

Vol 17 Nr 12 2009

ISSN 1230-8730

APTEKARZ

Czasopismo Farmaceutyczno-Ekonomiczne

Redaktor
Tadeusz Jerzy Szuba

WARSZAWA

APTEKARZ

Czasopismo poświęcone gospodarce lekiem

Redaktor Naczelny:
dr Tadeusz Jerzy Szuba

Sekretariat:
mgr Adam Rudzki, mgr Robert Radziszewski, mgr Piotr Sułko,
mgr Danuta Wojnicka-Szuba, mgr Henryk Modrzejewski

Rada:
prof. dr Mirosława Furmanowa, prof. dr Stanisław Witold Gumułka, prof. dr
Bożenna Gutkowska, prof. dr Jerzy Krysiński, prof. dr Sławój Kucharski,
prof. dr Jerzy Masiakowski, prof. dr Regina Olędzka,
prof. dr Aleksander Ożarowski, prof. dr Jerzy Pałka, prof. dr Dionizy Moska,
prof. dr Edmund Sieradzki, prof. dr Jacek Splawiński,
prof. dr Wiesława Stożkowska, prof. dr Michał H. Umbreit,
dr Leszek Bartkowiak, dr Mariola Drozd, dr Olaf Gubrynowicz,
dr Maciej Krzanowski, dr Wojciech Kuźmierkiewicz, dr Stanisław Piechula,
dr Agnieszka Skowron, dr Jerzy Surowiecki, mgr Franciszek Dragan,
mgr Elżbieta Przymus-Góralczyk, mgr Teodozja Holak, mgr Grażyna Kornacka,
mgr Barbara Kozicka, mgr Jacek Polatyński

Internet, archiwum „Aptekarza”
<http://www.tfe.edu.pl/>

Życzenia Świąteczno-Noworoczne

Zarząd

*Towarzystwa Farmaceutyczno-Ekonomicznego oraz
redakcja czasopisma „Aptekarz”
składają członkom oraz czytelnikom
najlepsze życzenia na Święta Bożego Narodzenia
i na cały Nowy 2010 Rok.*

Dr Tadeusz J. Szuba



Spis treści

Monopol w farmacji twórczy i występny	234
Występki monopolistyczne Sanofi Aventis i AstraZeneca	239
O leki dla Polaków, ciąg dalszy - odpowiedź V-Ministra Zdrowia Marka Twardowskiego - odpowiedź TFE V-Ministrowi Zdrowia Markowi Twardowskiemu	241
Drugi apel do samorządu lekarskiego	245
Sprawozdanie Zarządu Głównego dla Walnego Zebrania Członków z rocznej działalności Towarzystwa Farmaceutyczno-Ekonomicznego od 8/X/2008 r. do 7/XII/2009 r.	247
Sprawozdanie finansowe dla Walnego Zebrania Członków TFE na dzień 7 grudnia 2009 r.	251
Bezpieczeństwo stosowania leków	252

XXI Zjazd Naukowy PTFarm

Każdy zjazd naukowy Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego jest przyczynkiem do sławy polskiej farmacji. Stanowi płaszczyznę do ukazania i popularyzacji prac naukowych i badawczych kolejnego etapu historycznego.

Za wiedzą i zgodą organizatorów mamy przyjemność i zaszczyt powiadomić naszych Czytelników, że XXI Zjazd PTFarm będzie się odbywał w Gdańsku

12-15 września 2010 r.

Kto chce ujawnić światu swój wkład do postępu nauk farmaceutycznych, powinien do 30 kwietnia 2010 r. zgłosić taką wolę i przesłać streszczenie pracy na adres zjazdptfarm@gumed.edu.pl.

Redakcja „Aptekarza”

Profesor medycyny

Dr Leszek Ceremużyński

zmarł 26 listopada 2009 r.

Uczony, którego docenił świat, i któremu Polska wiele zawdzięcza.

Oddajemy Mu hołd należny wielkiemu lekarzowi. Niezwykle efektywnie służył tysiącom pacjentów bezpośrednio, i pośrednio dziesiątkom tysięcy – ucząc lekarzy trudnej kardiologii.

Był wzorem skromności wielce urokliwej przy ogromie talentu. Naszym pracom farmaceutyczno-ekonomicznym sprzyjał sercem i wspomagał wiedzą. Bóg zapłać.

Zarząd

Towarzystwa Farmaceutyczno-Ekonomicznego
oraz redakcja „Aptekarza”

Tadeusz J. Szuba

Monopol w farmacji twórczy i występny

Spożycie leków jest kreowane głównie przez lekarzy. Tak być powinno, jako że konsumenci (pacjenci) nie mają wiedzy potrzebnej do kształtowania popytu.

