

BIULETYN

1(181,182/2011)

Rok wydania XX



Podkarpacka Okręgowa Izba Aptekarska
Rzeszów - styczeń, luty

BIULETYN REDAGUJE PREZYDIUM PORA

oraz

KOMITET REDAKCYJNY:

Przewodniczący – dr n. farm. Aleksander Czarniawy

Redaktor Naczelny – mgr farm. Lidia Maria Czyż

Opracowanie edytorskie – Adam J. Czartoryski

tel. (017) 85-38-212, tel. kom. 508-184 087, tel./fax (017) 85-29-206

WYDAWCA: PODKARPACKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA



35-025 Rzeszów, ul. Jagiellońska 23/5,
tel. (017) 85-38-212, tel./fax (017) 85-29-206
www.poia.pl, e-mail: biuro@poia.pl
konto: Bank PKO S.A.
nr 031240 4751 1111 0000 5517 8507

BIURO CZYNNE: od poniedziałku do piątku od 8⁰⁰ do 15⁰⁰

Zastępcy Prezesa przyjmują: wtorki od 9⁰⁰-10³⁰

SEKRETARZ POIA Lidia Czyż przyjmuje: środa 9⁰⁰-11⁰⁰, piątek 10⁰⁰-12⁰⁰

tel. 508 184 087

RZECZNIK PRASOWY POIA: Adam J. Czartoryski, tel. 502 258 887

OBSŁUGA PRAWNA: Kancelaria Adwokacka,

Bogusława Szybisz, tel. 017 852-86-25

Przyjmuje: piątek od 9⁰⁰ do 10⁰⁰

w siedzibie POIA w Rzeszowie

ISSN: 1428-7366, 1896-7639

Materiałów nie zamówionych redakcja nie zwraca
i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiustacji, zmiany tytułów.
Redakcja nie odpowiada za treść reklam, ogłoszeń.

Nakład 1 200 egz.

Egzemplarz bezpłatny

Druk: Drukarnia „KOLOR”, Tyczyn, ul. Kościuszki 4A, tel. (017) 22 99 345

Koleżanki i Koledzy!

Stary 2010 rok zamknął się zmianami personalnymi w Ministerstwie Zdrowia, długo odwlekkanymi nowymi listami leków refundowanych a w Nowy Rok 2011 weszliśmy z nowymi stawkami VAT. Sylwestrowe szaleństwa trzeba było z tego tytułu odłożyć lub przynajmniej późno zacząć.

Trwa nadal batalia o właściwy kształt **ustawy refundacyjnej**, która utknęła w specjalnej podkomisji Sejmowej Komisji Zdrowia a NRA kieruje kolejne pisma interwencyjne do wszystkich, którzy mają wpływ na kształt tej ustawy /w załączeniu /.

Równocześnie na swoim posiedzeniu nasza Rada w dniu 21 grudnia 2010r. podjęła uchwałę w sprawie **stanowiska Naczelnej Rady Aptekarskiej** dotyczącego sposobu kształtowania cen, marż i odpłatności pacjentów w przypadku refundowanych leków, w którym opowiada się za wprowadzeniem do polskiego porządku prawnego regulacji gwarantujących:

- sztywne ceny zbytu, sztywne ceny hurtowe i sztywne ceny detaliczne na refundowane produkty lecznicze;
- sztywne marże na refundowane produkty lecznicze;
- jednakową odpłatność pacjentów za refundowane produkty lecznicze we wszystkich aptekach.

Wiceminister Zdrowia **Marek Twardowski** odpowiedzialny w resorcie zdrowia za politykę lekową i pilotujący z ramienia MZ m.in. ustawę refundacyjną podał się do dymisji. Prawdopodobnym jej powodem jest spór o kontrakty na 2011 r. z Federacją Porozumienia Zielonogórskiego oraz opóźnienie w wejściu w życie listy leków refundowanych, na której miały znaleźć się długodziałające analogi insuliny.

Zdaniem **Bolesława Piechy** Przewodniczącego Sejmowej Komisji Zdrowia wyrażonym na plenarnym posiedzeniu Sejmu RP: „... zadaniem nowego wiceministra będzie dokończenie procesu legislacyjnego ustaw. Czas nagli, a dwie ustawy: refundacyjna i prawo farmaceutyczne są w powijakach. W połowie stycznia komisja zdrowia ma zająć się pierwszą z nich. Nie wyobrażam sobie, aby ze strony ministerstwa miał zajmować się nią ktoś nie znający jej zapisów, a przede wszystkim uwag, jakie zgłaszały różne środowiska”.

Kolejny akt prawny – prawo farmaceutyczne to kompletna kłapa – ocenia Piecha. Ustawa miała być omawiana na ostatnim posiedzeniu Sejmu, ale została zdjęta z porządku obrad. Nieoficjalnie mówi się, że na wniosek Premiera z powodu szeregu niejasności. Nad tymi dwoma aktami prawnymi musi popracować osoba, która będzie miała przede wszystkim wiedzę i chęć konsultacji z różnymi zainteresowanymi stronami.



★ ★ ★

Od 30 grudnia obowiązuje **nowa lista leków refundowanych** – najważniejsze zmiany w nowelizacji listy refundacyjnej to około 40 nowych substancji, zmiany w grupach limitowych, brak analogów insulin a przede wszystkim obniżenie wydatków NFZ na leki refundowane o ok. 10 mln zł. W wykazach obniżono poziom limitu dla 1137 pozycji lekowych, natomiast podwyżek limitów dokonano dla 107 pozycji.

★ ★ ★

Na styczniowym posiedzeniu PORA spotkaliśmy się z Kier. Działu ds. Środków Pomocniczych i Przedmiotów Ortopedycznych POW NFZ panią Bożeną Kloc celem omówienia problemów związanych z realizacją w aptekach wniosków na te środki – przede wszystkim na pieluchomajtki.

Co prawda nie jest to podstawowa działalność aptek, jednak w dążeniu do zaspokojenia potrzeb pacjentów – apteki realizują to zadanie, chociaż często napotykają na biurokratyczne utrudnienia administracyjne przy zawieraniu dodatkowych umów w zakresie prowadzenia refundowanych środków pomocniczych i materiałów. Dlatego też często korzystają z pośrednictwa firm, które obsługują wiele placówek, nie tylko apteki.

Członków PORA zapoznano również z komunikatem Dyrektora Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ dla Świadczeniodawców realizujących zlecenia przypominającym, że świadczeniodawca realizujący zlecenia na zaopatrzenie z tego zakresu, ponosi konsekwencje z tytułu wydania przedmiotu umowy osobie nieuprawnionej czy też wydania przedmiotu osobie trzeciej po zgonie osoby dla której przedmiot był przeznaczony. Z tego powodu należy dochować należytej staranności na każdym etapie realizacji umowy (vide Komunikat dla Świadczeniodawców).

★ ★ ★

Przypominam, że PORA **Uchwałą Nr 22 /V/2008** z 9 czerwca 2008 roku (w załączeniu) uchwaliła **logo** Podkarpackiej Okręgowej Izby Aptekarskiej oraz znaczek – tzw. pinse jako znak graficzny Podkarpackiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, który stanowi jej szczególny symbol potwierdzający przynależność farmaceuty do POIA.

Wypełniając decyzję Podkarpackiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, że każdy członek POIA winien otrzymać w/w pinse, przesyłamy w załączeniu znaczek z nadzieją, że zostanie on należycie wykorzystany.

★ ★ ★

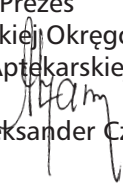
W Biuletynie zamieszczamy też „Raport zbiorczy szkoleń ciągłych dla farmaceutów e-duk@cja”, z których korzysta ok.60proc. wszystkich zarejestrowanych w Polsce farmaceutów, w tym i nasi członkowie. Ułatwia on bardzo wypełnianie ustawowego obowiązku – doksztalcania zawodowego.

★ ★ ★

Wchodzimy w bogaty w wydarzenia rok 2011 – rok jubileuszu XX – lecia powstania odrodzonego samorządu aptekarskiego a także rok końca V kadencji funkcjonowania jego władz. Przed nami więc :

- ♦ **kwiecień** - XXVI Okręgowy Sprawozdawczy Zjazd Delegatów POIA (ostatni w V kadencji),
- ♦ **czerwiec** - rejonowe zebrania aptekarzy (Rzeszów, Przemyśl, Krosno, Tarnobrzeg),
- ♦ **październik** - XXVII Okręgowy Zjazd Delegatów POIA – VI Sprawozdawczo-Wyborczy oraz uroczyste obchody XX-lecia reaktywacji samorządu aptekarskiego na Podkarpaciu.

Wierzymy w liczny i aktywny udział naszych członków w tych wydarzeniach !

Prezes
Podkarpackiej Okręgowej
Rady Aptekarskiej

dr n. farm. Aleksander Czarniawy



Naczelna Izba Aptekarska
Ldz. P-20/2011

Warszawa, 4 lutego 2011 r.

Szanowna Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister!

Naczelna Rada Aptekarska wyraża swój stanowczy sprzeciw wobec utrwalającej się praktyki nie zachowywania *vacatio legis* w wydawanych przez Ministra rozporządzeniach dotyczących aptek i polityki lekowej. Ostatnim potwierdzeniem tegoż jest rozporządzenie obowiązujące od dnia 2 lutego br. (Dz.U. Nr 23, poz. 126), które ukazało się tego samego dnia po godz. 14-tej (!) w sprawie leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne, wysokości opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe, ilości leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa oraz sposobu obliczania kosztu sporządzania leku recepturowego.

To rozporządzenie zmieniające wiele istotnych dla pacjentów i aptek danych wymaga przecież pewnego czasu do wykonania i wdrożenia nowych wersji oprogramowania komputerowego stosowanego w aptece. Nagłe wprowadzanie tak istotnych zmian, a brak odpowiedniego czasu na wprowadzenie nowych przepisów w życie nie jest niczym uzasadniony, jawi się kolejnym przykładem pogwałcenia podstawowych standardów kultury prawnej. Przede wszystkim zaś godzi w prawa pacjenta, nie służy też dobremu wizerunkowi organu państwa stojącego na straży ochrony zdrowia obywateli, jest zaprzeczeniem zasad dobrej polityki lekowej państwa.

Naczelna Rada Aptekarska liczy na skuteczną interwencję Pani Minister, aby podobne praktyki w przyszłości nie miały miejsca.

Z poważaniem.

Prezes
Naczelnej Rady Aptekarskiej

G. Kucharewicz
dr Grzegorz Kucharewicz

WAŻNE!

Uwagi Naczelnej Rady Aptekarskiej dot. projektu ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych

W dniu 8 grudnia 2010 roku NRA przesłała do minister E. Kopacz szczegółowy zestaw uwag zgłoszonych przez samorząd aptekarski do powyższego projektu ustawy.

Drukujemy w Biuletynie tylko Załączniki do Uwag.

Ze szczegółowymi Uwagami można zapoznać się na naszej stronie www.poa.pl

Zachęcamy do lektury!

Załącznik Nr 1 - uzasadnienie odrzucenia propozycji wprowadzenia umów aptek z NFZ.

Dotychczasowe doświadczenia wskazują na dużą ekspansywność Narodowego Funduszu Zdrowia w obejmowaniu wewnętrznymi regulacjami (zarządzeniami Prezesa NFZ) sfer zastrzeżonych wyłącznie dla ustawodawcy. Naczelna Rada Aptekarska za szczególnie niebezpieczne uznaje koncepcje zmierzające do zwiększenia uprawnień NFZ wobec niezależnych podmiotów.

W ocenie Naczelnej Rady Aptekarskiej stosunki pomiędzy NFZ, apteką, lekarzem oraz świadczeniobiorcą muszą posiadać jasną i wyczerpującą podstawę prawną, co najmniej o randze rozporządzenia wykonawczego do ustawy. Żadne akty wewnętrzne, wydawane przez publicznego płatnika, w tym w szczególności zarządzenia określające wymogi wobec świadczeniodawców oraz wzorce umowne, nie mogą mieć zastosowania do tego typu stosunków.

Naczelna Rada Aptekarska wskazuje, że w kontekście ocenianego pomysłu aktualizuje się zgłaszany od wielu lat postulat pilnego uchwalenia ustawy o zawodzie farmaceuty. Świadczenia lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego są ustawowo określone. W konsekwencji ingerencja Narodowego Funduszu Zdrowia w tę sferę posiada ustawowe bariery. W odniesieniu do usług farmaceutycznych świadczonych przez farmaceutów istnieje konieczność szybkiego ustawowego określenia praw i obowiązków farmaceutów w odrębnej uchwale. **Wprowadzanie umów dotyczących wydawania refundowanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych, a więc wykonywania usług farmaceutycznych, przed ustawowym**

zdefiniowaniem statusu, praw i obowiązków farmaceutów jako osób wykonujących zawód medyczny jest niedopuszczalne i wysoce niebezpieczne.

Wprowadzenie obowiązku zawierania umów pomiędzy aptekami i NFZ oznacza rezygnację Państwa z kompetencji do regulowania bardzo ważnego obszaru stosunków społecznych i pozostawienie go do decyzji płatnika, który nie odpowiada de iure za politykę zdrowotną Państwa. Takie podejście kłóci się z wdrażaną przez Rząd i Większość Parlamentarną konstytucyjną zasadą, że zasady i warunki dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej określa wyłącznie ustawa. Na ten kierunek wskazuje m. in. nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i wprowadzenie tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych.

Naczelna Rada Aptekarska podkreśla, że rynek produktów leczniczych w bardzo dużym stopniu narażony jest na działania lobbystyczne podmiotów dysponujących dużą siłą ekonomiczną i szerokim wachlarzem działań „marketingowo-promocyjnych”, co przekłada się na odpowiednio wysoką liczbę przypadków nielegalnego lub wysoce nagannego wpływania na decyzje regulatorów tego rynku. Często nawet konstytucyjne organy państwa nie radzą sobie z „wielkimi graczami” na rynku farmaceutycznym. **W tym kontekście za bardzo zły należy uznać pomysł pozostawienia w wyłącznej gestii urzędników NFZ, a konkretnie Prezesa NFZ, decyzji kształtujących strukturę dystrybucyjną refundowanych leków i wyrobów medycznych.**

Naczelna Rada Aptekarska wskazuje, że akty Narodowego Funduszu Zdrowia, określające wzorce umowne, podejmowane są jednoosobowo przez Prezesa NFZ. Jakakolwiek pomyłka w tym zakresie, nawet skorygowana w ramach nadzoru Ministra Zdrowia lub ponownej decyzji NFZ, może oznaczać - w obecnej sytuacji na rynku farmaceutycznym - koniec funkcjonowania dla wielu aptek i hurtowni farmaceutycznych.

Naczelna Rada Aptekarska uważa, że obowiązujący obecnie model, sprawdzony w ponaddziesięcioletniej już praktyce funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, chociaż wymagający wskazanej wyżej reformy, zapewnia w każdej aptece:

- 1) szeroki dostęp do refundowanych produktu leczniczego;
- 2) realizację usług farmaceutycznych na jednakowych zasadach oraz;
- 3) jednakowe warunki realizacji świadczenia.

Zawieranie umów ograniczy jedynie pacjentowi dostępność do produktów leczniczych i wyrobów medycznych i wbrew intencjom nie stanowi panaceum na błędy w wystawianiu recept przez lekarzy.

Wielkim niebezpieczeństwem wprowadzenia systemu umów jest również sprowadzenie czynności wydawania produktu leczniczego z apteki jedynie

do zwykłej sprzedaży, rządzącej się takimi samymi prawami jak sprzedaż innych produktów, takich chociażby jak środki spożywcze. Takie podejście do leku może spowodować, że nadrzędnym celem stanie się maksymalizacja zysku poprzez często nieuzasadniony wzrost obrotu tym „towarem”.

Naczelna Rada Aptekarska wskazuje, że wszystkie apteki, spełniając jednokowe warunki zarówno w zakresie lokalu, wyposażenia, jak i personelu zapewniają realizację usług farmaceutycznych na jednakowym poziomie. Istniejące regulacje prawne, określające te wymagania w sposób bardzo szczegółowy, **czynią bezzasadnym stosowanie systemu umów w odniesieniu do tych podmiotów.**

Naczelna Rada Aptekarska wyraża ponadto obawę, uzasadnioną wieloletnimi doświadczeniami w kontaktach z Narodowym Funduszem Zdrowia, że umowy będą jednym ze środków prawnych zobowiązujących farmaceutów i apteki do przejmowania odpowiedzialności za nieprawidłowe wystawianie recept przez lekarza.

Naczelna Rada Aptekarska nie dostrzega żadnej merytorycznej racji za wprowadzaniem regulacji zamazującej podział kompetencji pomiędzy organami administracji publicznej i publicznego płatnika. Nie ma żadnego uzasadnienia, aby NFZ poprzez kształtowanie warunków umów wpływał na funkcjonowanie podmiotów nadzorowanych przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną.

Załącznik Nr 2 – uzasadnienie zmian dotyczących reklamy aptek i reklamy produktów leczniczych.

Uzasadnienie do art. 57 a.

Prowadzenie w aptekach, punktach aptecznych oraz placówkach obrotu pozaaptecznego reklamy produktów leczniczych kierowanej do publicznej wiadomości powinno być zabronione z powodu kolizji podstawowego zadania apteki w postaci udzielania rzetelnych informacji i porad o lekach z celami reklamy produktu leczniczego.

Pacjent musi mieć pewność, że na obszarze placówki ochrony zdrowia publicznego, jaką jest apteka, nie będzie poddawany działaniom reklamowym i marketingowym w tak delikatnej, osobistej sferze, jaką jest sfera związana z ochroną zdrowia i życia. Pacjent musi mieć prawną gwarancję, że w aptecę spotka się z pracownikiem medycznym działającym na jego rzecz, a otoczenie będzie przyjazne i neutralne (bez reklam leków).

Korzystanie z usług aptek i punktów aptecznych, podobnie jak z innych placówek ochrony zdrowia publicznego, wynika w konieczności życiowej

i z pewnością nie powinno się łączyć z dodatkowymi działaniami mającymi na celu zwiększenie „konsumpcji” leków. Zakaz ten z pewnością uzasadnia szczególny stan, w jakim znajdują się osoby korzystające z aptek. Nie można na terenie apteki nakłaniać chorego do nabycia leków, uzasadniając to innym celem niż jego wyleczenie lub poprawa stanu zdrowia.

Zgodnie z art. 86 ust. 1 ustawy – Prawo farmaceutyczne, apteka jest placówką ochrony zdrowia publicznego. Z tego faktu wynika podstawowy cel działalności każdej apteki, jakim jest ochrona zdrowia i życia korzystających z ich usług pacjentów.

Zakaz dotyczyć musi także pozostałych palcówek, jeżeli decydują się na prowadzenie obrotu produktami leczniczymi.

Uzasadnienie do art. 60 ust. 1

Do podstawowych zadań farmaceutów pracujących w aptekach należy udzielanie rzetelnych informacji i porad odnośnie do działania produktów leczniczych i stosowania wyrobów medycznych będących przedmiotem obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych.

Obowiązek ten pozostaje w kolizji z celami oraz formami reklamy produktów leczniczych. Celem reklamy (art. 52 ust. 1) jest zwiększenie: liczby przepisywanych recept, dostarczania, sprzedaży lub konsumpcji produktów leczniczych, zaś celem farmaceuty jest przekazanie pacjentowi rzetelnej informacji w celu zdrowotnym.

Uzasadnienie do art. 94a.

Zmiany wymagają przepisy dotyczące reklamy działalności aptek i punktów aptecznych – art. 94a ust. 1 i art. 129 b ustawy – Prawo farmaceutyczne.

Obecne brzmienie art. 94a nie gwarantuje osiągnięcia celów tej regulacji, tzn. ochrony pacjentów oraz finansów publicznych przed negatywnymi skutkami reklamy placówek zajmujących się dystrybucją produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

W przepisie art. 94a ust. 1 zawarto nieuzasadnione ograniczenia stosowania zakazu reklamy działalności aptek i punktów aptecznych.

Po pierwsze, obowiązujący zakaz dotyczy wyłącznie reklamy kierowanej do publicznej wiadomości. Oznacza to, że reklama polegająca na kierowaniu ulotek reklamowych do konkretnie określonych osób (pacjentów) mogłaby być uznana za działalność dozwoloną. Podobnie oceniona może być reklama skierowana do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi.

Po drugie, zakaz obowiązuje wyłącznie w przypadku reklamy odnoszącej się bezpośrednio do wymienionej w przepisie kategorii produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Użycie wysoce nieprecyzyjnego określenia spowoduje,

że każda decyzja inspekcji farmaceutycznej narażona będzie na wzruszenie poprzez podważanie przez reklamującego bezpośrednio odniesienia. Można przykładowo wskazać, że slogan: „W aptece X nie pobieramy pełnej opłaty. U nas leki za 1 grosz”, nie będzie zakazany. Wykazanie w takim przypadku bezpośredniego odnoszenia się do leków refundowanych będzie trudne lub praktycznie niemożliwe, pomimo że opłaty ryczałtowe pobiera się za leki refundowane.

Po trzecie, ograniczenie zakazu wyłącznie do produktów leczniczych lub wyrobów medycznych umieszczonych na wykazach leków refundowanych oraz produktów leczniczych lub wyrobów medycznych o nazwie identycznej z nazwą produktów leczniczych lub wyrobów medycznych umieszczonych na tych wykazach jest całkowicie nieuzasadnione. Podstawowym zadaniem apteki jest udzielanie rzetelnych informacji i porad odnośnie do działania produktów leczniczych i stosowania wyrobów medycznych będących przedmiotem obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych. Reklama apteki, nawet pośrednio odnosząca się do leków lub wyrobów medycznych, pozostaje w sprzeczności z obowiązkami apteki i pracujących w niej farmaceutów.

Ponadto, obecne przepisy są wysoce niedoskonałe, np. art. 129 b zawiera istotne zawężenie w stosunku do zakazu wprowadzonego w art. 94a ust. 1, tzn. sankcja karna grozi wyłącznie podmiotowi prowadzącemu aptekę lub punkt apteczny, a karalność nie dotyczy innych podmiotów łamiących przedmiotowy zakaz.

Za wprowadzeniem rozszerzonego zakazu reklamowania placówek zajmujących się obrotem detalicznym produktami leczniczymi lub wyrobami medycznymi, przemawiają bardzo ważne argumenty.

