają się maksymalnie ograniczyć koszty osobowe. Mniejsza liczba personelu przypadającego na aptekę może z kolei prowadzić do wzrostu obciążenia personelu pracą, w szczególności farmaceutów, jak również być może obniżenia jakości świadczonych usług. W niektórych spośród krajów, w których przeprowadzono deregulację można zaobserwować spadek zadowolenia z wykonywanej pracy, wynikający ze znacznie większego obciążenia obowiązkami zawodowymi i ograniczonej swobody wyboru przez farmaceutów wydawanych i sprzedawanych przez nich produktów.

Tak więc wydaje się, że deregulacja prowadzi do większego zaabsorbowania obowiązkami zawodowymi oraz wzrostu znaczenia celów gospodarczych, przyczyniając się tym samym do redukcji (kosztownego) zatrudnienia w aptekach i zakresu usług, co w mniejszym lub większym stopniu widać w każdym z badanych krajów.

Błędne oczekiwania

Oprócz przedstawionych wyżej możliwych skutków deregulacji rynku aptecznego, analiza trzech krajów, w których zdecydowano się na deregulację wykazała, że nie zawsze prowadzi ona do zakładanych rezultatów.

Wydaje się, że liberalizacja rynku aptecznego nie musi prowadzić do wzrostu konkurencji, co można zaobserwować na przykładzie Norwegii, gdzie obecnie funkcjonują trzy duże sieci apteczno-hurtownicze, w których posiadaniu znajduje się łącznie ponad 80% aptek, co w praktyce nie pozwala na wejście na rynek nowych aptek spoza tej grupy. Jak już wyżej wspomniano, należy zastosować

środki zapobiegawcze, aby historia się nie powtórzyła.

Deregulacja nie musi oznaczać spadku cen leków dostępnych bez recepty, ponieważ są one w większym stopniu zależne od ram prawnych, niż kształtu rynku aptecznego. Dlatego też, sama liberalizacja rynku aptecznego nie spowoduje spadku cen leków.

Ogólnie rzecz biorąc, liberalizacja i nasilenie się konkurencji na rynku sprzedaży leków nie gwarantują ograniczenia kosztów. Oczywiście, oprócz bodźców finansowych (związanych ze wzrostem konkurencji), istnieje wiele innych czynników wpływających na ceny produktów farmaceutycznych.

Wnioski ogólne

Oprócz wniosków w zakresie prawdopodobnych skutków deregulacji i błędności oczekiwań z nią wiązanych można wysnuć wnioski bardziej ogólne.

Przede wszystkim oczywiste jest, że doświadczenia historyczne, tradycja i kultura mają znaczny wpływ na sposób regulacji rynku i organizację systemu, co odzwierciedlone jest w służbie zdrowia i polityce farmaceutycznej. W ostatnich 10-15 latach w wielu krajach członkowskich UE mieliśmy do czynienia z inicjatywami w zakresie deregulacji świadczeń publicznych, często pod presją władz na szczeblu wspólnotowym. Deregulacja skupiła się na kilku branżach (jak telekomunikacja i energetyka), z których służba zdrowia i rynek apteczny były „tylko" jednymi z wielu dziedzin objętych deregulacją.

Opisany proces deregulacji „przy okazji" oraz tło historyczne systemu dystrybucji leków sprawiają, że trudno jest powiązać pewne wydarzenia i procesy z określonymi inicjatywami w zakresie deregulacji. Na przykład istnieją przesłanki, aby sądzić, że liberalizacja i wzrost konkurencji na rynku aptecznym prowadzą do skupieniu uwagi aptek na dobrze sprzedających się, popularnych produktach farmaceutycznych kosztem usług dopasowanych do indywidualnych potrzeb klientów. Jednak w krajach będących przedmiotem niniejszego raportu, w których przeprowadzono deregulację, tego rodzaju indywidualne dopasowanie usług nigdy nie odgrywało dużej roli. Dlatego też, różnice obserwowane w zakresie leków recepturowych prawdopodobnie wynikają z uwarunkowań historycznych.

W oparciu o analizę porównawczą rynków aptecznych w sześciu analizowanych krajach można stwierdzić, że, jeśli chodzi o dostępność usług farmaceutycznych, kraje, w których są one regulowane przez państwo, wypadają znacznie lepiej, niż kraje, w których przeprowadzono deregulację. Wynika to z faktu, że w pierwszej z wymienionych grup krajów większa jest nie tylko liczba aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych wydających leki na receptę, lecz również są one bardziej równomiernie rozmieszczone.

Jakość usług świadczonych przez farmaceutów w badanych krajach wydaje się być wystarczająca. Mimo to, analiza porównawcza pozwala stwierdzić, że jakość usług farmaceutycznych z punktu widzenia zakresu wydawania leków w aptekach, a w szczególności w punktach aptecznych nadzorowanych przez farmaceutów oraz udziału farmaceutów w wypełnianiu zadań zdrowia publicznego, jest wyższa w krajach, w których rynek apteczny jest regulowany niż w krajach, w których jest on zliberalizowany. Jeśli chodzi o wydatki farmaceutyczne w sześciu badanych krajach, wzrost wydatków na leki był bardziej umiarkowany, a ceny produktów dostępnych bez recepty bardziej stabilne w krajach o uregulowanym rynku aptecznym.

Ogólnie rzecz biorąc, analiza sytuacji w krajach o rynku zliberalizowanym pozwoliła na stwierdzenie, że aby przynieść spodziewane wyniki reformy muszą być dobrze przygotowane oraz że istnieje potrzeba interwencji pozwalającej na łagodzenie negatywnych skutków deregulacji. Dobrym tego przykładem jest norweskie porozumienie zapobiegające zamykaniu aptek na obszarach wiejskich. W przygotowywaniu jakichkolwiek reform (inicjatyw deregulacyjnych czy innych) należy starannie rozważać ich konsekwencje oraz brać pod uwagę występowanie efektów ubocznych i ewentualnych luk prawnych, które mogą zostać wykorzystane przez niektóre podmioty. W szczególności należy dokonać oceny, czy sytuacja panująca w danym kraju na rynku aptecznym usprawiedliwia liberalizację. Jak widać na przykładzie Norwegii, niewystarczająca dostępność i jakość usług farmaceutycznych może być powodem przeprowadzenia liberalizacji rynku aptecznego. Z drugiej jednak strony liberalizacja hiszpańskiego rynku farmaceutycznego nie byłaby obecnie wskazana.

Co więcej, po raz kolejny okazało się, że ochrona zdrowia jest zagadnieniem specyficznym i wymaga regulacji, co odzwierciedla fakt, że nawet w krajach, których rynek uważa się za wolny, istnieją przepisy regulujące pracę aptek, na przykład w zakresie dostępności leków czy zadań i obowiązków aptek ogólnodostępnych. Nawet jeśli zachodzą pewne zmiany w ramach prawnych, ustawowych czy nieustawowych, zawsze należy zagwarantować właściwą jakość opieki zdrowotnej. W tym kontekście autorzy chcieliby wskazać na fakt, że ważne zadanie dla organów prawodawczych i zrzeszeń zawodowych w sektorze farmaceutycznym polega na zagwarantowaniu wysokiej jakości usług aptecznych i dostępu do farmaceutycznej wiedzy fachowej.

Sabine Vogler, Danielle Arts, Claudia Habl. APTEKARSTWO W EUROPIE. Wpływ deregulacji - studia przypadków.
Autorzy i redaktorzy: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen/Austriacki Instytut Zdrowia (ÖBIG) - redaktor: Sebastian Kux - sekretarz: Silvia Laskaridis - okładka: Ferenc Schmauder - adres: 1010 Wiedeń/Austria, Stubenring 6, tel.: +43 1 515 61-0, faks nr: +43 1 513 84 72, e-mail:nazwisko@oebig.at. Drukarnia: Idetic, 1040 Bruxelles, Avenue Eduart de Thibault, 30 Nr 4514-06

INFORMACJE Z WITRYN INTERNETOWYCH

www.mz.gov.pl

KOMUNIKAT

W dniu 17 maja 2006 roku do konsultacji społecznych skierowane zostały projekty rozporządzeń nowelizujących wykazy leków refundowanych. Celem nowelizacji było uporządkowanie i obniżenie cen urzędowych na leki refundowane.

Obniżenia cen urzędowych dla 1229 produktów dokonano na skutek aprecjacji złotego w stosunku do walut obcych, która nastąpiła w ostatnich latach. Dla 1268 produktów pozostawiono poziom ceny bez zmian, natomiast 27 produktów zostało usuniętych z wykazów z uwagi na zaprzestanie produkcji bądź wygaśnięcie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu. Nie podwyższono ceny urzędowej żadnego produktu.