1.

Zgodnie z art. 86 ust. 1 ustawy – Prawo farmaceutyczne, apteka jest **placówką ochrony zdrowia publicznego**. Z faktu bycia placówką ochrony zdrowia publicznego wynika podstawowy cel działalności każdej apteki, jakim jest ochrona zdrowia i życia korzystających z ich usług pacjentów.

Wymogom wynikającym z konieczności ochrony zdrowia pacjentów muszą być podporządkowane cele przedsiębiorców prowadzących apteki, w tym dążenie do maksymalizacji zysku. **Uzasadnionym jest, aby placówka chroniąca zdrowie nie reklamowała swojej działalności**. Korzystanie z usług aptek i punktów aptecznych, podobnie jak z innych placówek ochrony zdrowia publicznego, wynika w konieczności życiowej i z pewnością nie powinno być wynikiem reklamy lub promocji.

W obowiązującym prawie zakazy placówek ochrony zdrowia już funkcjonują:

- w art. 18b ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. **o zakładach opieki zdrowotnej, stanowiącym, że zakład opieki zdrowotnej może podawać do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy;**

- w art. 56 **ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, stanowiącym, że lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską oraz grupowa praktyka lekarska mogą podawać do publicznej wiadomości informacje o udzielanych świadczeniach zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy;**

- w art. 29 ust. 1 **ustawy z dnia 18 grudnia 2003 r. o zakładach leczniczych dla zwierząt, stanowiącym, że zakład leczniczy dla zwierząt może podawać do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach świadczonych usług weterynaryjnych, godzinach otwarcia zakładu leczniczego dla zwierząt oraz adresie zakładu leczniczego dla zwierząt. Forma i treść tych informacji nie mogą nosić cech reklamy. (art. 1. 1. Zakład leczniczy dla zwierząt jest placówką ochrony zdrowia i dobrostanu zwierząt...),**

Jeżeli zakład leczniczy dla zwierząt nie może rozpowszechniać informacji o charakterze reklamowym, to tym bardziej zakaz taki powinien dotyczyć aptek i punktów aptecznych.

2.

Zgodnie z art. 86 ust. 1 ustawy – Prawo farmaceutyczne, apteka jest **placówką, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne.**

Osoby uprawnione to przede wszystkim farmaceuci, czyli osoby wykonujące zawód zaufania publicznego.

Powszechnie przyjętą i akceptowaną zasadą jest, że osoby wykonujące zawody zaufania publicznego, w tym adwokaci, radcowie prawni, lekarze, nie reklamują swojej działalności. Norma ta wynika z istoty zawodu zaufania publicznego.

Należy pamiętać, że relacja farmaceuta – pacjent oparta powinna być na szczególnym zaufaniu. Prowadzenie reklamy przez apteki lub punkty apteczne w oczywisty sposób podważa zaufanie pacjenta do świadczącej usługi farmaceutyczne placówki oraz zatrudnionych w niej osób.

3.

Do podstawowych zadań farmaceutów pracujących w aptekach należy **udzielanie rzetelnych informacji i porad odnośnie do działania produktów leczniczych i stosowania wyrobów medycznych będących przedmiotem obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych.**

Obowiązek ten często pozostaje w kolizji z celami oraz formami reklamy apteki, odnoszącej się w doskonałej większości do wydawanych w aptecce produktów leczniczych.

Sposób prowadzenia reklamy aptek i punktów aptecznych nie może być skutecznie weryfikowany i modyfikowany przez farmaceutów, w przypadkach, gdy właścicielem apteki jest podmiot nie będący farmaceutą.

W związku z tym reklama aptek, a w szczególności wszelkie reklamy odnoszące się do produktów leczniczych, powinna być zabroniona.

4.

W walce rynkowej, której najbardziej widocznym przejawem są różne formy reklamy, pacjent i jego zdrowie przestają być celem działalności apteki, a stają się środkiem do osiągnięcia zysków.

5.

Reklama przedsiębiorstwa o nazwie apteka w oczywisty sposób kłóci się z celami i zakresem działania apteki jako placówki ochrony zdrowia publicznego.

Ostatnie wydarzenia pokazały, że apteki i punkty apteczne nie mogą być traktowane jak sklepy z lekami.

Istnieje konieczność wzmocnienia publicznej funkcji aptek.

6.

Należy pamiętać, że w odróżnieniu od innych placówek ochrony zdrowia zakres usług świadczonych przez apteki jest ściśle określony przez Prawo farmaceutyczne.

W związku z tym reklama odnosząca się do zakresu i jakości usług farmaceutycznych nie ma żadnego uzasadnienia.

Każda apteka zobowiązana jest do:

- 1) wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych, określonych w odrębnych przepisach;**
- 2) zapewnienia leków recepturowych, w terminie nie dłuższym niż 48 godzin od złożenia recepty przez pacjenta, a w przypadku recepty na lek recepturowy zawierający środki odurzające lub oznaczonej „wydać natychmiast” - w ciągu 4 godzin;**
- 3) sporządzenia leków aptecznych;**
- 4) udzielania informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych.**

W wyniku prowadzonych obecnie akcji reklamowych i promocyjnych pojawiło się kuriozalne pojęcie tzw. apteki specjalistycznej.

Każda apteka, która uzyskała zezwolenie na prowadzenie takiej działalności, jako spełniająca kryteria określone ustawą gwarantuje jakość usług na

poziomie wymaganym przepisami. Wykorzystywanie tego argumentu w reklamie apteki stanowi więc jedynie wprowadzanie odbiorcy w błąd i bezpodstawnie sugeruje, jakoby na rynku mogły funkcjonować apteki, których jakość usług byłaby niższa, a tym samym niezgodna z obowiązującymi przepisami.

Załącznik nr 3 – uzasadnienie przepisu dotyczącego demografii i geografii aptek.

Obecnie obowiązujące przepisy nie przewidują ograniczeń w zakładaniu aptek ogólnodostępnych ze względu na ich liczbę na danym obszarze lub odległość od innych aptek. Brak jakichkolwiek zasad dotyczących rozmieszczenia aptek ogólnodostępnych, odnoszących się w szczególności do uwarunkowań demograficznych lub terytorialnych, powoduje bardzo szybki wzrost ich liczby. Zjawisko to, występujące w największym natężeniu w dużych miastach, łączy się z powstawaniem wielu bardzo negatywnych następstw rzutujących na możliwość prawidłowego realizowania przez apteki ich zadań jako placówek ochrony zdrowia publicznego.

Po pierwsze, zwiększenie liczby aptek, pomimo zwiększenia ich zagęszczenia, nie powoduje, że dostępność do nich jest większa dla wszystkich pacjentów. Wyraźnie zarysowuje się tendencja do koncentrowania nowo zakładanych aptek w dużych aglomeracjach miejskich kosztem rzadziej zaludnionych obszarów wiejskich. Występuje także zjawisko przenoszenia aptek ze wsi do miast. W ten sposób brak regulacji w zakresie zakładania aptek powodować może istotne ograniczenie dostępności do usług farmaceutycznych na obszarach wiejskich.

Po drugie, nadmierny, nie kontrolowany wzrost liczby aptek na określonym obszarze może spowodować poważne zachwianie lub całkowite podważenie opłacalności ekonomicznej tej formy działalności gospodarczej, co w konsekwencji rzutować może na ograniczenie zakresu i różnorodności dostępnych w poszczególnych aptekach produktów leczniczych oraz konieczność odwiedzania przez pacjenta kilku aptek w celu zrealizowania ordynacji lekarskiej.

Po trzecie, szybki wzrost liczby aptek na określonym obszarze może spowodować istotne obniżenie jakości świadczonych przez nie usług farmaceutycznych. Konsekwencje takie następują na skutek zmniejszenia się liczby wykwalifikowanych pracowników – farmaceutów w przeliczeniu na jedną aptekę. Zmniejszeniu liczby fachowców towarzyszy szereg zjawisk, które

negatywnie wpływają na jakość świadczonych usług farmaceutycznych, a w szczególności:

- 1) zwiększenie obciążenia pracą personelu aptek, w szczególności farmaceutów odpowiedzialnych za sporządzanie i wydawanie produktów leczniczych;
- 2) spadek zadowolenia z wykonywanej pracy, wynikający z nadmiernego obciążenia obowiązkami zawodowymi i ograniczeniem swobody wyboru przez farmaceutów wydawanych i sprzedawanych przez nich produktów;
- 3) ograniczanie zatrudnienia w aptekach lub też zastępowanie wykwalifikowanych farmaceutów innymi pracownikami o niższych kwalifikacjach zawodowych, jako sposób ograniczania kosztów przez właścicieli aptek i podniesienia konkurencyjności apteki;
- 4) zwiększenie rotacji pracowników pomiędzy aptekami, co w zasadzie wyklucza możliwość rzetelnego realizowania jej zadań w zakresie informowania pacjentów o wydawanych produktach leczniczych. Budowanie silnego i stałego związku z pacjentami danej apteki stanowi podstawę do realizacji opieki farmaceutycznej. Częste zmiany personelu niweczą wszelkie działania w tym zakresie;
- 5) obniżenie atrakcyjności wykonywania zawodu farmaceuty w kraju, a w konsekwencji obserwowany od pewnego czasu przez organy samorządu aptekarskiego duży odpływ młodych, wykształconych fachowców do innych krajów Unii Europejskiej;
- 6) tendencja do ograniczania zakresu usług farmaceutycznych w aptece jako konsekwencja zmniejszenia liczby farmaceutów, trudnych warunków wykonywania zawodu oraz silnej presji finansowej na właścicieli.

Po czwarte, szybki wzrost liczby aptek na określonym obszarze powoduje, że apteka odrywa się od swoich najważniejszych zadań w zakresie zapewniania obywatelom należytej ochrony zdrowia i koncentruje się na grze rynkowej. Silna konkurencja sprawia, że zachowania nieetyczne, a także budzące wątpliwości co do legalności, stają się coraz częstsze. Nawet najwyższe kwalifikacje moralne pracowników aptek w zderzeniu z presją wywieraną przez właścicieli aptek, często nie będących farmaceutami, zmuszanych także do coraz ostrzejszych zachowań, nie dają gwarancji zachowania wymaganego minimum jakości udzielanych świadczeń. Sytuacja taka prowadzi do przedmiotowego traktowania pacjenta oraz wykorzystywania go w wolnej grze rynkowej. Stosowane chwyt marketingowe, polegające na różnego rodzaju programach lojalnościowych, promocjach i tym podobnych akcjach, wbrew głoszonym szczytnym celom, zmierzają w istocie do pozyskania coraz większej

liczby pacjentów, traktowanych w takich przypadkach jak zwykli klienci, często bez uwzględnienia ich rzeczywistych potrzeb zdrowotnych. Apteki zmuszane do twardej konkurencji koncentrują się nie na potrzebach swoich pacjentach, a na innych aptekach. Konkurencja sprawia, że istnieje silna tzw. wojna cenowa, nasilają się tendencje do uzależniania się aptek od dostawców leków poprzez wchodzenie w różnego rodzaju programy lojalnościowe lub poprzez tworzenie pionowych struktur dystrybucyjnych. Związane z tym zjawiskiem, wymuszane, konieczne w celu przetrwania, obniżki racjonalnych marż przez apteki nie należące do sieci lub nie będące uczestnikami tzw. programów lojalnościowych, są coraz częściej przyczyną upadłości wielu aptek lub ich przejścia przez dostawców leków. Ponadto utrwała się w świadomości pacjentów błędny pogląd o podziale aptek na lepsze, bo tańsze oraz gorsze, bo droższe, a aptekarzy na uczciwych, bo tańszych i nieuczciwych, bo droższych.

Po piąte, szybki wzrost liczby aptek powoduje faktyczną niemożliwość efektywnego i sprawnego realizowania kontroli nad działalnością aptek, w tym w szczególności przez inspekcję farmaceutyczną.

Wskazane powyżej negatywne zjawiska mają charakter ogólnoeuropejski i dotyczą tych państw, w których występuje duża deregulacja w zakresie zakładania i rozmieszczania aptek ogólnodostępnych.

Załącznik Nr 4 – uzasadnienie propozycji podwyższenia marży.

Projekt ustawy zawiera bardzo niekorzystne dla aptek zmiany sposobu naliczania marży detalicznej.

Obecnie obowiązująca w Polsce tabela detalicznych marż degresywnych dla produktów refundowanych zawiera marże, których wartości procentowe w poszczególnych przedziałach kwotowych należą do najniższych w Europie.

Apteki mogą jednak funkcjonować, ponieważ otrzymują od hurtowni farmaceutycznych rabat przy zakupie leków refundowanych – najczęściej w granicach od 3% do 8%. Suma marży aptecznej wynikającej z urzędowej tabeli marż oraz rabatu od hurtowni na leki refundowane jest przynajmniej zbliżona do marż detalicznych w aptekach w większości krajów UE.

Dla najczęściej wydawanych w polskich aptekach leków refundowanych o cenie detalicznej od 30,00 zł do 50,00 zł marża detaliczna wynosi 16%, a po uwzględnieniu rabatu od hurtowni np. 5% - rzeczywista marża wynosi 21%.

Dla porównania:

– marża apteczna liczona od ceny hurt. realizowana w Austrii na najczęściej

wydawane leki refundowane w cenie od 30 € do 60 € **wynosi 28%**

– marża apteczna liczona od ceny det. realizowana we Włoszech na najczęściej wydawane leki refundowane w cenie od 25 € do 50 €, w zależności od regionu (miejskiego lub wiejskiego) oraz rocznego obrotu apteki, **wynosi od 21% do 25%**. W przeliczeniu na marżę apteczną liczoną od ceny hurtowej wartości te wynoszą **od 28% do 35%**.

Poniżej przedstawione zostały tabele marż aptecznych obowiązujące w Austrii i we Włoszech:

Tabela marż na leki refundowane w Austrii:

cena hurtowa w €	marża det. liczona od ceny hurt.	cena det. w €	marża det. liczona od ceny det.
0.00-10.00	37.0	-	27.0
10.01-10.15	-	13.70	-
10.16-20.00	35.0	-	25.9
20.01-20.45	-	27.00	-
20.46-30.00	32.0	-	24.2
30.01-30.94	-	39.60	-
30.95-60.00	28.0	-	21.9
60.01-62.44	-	76.80	-
62.45-100.00	23.0	-	18.7
100.01-104.24	-	123.00	-
104.25-120.00	18.0	-	15.3
120.01-124.21	-	141.60	-
124.22-150.00	14.0	-	12.3
150.01-155.45	-	171.00	-
155.46-200.00	10.0	-	9.1
200.01-207.55	-	220.00	-
207.56-350.00	6.0	-	5.7
350.01-357.07	-	371.00	-
powyżej 357,08	3.9	-	3.8

Tabela marż na leki refundowane w e Włoszech:

cena det. brutto w €	marża apteczna det. liczona jako % od ceny det. netto	rabat apteczny liczony jako % od ceny det. netto	efektywna marża apteczna liczona jako % od ceny det. netto
apteki w miastach o całkowitym rocznym obrocie z ubezpieczycielem < 258.228€			
<25.82	26.70	1.50	25.20
25.83 – 51.65	26.70	2.40	24.30
51.66 – 103.28	26.70	3.60	23.10
103.29 – 154.94	26.70	5.00	21.70
ponad 154.94	26.70	7.60	19.10
apteki w miastach o całkowitym rocznym obrocie z ubezpieczycielem > 258.228€			
<25.82	26.70	3.75	22.95
25.83 – 51.65	26.70	6.00	20.70
51.66 – 103.28	26.70	9.00	17.70
103.29 – 154.94	26.70	12.50	14.20
ponad 154.94	26.70	19.00	7.70
apteki na obszarach wiejskich o całkowitym rocznym obrocie z ubezpieczycielem < 387.342€			
<25.82	26.70	1.50	25.20
25.82 – 51.64			
51.65 – 103.28			
103.29 – 154.93			
ponad 154.94			
apteki na obszarach wiejskich o całkowitym rocznym obrocie z ubezpieczycielem > 387.342€			
<25.82	26.70	3.75	22.95
25.83 – 51.65	26.70	6.00	20.70
51.66 – 103.28	26.70	9.00	17.70
103.29 – 154.94	26.70	12.50	14.20
ponad 154.94	26.70	19.00	7.70

ubezpieczyciel = odpowiednik naszego NFZ

Ze względu na proponowaną stałą marżę hurtową obniżoną do wartości 5% oraz stałą marżę detaliczną nie będzie możliwe otrzymanie przez aptekę rabatu od hurtowni na leki refundowane.

Dodatkowo rzeczywista marża apteczna będzie jeszcze znacznie niższa, niż zawarta w proponowanej tabeli, ponieważ według projektu ustawy marża apteczna będzie naliczana nie od ceny hurtowej produktów refundowanych, tylko od limitów ustalonych dla poszczególnych grup produktów refundo-

wanych. Ponieważ wartości tych limitów są w większości przypadków znacznie niższe, niż ceny hurtowe, spowoduje to poważne zmniejszenie i tak już bardzo niskiej marży aptecznej. Tego typu system naliczania marż aptecznych nie jest stosowany w żadnym kraju Unii Europejskiej.

Według symulacji przeprowadzonych przez IMS straty średniej apteki w Polsce spowodowane wejściem w życie systemu naliczania marż aptecznych zawartego w projekcie ustawy refundacyjnej mogą wynosić około 5 tysięcy złotych miesięcznie, co daje kwotę około 60 tysięcy złotych rocznie.

Ponieważ według wyliczeń IMS od 30% do 40% aptek w Polsce funkcjonuje na granicy płynności finansowej, wejście w życie takiego systemu naliczania marż aptecznych spowoduje w krótkim czasie likwidację od 30% do 40% aptek!

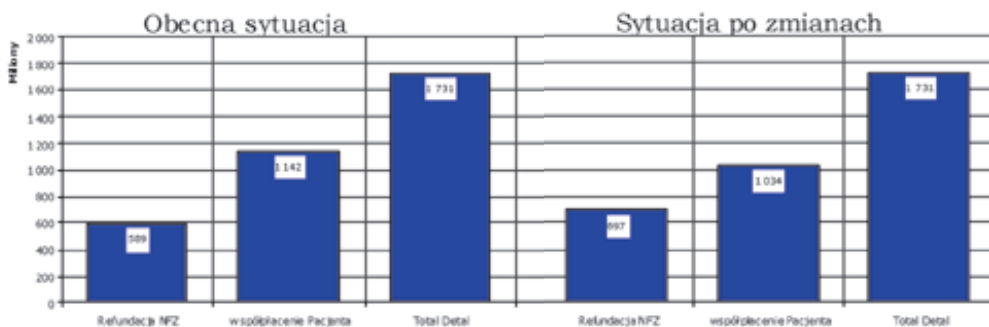
Najbardziej prawdopodobne jest też, że większość z likwidowanych aptek będą stanowić niezależne apteki rodzinne na terenach wiejskich oraz w mniejszych miastach.

Ponadto apteki niezależne, które dzisiaj znajdują się w dobrej kondycji finansowej, zostaną bardzo poważnie osłabione. Będą one zmuszone do obniżenia kosztów poprzez m.in. redukcję personelu fachowego oraz zmniejszenie zapasów magazynowych, co również wpłynie na pogorszenie dostępności pacjentów do leków.

Badania wyspecjalizowanych firm zajmujących się rynkiem farmaceutycznym w Polsce potwierdzają jednoznacznie, że propozycje zawarte w projekcie opiniowanej ustawy drastycznie obniżą realną wysokość marży detalicznej.

Analiza wpływu proponowanych zmian na rynek leków nadciśnieniowych refundowanych ze środków publicznych, wykonana przez firmę IMS, prowadzi do następujących wniosków:

Roczna kwota wydatków w cenach detalicznych brutto.



APTEKA - wpływ zmian na realizowaną marżę detaliczną

Do analizy wybrano z panelu IMS "średnią" aptekę. Wybrane zostały apteki: **sieciowe z obrotem 130-180 tys. zł/miesięcznie oraz niezależne z obrotem 110-160 tys. zł/miesięcznie.**

Założone przedziały wartości obrotu spełniło 95 aptek sieciowych i 258 aptek niezależnych. Wszystkie te apteki przesyłały dane w całym analizowanym okresie.

SIECIOWA

	Średnie obroty	Średn. magazyn	Średnia marża	Średnia marża %
ALL	155 901	13 146	26 024	30,1%
RX	83 938	4 164	15 924	23,4%
OTC	41 009	3 801	11 797	40,4%
REF	60 490	2 783	10 298	30,5%
NADCISNIENIE	3 905	562	1 706	25,1%
NADCISNIENIE po zmianie			1 130	14,5%

NIEZALEŻNA

	Średnie obroty	Średn. magazyn	Średnia marża	Średnia marża %
ALL	133 271	18 984	26 096	21,5%
RX	79 696	4 330	13 940	20,5%
OTC	31 617	3 914	7 512	25,7%
REF	57 606	2 849	9 776	18,5%
NADCISNIENIE	8 153	576	1 510	21,2%
NADCISNIENIE po zmianie			1 067	15,1%

W wyniku wprowadzenia proponowanych zmian:

- 1) hurtownie farmaceutyczne wprost nie odczują tej zmiany, ponieważ już obecnie ich efektywna marża nie wynosi 8,91%, a raczej bliższa jest 5%;
- 2) koszty związane z omawianą zmianą poniosą apteki oraz producenci leków;
- 3) apteki: marża od limitu, a szczególnie zakaz rabatowania, wpłynie negatywnie na kwotę marży aptecznej.

Tabela marż zaproponowana w projekcie ustawy wskazuje, że przy urzędowej marży detalicznej liczonej od limitu detaliści stracą w ten sposób ok. 600 mln PLN.

Sami autorzy projektu obliczyli, że planowany spadek marży hurtowej na produkty refundowane do poziomu 5 % spowoduje utratę przychodów w wysokości 450 mln złotych dla hurtu farmaceutycznego. Natomiast obniżenie cen oraz zmiana sposobu naliczania marży detalicznej dla uczestników obrotu detalicznego - aptekarzy spowoduje zmniejszenie przychodów w wysokości 180 mln złotych w skali roku. Autorzy projektu nie uwzględnili również spadku dochodów aptek poprzez utratę rabatów otrzymywanych dotychczas z hurtowni (ok. 575 mln zł). Daje to łączną kwotę utraty przychodów aptek

w wysokości ok. 755 mln zł. W konsekwencji odbije się to na wpływach do budżetu państwa z tytułu zmniejszenia wpływów w podatkach dochodowych (ok. 144 mln zł).