Pierwszym etapem obniżek zostały objęte leki pochodzące z importu. Jednocześnie w celu zwiększenia przejrzystości ustalania limitów dla leków refundowanych, ujednolicono system obliczania limitów w oparciu o najtańszy koszt DDD (tzw. zdefiniowana dzienna dawka wg WHO) dla kolejnych 13 grup terapeutycznych. Spośród 2524 produktów znajdujących się na wykazach leków refundowanych dla 914 pozycji została obniżona odpłatność pacjenta. Średnia obniżka wynosi ok. 5,38 zł.

Dla 535 produktów, w przypadku braku zgody pacjenta na wybór tańszego równoważnego odpowiednika produktu w danej grupie, odpłatność dla pacjentów wzrośnie. Średnia podwyżka wynosi ok. 3,18 zł., Jednak w przypadku połowy produktów, podwyżka nie przekroczy wartości 1 zł. Szacuje się, iż wejście w życie Rozporządzeń, planowane na 15 czerwca 2006 r., spowoduje:

- średni spadek ceny urzędowej o ok. 7,8% co spowoduje spadek wydatków refundacyjnych o ponad 400 mln. zł rocznie
- średni spadek odpłatności pacjenta o ok. 6,4%, co spowoduje obniżenie odpłatności pacjentów za leki o ok. 210 mln. zł rocznie

Kolejna nowelizacja list leków refundowanych planowana jest na jesień 2006 r.

Paweł Trzciński
Rzecznik Prasowy Ministra Zdrowia

Warszawa, dn. 23 maja 2006 r.

OŚWIADCZENIE PREZYDIUM NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ

W związku z artykułem prasowym pod tytułem „Koalicja lobbystów. Czy protesty lekarzy zaplanowały firmy farmaceutyczne?", opublikowanym w tygodniku „Wprost" z dnia 28 maja 2006 r., zawierającym nieprawdziwe informacje o motywach przystąpienia Naczelnej Izby Aptekarskiej do „Koalicji Teraz Zdrowie" oraz „Krajowego Komitetu Porozumiewawczego na rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia", Prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej oświadcza, że powodem włączenia się samorządu aptekarskiego do wymienionych akcji był i jest, nałożony przez ustawę o izbach aptekarskich, obowiązek zabiegania przez organy samorządu aptekarskiego o poprawę warunków pracy farmaceutów zatrudnionych w aptekach szpitalnych, działach farmacji szpitalnej lub przy łóżku pacjenta w charakterze farmaceuty klinicznego.

Zawarte w artykule stwierdzenie, że pensje w służbie zdrowia nic nie obchodzą Naczelnej Rady Aptekarskiej, oraz insynuacja, w myśl której obecność aptekarzy w sojuszu wynika z chęci zapewnienia sobie większych dochodów, są całkowicie nieprawdziwe i godzą w dobre imię zarówno Naczelnej Izby Aptekarskiej, okręgowych izb aptekarskich, jak i wszystkich członków samorządu aptekarskiego. Prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej oczekuje, że osoby lub podmioty nierzetelnie i stronniczo przedstawiające cele i motywy postępowania samorządu aptekarskiego niezwłocznie zaniechają swoich działań, a skutki wywołane dotychczasowymi działaniami zostaną usunięte, w szczególności poprzez opublikowanie stosownych sprostowań i wyjaśnień.

Równocześnie samorząd aptekarski podtrzymuje swoje stanowisko o konieczności poprawy sytuacji pacjentów w zakresie jakości i dostępu do opieki zdrowotnej poprzez kompleksową reformę organizacji systemu ochrony zdrowia oraz istotne zwiększenie poziomu jego finansowania ze środków publicznych, co stanowi podstawowe założenie „Koalicji Teraz Zdrowie".

Andrzej Wróbel
Prezes
Naczelnej Rady Aptekarskiej

KARSTULAN METALLI OY

KOMORY LAMINARNE

Nowoczesne i niezawodne fińskie komory (loże) laminarne przeznaczone do przygotowania leków jałowych w aptekach.

Dzięki niewielkim wymiarom i wadze oraz wykonaniu w wersji nastołowej, bardzo łatwe do instalacji nawet w najmniejszym pomieszczeniu.