Projektowana przez MZ tabela marż wskazuje na dyskryminującą postawę MZ wobec aptekarzy. Chodzi o marże dla leków powyżej 100 złotych, dla których ustala się już od wielu lat marżę nie w procentach, a w kwocie i to na poziomie 12 zł. Wystarczy spojrzeć na marże hurtowe, które niezależnie od tego, jaka jest cena wyjściowa, są wyrażane w postaci stałej wartości procentowej.

Apteki jako placówki ochrony zdrowia publicznego mają dużo szerszy zakres zadań niż hurtownie farmaceutyczne - chociażby podkreślane ostatnio przez Ministerstwo Zdrowia zadanie w postaci kontrolowania nieprawidłowo wypisywanych recept przez lekarzy i edukacja tychże poprzez odsyłanie pacjentów.

Apteki muszą posiadać środki finansowe, aby móc prowadzić swoją dodatkową misję. **Propozycja z projektu zakłada nierówność w traktowaniu podmiotów w jednym kraju i jest to niezgodne z Konstytucją RP.** Dodać należy, że grupa leków tanich w przedziałach o największej marży aptecznej sięgającej 40, 30 i 20 % jest coraz mniej liczna. Wynika to z działań ministerstwa i przepisów UE, eliminujących z obrotu na naszym rynku tanie polskie leki oraz pędzących podwyżek cen leków zagranicznych dystrybutorów. Podane marże w żaden sposób nie uwzględniają realiów rynkowych.

W obecnej sytuacji gospodarczej większość aptek utrzymuje się jeszcze dzięki rabatowi hurtowni i wydłużonym terminom płatności.

Odebranie hurtowniom 3,91% to jest bezpośrednie uderzenie w apteki na sumę 450 mln zł (jak sam wylicza projektodawca).

Doprowadzi to do tragedii dużej części aptek i do znaczącego spadku zatrudnienia (w przeciwieństwie do błędnych uzasadnień projektodawcy) w wyniku poszukiwania oszczędności, a także zablokuje jakiegokolwiek rozwój aptek w kierunku opieki farmaceutycznej. Pierwszym elementem w poszukiwaniu oszczędności jest redukcja zatrudnienia i przejmowanie większości obowiązków przez kierownika, który z pewnością nie znajdzie już czasu na opiekę farmaceutyczną (w przeciwieństwie do błędnych uzasadnień projektodawcy), o ile w ogóle utrzyma aptekę.

Absurdalna jest teza, że odbierając rynkowi podupadających aptek około 630 mln zł, można zwiększyć ich konkurencyjność i wzrost opieki farmaceutycznej.



Naczelna Izba Aptekarska
L.dz. P-372/2010

Warszawa, dnia 16 grudnia 2010 r.

Pani Ewa KOPACZ

Minister Zdrowia

Zdrowia Pani Minister!

W związku z pracami nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu cen urzędowych hurtowych i detalicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz zmianą od dnia 1 stycznia 2011 r. stawki podatku od towarów i usług (VAT), Naczelna Rada Aptekarska wyraża stanowisko, że nowe wykazy zawierające ceny urzędowe hurtowe i detaliczne na produkty lecznicze i wyroby medyczne objęte, na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135), wykazami leków podstawowych i uzupełniających oraz wykazem leków i wyrobów medycznych przepisywanych bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością w związku z chorobami zakaźnymi lub psychicznymi, upośledzeniem umysłowym oraz niektórymi chorobami przewlekłymi, wrodzonymi lub nabytymi, **powinny wejść w życie w dniu 1 stycznia 2011r. i muszą zawierać ceny maksymalne uwzględniające wzrost stawki podatku od towarów i usług (VAT).**

Od dnia 1 stycznia 2011 r. wchodzi w życie ustawa o zmianie niektórych ustaw związanych z realizacją ustawy budżetowej, w której art. 19 wprowadza tymczasowe, na okres 3 lat podniesienie stawek VAT o 1 punkt procentowy w stosunku do dotychczasowych stawek. W efekcie tej zmiany

stawka na produkty lecznicze wpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wzrośnie z 7 % do 8 % . Podwyżka VAT obejmie również leki znajdujące się w pakiecie rozporządzeń Ministra Zdrowia zawierających tzw. wykazy leków refundowanych.

Zgodnie z art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach (Dz. U. Nr 97, poz. 1050, z późn. zm.), Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, określa, w drodze rozporządzenia, wykaz zawierający ceny urzędowe hurtowe i detaliczne w odniesieniu do ww. produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Na podstawie tej delegacji ustawowej Minister Zdrowia zobowiązany został do **równoważenia interesów konsumentów i przedsiębiorców zajmujących się wytwarzaniem i obrotem ww. produktami i wyrobami.**

Brak wzrostu cen maksymalnych, konieczny w związku z podniesieniem stawki podatku od towarów i usług, stanowiłby naruszenie zasady neutralności, stanowiącej jedną z najważniejszych zasad podatku od wartości dodanej (**neutralność VAT oznacza możliwość przerzucania przez każdego podatnika ciężaru podatku na nabywcę**).

2 poważaniem
Prezes
Naczelnej Rady Aptekarskiej
Grzegorz Kucharewicz
dr Grzegorz Kucharewicz

Do wiadomości:

- 1) Pan Michał BONI,
Minister-członek Rady Ministrów, przewodniczący Komitetu Rady Ministrów, szef Zespołu Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów;
- 2) Pan Jan Vincent-Rostowski (vel Jacek Rostowski),
Minister Finansów.



Naczelna Izba Aptekarska

L.dz. P-374/2010

Warszawa, dnia 16 grudnia 2010 r.

Pan Michał BONI
Minister-członek Rady Ministrów,
przewodniczący Komitetu Rady
Ministrów, szef Zespołu Doradców
Strategicznych Prezesa Rady
Ministrów

Szanowny Panie Ministrze!

W związku z pracami nad *projektem ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych*, oraz nawiązując do mojego pisma z dnia 8 grudnia br., uprzejmie proszę Pana Ministra o pilne zorganizowanie spotkania z przedstawicielami Naczelnej Rady Aptekarskiej, którego tematem będzie omówienie uwag i propozycji zgłoszonych do projektu przez samorząd aptekarski.

Podkreślam, że propozycje samorządu aptekarskiego nie mają - z punktu widzenia autorów projektu - podstawowego znaczenia i mogą być traktowane jako korekty, jednakże dla polskich aptek są bardzo ważne i decydować będą o ich dalszym istnieniu.

Z poważaniem

Prezes
Naczelnej Rady Aptekarskiej

G. Kucharewicz
dr Grzegorz Kucharewicz



MINISTER ZDROWIA

2010 -12- 13

Warszawa,

MZ-PL-462-10745-12/KK/10

Pan dr Grzegorz Kucharewicz

Prezes Naczelnej Rady

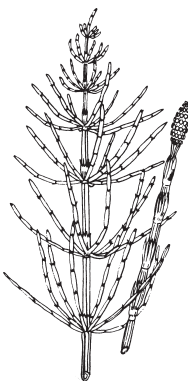
Aptekarskiej

ul. Długa 16

00-238 Warszawa

Uprzejmie informuję, iż z uwagi na liczne wystąpienia środowiska aptekarskiego oraz z uwagi na przebieg procesu legislacyjnego termin wejścia w życie rozporządzeń refundacyjnych został przesunięty na 1 stycznia 2011 r.

Proszę jednocześnie o poinformowanie o tej zmianie środowiska aptekarskiego.



Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Maciej Wierzbowski



Naczelna Izba Aptekarska

Warszawa, dnia 29 grudnia 2010 r.

L.dz. P-384/2010

Pani Ewa KOPACZ
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister!

Z uwagi na fakt, że sposób wprowadzenia nowych wykazów refundowanych leków i wyrobów medycznych oraz dotyczących ich cen urzędowych hurtowych i detalicznych oraz limitów, narusza zasady obowiązujące w demokratycznym państwie prawa, Naczelna Rada Aptekarska informuje Panią Minister, że aptekarze nie mogą odpowiadać za negatywne skutki wynikające z niekonstytucyjnego (bez odpowiedniego *vacatio legis*) ogłoszenia nowych rozporządzeń.

Bezsporną jest okoliczność, że Minister Zdrowia zmusza apteki do prowadzenia - przez pierwsze dni obowiązywania tzw. rozporządzeń refundacyjnych - działalności na podstawie dokumentów publikowanych na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz nieoficjalnych baz danych.

Obowiązek stosowania przez apteki nowego prawa od dnia 30 grudnia 2010 r., bez faktycznej możliwości zweryfikowania posiadanych przez apteki danych z treścią prawidłowo ogłoszonego aktu normatywnego, nie może rodzić dodatkowych kosztów po stronie aptek, a tym bardziej nie mogą one odpowiadać za ewentualne niezgodności i pomyłki.

Naczelna Rada Aptekarska oczekuje, że Minister Zdrowia - w razie konieczności w porozumieniu z Narodowym Funduszem Zdrowia - przedstawi bezzwłocznie rozwiązanie zabezpieczające apteki przed skutkami niekonstytucyjnego (bez odpowiedniego *vacatio legis*) ogłoszenia nowych wykazów.

Sposób wprowadzenia nowych wykazów refundacyjnych to kolejny przypadek całkowitego ignorowania przez Ministra Zdrowia środowiska aptekarskiego oraz interesów polskich aptek, który utrwała coraz powszechniejsze przekonanie, że jedynie ogólnopolska akcja protestacyjna, nagłośniona w mediach i uciążliwa dla społeczeństwa, wywoła reakcję ze strony Ministra Zdrowia na zgłaszane od dawna postulaty Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Z poważaniem
Prezes
Naczelnej Rady Aptekarskiej
G. Kucharewicz
dr Grzegorz Kucharewicz



Naczelna Izba Aptekarska

Warszawa, dnia 29 grudnia 2010 r.

L. Dz. D. 284/2010

Pani Ewa KOPACZ**Minister Zdrowia***Szanowna Pani Minister!*

W związku z opublikowaną na oficjalnej stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia informacją o podpisaniu w dniach 22 i 23 grudnia 2010 roku przez Ministra Zdrowia następujących rozporządzeń:

- 1) z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie wykazu cen urzędowych hurtowych i detalicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
- 2) z dnia 22 grudnia 2010 r. w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością;
- 3) z dnia 22 grudnia 2010 r. w sprawie wykazu leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokości odpłatności za leki uzupełniające;
- 4) z dnia 22 grudnia 2010 r. w sprawie limitów cen leków i wyrobów medycznych wydawanych świadczeniobiorcom bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością,

- w imieniu samorządu aptekarskiego proszę Panią Minister o bezzwłocznej wskazanie, czy i ewentualnie, w którym Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej zostały ogłoszone ww. akty normatywne.

Naczelna Rada Aptekarska podkreśla, że zgodnie z art. 88 ust. 1 i 2 Konstytucji RP, warunkiem wejścia w życie ww. rozporządzeń jest ich ogłoszenie. Zasady i tryb ogłaszania aktów normatywnych określa ustawa.

Stosownie do art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (tekst jednolity: Dz. U. 2010 r. Nr 17 poz. 95), akty normatywne, zawierające przepisy powszechnie obowiązujące, ogłaszane w dziennikach urzędowych wchodzi w życie po upływie czternastu dni od dnia ich ogłoszenia, chyba że dany akt normatywny określi termin dłuższy. Akty normatywne mogą wchodzić w życie w terminie krótszym niż czternaście dni **wyłącznie w uzasadnionych przypadkach**, a jeżeli ważny interes państwa wymaga natychmiastowego wejścia w życie aktu normatywnego i zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją temu na przeszkodzie, dniem wejścia w życie może być dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym.

Nakaz zachowania odpowiedniej *vacatio legis*, zgodnie z ustalonym orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego **stanowi jedną z norm składających się na treść zasady demokratycznego państwa prawnego i wynika wprost z zasady zaufania do państwa**. Norma konstytucyjna nakazuje, aby nowe regulacje prawne były wprowadzane w życie z zachowaniem odpowiedniej *vacatio legis*. Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie podkreślał, że adresat normy musi mieć zapewniony czas na przystosowanie się do zmienionych regulacji i na bezpieczne podjęcie odpowiednich decyzji co do dalszego postępowania (por. wyroki TK z: 15 grudnia 1997 r. K. 13/97 OTK ZU 1997/5-6 poz. 69, z 4 stycznia 2000 r. K. 18/99 OTK ZU 2000/1 poz. 1).

Jak już wyżej wskazano, nakaz odpowiedniej *vacatio legis* nie ma charakteru bezwzględneho. Ustawodawca może zrezygnować z *vacatio legis*.

Muszą jednak istnieć dostatecznie przekonujące argumenty uzasadniające odstępianie od zasady co najmniej czternastodniowego okresu *vacatio legis*. To odstępianie jest jednak dopuszczalne – zgodnie z orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego – tylko „w szczególnych okolicznościach, gdy przemawia za tym inna zasada prawnokonstytucyjna” (orzeczenie TK z 24 maja 1994 r. K. 1/94 OTK 1994/1 poz. 10).

Sytuacja związana z przygotowaniem i ogłoszeniem ww. rozporządzeń w rażący sposób narusza zasady demokratycznego państwa prawa.

Nie istnieje zgodne z wymogami Konstytucji RP uzasadnienie dla skracania minimalnego okresu *vacatio legis* przy wprowadzaniu nowych wykazów, cen i limitów.

Minister Zdrowia zmusza aptekarzy do prowadzenia działalności na podstawie dokumentów publikowanych na stronie internetowej oraz nieoficjalnych baz danych.

Działania Ministra Zdrowia zmierzają do tego, że od dnia 30 grudnia 2010 r. wydawanie refundowanych leków i wyrobów medycznych odbywać się na podstawie danych, które nie mogą być sprawdzone z treścią rozporządzeń, prawidłowo opublikowanych w dziennikach urzędowych.

2 grudnia

Prezes
Naczelnej Rady Aptekarskiej

dr Grzegorz Kucharewicz





Naczelna Izba Aptekarska

Warszawa, dnia 29 grudnia 2010 r.

L. Dz. D-3.83/2010

Pani Ewa KOPACZ

Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister!

W imieniu Naczelnej Rady Aptekarskiej wyrażam stanowczy protest w związku z trybem prac nad tzw. rozporządzeniami refundacyjnymi, w tym nad rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010r. w sprawie wykazu cen urzędowych hurtowych i detalicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz nad rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2010 roku w sprawie limitów cen leków i wyrobów medycznych wydawanych świadczeniobiorcom bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością.

Poniższe kalendarium dobitnie wskazuje na chaos towarzyszący przygotowywaniu i wprowadzaniu w życie rozporządzeń mających ogromne znaczenie dla pacjentów, ale i determinujących funkcjonowanie wszystkich aptek:

- **10 grudnia o godz. 9:00** - pojawiła się informacja Ministerstwa Zdrowia, potwierdzająca, że nowe rozporządzenia refundacyjne zaczną obowiązywać od 16.12.2010 r.
- **13 grudnia o godz. 9:00** - Ministerstwo Zdrowia poinformowało, że rozporządzenia nie są podpisane
- **13 grudnia o godz. 14:31** - na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia ukazała się informacja, że planowane jest

przesunięcie terminu wejścia w życie rozporządzeń refundacyjnych

- **13 grudnia o godz. 16:12** - wiceminister zdrowia w piśmie do prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej oficjalnie potwierdza przesunięcie terminu wejścia w życie rozporządzeń refundacyjnych; nowe wykazy mają obowiązywać od 1 stycznia 2011 r.
- **14 grudnia o godz. 20:30** - pojawiła się informacja PAP, że rozporządzenia refundacyjne mają wejść w życie już 30.12.2010r.
- **23 grudnia o godz. 16:30** - na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia poinformowano o podpisaniu wspomnianych rozporządzeń i ich wejściu w życie z dniem 30.12.2010 r.
- **29 grudnia o godz. 16:05** - nadal nie jest wydrukowany i dostępny Dziennik Ustaw, dotyczący zmian wchodzących o północy.

Firmy świadczące usługi informatyczne dla aptek ostrzegają, że w ogłoszonych na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia nowych listach refundowanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych są błędy, które spowodują niewłaściwe interpretacje przepisów w aptekach. Wspomniane listy wprowadzają dla niektórych wyrobów medycznych (materiały opatrunkowe) nowe czternastoznakowe kody GS1 (zamiast dotychczasowych trzynastoznakowych kodów EAN). Kody GS1 nie zostały jednak uwzględnione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia (brak nowego rozporządzenia), wobec czego do czasu wprowadzenia nowego rozporządzenia raport rozliczeniowy XML przesyłany z aptek do NFZ może poważnie utrudnić rozliczenie refundacji w związku ze sprzedażą przez apteki wyrobów medycznych, które posiadają nowy kod GS1.

Problemy z rozliczeniem refundacji mogą mieć niektóre apteki już w rozliczeniu za drugą połowę grudnia. Powodem jest wejście rozporządzeń refundacyjnych w życie z dniem 30 grudnia 2010 r., które przez 2 dni 2010 r. dopuszczają kody GS1. Jeżeli na początku 2011 r. nie będzie stosownego rozporządzenia aktualizującego format rozliczania się aptek z NFZ, to problemy z uzyskaniem refundacji mogą pojawić się w kolejnych okresach rozliczeniowych.

Sposób prowadzenia prac legislacyjnych, ciągłe zmiany terminów i niejasność niektórych decyzji stwarzają realne zagrożenie dla stabilności rynku farmaceutycznego. Zagrożone jest też bezpieczeństwo pacjentów i sprawne funkcjonowanie aptek. W konsekwencji to aptekarze ponoszą koszty, także finansowe, chaosu towarzyszącego wejściu w życie nowych rozporządzeń refundacyjnych.

Przypominam też, iż 16 grudnia 2010 r. wystosowałem do Pani Minister pismo, w którym w imieniu Naczelnej Rady Aptekarskiej wyraziłem stanowisko, że nowe wykazy cen urzędowych hurtowych i detalicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych powinny wejść w życie w dniu 1 stycznia 2011 r. i powinny zawierać ceny uwzględniające wzrost stawki podatku od towarów i usług (VAT). Brak wzrostu cen stanowiłby bowiem naruszenie zasady neutralności, stanowiącej jedną z najważniejszych zasad podatku od wartości dodanej. Na to pismo do tej pory nie otrzymałem odpowiedzi.



dr GRZEGORZ KUCHARIEWICZ

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej



POSIEDZENIE NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ

Ostatnie w ubiegłym roku posiedzenie Naczelnej Rady Aptekarskiej w Warszawie odbyło się w dniu 21 grudnia 2010 roku. Prowadził je Prezes NRA, dr Grzegorz Kucharewicz, który zapoznał członków NRA z ostatnimi działaniami Sejmu RP w sprawie tzw. „ustawy refundacyjnej”. Ze względu na wybory samorządowe, Komisja Zdrowia zebrała się tylko raz, wyłaniając ze swojego grona podkomisję do prac w tej sprawie. Prace podkomisji zostały opóźnione ze względu na dymisję prowadzącego ten temat wiceministra Marka Twardowskiego. Wznowienie działań planowane jest w styczniu 2011 roku.

Najważniejszymi tematami posiedzenia były: przegłosowanie ostatecznej wersji stanowiska NRA w sprawie stałych cen refundowanych środków leczniczych na każdym etapie ich obrotu (produkcja, hurt, cena apteczna, odpłatność pacjenta), przyjęcie provizorium budżetowego na rok 2011a także wstępny plan pracy Naczelnej Rady Aptekarskiej oraz terminy posiedzeń.

Budżet roku 2011 wiąże się przede wszystkim z planowanymi na ten rok obchodami 20-lecia samorządu aptekarskiego i Ogólnopolskiego Dnia Aptekarza a także organizacją VI Krajowego Zjazdu Aptekarzy (sprawozdawczo-wyborczego) w styczniu roku 2012. Wszystkie te spotkania będą wymagały wdrożenia oszczędności w codziennej działalności NRA.

Dyskusję budżetową wzbudziło finansowanie przez NRA działalności portalu e-dukcja, prowadzącego kursy internetowe dla aptekarzy w ramach szkolenia ciągłego - ze względu na ważkość tej działalności, postanowiono o wprowadzeniu dofinansowania do budżetu na poziomie roku 2010.

Członkowie NRA przyjęli też proponowane przez izby okręgowe kandydatury zasłużonych farmaceutów do odznaczeń państwowych oraz sprawozdanie z VI Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Farmaceutów, która odbyła się w Warszawie w listopadzie br.

Członek Naczelnej Rady Aptekarskiej
mgr farm. Lidia Czyż



UCHWAŁA Nr V/104/2010
NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ

z dnia 21 grudnia 2010 r.

w sprawie stanowiska Naczelnej Rady Aptekarskiej dotyczącego sposobu kształtowania cen, marż i odpłatności pacjentów w przypadku refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Na podstawie art. 39 pkt 11 i 12 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (t. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 856, z późn. zm.), Naczelna Rada Aptekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Naczelna Rada Aptekarska opowiada się za wprowadzeniem do polskiego porządku prawnego regulacji gwarantujących:

- 1) sztywne ceny na wszystkich poziomach obrotu refundowanymi produktami leczniczymi, tj. sztywne ceny zbytu, sztywne ceny hurtowe i sztywne ceny detaliczne na refundowane produkty lecznicze;
- 2) sztywne marże na refundowane produkty lecznicze;
- 3) jednakową odpłatność pacjentów za refundowane produkty lecznicze we wszystkich aptekach.

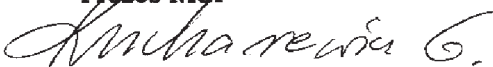
§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRA


mgr Janina MAŃKO

Prezes NRA


dr Grzegorz KUCHARWICZ

Informacja

Departamentu Spraw Zagranicznych NRA

**Marże apteczne na leki refundowane w krajach członkowskich UE
oraz wpływ zapisów w projekcie ustawy refundacyjnej
na wysokość marży realizowanej na leki refundowane w polskich aptekach**

W większości krajów europejskich podstawowym źródłem przychodów apteki jest marża detaliczna, którą apteka realizuje przy wydawaniu leków. Najczęściej jest to **marża degresywna**, czasami w połączeniu z opłatą stałą.

Liczba przedziałów cenowych w tabelach marż degresywnych w poszczególnych krajach członkowskich UE jest dość zróżnicowana:

- a) **4 lub mniej** przedziałów cenowych
Bułgaria, Francja, Hiszpania, Szwecja, Wielka Brytania
- b) **od 5 do 9** przedziałów cenowych
Czechy, Estonia, Finlandia, Węgry, Włochy, Łotwa, Litwa, Rumunia
- c) **10 lub więcej** przedziałów cenowych
Austria, Polska, Słowenia

W niektórych krajach Unii Europejskiej **marża apteczna** ma charakter **liniowy**. Takie rozwiązanie zostało przyjęte np. w Grecji, na Cyprze, w Luksemburgu i w Portugalii.

W zdecydowanej większości krajów członkowskich UE **średnia marża na leki refundowane wynosi powyżej 20%**:

kraj	średnia marża apteczna na leki refundowane
Austria	29,8%
Belgia	26,0%
Bułgaria	21,0%
Estonia	23,0%
Finlandia	23,6%
Francja	24,0%
Grecja	35,0%
Hiszpania	27,9%
Łitwa	14,0%
Luksemburg	48,0%
Łotwa	21,0%
Niemcy	24,0%
Norwegia	17,5%
Polska	16,0 %
Portugalia	25,0%
Rumunia	22,0%
Słowacja	21,0%
Szwecja	21,3%
Włochy	34,0%
Węgry	19,5%

Źródło: 1) PGEU – PGEU Database – Economics Working Group

2) EMINET – The Pharmaceutical Distribution Chain in the European Union:
Structure and Impact on Pharmaceutical Prices. (October 2010)

3) ÖBIG - Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen

Ponadto - w większości krajów UE - apteki uzyskują dodatkowo **rabat od hurtowni** – najczęściej na poziomie kilku procent. W Wielkiej Brytanii i w Holandii apteki muszą przekazać część rabatu uzyskanego od hurtowni do refundatora.

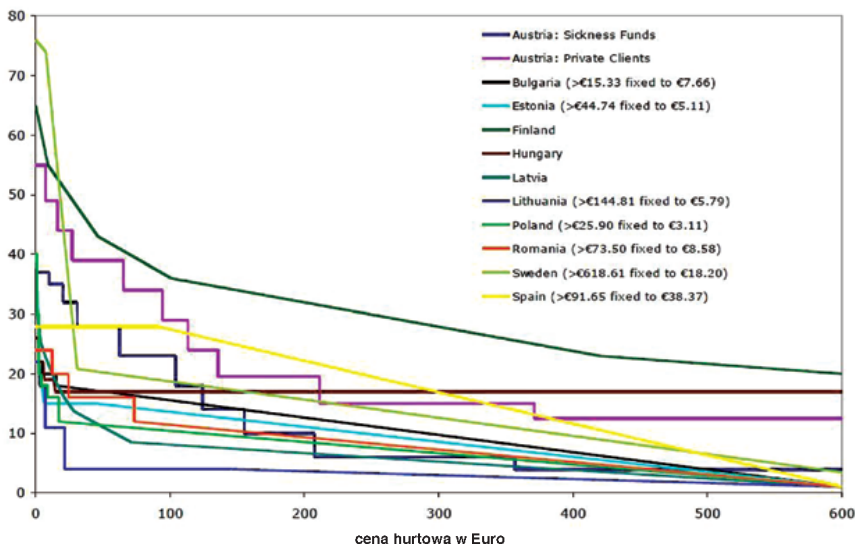
W niektórych krajach europejskich apteka otrzymuje **stałą opłatę** za wydawane leki, której towarzyszy niewielka marża liniowa. Najczęściej stała opłata wynosi ok. 5,00 Euro za każde wydane opakowanie, a marża liniowa określona została na poziomie 3%. Takie rozwiązanie obowiązuje od 2004r. w Niemczech i od 1 stycznia 2010r. w Belgii. Bardziej złożone systemy opłaty stałej obowiązują w Wielkiej Brytanii oraz w Danii. W najbliższym czasie system opłaty stałej zostanie wprowadzony we Włoszech, prace w tym kierunku podjęte też zostały we Francji.

Zastąpienie marży aptecznej przez system opłaty stałej ma wiele zalet:

- uniezależnia przychody apteki od cen wydawanych leków
- stymuluje wydawanie tańszych odpowiedników
- stała opłata stanowi zapłatę nie tylko za wydanie leku, ale również za porady fachowe udzielane w aptece
- wprowadzenie opłaty stałej umożliwia refundację opieki farmaceutycznej w przyszłości

System naliczania marży aptecznej tylko do limitu refundacji nie jest stosowany w żadnym kraju członkowskim Unii Europejskiej.

Na wykresie poniżej przedstawione zostało graficzne porównanie tabel aptecznych marż degresywnych obowiązujących w wybranych krajach Unii Europejskiej.



Wykres 1: Porównanie marż aptecznych w wybranych krajach UE

Źródło: EMINET – *The Pharmaceutical Distribution Chain in the European Union: Structure and Impact on Pharmaceutical Prices. (October 2010)*

Analiza wykresu wskazuje wyraźnie, że w grupie porównywanych krajów **marża apteczna na leki refundowane w Polsce należy do najniższych**. Dla leków o cenie hurtowej w przedziale 0 – 50 Euro marża apteczna jest niższa tylko na Litwie.

Zawarta w projekcie ustawy refundacyjnej propozycja naliczania marży aptecznej tylko do poziomu limitu refundacji spowoduje, że realna marża apteczna na leki refundowane w Polsce **będzie najniższa w Europie!**

Na podstawie zawartej w projekcie tabeli marż degresywnych oraz danych przekazanych przez IMS można stwierdzić, że średnia marża na leki refundowane w Polsce spadłaby **do poziomu 12%**.

Wbrew zapowiedziom Ministerstwa Zdrowia będzie to miało **katastrofalne skutki dla polskich aptek!**

Poniżej przedstawione zostały **wyliczenia spadku wartości marży** realizowanej na leki refundowane w polskich aptekach w oparciu o dane przekazane przez IMS.

apteki	marża obecna	marża do limitu	różnica
Miejskie (przy ulicy, centrum handlowym)	157 625,00 zł	116 337,00 zł	-41 288,00 zł
Przy ośrodku zdrowia	170 057,00 zł	124 628,00 zł	-45 428,00 zł
Osiedlowe	120 570,00 zł	87 815,00 zł	-32 755,00 zł
Wiejskie	78 096,00 zł	55 893,00 zł	-22 202,00 zł

Tabela 2: **Roczna** kwota marży na leki refundowane na jedną aptekę
(kwoty netto w okresie od 04/2009 do 03/2010)

Źródło: IMS

Na podstawie powyższej tabeli można stwierdzić, że wartość **marży na leki refundowane** realizowanej w ciągu roku w przeciętnej polskiej aptece wynosi obecnie około 130 tys. zł, co daje kwotę około **11 tys. zł miesięcznie**.

Na kwotę tą składają się:

- marża wynikająca z urzędowej tabeli marż (16%),
- rabat od hurtowni na leki refundowane (przeciętnie 6 – 8%).

Rabat udzielany aptekom przez hurtownie na leki refundowane stanowi istotne uzupełnienie marży aptecznej w warunkach bardzo niskiej marży wynikającej z urzędowej tabeli marż. W wielu przypadkach stanowi około 30% całkowitej marży realizowanej na leki refundowane w aptece.

Projekt ustawy refundacyjnej przekazany do Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej zawiera zapisy, które w bardzo dużym stopniu obniżą marżę apteczną na leki refundowane w wyniku:

- braku możliwości uzyskania rabatu od hurtowni na leki refundowane,
- naliczania marży aptecznej tylko do limitu refundacji - na podstawie wartości przedstawionych w tabeli 2 można stwierdzić, że obniży poziom marży o około ¼, w efekcie przyjęcia takiego rozwiązania średnia marża wynikająca z urzędowej tabeli marż spadnie z poziomu 16% do poziomu 12% - czyli wartości najniższej w Europie!

Konsekwencje tych zapisów przedstawione zostały w tabeli poniżej. Do obliczeń przyjęta została wartość **obrotu lekami refundowanymi** w przeciętnej polskiej aptece na poziomie **50 tys. zł miesięcznie** i przeciętny **rabat od hurtowni** na poziomie **6%**.

przed / po zmianach	obróć lekami refundowanymi	marża wynikająca z tabeli marż	rabat od hurtowni (6%)	marża całkowita
Obecnie	50 000,00 zł	8 000,00 zł	3 000,00 zł	11 000,00 zł
Projekt ustawy refundacyjnej	50 000,00 zł	6 000,00 zł	0,00 zł	6 000,00 zł
Różnica		-2 000,00 zł	-3 000,00 zł	-5 000,00 zł

Tabela 3: **Miesięczne** straty marży na leki refundowane w przeciętnej aptece
po wprowadzeniu zapisów projektu ustawy refundacyjnej

Na podstawie przedstawionych obliczeń można stwierdzić, że po wprowadzeniu zmian zawartych w projekcie ustawy refundacyjnej **marża realizowana na leki refundowane w przeciętnej polskiej aptece obniży się o około 5 000,00 zł miesięcznie!** Zostanie ona obniżona o około 50% w stosunku do marży realizowanej obecnie.

Strata na poziomie 5 tys. zł miesięcznie będzie miała **katastrofalne skutki dla polskich aptek. Według IMS** przyjęcie proponowanych rozwiązań doprowadzi do zamknięcia nawet 40% aptek – co w praktyce oznaczałoby **likwidację około 4000 aptek!** Większość z likwidowanych aptek będą stanowiły **niezależne apteki prowadzone przez aptekarzy**. Kondycja ekonomiczna wielu pozostałych aptek znacznie się pogorszy. Trudno sobie wyobrazić, aby w takich warunkach apteki miały możliwości na zwiększanie poziomu prowadzonej opieki farmaceutycznej.

Można się też spodziewać, że w warunkach bezwzględnej walki o przetrwanie liczne zjawiska patologiczne w dystrybucji leków refundowanych w Polsce jeszcze się pogłębią. Zapisy zawarte w projekcie ustawy refundacyjnej **nie wyeliminują agresywnej walki konkurencyjnej między aptekami w zakresie leków refundowanych**. Eksperci rynku farmaceutycznego twierdzą, że duże sieci apteczne znajdą też sposób na uzyskanie od producentów rabatów na leki refundowane. W warunkach braku całkowitego zakazu reklamy aptek agresywne działania marketingowe dotyczące leków refundowanych **zostaną jedynie dostosowane do zmienionych warunków**.

Takie propozycje zawarte w projekcie ustawy refundacyjnej są całkowicie niezrozumiałe w kontekście zmian zachodzących w wielu krajach europejskich, w których dąży się do wzmocnienia pozycji aptek i poprawy ich kondycji ekonomicznej. Ważnym czynnikiem warunkującym te zmiany są procesy demograficzne zachodzące w społeczeństwach europejskich. W warunkach szybko rosnącej ilości pacjentów powyżej 65 r.z., którzy stosują wiele leków w ciągu roku, apteki stają się coraz ważniejszym elementem systemów ochrony zdrowia. Jednak dla zapewnienia wysokiego poziomu opieki farmaceutycznej konieczna jest odpowiednia stabilność ekonomiczna.

Dobrym przykładem w tym zakresie jest **zwiększenie poziomu marży aptecznej w Portugalii** w maju 2010r. (marże apteczne liczone od cen hurtowych).

marże	przed 2005r.	2005r. – 2007r.	2007r. – 2010r.	od maja 2010r.
hurtowe	8,00%	7,45%	6,87%	8,00%
apteczne	25,00%	23,68%	22,32%	25,00%

Tabela 4: Zmiany poziomu marż hurtowych i aptecznych na leki refundowane w Portugalii

Źródło: ANF (Associacao Nacional das Farmacias)

Portugalia stanowi od kilku lat bardzo interesujący przykład dla wielu krajów europejskich stałego zwiększania zakresu usług farmaceutycznych oferowanych w aptekach. Niezależne agencje przeprowadziły ekonomiczną ocenę tych zmian i wykazały, że są one bardzo korzystne dla systemu ochrony zdrowia w Portugalii.

Na podstawie przedstawionych danych i obliczeń można stwierdzić, że zaproponowany przez Ministerstwo Zdrowia w projekcie ustawy refundacyjnej system naliczania marż aptecznych spowoduje katastrofę ekonomiczną wielu tysięcy aptek w Polsce. **Konieczne są zmiany w projekcie tej ustawy, które przynajmniej zapewniłyby obecny poziom realizowanej marży na leki refundowane.**

Oczywiście kompleksowa ocena roli aptek w systemie ochrony zdrowia w Polsce powinna skłaniać Ministerstwo Zdrowia do wzmocnienia stabilności ekonomicznej aptek. Jest to kierunek zmian, którego oczekuje całe środowisko aptekarskie!

Wrocław 29.12.2010r.

Tabele marż na leki refundowane w wybranych krajach UE

Austria

Tabela marż na leki refundowane w Austrii

cena hurtowa w €	marża det. liczona od ceny hurt.	cena det. w €	marża det. liczona od ceny det.
0.00-10.00	37.0	-	27.0
10.01-10.15	-	13.70	-
10.16-20.00	35.0	-	25.9
20.01-20.45	-	27.00	-
20.46-30.00	32.0	-	24.2
30.01-30.94	-	39.60	-
30.95-60.00	28.0	-	21.9
60.01-62.44	-	76.80	-
62.45-100.00	23.0	-	18.7
100.01-104.24	-	123.00	-
104.25-120.00	18.0	-	15.3
120.01-124.21	-	141.60	-
124.22-150.00	14.0	-	12.3
150.01-155.45	-	171.00	-
155.46-200.00	10.0	-	9.1
200.01-207.55	-	220.00	-
207.56-350.00	6.0	-	5.7
350.01-357.07	-	371.00	-
powyżej 357,08	3.9	-	3.8

Źródło: Rozp. ws marż, 30 grudnia 2003r.

Belgia

Tabela marż na leki refundowane w Belgii, która obowiązywała do 31 grudnia 2009r.

cena det. w €	marża detaliczna liczona od ceny det.	marża maksymalna
0.00-38.97	31%	€ 7,44
38.98-62.98	31% z pierwszych 24€+ 2.32% z (cena det. - 24€)	nie dotyczy
> 62.98	31% z pierwszych 24€+ 2.61% z (cena det. - 24€)	nie dotyczy

Źródło: RIZIV / INAMI

Od 1 stycznia 2010r. marża apteczna została zastąpiona opłatą stałą za wydawane leki w wysokości 5,00 Euro za każde wydane opakowanie plus marża liniowa wynosząca 3% ceny leku.

Bulgaria

Tabela marż na leki refundowane w Bulgarii

cena producenta w BGN / €	marża hurt. liczona od ceny producenta	marża apteczna liczona od ceny hurtowej
BGN 0.01 / € 0.005 – BGN 7.00 / € 3.58	10% 0.0055 – 3.94 €	28% 0.0064 – 4.58 €
BGN 7.01 / € 3.59 – BGN 30.00 / € 15.34	9% 3.91 – 16.72 €	25% 4.49 – 19.17 €
> BGN 30.01 / € 15.35	7 % 32.11 € (nie więcej, niż +15 BGN)	20% 36.01 € (nie więcej, niż 30 BGN)

Źródło: Rozp. Rady Ministrów N257 / 2004 (OJ 87, 2004)

Estonia

Tabela marż na leki refundowane w Estonii

cena hurtowa w EEK/€	marża det. liczona od ceny hurtowej (%)	Stała opłata w EEK/€
Up to EEK 10.00 / € 0.64	0	EEK 6 / € 0.38
EEK 10.01-20.00 / € 0.64-1.28	40	EEK 6 / € 0.38
EEK 20.01-30.00 / € 1.28-1.92	35	0
EEK 30.01-40.00 / € 1.92-2.56	30	0
EEK 40.01-50.00 / € 2.56-3.19	25	0
EEK 50.01-100.00 / € 3.19-6.39	20	0
EEK 100.01-700.00 / € 6.38-44.74	15	0
Over EEK 700.00 / € 44.74	0	EEK 80 / € 5.11

Źródło:

www.sm.ee/eng/HtmlPages/ravimitejuurdehindlusedtõlkimiseksEN_ok_ED_C/Sfile/ravimitejuurdehindlusedtõlkimiseksEN_ok_ED_C.doc

Finlandia

Tabela marż na leki refundowane w Finlandii

cena hurtowa w €	marża det. liczona od ceny hurt.
0 – 9.25 €	1.5 x cena hurt. + 0.50 €
9.26 – 46.25 €	1.4 x cena hurt. + 1.43 €
46.26 – 100.91 €	1.3 x cena hurt. + 6.05 €
100.92 – 420.47 €	1.2 x cena hurt. + 16.15 €
powyżej 420.47 €	1.125 x cena hurt. + 47.68 €

Źródło: Rozp. ws marż aptecznych (1087 / 2002)

Francja

Tabela marż na leki refundowane we Francji

cena producenta w €	marża hurtowa	marża apteczna
0 € - 22,90 €	9,93 %	26,1 %
22,91 € - 150,00 €	6,0 %	10,0 %
> 150,00 €	2,0 %	6,0 % plus stała opłata 0,53€ za każde wydane opakowanie leku

Źródło: CNAMTS

Hiszpania

Tabela marż na leki refundowane w Hiszpanii

cena producenta w €	marża hurtowa liczona od ceny hurt.	marża detaliczna liczona od ceny det.
0,00 € - 91,63 €	7,6 %	27,9 %
> 91,63 €	7,54 €	38,37 €

Źródło: Royal Decree 823/2008

Litwa

Tabela marż na leki refundowane na Litwie

cena hurtowa w LTL / €	marża apteczna liczona od ceny hurtowej (%)
poniżej LTL 8.19 / € 2.37	22
od LTL 8.20 / € 2.38 do LTL 10.00 / € 2.89	LTL 1.80 / € 0.52
od LTL 10.01 / € 2.90 do LTL 15.28 / € 4.42	18
od LTL 15.29 / € 4.43 do LTL 25.00 / € 7.24	LTL 2.75 / € 0.80
od LTL 25.01 / € 7.25 do LTL 27.28 / € 7.90	11
od LTL 27.29 / € 7.91 do LTL 75.00 / € 21.72	LTL 3.00 / € 0.87
od LTL 75.01 / € 21.73 do LTL 500.00 / € 144.81	4
powyżej LTL 500.00 / € 144.81	LTL 20.00 / € 5.79

Źródło: Rozp. Nr 459 Ministerstwa Zdrowia Republiki Litwy, 12 sierpnia 2000r.

Łotwa

Tabela marż na leki refundowane na Łotwie

cena hurtowa w LVL / €	współczynnik marży liczony od ceny hurt.	dotatkowa opłata stała w LVL / €
do 0.99 LVL / € 1.41	1.30	0.00 LVL / € 0.00
od 1.00 LVL / € 1.42 – 1.99 LVL / € 2.83	1.25	0.05 LVL / € 0.07
od 2.00 LVL / € 2.84 – 2.99 LVL / € 4.25	1.20	0.15 LVL / € 0.21
od 3.00 LVL / € 4.26 – 4.99 LVL / € 7.10	1.17	0.30 LVL / € 0.43
od 5.00 LVL / € 7.11 – 9.99 LVL / € 14.21	1.15	0.40 LVL / € 0.57
od 10.00 LVL / € 14.22 – 14.99 LVL / € 21.33	1.10	0.90 LVL / € 1.28
od 15.00 LVL / € 21.34 – 19.99 LVL / € 28.44	1.07	1.35 LVL / € 1.92
od 20.00 LVL / € 28.45 – 49.99 LVL / € 71.13	1.05	1.75 LVL / € 2.49
powyżej 50.00 LVL / € 71.14	1.00	4.25 LVL / € 6.05

Źródło: Rozp. Rady Ministrów Republiki Łotwy Nr 899 z 31 Października 2006r.

Norwegia

Tabela marż na leki refundowane w Norwegii

cena hurtowa w NCU / €	marża detaliczna liczona od ceny hurtowej	dotatkowa opłata stała za każde opakowanie
NOK 0-200 / € 25	8 %	NOK 21.50 / € 2.7
od NOK 200 / € 25	5 %	NOK 21.50 / € 2.7

Źródło: NoMA

Węgry

Tabela marż na leki refundowane na Węgrzech

cena hurtowa w HUF / €	marża det. liczona od ceny hurt. lub stała kwota
do HUF 500 / € 2.02	26%
od HUF 501 / € 2.03 – do HUF 590 / € 2.38	HUF 130 / € 0.52
od HUF 591 / € 2.04 – do HUF 1500 / € 6.05	22%
od HUF 1501 / € 6.06 – do HUF 1737 / € 7.00	HUF 330 / € 1.33
od HUF 1738 / € 7.01 – do HUF 3500 / € 14.11	19%
od HUF 3501 / € 14.12 – do HUF 3911 / € 15.77	HUF 665 / € 2.68
od HUF 3912 / € 15.78 – do HUF 5000 / € 20.16	17%
od HUF 5001 / € 20.17	HUF 850 / € 3.43
średnia marża	19.46% ¹

Źródło: Rozp. Min. Zdrowia 19/2001, 2001r.

Włochy

Tabela marż na leki refundowane we Włoszech

cena det. brutto w €	marża apteczna det. liczona jako % od ceny det. netto	rabat apteczny liczony jako % od ceny det. netto	efektywna marża apteczna liczona jako % od ceny det. netto
apteki w miastach o całkowitym rocznym obrocie z ubezpieczycielem < 258.228€			
<25.82	26.70	1.50	25.20
25.83 – 51.65	26.70	2.40	24.30
51.66 – 103.28	26.70	3.60	23.10
103.29 – 154.94	26.70	5.00	21.70
ponad 154.94	26.70	7.60	19.10
apteki w miastach o całkowitym rocznym obrocie z ubezpieczycielem > 258.228€			
<25.82	26.70	3.75	22.95
25.83 – 51.65	26.70	6.00	20.70
51.66 – 103.28	26.70	9.00	17.70
103.29 – 154.94	26.70	12.50	14.20
ponad 154.94	26.70	19.00	7.70
apteki na obszarach wiejskich o całkowitym rocznym obrocie z ubezpieczycielem < 387.342€			
<25.82	26.70	1.50	25.20
25.82 – 51.64			
51.65 – 103.28			
103.29 – 154.93			
ponad 154.94			
apteki na obszarach wiejskich o całkowitym rocznym obrocie z ubezpieczycielem > 387.342€			
<25.82	26.70	3.75	22.95
25.83 – 51.65	26.70	6.00	20.70
51.66 – 103.28	26.70	9.00	17.70
103.29 – 154.94	26.70	12.50	14.20
ponad 154.94	26.70	19.00	7.70

ubezpieczyciel = odpowiednik naszego NFZ

Źródło: Ustawa finansowa 2003r.