NAJWYŻSZA JAKOŚĆ
ATRAKCYJNA CENA

Produkowane
w kilku wersjach rozmiarowych:

- MINIFIL E – 680 x 400 x 1032 mm super cena
- MINIFIL – 680 x 400 x 1158 mm
- MIKROFIL – 680 x 598 x 1158 mm
- LAMIL – 1000 x 598 x 1263 mm

Polecamy również:
- komory laminarne do aptek szpitalnych
- komory laminarne do prac z cytostatykami
- profesjonalne urządzenia do oczyszczania powietrza w pomieszczeniach, w których wymagana jest wysoka klasa czystości: C. A. PLUS 350 i C. A. PLUS 850.

Urządzenia KARSTULAN METALLI to:
- solidność profesjonalnego producenta – ISO 9001, CE
- prawie 30 lat doświadczenia w ich produkcji
- nowoczesna technologia, niezawodne działanie
- najwyższej jakości podzespoły, w tym filtry HEPA
- prosta obsługa i konserwacja, niskie koszty eksploatacji
- natychmiastowa dostawa z magazynu w Warszawie
- autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny, w tym pomiary kontrolne i walidacja
- 24 miesiące gwarancji

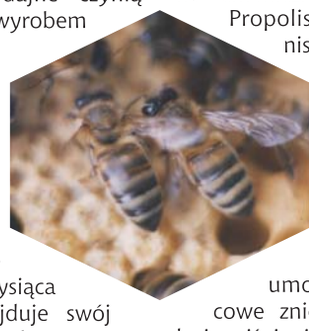
Wyłączny importer i przedstawiciel:
PHU SELMA IMPORT-EXPORT
ul. Cieszyńska 4/85, 02-716 Warszawa
tel. 0-22 847 8138, 0-601 347421
tel./fax 0-22 646 1320
www.selma.pl e-mail: selma@post.pl

MIODEM PŁYNĄCY...

Od wieków krąży powiedzenie: "Polska to kraj mlekiem i miodem płynący". Być może miód kiedyś w Polsce płynął, ale obecnie statystyczny Polak spożywa niestety tylko około 300 gram miodu rocznie. W innych krajach europejskich spożycie miodu na osobę jest ponad sześciokrotnie większe niż w Polsce.

Wieloma wyjątkowymi walorami cechują się miody z dodatkiem pyłku kwiatowego, propolisu i mleczka pszczelego.

Miód należy do pokarmów łatwo przyswajalnych przez organizm ludzki.
Część cukrów prostych zostaje od razu wchłonięta do krwi z pominięciem szeregu procesów pośrednich.
Zaletą polskiego miodu jest wysoka jakość, doskonałe i wyjątkowe cechy sensoryczne (smak, zapach i wygląd), co stanowi o przewadze tego miodu w zestawieniu z miodem unijnym oraz miodami importowanymi z Chin lub Ameryki Południowej (często są to produkty o wątpliwej jakości). Czyste środowisko naturalne, niestosowanie środków ochrony roślin na dużą skalę, warunki klimatyczne, nieskażona i urozmaicona szata roślinna, specyficzne dla szerokości geograficznej Polski rośliny miododajne czynią polski miód wyrobem ekologicznym.
Miód to produkt prozdrowotny, cechujący się ogromnym działaniem leczniczym, co ludzie wykorzystywali od tysiąca lat, a co znajduje swój wyraz w kronikach.
Obecna wiedza naukowa potwierdza własności lecznicze miodu i produktów pszczelich (mleczko, pyłek, propolis) szczególnie w chorobie niedokrwiennej, nerwicy serca, zaburzeniach sprawności układu nerwowego, zwłaszcza w przypadkach depresji i bezsenności, w chorobach układu oddechowego, krążenia, pokarmowego, skóry, układu moczowego oraz narządu wzroku.
Jest też cennym produktem odżywczym, zwłaszcza dla ludzi wyczerpanych pracą fizyczną czy umysłową.
Obecnie miód wchodzi w skład diety, na przykład sportowców, alpinistów, nurków. Niemowlęta poniżej pierwszego roku życia nie powinny dostawać miodu.
U dzieci starszych (od I roku życia) miód wzmaga rozwój umysłowy i zwiększa odporność na choroby.
Również inne produkty pszczele mają ogromne znaczenie dla naszego zdrowia.



PROPOLIS

Lecznicze działanie propolisu jest efektem wspólnego działania zawartych w nim związków chemicznych.
Propolis ma zdolność niszczenia i blokowania bakterii, grzybów chorobotwórczych, wirusów i pierwotniaków.
Właściwości farmakologiczne propolisu umożliwiają miejscowe znieczulenie, regulację ciśnienia, wzmocnienie wydzielania żółci, odtruwanie wątroby, leczenie wrzodów i ran.