Koordynator Departamentu Spraw Zagranicznych NRA

mgr farm. Piotr Bohater



Naczelna Izba Aptekarska

Warszawa, dnia 16 grudnia 2010r.

L. dz. P-343/2010

Pani Ewa KOPACZ**Minister Zdrowia***Szanowna Pani Minister!*

W związku z kierowanymi do Naczelnej Izby Aptekarskiej sygnałami wskazującymi na otwieranie nowych kierunków studiów kształcących „specjalistów” w dziedzinach niejednoznacznie sprecyzowanych oraz mogących wstępować w uprawnienia zagwarantowane dla innych zawodów, w szczególności w uprawnienia farmaceutów, proszę Panią Minister o skontrolowanie podstaw działania i kształcenia w Wyższej Szkole Teologiczno-Humanistycznej oraz w Wyższej Szkole Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych (w załączeniu ulotka reklamowa).

Jak wynika bowiem z ofert adresowanych do przyszłych słuchaczy, propozycja kształcenia kierowana jest do techników farmaceutycznych, umożliwiając im uzyskanie po ukończeniu nauczania tytułu licencjata, a następnie - po skończeniu nauczania II stopnia - tytułu magistra.

Atrakcyjność szkolenia ma polegać na tym, że opiera się ono na systemie edukacji w USA oraz, jak wskazuje oferta, na wyjątkowej pozycji uczelni WSTH, która jako podlegająca ustawie konkordatowej wyłączona jest spod ustawy o szkolnictwie wyższym.

Proponowane kierunki kształcenia stanowią propozycję specjalności dla techników farmaceutycznych w ramach programów prozdrowotnych w obszarze socjoterapii i doradztwa pedagogicznego.

Zwracamy uwagę, że tak sformułowana oferta może sugerować, że ukończenie szkolenia wzmocni formalnie pozycję technika farmaceutycznego w aptece, co nie jest prawdą.

Ukończenie przez nich studiów w szkole wyższej w żadnym zakresie nie przyczynia się do zwiększenia ich uprawnień technik farmaceutycznego.

Nawiązując już do przekazanej Pani Minister korespondencji pragnę jeszcze raz podkreślić, że jedynie farmaceuta z mocy ustawy uprawniony jest do wykonywania wszystkich czynności przynależnych zawodowi farmaceuty, a polegających m.in. na sporządzaniu farmaceutycznej formy produktu leczniczego, wytwarzaniu i testowaniu produktów leczniczych, ocenie jakości, udzielaniu informacji i porad dotyczących działania i stosowania produktów leczniczych, sprawowaniu opieki farmaceutycznej, kierowaniu apteką a nawet współuczestniczeniu w nadzorze nad gospodarką lekami czy też współudziale w badaniach klinicznych prowadzonych w szpitalu.

Nadanie tak szerokich uprawnień tej grupie zawodowej, związane jest z kwalifikacjami które farmaceuta nabywa w drodze stosownego kształcenia. Minimalne wykształcenie dla farmaceuty określa dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

Zgodnie z tą dyrektywą minimalne wykształcenie uprawniające w krajach Unii Europejskiej do świadczenia usług farmaceutycznych to odbycie kształcenia trwającego co najmniej pięć lat na uniwersytecie lub w szkole wyższej o statusie uznanym za równorzędny i obejmującego co najmniej cztery lata kształcenia teoretycznego i praktycznego w pełnym wymiarze godzin w szkole wyższej oraz sześciomiesięczna praktyka w aptece. Dopiero odbycie takiego szkolenia daje gwarancję, że osoba mu podlegająca posiada umiejętności i wiedzę niezbędną do udzielania usług farmaceutycznych w zakresie wydawania produktów ich wytwarzania i testowania oraz wiedzę dotyczącą ich działania i stosowania.

Nie wydaje się budzić żadnych wątpliwości, że kwalifikacje nabyte przez farmaceutę zgodnie z wymogami prawa polskiego, dają gwarancje świadczenia usług farmaceutycznych na najwyższym poziomie, co z kolei zapewnia bezpieczeństwo pacjentom na rzecz których usługi te są świadczone.

Nie może również budzić wątpliwości, że kwalifikacje posiadane przez farmaceutę nie mogą, z uwagi na inny zakres kształcenia być porównywane z wykształceniem posiadanym przez inne grupy zawodowe trudniące się wydawaniem produktów leczniczych w tym nabywane w drodze szkolenia proponowanego przez Wyższą Szkołę Teologiczno-Humanistyczną oraz Wyższą Szkołę Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych.

Jak wielokrotnie podkreślano, kształcenie w trybie licencjackim i to na kierunku bardzo luźno związanym z czynnościami zawodowymi technika farmaceutycznego nadal ugruntowywać będzie funkcjonowanie na rynku osób, które wykonując usługi farmaceutyczne nie posiadają nawet minimalnego wykształcenia uprawniającego ich do świadczenia tych usług w świetle przepisów Unii Europejskiej.

Z poważaniem
Prezes
Naczelnej Rady Aptekarskiej
G. Kucharewicz
Grzegorz Kucharewicz



O KATASTROFALNYM STANIE POLSKIEGO APTEKARSTWA NA SPOTKANIU INDYWIDUALNYCH WŁAŚCICIELI APTEK I PREZESA NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ W GŁÓWNYM INSPEKTORACIE FARMACEUTYCZNYM

● Przedstawiciele indywidualnych właścicieli aptek, zatroskani katastrofalną sytuacją na rynku aptecznym oraz zaniepokojeni stanem polskiego aptekarstwa, spotkali się z zastępcą Głównego Inspektora Farmaceutycznego Zbigniewem Niewójtem. W skład delegacji reprezentującej indywidualnych aptekarzy weszła Maria Kuciak, farmaceutka z Dobrego Miasta w Olsztyńskim i Piotr Korzeniowski, aptekarz z Piotrkowa Trybunalskiego. Do udziału w spotkaniu aptekarze zaprosili też dr. Grzegorza Kucharewicza, prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej.

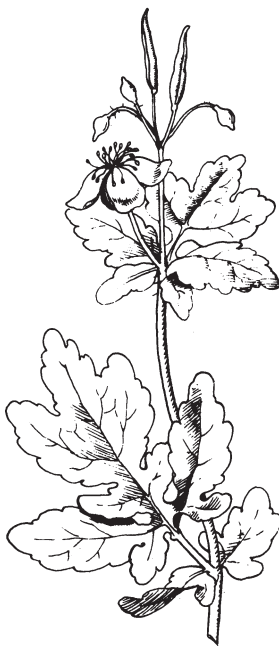
Wśród głównych problemów, jakie trapią indywidualnych aptekarzy, wymieniono między innymi agresywną reklamę aptek i leków oraz pogarszającą się kondycję finansową aptek. Wskazano na konieczność przyspieszenia prac legislacyjnych nad projektem ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Aptekarze podkreślili, że dopiero ustawowe wprowadzenie sztywnych cen na leki refundowane na wszystkich poziomach i odpłatności za te leki zagwarantuje wyeliminowanie patologii niszczących polskie aptekarstwo.

W trakcie spotkania poruszono wiele spraw związanych z projektem tzw. ustawy refundacyjnej. Przedstawiciele indywidualnych właścicieli aptek zdecydowanie poparli uwagi zgłoszone przez Naczelną Radę Aptekarską do tego projektu. Jednoznacznie opowiedzieli się za zmianą tabeli marż aptecznych i sposobu ich naliczania. Przeciwni są też umowom z Narodowym Funduszem Zdrowia. Nic nie uzasadnia, by podpisywać je z aptekami. „Nie jesteśmy świadczeniodawcą. Oczekujemy jedynie na zwrot zainwestowanych pieniędzy za wydane pacjentom leki refundowane” - oświadczyli aptekarze. Umowy z NFZ wzmacniają tylko władzę urzędników. Projekt zakłada rozwiązanie niekonstytucyjne, nieefektywne, wysoce biurokratyczne. Aptekarze poparli także żądanie NRA, dotyczące zmiany zapisów regulujących odpowiedzialność za recepty wystawiane przez lekarzy. Po raz kolejny aptekarze obarczani są odpowiedzialnością za nie swoje błędy. Jeśli lekarz źle wypisze receptę, to całkowicie odpowiada za nią aptekarz, któremu NFZ odmawia zwrotu pieniędzy za wydane leki refundowane. Ta asymetria odpowiedzialności budzi ostry sprzeciw środowiska aptekarskiego.

Reprezentanci indywidualnych właścicieli aptek wskazali też na konieczność szybkiej nowelizacji ustawy Prawo farmaceutyczne. Podkreślili, że znowelizowana ustawa musi wprowadzić całkowity zakaz reklamowania aptek ogólnodostępnych i leków, a także kryteria geograficzne i demograficzne. Aptekarze przypomnieli, że Europejski Trybunał Sprawiedliwości w orzeczeniu z 1 czerwca 2010 r. uznał, iż ustanowienie przez państwo członkowskie Unii Europejskiej limitów o charakterze demograficznym i geograficznym nie jest niezgodne z prawem wspólnotowym, a zapewnia najwyższy poziom obsługi i bezpieczeństwa pacjenta. Aptekarze zwrócili też uwagę, że zgodnie z orzeczeniem ETS z 19 maja 2009 r. nie jest sprzeczny z prawem unijnym zgłaszany od wielu lat przez Naczelną Izbę Aptekarską postulat wprowadzenie przepisów stanowiących, iż wyłącznie farmaceuta może prowadzić aptekę (zasada „apтека dla aptekarza”).

Naczelna Izba Aptekarska od wielu lat domaga się zarówno całkowitego zakazu reklamowania się aptek i produktów leczniczych, jak i wprowadzenia wspomnianych wyżej limitów, które należałoby uwzględniać przy wydawaniu zezwoleń na otwieranie nowych aptek. (ej)

BIURO PRASOWE NIA



Stanowisko GIF w sprawie sprzedaży leków na Allegro przedstawione w piśmie GIF-P-L-024/4-8/MZ/11 z dnia 19.01.2011r.

W związku z pojawiającymi się doniesieniami odnośnie planowanego uruchomienia przez serwis Allegro usługi polegającej na sprzedaży przez apteki za pośrednictwem strony internetowej www.allegro.pl produktów leczniczych o kategorii dostępności OTC, uprzejmie przedstawiam następujące stanowisko.

Warunki prowadzenia sprzedaży wysyłkowej leków określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2008 r. w sprawie warunków wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza (Dz. U. Nr 60, poz. 374).

Zgodnie z § 2 ust. 1 ww. rozporządzenia „Podstawą wydania produktu leczniczego z apteki ogólnodostępnej lub punktu aptecznego, zwanych dalej „placówkami”, w ramach wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych jest zamówienie złożone:

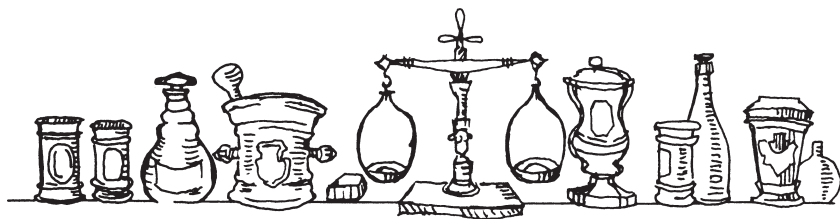
- 1) w miejscu prowadzenia placówki;
- 2) telefonicznie;
- 3) faksem;
- 4) za pomocą poczty elektronicznej;
- 5) za pomocą formularza umieszczonego na stronie internetowej placówki.”

Katalog ten enumeratywnie wymienia sposoby składania zamówienia na produkty lecznicze będące przedmiotem sprzedaży wysyłkowej.

Biorąc pod uwagę fakt, iż zamówienie będzie dokonywane za pośrednictwem Allegro nie będą spełnione warunki przewidziane dla zamówienia produktu leczniczego. Jak wskazuje § 2 ust. 1 pkt 5 ww. rozporządzenia, formularz zamówienia musi być umieszczony na stronie internetowej placówki (apteki albo punktu aptecznego), a nie na stronie internetowej pośrednika pomiędzy sprzedającym a kupującym jakim jest Allegro. Formularz taki musi również spełniać wymogi, o których mowa w § 2 ust. 2.

Podsumowując, stwierdzić należy, iż sprzedaż wysyłkowa produktów leczniczych, także tych o kategorii dostępności OTC, poprzez serwis internetowy Allegro w świetle obowiązujących przepisów jest niedopuszczalna. Cytowane rozporządzenie wskazuje na dopuszczalne formy składania zamówienia, żadna z tych form nie umożliwia kupującemu złożenia zamówienia poprzez stronę internetową pośrednika, jakim w tym przypadku będzie Allegro.

Mając powyższe na uwadze, proszę aby w trakcie kontroli w aptekach i punktach aptecznych zwracali Państwo uwagę czy działalność, o której mowa w przedmiotowym piśmie nie jest przez kontrolowanych przedsiębiorców prowadzona.



NFZ**Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia**

znak: NFZ/CF/DGL/2011/005/0005/K/01633/PAT

Warszawa, dnia 25.01.2011 r.

NRA - Warszawa
Wpłynęło dnia 26.01.2011 r.
I dz.
Podpis: *[signature]*

Pan
Grzegorz Kucharewicz
Prezes
Naczelnej Izby Aptekarskiej

Szanowny Panie Prezesie!

Informuję, że rozporządzenia Ministra Zdrowia:

- w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością;
- w sprawie limitów cen leków i wyrobów medycznych wydawanych świadczeniobiorcom bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością;
- w sprawie wykazu cen urzędowych hurtowych i detalicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych

zawierają pozycje o błędnych kodach EAN. Prawidłowe kody wymienione są w załączonym piśmie Ministra Zdrowia znak: MZ-PLB-460-8537-103/KKU/11. Proszę o przekazanie aptekom przedmiotowych informacji.

PREZES
Narodowego Funduszu Zdrowia

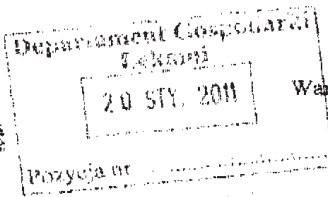
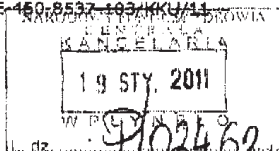
dr n. med. Jacek Paszkiewicz

Załączniki:

1. Pismo Ministra Zdrowia znak: MZ-PLB-460-8537-103/KKU/11.


MINISTER ZDROWIA

MZ-PL-450-8537-103/KU/11



Warszawa, dnia 2011-01-13

Pan
 Dr n. med. Jacek Puszkiewicz
 Prezes
 Narodowego Funduszu Zdrowia

Szanowny Panie Prezesie,

W związku z wejściem w życie z dniem 30 grudnia 2010 roku rozporządzeń Ministra Zdrowia:

- w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością
- w sprawie limitów cen leków i wyrobów medycznych wydawanych świadczeniobiorcom bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością
- w sprawie wykazu cen urzędowych hurtowych i detalicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych

uprzejmie informuję i proszę o poinformowanie jednostek podległych o oczywistej pomyłce pisarskiej w kodzie EAN produktów leczniczych

- Quentapil, 150 mg po 30 szt. jest 5909990718606, powinien być 5909990717606
- Quentapil, 150 mg po 60 szt. jest 5909990717661, powinien być 5909990717651
- Doresol 3, 3 mg po 20 tabl. jest 5909990018184, powinien być 5909990018154.

Z poważaniem,

Z upoważnienia
 MINISTRA ZDROWIA
 PODSEKRETARZ STANU

Adam Broneczek

Posiedzenie Podkarpackiej Okręgowej Rady Aptekarskiej

W dniu 21 stycznia 2011 roku odbyło się, poprzedzone posiedzeniem Prezydium, zebranie członków Podkarpackiej Okręgowej Rady Aptekarskiej. Obydwu posiedzeniom przewodniczył Prezes, doktor Aleksander Czarniawy.

Po przyjęciu porządku obrad, Prezydium omówiło zagadnienia przygotowane na posiedzenie PORA oraz sprawy bieżące.

Wraz z najbliższym numerem Biuletynu Informacyjnego, członkowie POIA otrzymają odznakę przynależności do Podkarpackiej Okręgowej Izby Aptekarskiej z prośbą o uwidocznienie jej w codziennej pracy zawodowej; doprecyzowano organizację ostatniego w tej kadencji zjazdu sprawozdawczego delegatów; omówiono zagadnienia wpłat składek członkowskich w różnych aspektach (wysokość, umorzenie, terminy wpłat); przyjęto do wiadomości treść pism ze starostw powiatowych w sprawie godzin czynności aptek, informacji o unieruchomieniu apteki przez jej właściciela w trybie odbiegającym od normy. Omówiono też zmiany w projekcie ustawy o izbach lekarskich dotyczących odwołań od orzecznictwa sądów aptekarskich.



W posiedzeniu PORA uczestniczyła pani Bożena Kloc, Kierownik Działu ds. Środków Pomocniczych i Przedmiotów Ortopedycznych POW NFZ, która omówiła sprawę zaopatrzenia pacjentów w aptekach w środki pomocnicze, przede wszystkim w pieluchomajtki.

Realizacja zleceń na wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi nie są podstawową działalnością apteki, właściciele obowiązani są do podpisywania oddzielnych umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Świadczeniodawca realizujący zlecenia z tego zakresu, finansowane ze środków publicznych, ponosi konsekwencje z tytułu wydania przedmiotu umowy osobie nieuprawnionej. Z tego powodu należy dochować należytej staranności na każdym etapie realizacji umowy (vide Komunikat dla Świadczeniodawców ... z dnia 22.12.2010 na stronie internetowej Izby).

Kolejnymi punktami programu posiedzenia PORA były: sprawozdanie z posiedzenia Naczelnej Rady Aptekarskiej; omówienie wizytacji Naczelnej Komisji Rewizyjnej; analiza zagadnień związanych z definitywnym zakończeniem pierwszego okresu edukacyjnego a także kalendarz spotkań farmaceutów-członków POIA w 2011 roku:

- 7.IV. br. - XXVI Zjazd Sprawozdawczy, Rzeszów,
14-17.VI. br. rejonowe zebrania aptekarzy-Rzeszów, Przemyśl, Krosno,
Tarnobrzeg,
3.X. br.- VI Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy POIA, Świlcza k/Rzeszowa,
26.X. br. obchody XX-lecia reaktywacji samorządu na Podkarpaciu,
Teatr im. W. Siemaszkowej w Rzeszowie.**

Rada też postanowiła o przyznaniu prawa wykonywania zawodu dla jednego farmaceuty oraz o przedłużeniu okresu edukacyjnego rozpoczętego w roku 2006 dla trzech osób.

Sekretarz
Podkarpackiej Okręgowej Rady Aptekarskiej
mgr farm. Lidia Czyż



Komunikat dla Świadczeniodawców realizujących zlecenia na wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi

(2010-12-22) Autor: Grażyna Hejda, Dyrektor Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z siedzibą w Rzeszowie

W nawiązaniu do pisma NFZ/CF/DSOZ/2010/075/1113/W/25250AWG z dnia 14 grudnia 2010 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie uprzejmie informuje, że w związku z art. 102 ust 5 pkt. 25 ustawy z dnia 27 sierpnia 2001 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DZ. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.) Narodowy Fundusz Zdrowia nie finansuje świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi, które zostały zrealizowane po zgonie świadczeniobiorcy. Świadczeniodawca realizujący zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze finansowane ze środków publicznych, ponosi konsekwencje z tytułu wydania przedmiotu umowy osobie nieuprawnionej czy też wydania przedmiotu osobie trzeciej po zgonie osoby dla której przedmiot był przeznaczony.

Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za realizację umowy i winien dochować należytej staranności wydając przedmioty objęte umową, sprawdzić czy osoba odbierająca działa w imieniu osoby uprawnionej i legitymuje się dowodem potwierdzającym umocowanie do działania jej imieniu, oraz posiadać wiedzę, iż następstwem zgonu osoby uprawnionej jest wygaśnięcie uprawnienia do otrzymania zaopatrzenia.



Samorząd Aptekarski

W ostatnim okresie na nowo rozgorzała szeroka dyskusja społeczna na temat samorządów zawodowych. Została ona wywołana wnioskiem Rzecznika Spraw Obywatelskich skierowanym do Trybunału Konstytucyjnego dotyczącym obowiązkowej przynależności do samorządów zawodowych oraz sankcji dożywotniego pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Przed wydaniem rozstrzygnięcia przez Trybunał Konstytucyjny różne osoby prywatnie oraz publicznie zastanawiały się nad celowością obowiązkowej przynależności do samorządów zawodowych.

Pojawiały się głosy za i przeciw. Każda ze stron miała swoje racje i przytaczała swoje argumenty. Ostatecznie, w zakresie obowiązkowej przynależności do samorządów zawodowych Rzecznik Praw Obywatelskich cofnął wniosek i w tym zakresie sprawę umorzono. Trybunał zajął się jedynie sprawą dożywotniego pozbawienia prawa wykonywania zawodu. W wyroku K 1/09 z dnia 18 października 2010r. stwierdził, iż przepisy ustaw o adwokatach, radcach prawnych, rzecznikach patentowych, pielęgniarkach i położnych, lekarzach weterynarii, które przewidują bezwzględną karę pozbawienia prawa wykonywania zawodu są sprzeczne z Konstytucją RP. W sprawie dotyczącej aptekarzy Trybunał uznał, iż przepis art. 46 ust. 1 pkt. 4 ustawy o Izbach Aptekarskich przewidujący możliwość orzekania przez Sąd Aptekarski kary „pozbawienia prawa wykonywania zawodu aptekarza” jest zgodny z Konstytucją RP. Trybunał wskazał, iż przepis ten nie reguluje kwestii powrotu do zawodu osoby ukaranej taką karą i dlatego nie jest sprzeczny z Konstytucją. Wobec braku rozstrzygnięć ustawowych w zakresie sposobu i terminu powrotu do zawodu osoby ukaranej karą pozbawienia prawa wykonywania zawodu, kwestia ta winna zostać samodzielnie rozstrzygnięta przez organy samorządowe.

Po cofnięciu części wniosku przez Rzecznika Praw Obywatelskich i wyroku Trybunału Konstytucyjnego stało się jasne, że podstawa działania samorządów zawodowych nie została podważona. Nadal jest nią art. 17 ust. 1 Konstytucji RP stanowiący: „W drodze ustawy można tworzyć samorzady zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytyim wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”.

Umocowanie konstytucyjne do tworzenia samorządów zawodowych nobilituje zawody zaufania publicznego. Jest ich zaledwie garstka. Ustawodawca obdarzył je jednak wielkim zaufaniem. Pozostawił w obrębie danego zawodu pieczę nad należytyim jego wykonywaniem. Oznacza to, że nie organy państwowe lecz organy samorządowe wyłaniane w drodze wyborów spośród przedstawicieli danego zawodu mają za zadanie czuwać nad całokształtem pracy zawodowej swoich członków. Organy samorządu są zobligowane jak

najlepiej wywiązywać się z przyjętych na siebie obowiązków. Powinny dbać o należyte zabezpieczenie interesów swoich członków, wskazywać na nieprawidłowości, czy wreszcie karać za naruszenie przepisów oraz etyki zawodowej.

Początek przynależności do samorządu aptekarskiego to obowiązkowy wpis na listę członków danej izby aptekarskiej, wpis do rejestru farmaceutów, przyznanie prawa wykonywania zawodu poprzedzone uroczystym ślubowaniem. Później, stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych w ramach szkoleń ciągłych organizowanych przez organy samorządowe i jednostki szkolące, weryfikowane przez powołane do tego zespoły. Kolejny ważny punkt to stwierdzanie przez Okręgową Radę Aptekarską rękojmi należytego wykonywania zawodu dla kandydata na stanowisko kierownika apteki. Wreszcie orzekanie w sprawach odpowiedzialności zawodowej farmaceutów za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz przepisami prawnymi dotyczącymi zawodu farmaceuty powierzone Rzecznikom Odpowiedzialności Zawodowej oraz Sądom Aptekarskim. Nadto, oprócz działalności wewnętrznej, samorząd aptekarski reprezentuje środowisko zawodowe na zewnątrz. Bierze udział w szerokich dyskusjach społecznych na temat kształtu prawa. Podejmuje inicjatywy legislacyjne w interesie swoich członków, komentuje działania rządu dotyczące farmaceutów, aptek, leków itp.

Przy tak szerokim zakresie działania, samorządy aptekarskie, otrzymują od Państwa niewielkie środki finansowe na swoją działalność. Ich wysokość zależy od zawartych umów i nie jest wystarczająca na pokrycie wszystkich kosztów. Podstawowym źródłem finansowania samorządu aptekarskiego – jak i każdego innego samorządu zawodowego – są składki członkowskie. Ich wysokość określona przez organy samorządu, na podstawie upoważnienia ustawowego – dostosowana jest do potrzeb każdej izby. Nieopłacone w terminie składki mogą zostać ściągnięte w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji na podstawie tytułów wykonawczych wystawionych przez izbę aptekarską.

Podkarpacka Okręgowa Izba Aptekarska działa już blisko 20 lat. W 2011 r. w październiku minie 20 rocznica działalności POIA. Przy tej okazji warto zwrócić uwagę na poruszone wyżej kwestie tak, aby każdy członek samorządu aptekarskiego, zarówno działający od początku, jak i ten który niedawno wstąpił w jego szeregi, poczuł się dumny z przynależności do samorządu. Bowiem członkostwo w samorządzie aptekarskim to coś dużo więcej niż opłacanie obowiązkowej składki samorządowej, to przynależność do elitarnej grupy zawodów zaufania publicznego, które mają wpływ na kształt swojego zawodu, czym przecież nie każdy zawód może się poszczycić. Dlatego zachęcam wszystkich aptekarzy do aktywnej pracy w samorządzie tak, aby na przyszłość można było powiedzieć „nic o nas bez nas”.

Boгуsława Szybisz-Adwokat

Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej – co dalej?

mgr farm. Lidia Maria Czyż

Koordynator Departamentu Etyki i Deontologii Zawodu Naczelnej Rady Aptekarskiej

Każdy, kto wchodzi w swą dojrzałość życiową przynosi ze sobą zasady, jakimi kierowali się członkowie jego rodu. Tak samo postępuje grupa zawodowa, wypracowując normy postępowania będące podstawą jej pracy. Tak, jak trudno określić, zdawałoby się, podstawowe pojęcie życiowej aktywności czyli tak zwaną „przyzwoitość” w postępowaniu, tak również trudno wypracować zasady działania zawodowego dla różniących się wychowaniem, doświadczeniem zawodowym czy pozycją w zawodzie poszczególnych jego członków.

Jedną z profesji, które wchodzi w wyjątkowo delikatną sferę ludzkiej egzystencji, jaką jest zdrowie, jest zawód określony popularnie aptekarstwem. Ta profesja, której początki giną w czasach przedhistorycznych, nie utrwalonych pisemnymi źródłami, ma swe źródła w niezbędnej dla egzystencji społeczeństwa działalności, wchodzącej w zakres poprawy samopoczucia jednostki w stanach chorobowych. Starożytni Babilończycy, w Kodeksie Hammurabiego, zawarli zasady obowiązujące osoby wykonujące czynności lecznicze, ustanawiając odpowiedzialność za stan zdrowia chorego. Egipt dla swych lekarzy również wypracował reguły postępowania na styku dwóch podmiotów – tego, który leczy i tego, który leczeniu jest poddawany. Przysięga Hipokratesa, obojętnie czy jest to tekst autentyczny stworzony przez wybitnego lekarza, czy kompilacja poglądów i ideałów starożytnego społeczeństwa greckiego, zawiera skodyfikowane zasady kontaktu leczącego i leczonego, bez wywyższania którejkolwiek ze stron procesu terapii. Świadomość niejednokrotnie mogących wpłynąć nie tylko uzdrawiająco na organizm pacjenta umiejętności aptekarza wpływa też na treść modlitwy Majmonidesa czy przysięgi tłumaczy carów moskiewskich a także gdańskich aptekarzy w wieku XVII. Wiele jest jeszcze przykładów regulujących normy obowiązujące tych, którzy przyjęli na siebie obowiązek służby człowiekowi choremu.

A czym powinna być etyka zawodowa w rozumieniu współczesnej nam pracy? Słowniki językowe etykę definiują jako *system wartości i norm postępowania, obowiązujący w danej zbiorowości. Jest to również nauka o moralności, zajmująca się ustalaniem obowiązujących norm postępowania oraz opisem i wyjaśnianiem rzeczywiście istniejącej moralności*. Etykę zawo-

dową z punktu widzenia aptekarza z za tak zwanego „pierwszego stołu” można zdefiniować w różnoraki sposób, w zależności od jego pozycji w zawodzie. Zbliżając problem etycznego postępowania do farmaceutycznej rzeczywistości, Stefan Rostański, współtwórca współczesnych opracowań dotyczących etyki zawodu, pisał: *„komuś, kto nie zgłębiał zawitych meandrów myśli ludzkiej, pewne zasady etyki wydawać się mogą oczywiste, nie wymagające komentarza i niezmiennie. Jeżeli jednak wyciągniemy wnioski z własnego doświadczenia życiowego czyż nie dojdziemy do przekonania, że dziś nie powzielibyśmy decyzji takiej, jak na przykład przed dziesięciu laty?”* A przecież nie znaczy to wcale, że działanie codzienne w zetknięciu z członkami własnej grupy zawodowej czy społecznej jest całkowicie nieobiektywne, że wynika ze zmiennych sytuacji. Każde pokolenie aptekarskie, pracujące w różnych warunkach wynikających z uwarunkowań historycznych, usiłowało wypracować swój zbiór prawa farmaceutycznego, nie tylko o randze ustaw państwowych lecz również zestawów zachowań wzorcowych, pomocnych w codziennym wykonywaniu zawodu we wszystkich jego aspektach.

Ogólną zasadą, powoływaną w każdym zbiorze zasad postępowania zawodu aptekarza, jest *„salus aegroti suprema lex esto”*. Pojęcie to, zwykle brane w cudzysłów, powraca też jako zasada „pracy dla dobra chorego”, nie tylko prawa ogólnego ale też wewnętrznego oddania. *„Zdobytą wiedzę wykorzystywać w pełni w codziennej służbie człowiekowi przede wszystkim w oparciu o okazaną jemu uprzejmość, życzliwość i szacunek. Uprzejmość jest wykwitem cywilizacji, znamionując człowieka szanującego godność, ..., życzliwość wnosi w życie humanitarne treści i winna stać się miarą szacunku nie tylko dla ogółu lecz i dla samego siebie, ...* nie pozwala na dyskredytowanie konkurenta, bo to prowadzi do dyskredytowania zawodu a więc i samego siebie”. Te słowa wyszły spod pióra luminarza farmacji polskiej, profesora Bronisława Koskowskiego, same w sobie są podstawą, z której wynikają najważniejsze obowiązki i powinności jak również powody do chwały bycia aptekarzem. Aptekarz jest członkiem zawodu o wielowiekowej historii i tradycji. Pierwszą jednak kwestią zagadnienia jest sprecyzowanie grupy, do której mają trafić oczywiste zasady tej wyjątkowej i kskluzywnej profesji. Zmącony zmianami stosunków gospodarczych obraz aptekarstwa w środowisku kraju postsocjalistycznego, cały czas boryka się z gradacją ról zawodowych. Grupy te, podzielone wykształceniem, przygotowaniem zawodowym, predyspozycjami wykonywania różnorodnych obowiązków a także możliwościami wybrania swej pozycji w zawodzie, zostały dodatkowo rozwarstwione powodzeniami lub porażkami finansowymi w działalności gospodarczej w realiach wolnego rynku. I tak, w zdawałoby się jednolitym środowisku aptekarskim, mamy kilka lub nawet kilkanaście różnych, bardziej lub mniej zamkniętych

kregów. A przecież wszyscy aptekarze wykonują ten sam zawód, raz jeszcze przywołując zasadę „dla dobra chorego”. Zawód nie może przecież zerwać więzi z wykonującymi zawód poprzez działalność dydaktyczną na wyższych uczelniach, pracujących w wytwórniach farmaceutycznych, prowadzących laboratoria o wysokich wymaganiach analitycznych. A należy podkreślić, że w warunkach polskiego prawa brak jest ustawy o zawodzie, czy to aptekarza, czy może szerzej – farmaceuty, dlatego też tak trudno stworzyć jednolity kodeks postępowania zawodowego na wszystkich jego płaszczyznach.

„Stróż naszych czynów – rozważa – przestaje pełnić swe funkcje, za wszelką cenę pragniemy urzeczywistnić swe ideały, depcząc nawet ciała własnych towarzyszy, nawet szczęście jutrzejsze dla wątpliwego dzisiejszego. Pragniemy być tylko jedynymi twórcami tego szczęścia dla innych, żądamy dla siebie wyłącznie prawa orania niwy pod zasiew przyszłości, depczemy już niwy zaorane. Z hasłem „przez wandalizm do twórczości” rwie się wszystkie więzi między sobą, dla skuteczniejszej obrony interesów swej klasy niszczy się wśród niej solidarność”. Tym razem są to słowa profesora Jana Muszyńskiego, czy w chwili obecnej tak daleko odbiegła sytuacja w zawodzie od czasów tego wybitnego uczonego i praktyka? W ostatnim dwudziestolecu aptekarz wszedł do odnowionej apteki z ogromnymi nadziejami na powrót do ideałów „*oficina sanitatis*”, do nieskrępowanego zarządzania enigmatycznej „dyrekcji” wykonywania czynności, które w rezultacie powinny pacjentowi przynieść ulgę w chorobie a jemu samemu pozwolić na tak zwane „godzliwe życie”. Pierwszym Kodeksem Etyki Aptekarza RP był tekst uchwalony na zjeździe w Lublinie 24-25 kwietnia 1993 roku – od tamtego czasu weszły do aptek „leki za grosz”, „ceny hurtowe”, „nagrody-niespodzianki”, „promocje”, „karty pacjenta” i inne pomysły zwabiające już tylko klienta barwnymi plamami plakatów aptecznych. A wszystko to dla godnego życia własnego i konieczności utrzymania rodziny, wynikającego z pracy „dla dobra chorego”. I tylko ten niewdzięczny pacjent przy każdej okazji mówi aptekarzowi, że „z ludzkiej krzywdy żyje” i „czepie korzyści z choroby”, w odróżnieniu od lekarza, który nie domaga się opłaty za poradę. Czym w takim razie jest etyka zawodowa – wartością najbardziej podstawową, uniwersalną czy tylko wynikającą z poczucia swej pozycji w zawodzie? Czy istnieje jeszcze solidarność aptekarska, czy już tylko zamykamy się w „swoich placówkach”, bo ambicja osobista nie pozwala na rozmowę szczerą i prawdziwą z kolegą, bo przecież to potencjalny konkurent.

„Farmacja podniesiona do godności „powołania” przez zaniedbywanie postępów, obrócona bywa w łatwe rzemiosło ludzie się nim trudniący, tracą wyższy szacunek, niżają się samowolnie, ... zdarzało się tak, gdy do farmacji trafiali się ludzie mniej zdolni, nieczuli na chwałę i szacunek publiczny; niczego

więcej nie szukali jak lichego zysku” - to jeszcze jeden cytat, tym razem słowa Jana Fryderyka Wolfganga, XIX-wiecznego profesora Uniwersytetu w Wilnie. I od razu cytat następny, tym razem słowa jednego z najwybitniejszych współczesnych polskich badaczy etyki farmaceutycznej, Bazylego Leszczyńskiego: *„naruszenie zasad etyki zawodowej to nie przestrzeganie nakazów czy zakazów etyczno-deontologicznych bez względu na to czy są one sformułowane w przyjętym kodeksie czy też tkwią tylko w świadomości ogólnospołecznej zawodu. ... Fachowy pracownik służby zdrowia zachowuje godność zawodową jeżeli jego postępowanie budzi ogólny szacunek, jeżeli wykonuje zawód z powagą, życzliwością i umiarem a także taktem, a więc z kulturą i sercem”*. Te dwa cytaty dzieli 170 lat a czy tak bardzo różnią się istotą zawartą w ich treści ? Zawód aptekarza niestety „rozmywa” się w wielości innych, upodabniając się, a raczej wtapiając, w jednolicie pojmowany, bez żadnych odczuć pejoratywnych, handel, obrót gotówkowo-towarowy. Tracą ostrość normy zawodowe, następuje rozproszenie dotychczasowego, formułowanego jako odrębne, aptekarskiego dziedzictwa. Może to dobrze, może w coraz mniejszym i mniej obcym świecie zewnętrznym należy znaleźć właśnie takie miejsce; lecz może jednak źle, może jest to droga prowadząca do bezpowrotnej utraty wartości wyższych, jakimi były przysłowiowe wręcz, dokładność i rzetelność aptekarska. A może przede wszystkim należałoby jednak zadać pytanie – czy jesteśmy jeszcze aptekarzami odpowiedzialnymi za wysokiej klasy profesjonalne podejście do leku; aptekarzami, którym zależy na zaufaniu chorego czy też tylko dystrybutorami środka leczniczego mających do wykonania zadania w zakresie zdrowotności populacji danego terenu. Najlepiej szybko i z najwyższym zyskiem, potwierdzonym wykresami wartości sprzedaży – miesięcznej, rocznej, relatywnej i tym podobnej. Żadne zasady działania ani systemy wartości i norm postępowania nie będą przestrzegane jeżeli nie będą zrozumiane i docenione przez całą zbiorowość, której dotyczą. Pozostając kodeksem podanym „do wiadomości i wykonania” pozostaną elementem obcym, uwierającym w codziennym działaniu, pozostaną tylko kolekcją dogmatów i kanonów albo, co gorsza, przekładańcem instrukcji, regulaminów i zarządzeń. A, jeśli jednak poczuwamy się do przynależności do wyjątkowej grupy zawodowej, zbioru zasad aptekarskich w całym tego słowa znaczeniu, nie stworzy „ktoś”, bo to nie „oni” będą wymagać przestrzegania paragrafów, artykułów i punktów, tylko „my” stosować się do elementarnych wartości zawodu.

December 2, 2010 E-DUK@CJA - RAPORT SYSTEMU



Raport zbiorczy systemu szkoleń ciągłych dla farmaceutów e-duk@cja

1 Informacje wstępne

Internetowy system szkoleń podyplomowych e-duk@cja powstał w roku 2005. Pierwsza wersja została włączona w lutym tego roku i obejmowała swoim zasięgiem farmaceutów zarejestrowanych w Okręgowej Izbie Aptekarskiej w Krakowie. Kolejne lata to stały rozwój i udostępnianie zasobów e-duk@cji kolejnym farmaceutom zrzeszonym w poszczególnych Okręgowych Izbach Aptekarskich. Obecnie dostęp¹ do systemu posiadają członkowie wszystkich 20 Okręgowych Izb Aptekarskich.

Jednym z założeń systemu szkoleniowego on line jest **bezpłatny** dostęp użytkowników do wszystkich zgromadzonych materiałów. Zasada ta jest konsekwentnie przestrzegana od początku istnienia e-duk@cji.

2 Informacje techniczne

Obecnie uruchomiony silnik portalu e-duk@cja jest jego czwartą wersją. Podstawowe technologie obejmują język PHP wraz ze współpracującą bazą MySQL, wspomagane przez technologie Java oraz Flash. Prace nad udoskonalaniem zarówno kodu jak i funkcjonalności systemu prowadzone są w trybie ciągłym, a zmiany wprowadzane w sposób niezauważalny dla użytkownika. Zarządzanie dostępem do szkoleń jest prowadzone bezpośrednio przez pracowników izb aptekarskich. Specjalnie przygotowany panel administracyjny umożliwia ścisłą kontrolę na poziomie każdego farmaceuty oraz szkolenia. Baza danych systemu została zgłoszona do Głównego Inspektora Ochrony Danych Osobowych (GIODO), zgodnie z wymogami obowiązującego prawa, a kwestie bezpieczeństwa danych i zapewnienia prywatności są jednymi z priorytetowych i ściśle podlegają wdrożonym procedurom.

¹ OIA w Katowicach, Kaliszu i Zielonej Górze nie zdecydowały się opłacić zaproponowanej opłaty ryczałtowej w wysokości 1000 zł za możliwość korzystania z 4 pierwszych, opublikowanych w systemie szkoleo, stąd brak dostępu do tych właśnie szkoleo. Zgodnie z decyzją Rady Mazowieckiej OIA jej członkowie mogą korzystać jedynie ze szkoleo nagradzanych punktami „twardymi”.

3 Współpraca

Od początku istnienia systemu e-duk@cja Okręgowa Izba Aptekarska ściśle współpracuje z Centrum Kształcenia Podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego CM UJ, kierowanym przez Prof. Barbarę Filipek, która obok Prof. Renaty Jachowicz oraz Prof. Jerzego Brandysa jest również członkiem Rady Naukowej systemu.

Wymiernym efektem bardzo dobrej współpracy jest wynegocjowane 50% obniżenie opłaty za wystawiane przez CKP certyfikaty z kwoty 5 zł do 2,5 zł.

Nawiązana blisko dwa lata temu współpraca z firmą GlaxoSmithKline pozwoliła na uzyskanie materiałów edukacyjnych do kolejnych szkoleń. Jednocześnie umowa zobowiązuje firmę GSK do pokrycia, w ramach udzielonego grantu edukacyjnego, kosztu wszystkich certyfikatów wystawionych w ramach objętych nim szkoleń. W ostatnich dniach podpisano umowę z firmą Johnson & Johnson i pozyskano materiały szkoleniowe zaaprobowane przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego CM UJ.

Kontynuowana jest współpraca naukowa z Pracownią Farmakoepidemiologii i Farmakoekonomiki Wydziału Farmaceutycznego UJ CM, obejmująca

4 Statystyki systemu

Użytkownicy

Na dzień 02.12.2010 w systemie e-duk@cja zarejestrowane są 12 341 osoby, co stanowi ok. 60% wszystkich zarejestrowanych w Polsce farmaceutów.

Poniższe przykładowe zestawienie prezentuje statystyki systemu z dnia 5 maja.

- Liczba wszystkich użytkowników w systemie: 12 341
- Zalogowanych w ciągu ostatniego tygodnia: 2301
- Zalogowanych w ciągu ostatniego miesiąca: 3517

Analizując dynamikę zmian liczby użytkowników oceniamy, że do końca bieżącego roku liczba użytkowników osiągnie 14 tysięcy.

Użytkownicy/Izby

Zestawienie obejmujące liczbę zarejestrowanych użytkowników systemu z poszczególnych Okręgowych Izb Aptekarskich dostępne jest poniżej. Określenie Inna obejmuje te osoby, które nie zadeklarowały przynależności do izby i nie posiadają pełnego dostępu do systemu. Z obserwacji administratorów systemu wynika, że są to najczęściej studenci farmacji i/lub technicy farmaceutyczni.