PYŁEK KWIATOWY

Pyłek kwiatowy stanowi, oprócz miodu, podstawowy pokarm pszczół. Miód to pokarm energetyczny, pyłek to białko, tłuszcze, sole mineralne, witaminy, kwasy organiczne i hormony.
Właściwości odżywcze i terapeutyczne pyłku wynikają z bardzo bogatego składu chemicznego, tzn.: węglowodanów, tłuszczy, białek, składników mineralnych, witamin, rutyny, olejków eterycznych, fitocydów, antybiotyku - inhybiny, hormonów, enzymów, kwasów organicznych i stymulatorów wzrostu. Badania potwierdziły następujące właściwości pyłku: odżywcze, odtruwające (detoksykacyjne), antydepresyjne, uspokajające, antyalergiczne, przeciwmiażdżycowe, antybiotyczne, regulujące trawienie, lecznicze schorzeń prostaty, kosmetyczne, poprawiające wzrok, przeciwzapalne, wspomagające leczenie cukrzycy.

MLECZKO PSZCZELE

Mleczko pszczele ma cenne właściwości odżywcze, stymuluje odnowę biologiczną tkanek. Zestaw biologicznie czynnych substancji w nim zawartych poprawia sprawność psychiczną i fizyczną, usprawnia pracę mózgu, pamięć i funkcje myślenia oraz zdolność koncentracji. Wykazuje pozytywne działanie przy miażdżycy naczyń krwionośnych, w stanach zapalnych żył, po zawale serca, w chorobach krwi oraz niewydolności krążenia. Opóźnia procesy starzenia, a jako naturalny afrodyzjak przeciwdziała impotencji u mężczyzn.
Mleczko pszczele zwiększa nasz potencjał fizyczny i intelektualny, przywraca optymizm i chęć do życia (ułatwia pokonanie stanów depresyjnych i bezsenności.
Pamiętajmy jednak, że mleczko pszczele nie jest antidotum na każde schorzenie.
Nie wszyscy także mogą je stosować. Ostre choroby zakaźne, nowotworowe, uczulenia na produkty pszczele i alergie, zmiany skórne, choroba Addisona, astma to przeciwwskazania do jego używania.

Skład miodu:

Cukry: glukoza, fruktoza, maltoza, melecytoza, sacharoza i inne.
Kwasy organiczne: jabłkowy, cytrynowy, glukonowy, winowy, mlekowy, bursztynowy, borowy i inne.
Aminokwasy: alanina, leucyna, glutamina, arginina, metionina, asparagina, cystyna i inne.
Witaminy: A, B_1, B_2, B_6, C, D, H, K, PP.
Enzymy: inwertaza, amylaza, katalaza, fosfataza, oksydaza glukozy.
Biopierwiastki: potas, fosfor, magnez, wapń, sód, żelazo, miedź, krzem.

W skład zwykłego cukru wchodzi tylko sacharoza.

Wieloma wyjątkowymi walorami cechują się miody z dodatkiem pyłku kwiatowego, propolisu i mleczka pszczelego.

dr farm. Grzegorz Demski

MEGALIA®

Megestroli Acetas

zawiesina doustna 40 mg/ml
butelka 240 ml

SKUTECZNE LECZENIE WYNISZCZENIA NOWOTWOROWEGO

MEGALIA® jest dostępna za odpłatnością ryczałtową 6,40 zł

zgodnie z art. 38 pkt. 5 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r.