Sortowanie alfabetyczne		Sortowanie ilościowe	
OIA	użytkownicy	OIA	użytkownicy
OIA w Białymstoku	419	OIA w Krakowie	1388
OIA w Bielsku Białej	295	OIA w Katowicach	1376
OIA w Bydgoszczy	623	OIA w Lublinie	1083
OIA w Częstochowie	270	OIA w Łodzi	983
OIA w Gdańsku	865	OIA we Wrocławiu	975
OIA w Kaliszu	168	OIA w Gdańsku	915
OIA w Katowicach	1388	OIA w Poznaniu	865
OIA w Kielcach	312	OIA w Bydgoszczy	795
OIA w Koszalinie	230	OIA w Warszawie	623
OIA w Krakowie	1376	OIA w Rzeszowie	502
OIA w Lublinie	1083	OIA w Białymstoku	419
OIA w Łodzi	983	OIA w Kielcach	312
OIA w Olsztynie	240	OIA w Bielsku Białej	295
OIA w Opolu	261	OIA w Szczecinie	270
OIA w Poznaniu	795	OIA w Częstochowie	263
OIA w Rzeszowie	502	OIA w Opolu	261
OIA w Szczecinie	263	OIA w Olsztynie	240
OIA w Warszawie	915	OIA w Zielonej Górze	230
OIA w Zielonej Górze	975	OIA w Koszalinie	230
OIA we Wrocławiu	230	OIA w Kaliszu	168
Inna	148	Inna	148

Szkolenia

W chwili obecnej w systemie dostępnych jest 21 szkoleń ogólnodostępnych, w tym:

- 16 szkoleń (sympozja) nagradzanych punktami „miękkimi” – w sumie 32 punktów
- 5 kursów nagradzanych punktami „twardymi” – w sumie 28 punktów

Od początku funkcjonowania systemu wycofano decyzją Rady Naukowej 5 szkoleń w celu aktualizacji i dostosowania do zmieniających się wytycznych farmakoterapii. Dodatkowo w systemie umieszczono dwa szkolenia oferowane dla farmaceutów biorących udział w projektach naukowych Pracowni (FONTiC - <http://www.font.edu.pl>; Rzuć palenie – <http://ldv.farmacja.cm-uj.krakow.pl/fontwww/p/inneprogramy>). Szczegółowe informacje zaprezentowane zostały w tabeli.

Nr	Szkolenie	typ	punkty
1	patofizjologia i diagnostyka osteoporozy	miękki	2
2	bezpieczeństwo lekowe	miękki	2
3	profilaktyka oraz leczenie farmakologiczne osteoporozy	miękki	2
4	wybrane aspekty opieki farmaceutycznej	miękki	2
5	farmakogenetyka - wpływ czynników genetycznych na skuteczność i bezpieczeństwo farmakoterapii	miękki	2
6	wybrane problemy terapii chorób zakaźnych	miękki	2
7	skuteczność i bezpieczeństwo farmakoterapii	miękki	2
8	farmakoterapia zakażeń układu moczowego	miękki	2
9	farmakoterapia nieswoistych zapaleń przewodu pokarm.	miękki	2
10	choroba wrzodowa	miękki	2
11	lek z komputera	miękki	2
12	trwałość leku	miękki	2
13	opieka farmaceutyczna dla pacjentów z padaczką	miękki	2
14	leki złożone w terapii	miękki	2
15	leki przeciwpłytkowe w terapii kardiologicznej	miękki	2
16	problemy lekowe	miękki	2
17	aktualne możliwości farmakoterapii niektórych chorób układu nerwowego	twardy	8
18	promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna w aptekach ogólnodostępnych	twardy	4
19	otyłość i nadwaga jako problem zdrowotny	twardy	4
20	cukrzyca jako problem współczesnej medycyny	twardy	7
21	postępy farmakoterapii chorób układu pokarmowego	twardy	5
21	FONTIC podstawy opieki farmaceutycznej	twardy	14
22	Rp rzucić palenie w aptece	miękki	2

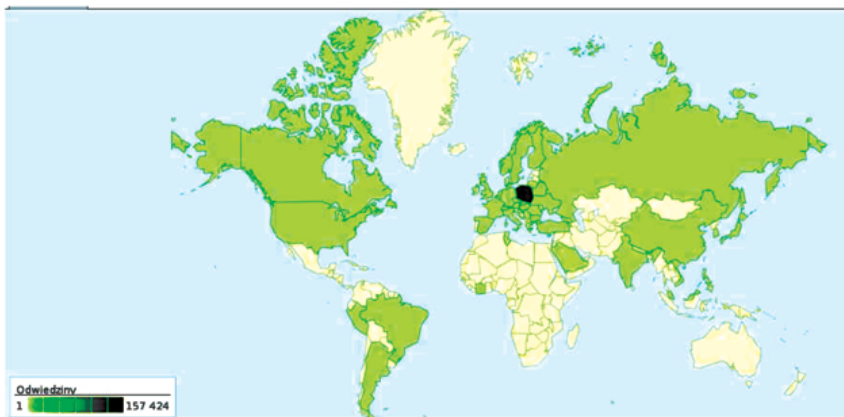
Szkolenia ciągłe farmaceutów

	Szkolenia aktualnie dostępne
--	------------------------------

Trwają prace nad planem publikacji na rok 2011
Odwiedzalność witryny

Miesięczny ruch w systemie e-duk@cja, kwantyfikowany w postaci przesłanych bajtów informacji sięga 18-22 Gb danych, co jest wartością porównywalną z dużymi specjalistycznymi portalami. Od **początku 2010 roku** zanotowano blisko 160 tysięcy **unikalnych** odwiedzin przez ponad 41 tysięcy **niewpowtarzalnych** użytkowników, co daje ponad 1,6 miliona odsłon.

Szczególną uwagę zwraca fakt **dużego odsetka odwiedzin generowanego przez użytkowników z zagranicy**, co świadczy o potrzebie dostarczania szkoleń dla farmaceutów pracujących poza Polską.



Odwiedziny 159 450 % całej witryny: 100,00%		Strony/odwiedziny 10,21 Śr. witryny: 10,21 (0,00%)		Śr. czas spędzony w witrynie 00:09:43 Śr. witryny: 00:09:43 (0,00%)		% nowych odwiedzin 22,85% Śr. witryny: 22,78% (0,30%)		Współczynnik odrzuceń 19,83% Śr. witryny: 19,83% (0,00%)			
Poziom szczegółów: Kraj/terytorium		Odwiedziny ↓		Strony/odwiedziny		Śr. czas spędzony w witrynie		% nowych odwiedzin		Współczynnik odrzuceń	
1.	Poland	157 424		10,23		00:09:44		22,76%		19,73%	
2.	United Kingdom	503		8,70		00:10:27		22,47%		17,89%	
3.	(not set)	305		6,98		00:08:17		16,07%		32,46%	
4.	Germany	259		11,64		00:06:55		40,15%		16,96%	
5.	United States	162		5,30		00:04:57		38,27%		41,36%	
6.	Norway	159		5,40		00:05:52		15,09%		52,83%	
7.	Switzerland	119		11,44		00:10:39		11,76%		12,61%	
8.	France	103		13,28		00:09:52		19,42%		17,48%	
9.	Ireland	80		17,34		00:15:29		77,50%		26,25%	
10.	Sweden	56		6,29		00:05:18		25,00%		23,21%	

Certyfikaty

Od początku swojego istnienia system e-duk@cja oferował szkolenia punktowane w ramach obowiązkowego szkolenia farmaceutów. W okresie tym wystawiono ponad 83,5 tysiąca certyfikatów (83 582 - stan na 02.12.2010), co daje ponad 200 tysięcy złotych wpływów na konto Centrum Szkolenia Podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego UJ CM.

Od lutego tego roku działa system automatyzujący generowanie oraz wydruk certyfikatów (liczba wszystkich wygenerowanych certyfiktów: 28416; liczba wydrukowanych kopii: 17521).

5 Finanse

Źródła finansowania obejmują dotacje Naczelnej Izby Aptekarskiej oraz wpływy od firm farmaceutycznych w ramach grantów edukacyjnych. Całość przychodów przeznaczana jest na utrzymanie serwerów i domen, wynagrodzenia dla autorów szkoleń oraz obsługę administracyjną (ostatni punkt nie dotyczy Dra Sebastiana Polaka oraz Dra Aleksandra Mendyka, którzy nie otrzymują żadnego wynagrodzenia!).

6 Plany rozwoju

Aktywność edukacyjna - szkolenia

Trwa opracowywanie planu szkoleniowego na rok 2011. Według wstępnego preliminarza opublikowane zostanie minimum jeden kurs nagradzany punktami „twardymi” oraz cyklicznie pojawiać się będą szkolenia „miękkie”.

Część techniczna

Wdrożono narzędzia tworzenia i publikowania prezentacji z treścią audio oraz wideo. Trwają poszukiwania wykładowców, którzy podjęliby się przygotowania odpowiednich materiałów...

Uchwała Nr 22 /V/2008 Podkarpackiej Okręgowej Rady Aptekarskiej z 9 czerwca 2008 roku

w sprawie: logo Podkarpackiej Okręgowej Izby Aptekarskiej oraz znaczka (tzw. pinsy).

Na podstawie art. 29 ust. 7 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o izbach aptekarskich (tekst jednolity Dz. U. z 2003 roku Nr 9 poz. 108 z późn. zm.) Podkarpacka Okręgowa Rada Aptekarska uchwala, co następuje:

§ 1

Podkarpacka Okręgowa Rada Aptekarska zatwierdza ostateczny projekt logo przedstawiony przez Prezydium PORA w formie graficznej na papierze oraz na nośniku elektronicznym zgodnie z załącznikiem Nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2

Zatwierdzone logo(w kształcie graficznym i kolorystyce) jak w zał. nr 1 do uchwały, jest symbolem graficznym Podkarpackiej Okręgowej Izby Aptekarskiej i stanowi jej szczególny symbol potwierdzający przynależność farmaceuty do POIA.

§ 3

Zatwierdzone logo będzie wykorzystywane przez organy POIA we wszystkich pismach i publikacjach w celu identyfikacji POIA. Na straży ochrony logo i podejmowania decyzji odnośnie jego wykorzystania stoi Prezydium Podkarpackiej Okręgowej Rady Aptekarskiej.

§ 4

Dyrektor Biura POIA zgromadzi niezbędną dokumentację i wystąpi do Urzędu Patentowego Rzeczypospolitej Polskiej o zarejestrowanie logo jako znaku towarowego w celu uzyskania świadectwa praw ochronnych.

§ 5

Podkarpacka Okręgowa Rada Aptekarska zatwierdza do realizacji projekt graficzny znaczka tzw. pinsy przedstawiony przez Prezydium POIA w formie graficznej na papierze i na nośniku elektronicznym zgodnie z zał. Nr 2 do niniejszej uchwały.

§ 6

Znaczek będzie uroczyście wręczany:

- członkom POIA,
- młodym adeptom zawodu aptekarskiego wraz z „Prawem wykonywania zawodu”,
- osobom nie będącym członkami POIA szczególnie zasłużonym dla aptekarstwa Podkarpacia i samorządu aptekarskiego w ramach tzw. „honorowego członkostwa”,
- osobom i instytucjom wyróżnionym „Medalem za zasługi dla aptekarstwa Podkarpacia”.

§ 7

Wykonanie uchwały powierza się Prezydium Podkarpackiej Okręgowej Rady Aptekarskiej.

Sekretarz

Podkarpackiej Okręgowej
Rady Aptekarskiej w Rzeszowie

mgr farm. Lidia Czyż

Prezes

Podkarpackiej Okręgowej
Rady Aptekarskiej w Rzeszowie

dr n. farm. Aleksander Czarniawy

WARTO PAMIĘTAĆ!



Główny Inspektor Farmaceutyczny

Zofia Ulz

Warszawa, dnia 18 maja 2010 r.

KOMUNIKAT NR 1

**w sprawie obowiązku przechowywania produktów leczniczych termolabilnych
w warunkach zgodnych z wymaganiami określonymi przez wytwórcę lub podmiot
odpowiedzialny**

W związku z kierowanymi do Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego pytaniami dotyczącymi obowiązków związanych z przechowywaniem produktów leczniczych termolabilnych, Główny Inspektor Farmaceutyczny zajmuje w przedmiotowej sprawie następujące stanowisko:

1. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.) nie zawiera przepisów, z których wynikałby dla przedsiębiorców prowadzących działalność gospodarczą w zakresie obrotu detalicznego produktami leczniczymi obowiązek tzw. *mapowania* urządzeń chłodniczych znajdujących się na wyposażeniu aptek i punktów aptecznych. Przepisy powyższej ustawy nie uprawniają organów Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej do żądania od przedsiębiorców prowadzących apteki i punkty apteczne *mapowania* urządzeń chłodniczych znajdujących się na wyposażeniu tych placówek.
2. Zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki (Dz. U. Nr 187, poz. 1565) „Produkty lecznicze i wyroby medyczne muszą być przechowywane w aptece w sposób gwarantujący zachowanie ustalonych dla produktu leczniczego lub wyrobu medycznego wymagań jakościowych i bezpieczeństwo przechowywania”.
Produkty lecznicze termolabilne przechowywane są w lodówce lub szafie chłodniczej, które przepis § 8 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (Dz. U. Nr 171, poz. 1395) zalicza do podstawowego wyposażenia apteki ogólnodostępnej.
3. Inspektorzy farmaceutyczni w toku kontroli przeprowadzanej w aptece lub punkcie aptecznym sprawdzają m. in. warunki przechowywania produktów leczniczych w urządzeniu chłodniczym będącym na wyposażeniu danej placówki. Kontrola w powyższym zakresie ma na celu sprawdzenie czy zakres temperatur jest właściwy we wszystkich miejscach urządzenia, gdzie przechowywane są produkty lecznicze (np. na wszystkich jego półkach).

Przedsiębiorca prowadzący działalność gospodarczą w zakresie obrotu detalicznego odpowiada bowiem za przechowywanie produktów leczniczych termolabilnych w warunkach zgodnych z wymaganiami określonymi przez wytwórcę lub podmiot odpowiedzialny. Zapewnienie zgodności warunków przechowywania z powyższymi wymaganiami stanowi gwarancję bezpieczeństwa stosowania produktów leczniczych.

4. Konieczność tzw. *mapowania* urządzeń chłodniczych wynika z wymagań Dobrej Praktyki Wytwarzania (GMP – Good Manufacture Practice) i dotyczy działalności gospodarczej w zakresie wytwarzania produktów leczniczych i importu produktów leczniczych; nie odnosi się do działalności gospodarczej w zakresie obrotu detalicznego produktami leczniczymi.

Jakiegokolwiek wymagania odnośnie przedsiębiorców prowadzących działalność gospodarczą mogą wynikać jedynie z obowiązujących przepisów. Przepisy te – jak wynika z pkt 1 *Komunikatu* – nie zawierają jednak – w odniesieniu do przedsiębiorców prowadzących działalność gospodarczą w zakresie obrotu detalicznego produktami leczniczymi – wymogu tzw. *mapowania* urządzeń chłodniczych znajdujących się na wyposażeniu aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych.

5. Z przepisów ustawy – Prawo farmaceutyczne nie wynika dla przedsiębiorców prowadzących działalność gospodarczą w zakresie obrotu detalicznego produktami leczniczymi obowiązek posiadania certyfikatów *walidacji* urządzeń chłodniczych znajdujących się na wyposażeniu apteki lub punktu aptecznego. Brak jest podstaw do żądania przez inspektorów farmaceutycznych przeprowadzających kontrolę w aptece lub punkcie aptecznym okazania powyższego dokumentu przez przedsiębiorcę prowadzącego działalność gospodarczą.



Mapowanie (walidacja) lodówek

Oferta skierowana jest przede wszystkim do właścicieli aptek i punktów aptecznych poszukujących taniego rozwiązania – mapowania (walidacji) chłodziarek do przechowywania preparatów leczniczych.

Stosujemy procedury spełniające wymagania Inspekcji Farmaceutycznej. Pomiary wykonujemy korzystając z **nowoczesnych urządzeń**, które posiadają atest państwowego zakładu higieny oraz są wzorcowane w zakresie akredytacji mierzonych temperatur.

Opracowujemy wyniki i wystawiamy świadectwo walidacji urządzenia, ważne w przypadku nowszych lodówek – 2 lata. W przypadku starszych – 1 rok.

Wykonywanie pomiaru nie zakłóca normalnej pracy w aptece oraz korzystania z urządzenia. Po opracowaniu wyników otrzymują Państwo certyfikat walidacji.

Cena: 200 zł netto

W przypadku dwóch lub więcej chłodziarek 150 zł netto od sztuki.

Poza terenem Rzeszowa i okolic doliczamy niewielkie koszty dojazdu.

Zainteresowanych prosimy o kontakt:

Firma Elba

Łukasz Mitał

tel. 608325747

Lukasz.Mital@gmail.com

126

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 24 stycznia 2011 r.

w sprawie wykazu leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne, wysokości opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe, ilości leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa, oraz sposobu obliczania kosztu sporządzania leku recepturowego

Na podstawie art. 36 ust. 5 pkt 2, 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wykaz leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne przy sporządzaniu leków recepturowych, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Opłata ryczałtowa za lek podstawowy wynosi 3,20 zł.

§ 3. Opłata ryczałtowa za lek recepturowy wynosi 5 zł.

§ 4. 1. Opłata ryczałtowa, o której mowa w § 3, dotyczy:

- 1) proszków dzielonych do 20 szt.;
- 2) proszków niedzielonych (prosty i złożony) do 80 g;
- 3) czopków, globulek, pręcików do 12 szt.;
- 4) roztworów, mikstur, zawiesin, emulsji do 250 g;
- 5) płynnych leków do stosowania zewnętrznego (jeżeli zawierają spirytus, ilość spirytusu w przeliczeniu na spirytus 95 % nie może przekroczyć 100 g) do 500 g;
- 6) maści, kremów, mazideł, past do 100 g;
- 7) kropli do użytku wewnętrznego i zewnętrznego do 40 g;
- 8) mieszanek ziołowych do 100 g;
- 9) pigułek do 30 szt.;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374 oraz z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725.

10) klein do 500 g;

11) kropli do oczu, uszu i nosa oraz maści ocznych sporządzanych w warunkach aseptycznych do 10 g.

2. Opłata ryczałtowa, o której mowa w § 3, dotyczy również postaci i ilości leków, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 3—6, sporządzanych w warunkach aseptycznych zgodnie z wymogami Farmakopei Polskiej lub zgodnie ze wskazaniem lekarza umieszczonym na receptce lub zawierających antybiotyki.

§ 5. 1. Koszt sporządzenia w aptece leku recepturowego obejmuje:

1) wartość użytych surowców farmaceutycznych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym leków gotowych:

a) wymienionych w załączniku do rozporządzenia,

b) innych leków niż określone w lit. a, zamieszczonych w wykazach leków podstawowych i uzupełniających, pod warunkiem że przepisana przez lekarza dawka leku recepturowego jest mniejsza od najmniejszej zarejestrowanej dawki leku gotowego w formie stałej stosowanej doustnie;

2) wartość opakowań;

3) koszt wykonania leku recepturowego (taksa laboratorium).

2. Koszt, o którym mowa w ust. 1, jest kosztem brutto.

§ 6. 1. Wartość użytych surowców farmaceutycznych i opakowań ustala się na podstawie ceny hurtowej. Do wartości opakowania nie wlicza się kosztów etykiet, korków, podkładek.

2. Jeżeli surowcem do wykonania leku recepturowego jest lek, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 1, za cenę surowca uważa się cenę hurtową tego leku, z tym że w przypadku leku, o którym mowa w:

1) § 5 ust. 1 pkt 1 lit. a — liczy się wartość użytej ilości leku, a w odniesieniu do ampulek — wartość całkowitej ilości jednostek zawartych w ampulce;

2) § 5 ust. 1 pkt 1 lit. b — liczy się wartość użytej jednostki dawkowania.

§ 7. 1. Koszt wykonania leku recepturowego ustala się w zależności od postaci leku i wynosi:

- 1) 12,33 zł — dla postaci leków wymienionych w § 4 ust. 1 pkt 1–10;
- 2) 24,66 zł — dla postaci leków wymienionych w § 4 ust. 1 pkt 11 i ust. 2.

2. Koszt, o którym mowa w ust. 1, jest kosztem brutto.

§ 8. Do kosztu sporządzenia leku recepturowego dolicza się marżę detaliczną w wysokości 25 % tego kosztu.

§ 9. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.³⁾

Minister Zdrowia: *E. Kopacz*

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 marca 2008 r. w sprawie wykazu leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne, wysokości opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe, ilości leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa, oraz sposobu obliczania kosztu sporządzania leku recepturowego (Dz. U. Nr 56, poz. 341), które utraciło moc z dniem 1 września 2010 r. na podstawie art. 12 ustawy z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz. U. Nr 118, poz. 989).

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 24 stycznia 2011 r. (poz. 126)

WYKAZ LEKÓW, KTÓRE MOGĄ BYĆ TRAKTOWANE JAKO SUROWCE FARMACEUTYCZNE PRZY SPORZĄDZANIU LEKÓW RECEPTUROWYCH

- | | |
|--|---|
| 1. Aqua pro iniectione (<i>Aqua pro iniectione</i>) rozpuszczalnik do sporządzania leków parenteralnych; | 15. Sirupus Kalii guajacolosulfonici (<i>Sulfogaiaacolum FP</i>) syrop; |
| 2. Azulan (<i>Chamomillae anthodii/Matricariae floris extractum fluidum</i>) płyn doustny, płyn do stosowania w jamie ustnej, płyn na skórę; | 16. Sirupus Pini compositus (<i>Pini extractum fluidum, Foeniculi tinctura, Codeini phosphas hemihydricus</i>) syrop; |
| 3. Cardiamidum (<i>Nicethamidum</i>) krople doustne, roztwór; | 17. Succus Hyperici (<i>Hyperici herbae succus</i>) płyn doustny; |
| 4. Devikap (<i>Colecalciferolum/Cholecalciferolum</i>) płyn doustny; | 18. Succus Taraxaci (<i>Taraxaci radices succus</i>) płyn doustny; |
| 5. Fenactil (<i>Chlorpromazini hydrochloridum</i>) krople doustne, roztwór; | 19. Succus Urticae (<i>Urticae herbae succus</i>) płyn doustny; |
| 6. Injectio Natrii chlorati isotonica (<i>Natrii chloridum</i>) roztwór do wstrzykiwań; | 20. Syrop prawoślazowy (<i>Althaeae sirupus FP</i>) syrop; |
| 7. Intractum Hippocastani (<i>Hippocastani intractum</i>) płyn doustny; | 21. Syrop tymiankowy złożony (<i>Thymi sirupus compositus FP</i>) syrop; |
| 8. Intractum Hyperici (<i>Hyperici herbae intractum</i>) płyn doustny; | 22. Tussispect (<i>Ephedrine hydrochloridum, Thymi extractum, Saponinum</i>) syrop; |
| 9. Juvit D ₃ (<i>Colecalciferolum/Cholecalciferolum</i>) krople doustne, roztwór; | 23. Vigantol (<i>Colecalciferolum/Cholecalciferolum</i>) krople doustne, roztwór; |
| 10. Linomag (<i>Lini oleum virginale</i>) płyn na skórę; | 24. Vitaminum A (<i>Retinolum</i>) płyn doustny; |
| 11. Mentowal (<i>Menthyli isovaleras</i>) krople doustne, roztwór; | 25. Vitaminum A Hasco (<i>Retinolum</i>) krople doustne, roztwór; |
| 12. Neospasmina (<i>Extractum fluidum ex: Crataegi fructu et Valerianae radice</i>) syrop; | 26. Vitaminum A+D ₃ (<i>Colecalciferolum/Cholecalciferolum, Retinolum</i>) płyn doustny; |
| 13. Passispasmin (<i>Extractum fluidum compositum ex: Crataegi fructu, Valerianae radice, Lupuli flore, Passiflorae herba</i>) syrop; | 27. Vitaminum B ₆ (<i>Pyridoxini hydrochloridum</i>) roztwór do wstrzykiwań; |
| 14. Płyn Burowa (<i>Aluminii subacetatis solutio</i>) płyn na skórę; | 28. Vitaminum E (<i>Tocopheroli acetat</i>) płyn doustny; |
| | 29. Vitaminum E Hasco (<i>Tocopheroli acetat</i>) krople doustne, roztwór. |



Przegląd prasy...

Nie róbmy z apteki butiku rynekapteki.pl

Rozmowa z Grzegorzem Kucharewiczem, prezesem Naczelnej Rady Aptekarskiej

– Farmaceuci dość krytycznie oceniają projekt ustawy o refundacji leków, mimo że znalazły się tam przepisy o sztywnych cenach i marżach, o co samorząd aptekarski zabiegał.

– Ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wymaga poprawek. Niektóre przepisy, naszym zdaniem, powinny być zmienione. Zależy nam przede wszystkim na zmianie tabeli marż aptecznych i sposobu ich naliczania.

Nie do zaakceptowania są propozycje zawierania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia jako warunku wydawania przez apteki leków refundowanych, jak też przeniesienia na aptekarzy całkowitej odpowiedzialności za recepty wystawiane przez lekarzy. Uważamy również, że w projekcie musi się znaleźć przepis nakazujący pobieranie odpłatności w wysokości ustalonej w ustawie i sankcjonujący ten nakaz.

Generalnie popieramy ideę ustawy. Szczególnie jeśli chodzi o zamiar likwidacji patologii, wyeliminowanie „leków za grosz”, zakończenie nieuczciwej gry rynkowej lekiem refundowanym. To są narzędzia, które służą sztucznemu zwiększeniu popytu na leki, także refundowane. Świadczy o tym między innymi ogromne ilości leków przeterminowanych, jakie są przynoszone do pojemników utylizacyjnych w naszych aptekach.

– Izby aptekarskie podnoszą jednak argument, że ustawa może nie zlikwidować patologii.

Niektórzy obecnie forsują rozwiązanie, polegające na wprowadzeniu stałych cen detalicznych i stałych odpłatności w aptekach, proponując jednocześnie, by cena hurtowa zakupu brutto była płynna. Taka regulacja oznaczałaby przesunięcie gry rynkowej na poziom hurtu oraz wprowadzałaby kolijny podział na apteki lepsze i gorsze.

Apteki uprzywilejowane miałyby niższe ceny zakupu i zyskiwałyby większe



ZŁOTY: PAMIĘTANIE / ZŁOTY: PAMIĘTANIE

► Liberalizm w dostępie do leków jest zgubny. Ludzie ulegają presji reklamowej, często dają się zwodzić pomysłodawcom różnych programów promocyjnych.

marże. W konsekwencji prowadziłyby to do dalszej erozji marży i podziału, a także do niszczenia indywidualnych aptek. Nic nie uzasadnia tego, aby różnice w cenach hurtowych były różne dla różnych podmiotów.

– Ale apteki sieciowe to zaledwie jedna piąta rynku.

– To prawda, że nie jest ich jeszcze tak dużo, lecz mają one znaczący udział w obrocie aptecznym. Innym niebezpiecznym i coraz bardziej powszechnym zjawiskiem jest franczyza. Prowadzi ona do całkowitego uzależnienia aptek, z czego korzyści odnosi nie aptekarz, tylko franczyzodawca, czyli hurtownia. Franczyza to pośredni sposób uzależnienia się apteki od hurtowni.

– Resort zdrowia argumentuje, że apteki indywidualne mają problemy, ponieważ jest ich za dużo na rynku. Zachęca farmaceutów do konkurowania tym, co mają najlepszego – opieką farmaceutyczną.

Od lat zabiegamy o zapisy, jakie mają aptekarze w innych krajach Unii Europejskiej. Od wielu lat kolejne rządy nie pochyliły się nad takimi zapisami, jak „apteka dla aptekarza” czy demografia i geografii. Stąd mamy dziś konsekwencje w postaci problemów ekonomicznych w wielu aptekach.

Jeśli chodzi o opiekę farmaceutyczną, to w pewnym zakresie apteki przez cały czas ją realizują. Na razie nie jest ona sformalizowana. Jeśli jednak zasady opieki farmaceutycznej zostaną uregulowane ustawowo, to na początku będzie generowała koszty. Na przykład konieczne będzie dodatkowo pomieszczenie, oprogramowanie, trzeba będzie zatrudnić pracowników. To nas czeka wcześniej czy później, ale wprawdzie uzbiera wzmocnić apteki ekonomicznie. Zła kondycja finansowa aptek, zwłaszcza indywidualnych, sprawia, że nie każda z nich będzie mogła sobie pozwolić na wprowadzenie opieki farmaceutycznej. Znowu się okaże, że jest to opcja dla wybrańców, dla aptek uprzywilejowanych, które bez problemu spełnią dodatkowe wymagania.

Chciałbym, by opieka farmaceutyczna stanowiła wartość dodaną aptek, element wzmacniający ją ekonomicznie. W ten sposób państwo może poczynić

oszczędności. Bez sformalizowanej opieki farmaceutycznej część leków jest wydawanych niepotrzebnie. Wystarczy spojrzeć na interakcje między lekami wypisywanymi na receptach.

– Na zjawisko samoleczenia i kupowania nadmiaru leków mają wpływ także inne czynniki, np. reklama i łatwość w dostępie do leków, m.in. na stacjach benzynowych, w sklepach spożywczych.

Sprzedaż pozaapteczna to oddzielny problem. Opowiadamy się za ograniczeniem listy leków dostępnych w sprzedaży pozaaptecznej – na stacjach benzynowych, w sklepach spożywczych, a nawet w punktach aptecznych. Wobec punktów aptecznych stosuje się inne wymagania osobowe i lokalowe. Technik farmaceutyczny może prowadzić punkt apteczny, w którym mogą być sprzedawane leki, a lista leków tylko w pewnym zakresie różni się od tej aptecznej.

Nieograniczony dostęp do leków w sklepach spożywczych i na stacjach benzynowych to nieporozumienie. Jeśli chodzi o zarzut, że zmniejszenie asortymentu w punktach aptecznych utrudni dostęp do leków, to jest proste rozwiązanie – można by ustawowo wprowadzić aptekę typu wiejskiego. Przy mniejszych wymaganiach do otwierania takiej apteki na wsi można by spowodować, że pacjent miałby dostęp do wszystkich leków, a w ich wyborze doradziłby mu magister farmacji.

– Co z pomysłem rozszerzenia asortymentu?

Apteki na pewno będą musiały szukać dodatkowych źródeł dochodu, ale nie różny z nich butlik czy sklepu obuwicznego. Już dzisiaj próbują one sprzedawać na przykład wyroby otopodopieczne, nie jest to jednak zjawisko masowe.

W aptece amerykańskiej w sprzedaży obok leków są także inne produkty, nie mające nic wspólnego z ochroną zdrowia. Chyba nie o to nam chodzi. Inaczej jest w wielu krajach europejskich, w których takie poszerzenie asortymentowe nie występuje.

Ponadto apteka musi mieć odpowiednie możliwości lokalowe, by rozszerzać swoją działalność. Apteki tworzone w hipermarketach mogą najeść dodatkową powierzchnię użytkową, lecz większość aptek nie ma

takiej możliwości. Często zresztą znajdują się one w budynkach pozostających pod opieką konserwatora zabytków.

Oczywiście rynek będzie nadal ewoluował w kierunku poszerzenia asortymentu, ale nie powinny to być zmiany rewolucyjne, które diametralnie odmienią obraz apteki. Ponadto zawsze trzeba dążyć do tego, by opieka farmaceutyczna była wartością dodaną. Korzystamy z pomocy i wiedzy dobrze wykształconych magistrów farmacji. Należy pamiętać, że każdy lek może w pewnym momencie stać się trucizną. Nie jest sztuką sprzedawanie tego, co jest reklamowane. Liberalizm w dostępie do leków jest zgubny. Ludzie ulegają presji reklamowej, często dają się zwozić pomysłodawcom różnych programów promocyjnych.

– Co to oznacza w praktyce?

– Mamy sygnały, że pacjenci, którzy kupują leki w ramach rozmaitych programów lojalnościowych, często przeplacają. Na jedne leki otrzymują rabat, inne natomiast kupują po cenie wyższej niż w innych aptekach. Znany jest przykład pacjenta z Torunia, który kupił inhalator za trzykrotnie wyższą cenę niż obowiązująca w innych aptekach w tym mieście. Wpiew rzecznik firmy tłumaczył, że w tych aptekach była promocja. Kiedy ten argument upadł, wskazał na błąd w systemie. W końcu powiedział, że nikt nikomu nie obiecał, że będzie taniej. Okazało się, że niższe ceny dotyczą tylko wybranej grupy produktów.

Jesteśmy przeciwni wszelkim formom reklamy aptek. Wypacają one obraz dzisiejszej apteki. Przez to lek traktowany jest jak zwykły produkt. Do czego prowadzi taka nierozważna polityka, pokazuje przykład Norwegii, gdzie nastąpiła przegromna mcdonaldyzacja aptek. Jedynie 22 apteki spośród 430 pozostały w rękach indywidualnych właścicieli. Prawie cały rynek został podzielony przez trzy duże sieci. Ceny jednak wcale nie spadły, wręcz przeciwnie. Do tego ograniczony został asortyment leków w aptekach. Prawo norweskie omijane jest przez uczestników rynku. Producenci leków mają tam swoje hurtownie farmaceutyczne, poprzez które zakładają apteki. To oni narzucają warunki polityki lekowej państwa. ▶

► Sytuację aptek w Polsce poprawiłoby wprowadzenie zasady „apteka dla aptekarza”?

– Zasada „apteka dla aptekarza” funkcjonuje w większości państw Unii Europejskiej, ale to tylko jeden z elementów regulacji rynku aptecznego. Niemcy też liczyli, że zasada „apteki dla aptekarza” rozwiąże wszystkie problemy. Później zmieniono prawa farmaceutyczne i pozwolono na zakładanie w Niemczech trzech aptek filialnych. Pula pacjentów nie zwiększyła się, natomiast aptek przybyło. Nastąpił spadek ich rentowności. Okazało się, że bez wprowadzenia kryterium demografii i geografii nie będzie możliwe zapewnienie aptekom warunków, które pozwolą im utrzymać się na rynku.

– Jaki system byłby idealny?

– Najbardziej stabilne pod względem ekonomicznym są apteki w tych państwach, w których obowiązuje zarówno zasada „apteka dla aptekarza”, jak i kryteria demograficzne i geograficzne – na przykład we Włoszech, w Austrii, Hiszpanii czy Portugalii. We Francji wspomniane kryteria wprowadzono w 1911 roku i funkcjonują z powodzeniem do dziś! Dodatkowo ważnym jest wprowadzenie stałych cen i odpłatności.

Ostatnio także rządy innych państw – jak Węgry i Belgia – zauważyły, że bezpieczeństwo terapeutyczne pacjenta nie zależy od liczby aptek i zamierzają ją ograniczyć. Tylko odpowiednia liczba pacjentów pozwala zapewnić ekonomicznie byt apteki i odpowiedni poziom obsługi pacjenta.

W Polsce był ongiś plan wprowadzenia kryterium demografii i geografii, ale upadł, gdyż stwierdzono, że jest to sprzeczne z prawem unijnym. Wyrok Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości z 1 czerwca 2010 r. dowodzi, że to nieprawda. Trybunał uznał, iż ustanowienie przez państwo członkowskie Unii Europejskiej limitów o charakterze demograficznym i geograficznym nie jest niezgodne z prawem wspólnotowym, a zapewniają one najwyższy poziom obsługi i bezpieczeństwa pacjenta. Postulujemy też wprowadzenie zasady „apteka dla aptekarza” z respektowaniem praw nabytych.

Wykorzystajmy także wiedzę wykształconych farmaceutów. Tymczasem pojawia



► Franczyza jest pośrednim sposobem uzależnienia się apteki od hurtowni

się pomysł, by wprowadzić trzylecnie farmaceutyczne studia licencjackie, dające uprawnienia niemal równe magistrum farmacji. To może doprowadzić do upadków wydziałów farmaceutycznych. Tak stało się w Grecji. Obniżymy w ten sposób poziom kształcenia.

– W Polsce nie ma planów wprowadzenia kryteriów demograficznych i geograficznych. Szacuje się, że zmiany w prawie mogą spowodować upadek 20-40% aptek.

Najgorsze, że upadną apteki osiedlowe czy w małych miejscowościach. Powodem ich likwidacji będzie coraz niższa rentowność. Ministerstwo Zdrowia proponuje tabelę marż, która zabiera aptekarzom ok. 180 mln zł. Zabieranie w nieskończoność marży i dochodu ma swoje granice. Perturbacje na rynku aptecznym mogą mieć również wpływ na politykę kredytową banków, utrudniając aptekarzom zaciąganie kredytów.

Z kolei obniżenie marży hurtowej spowoduje, że hurtownie farmaceutyczne będą szukać oszczędności, na przykład rzadziej dostarczając produkty do aptek, co wpłynie na pogorszenie dostępu pacjentów do leków. Trzeba będzie także powiększyć magazyn, a to kosztuje. Ponadto hurtownie mogą skrócić aptekom terminy płatności.

– Można coś poprawić w relacji aptek z dystrybutorami?

– Obecny model dystrybucji sprawdza się w Polsce. Dla nas niepokojącym zjawiskiem są dostawy bezpośrednie. One zresztą mogą spowodować zwrot w systemie dystrybucji leków i wtedy hurtownie też będą w trudnej sytuacji. To pokazuje, jak przerażająca jest globalizacja. Do naszego kraju przenoszone są rozwiązania z innych państw, które różnią się od Polski sytuacją ekonomiczną, uwarunkowaniami administracyjnymi, mają inną gęstość zaludnienia. Tymczasem powinniśmy patrzeć na polskie realia.

– Czy krytykowany przez NRA pomysł umów aptek z Narodowym Funduszem Zdrowia też jest takim obcym rozwiązaniem?

– Umowy płatnika z dostawcami leków podpisywane są w poszczególnych krajach związkowych w Niemczech. Ale to sytuacja zupełnie inna od rozwiązania proponowanego w Polsce. Jesteśmy przeciwni umowom z NFZ. Po pierwsze nie nic uzasadnia, by podpisywać je tylko z aptekami, skoro istotnymi podmiotami rynku są także producenci i hurtownicy. Po drugie nie jesteśmy świadczeniolodawcą.

Oczekujemy jedynie na zwrot pieniędzy za wydane pacjentom leki refundowane. To my, aptekarze, zaopatrujemy bezpośrednio polskich pacjentów w leki i nadal chcemy to czynić jak najlepiej. Dziś refundacja następuje na podstawie ustawy. Propozycja podpisywania umów oznacza przekazanie urzędnikom Funduszu niemal nieograniczonej władzy w tym zakresie.

Projekt zakłada rozwiązanie niekonstrukttywne, nieefektywne, wysoce biurokratyczne. Zapowiedzi polityków były inne.

ROZMAWIAŁA:
LUIZA JAKUBIAK

**UCHWAŁA NR 34 /V/2010
PODKARPACKIEJ OKRĘGOWEJ RADY APTEKARSKIEJ
w RZESZOWIE
dnia 9 marca 2010 roku**

**w sprawie: terminu płatności składki członkowskiej od członków
Podkarpackiej Okręgowej Izby Aptekarskiej**

Na podstawie art. 27 pkt 1 i art. 64 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. nr 136 poz. 856) oraz Uchwały Nr V/28/2008 V Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 19 stycznia 2008 roku w sprawie ustalenia wysokości części składki członkowskiej odpro-
wadzanej przez okręgowe izby aptekarskie na rzecz Naczelnej Izby Aptekar-
skiej, Podkarpacka Okręgowa Rada Aptekarska uchwala co następuje:

§ 1

1. Składki na rzecz Podkarpackiej Okręgowej Izby Aptekarskiej należy wpłacać na konto POIA w terminie do 20 dnia każdego miesiąca za dany miesiąc kalendarzowy.

2. Składkę członkowską za miesiąc grudzień należy wpłacić do 15 grudnia br., tak aby rok kalendarzowy pokrywał się z rokiem budżetowym i był rokiem zamkniętym.

§ 2

Nieopłacone w terminie składki członkowskie i koszty postępowania w przed-
miocie odpowiedzialności zawodowej podlegają ściągnięciu w trybie przepi-
sów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

§ 3

1. Ostateczny termin rozliczenia składek członkowskich przez Biuro POIA za dany rok kalendarzowy upływa 31 marca następnego roku kalendarzowego.

2. Po upływie w/w terminu nieopłacone składki członkowskie podlegać będą ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia z mocą obowiązującą od 1 lipca 2010 roku.

Sekretarz PORA

mgr Lidia Czyż

Prezes PORA

dr Aleksander Czarniawski

UCHWAŁA NR 6
XXIV OKRĘGOWEGO ZJAZDU DELEGATÓW
PODKARPACKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ
w RZESZOWIE
z dnia 16 kwietnia 2009 roku

w sprawie: wysokości składki członkowskiej od członków Podkarpackiej Okręgowej Izby Aptekarskiej

Na podstawie art. 27 pkt 1 i art. 64 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. nr 136 poz. 856) oraz Uchwały Nr V/28/2008 V Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 19 stycznia 2008 roku w sprawie ustalenia wysokości części składki członkowskiej odprowadzanej przez okręgowe izby aptekarskie na rzecz Naczelnej Izby Aptekarskiej, Okręgowy Zjazd Delegatów uchwala co następuje:

§ 1

1. Kwota miesięcznej składki na rzecz Podkarpackiej Okręgowej Izby Aptekarskiej wynosi:

- | | |
|---|------------|
| 1) dla farmaceutów wykonujących zawodu farmaceuty | - 44,00 zł |
| 2) dla farmaceutów nie wykonujących zawodu farmaceuty | - 11,00 zł |
| a) dla farmaceutów właścicieli i współwłaścicieli: aptek, hurtowni, składu konsygnacyjnego i punktu aptecznego, którzy zawiesili prowadzenie działalności gospodarczej | -11,00 zł |
| b) dla farmaceutów zatrudnionych w aptekach, hurtowniach, składzie konsygnacyjnym i punkcie aptecznym, przebywających na długotrwałym zwolnieniu lekarskim - powyżej 30 dni | - 11,00 zł |

2. Naliczenie wysokości składki odbywa się na podstawie pisemnej informacji składanej do biura Podkarpackiej Okręgowej Izby Aptekarskiej przez farmaceutę, właściciela, współwłaściciela apteki, hurtowni, punktu aptecznego, składu konsygnacyjnego poczynawszy od daty zdarzenia potwierdzonej dokumentem urzędowym a w przypadku farmaceuty przebywającego na długotrwałym zwolnieniu lekarskim na podstawie kopii zaświadczenia lekarskiego lub pisemnego potwierdzenia pracodawcy.

§ 2

Składki na rzecz Podkarpackiej Okręgowej Izby Aptekarskiej szczegółowo opisane w § 1 za dany rok kalendarzowy należy **wpłacić w terminie do dnia 20 stycznia następnego roku kalendarzowego.**

§ 3

Nieopłacone w terminie składki członkowskie i koszty postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2010 roku.

Przewodniczący Zjazdu:
mgr farm. Robert Janocha

Sekretarze Zjazdu:
mgr farm. Stanisława Gołębowska
mgr farm. Maria Wójcik



Spis treści:

Zamiast wstępu	3
NACZELNA IZBA APTEKARSKA	
1. Sprzeciw NIA wobec praktyk nie zachowywania przez MZ vacatio legis w wydawanych rozporządzeniach	6
2. Uwagi NRA dot. projektu ustawy o refundacji... ..	7
3. Pismo NIA do MZ w sprawie nowych wykazów cen urzędowych... ..	22
4. Wystąpienie do Ministra M. Boni o pilne zorganizowanie spotkania z przedstawicielami NRA	24
5. NRA informuje MZ, że aptekarze nie mogą odpowiadać za negatywne skutki wynikające z niekonstytucyjnego ogłaszania nowych rozporządzeń	26
6. Prośba o wskazanie przez MZ Dzienników Ustaw RP w których ukazały się ostatnie akty normatywne	27
7. Odpowiedź MZ na powyższe pismo	30
8. NRA wskazuje na chaos towarzyszący przygotowywaniu i wprowadzaniu w życie najważniejszych dla aptekarzy i pacjentów rozporządzeń	31
9. Posiedzenie Naczelnej Rady Aptekarskiej	34
10. Uchwała nr V/107/2010 -Stanowisko NRA dot. sposobu kształtowania cen... ..	35
11. Informacja Depart. Spraw Zagranicznych NRA - marże w krajach UE	36
12. NIA do MZ w sprawie skontrolowania podstaw działalności uczelni... ..	45
13. O katastrofalnym stanie polskiego aptekarstwa-spotkanie w GIF	48
Stanowisko GIF w sprawie sprzedaży leków na Allegro	50
Narodowy Fundusz Zdrowia informuje o błędnych kodach EAN	51
PODKARPACKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA	
14. Posiedzenie PORA	53
KOMUNIKAT DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW	55
SAMORZĄD APTEKARSKI	56
KODEKS ETYKI APTEKARZA RP - CO DALEJ	58
Edukacja - raport zbiorczy systemu szkoleń	62
Uchwała nr 22/2008/ PORA w sprawie logo	67
Komunikat - mapowanie.....	69
Rozporządzenie MZ z dn. 24.01.2011 w sprawie wykazu leków	72
PRZEGLĄD PRASY	74
SKŁADKI	77