Skrócona informacja o leku

Nazwa handlowa i postać : MEGALIA, 40 mg/ml, zawiesina doustna. **Skład jakościowy i ilościowy :** Substancja czynna: *Megestroli acetas*, 1 ml zawiesiny zawiera 40 mg octanu megestrolu oraz substancje pomocnicze. **Opis działania :** Octan megestrolu jest syntetycznym steroidem o silnych właściwościach progestagennych, antyestrogenowych oraz antygonadotropowych. Mechanizm działania może polegać na hamowaniu produkcji gonadotropin przez przysadkę. **Wskazania :** Leczenie braku łaknienia (anoreksji) lub utraty masy ciała będącej wynikiem choroby nowotworowej lub zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS). **Dawkowanie i sposób podawania :** 10 - 20 ml (400 - 800 mg octanu megestrolu) doustnie raz na dobę. Zaleca się kontynuowanie leczenia preparatem przez okres co najmniej 2 miesięcy. **Przeciwwskazania :** Nadwrażliwość na octan megestrolu lub jakikolwiek składnik preparatu. Preparat Megalia jest przeciwwskazany w okresie ciąży i karmienia piersią. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania :** Preparat Megalia należy ostrożnie stosować u pacjentów z cukrzycą oraz z zakrzepowym zapaleniem żył w wywiadzie. W przypadku nagłego odstawienia leku należy uważnie obserwować pacjenta, szczególnie w kierunku takich objawów jak: hipotonia, nudności, wymioty, zawroty głowy, czy osłabienie. **Działania niepożądane :** Główne działania niepożądane, występujące u pacjentów leczonych octanem megestrolu, zwłaszcza w dużych dawkach, to przyrost masy ciała, który nie jest zwykle związany z zatrzymywaniem wody w organizmie, lecz jest wynikiem nasilonego łaknienia i przyjmowania większych ilości pożywienia. Działanie to jest podstawą stosowania octanu megestrolu u pacjentów z anoreksją lub utratą masy ciała. Inne opisywane sporadyczne działania niepożądane to: nudności, wymioty, obrzęki oraz krwawienia międzymiesiączkowe.
W pojedynczych przypadkach występowanie: duszności, niewydolności serca, nadciśnienia, uderzeń gorąca, zmian nastroju, twarzy owalnej, „księżycowatej", z objawami przekrwienia (cushingoidalnej), zaczerwienienia ogniskowego skóry (z lub bez towarzyszącej hiperkalcemii), hiperglikemii, łysienia i zespołu cieśni nadgarstka. Opisano również objawy zaburzeń zakrzepowo zapalnych, łącznie z zakrzepowym zapaleniem żył i zatorem tętnicy płucnej.
Opakowanie : Butelka zawierająca 240 ml zawiesiny.
Podmiot odpowiedzialny : Vipharm S. A., ul. Przewoźników 11, 03-691 Warszawa
Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu : 10545
Przed zastosowaniem należy zapoznać się z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

ul. Przewoźników 11, 03-691 Warszawa
tel. (+4822) 679 51 35, fax (+4822) 678 92 87
www.vipharm.pl

Vipharm S.A.
NOWE HORYZONTY W ONKOLOGII

MIODY APTECZNE "PSZCZÓŁKA"

MIÓD APTECZNY Z DODATKIEM MLECZKA PSZCZELEGO
usprawnia pracę mózgu, poprawia wzrok, pamięć i zdolność koncentracji

MIÓD APTECZNY Z DODATKIEM PROPOLISU
wspomaga leczenie w stanach zapalnych górnych dróg oddechowych, jamy ustnej i gardła, a także wątroby i żołądka

MIÓD APTECZNY Z DODATKIEM PYŁKU KWIATOWEGO
polecany jest osobom narażonym na ciągły stres, z zaburzeniami koncentracji, pamięci i problemami ze snem

MIÓD *jest pysznym uzupełnieniem naszej codziennej diety, a zwłaszcza porannego posiłku. Mimo, że wysokokaloryczny, jest produktem lekkostrawnym, a nasz organizm bardzo szybko pozbywa się kalorii w nim zawartych. Nie obciąża wątroby, lecz ją odtruwa i sprawia, że jesteśmy syci i czujemy się niezwykle lekko. Niezwykłą wartość* ***MIODU*** *- tej „wielkiej skarbnicy natury" doceniano już w starożytności, a ludowa tradycja od wieków wykorzystywała go nie tylko w celach spożywczych, ale także leczniczych. Wyjątkowymi walorami obdarzone są miody z dodatkiem pyłku kwiatowego, propolisu i mleczka pszczelego.*

Pyłek kwiatowy
wpływa na obniżenie poziomu cholesterolu w osoczu krwi, zapobiega miażdżycy, wspomaga krążenie krwi zwłaszcza w stanach pozawałowych, a także korzystnie wpływa na wątrobę.

Propolis
to oczyszczony i pozbawiony wosku kit pszczeli, bogaty w związki biologicznie czynne.

Mleczko pszczele
to doskonała odżywka o silnych właściwościach rewitalizujących i odmładzających.

SALUS INTERNATIONAL

Wyłączny dystrybutor:
SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.
ul. Pułaskiego 9, 40-253 Katowice