Nawet wiedza lekarzy jest ograniczona. To, czego uczyli się na uniwersytecie już jest w dużym stopniu nieaktualne. Postęp farmakoterapeutyczny jest szybki. Lekarze muszą korzystać z bieżącej literatury medycznej, a ta bywa rzetelna i nierzetelna.

Dlaczego? Dlatego, że uczelnie nie mają funduszy na finansowanie badań naukowych (głównie klinicznych). Badania są robione z inicjatywy i pod dyktando firm farmaceutycznych. Firmy chcą służyć zdrowiu, ale ich siłą motoryczną jest zysk. W interesie firmy jest badanie, które uwypukli zalety jej leku, zatai jego wady i nie wspomni o analogicznych lekach lepszych.

Stosownie do potrzeb firmy zatrudnia się badacze. Ci idą na rozliczne kompromisy. Od nich zależy dobrobyt uczonego, a nawet kariera naukowa (ona jest często funkcją liczby publikacji, a nie ich jakości).

Światowe prawo farmaceutyczne sprzyja manipulowaniu prawdą. Powszechnie stosuje się badanie walorów nowego leku w trybie odniesienia do placebo, a nie do starych leków danej grupy terapeutycznej. Aby nowy produkt uczynić lekiem, trzeba udowodnić, że on leczy. Nie potrzeba dowieść, że leczy lepiej od leków starych. A że wszystkie stare leki leczą nieidealnie, istnieje ogromne pole do naukowych iluzji. Te iluzje publikuje się nawet w bardzo dobrych czasopiśmie. Firmy farmaceutyczne stać na to, by stosowne publikacje wspierać finansowo, poczym starannie karmić nimi tłumy lekarzy.

Mamy to, co mamy. Ogromne spożycie leków gorszych przy istnieniu lepszych. Skala zjawiska jest mniejsza w krajach zamożnych, bo tam stać lekarzy na prenumerowanie różnych dobrych czasopiśmie. W Polsce i wielu krajach niezamożnych – nie stać. Karmią się literaturą podrzucaną przez repów (representatives – przedstawicieli firm), starannie dobieraną.

Kosmiczny dramat polega na tym, że nowe leki, często gorsze, są zawsze drogie, bo opatentowane, monopolistyczne, produkowane na zasadzie wyłączności. Lekarz, padłszy ofiarą podstępnej promocji „naukowej”, rujnuje pacjentów lub ich Narodowy Fundusz Zdrowia, co na jedno wychodzi. Lekarz zamiast przybliżać do ludzi zdrowie, je oddala.

Na domiar złego prawo medyczno-farmaceutyczne i prawo prasowe jest w Polsce tak probiznesowe, że nie pozwala wołać głośno „nie ordynuj bubla x, stosuj lek renomowany”. Każdy bubel został legalnie zarejestrowany i ma takie same prawne racje przynoszenia firmie korzyści, jak wyśmienity środek leczniczy. W młodym polskim kapitalizmie większą ochroną cieszy się przedsiębiorca niż pacjent, za którym niby stoi rząd, ale nie rozumiejący wiele.

Nie rozumienie dotyczy również niektórych profesorów medycyny i farmacji. Ta niewiedza promieniuje na rzesze lekarzy i na stan ochrony zdrowia, więc przyczynia wielkich szkód.

Niniejszy wykład omawia ważki fragment ekonomiki leku, którego znajomość może uczynić profesora od leków potomkiem Hipokratesa. Oby.

Wszyscy są zgodni, rządzący i rządzeni, bogaci i biedni, zdrowi i chorzy, że o zdrowie należy troszczyć się. Zabieganie o zdrowie wymaga medykamentów. W miarę możliwości coraz lepszych. Postęp musi kosztować. Dużo.

Aby zachęcić przedsiębiorców do poszukiwania nowych środków leczniczych, rozum ludzki wypowiedział krajom, narodom: obejmijcie nowe leki ochroną patentową. Ochrona taka daje na pewien czas wyłączność produkcji i sprzedaży wynalazku. Uniemożliwia trutniom, które niczego nie wynalazły, korzyści z osiągnięć wynalazców. Umożliwia wynalazcom pobieranie dowolnych cen i osiągnięcie zawrotnych zysków.

Wszyscy zgadzamy się na to. Ale. Na to „ale” nie baczą liczni nasi profesorowie. Patent, ochrona, wyłączność nie trwa wiecznie. Jest ograniczona w czasie. Ongiś 15 lat w Polsce, 16 – w Europie Zachodniej, 17 – w USA. Obecnie wszędzie 20 lat. Ba! Wynalazca uzyska patent na swój wynalazek tylko pod warunkiem, że w zgłoszeniu patentowym ujawni wszystkie tajniki wynalazku. Nie tylko jego precyzyjny opis, lecz także metodę jego produkcji.

Po co? Aby następnego dnia po upływie okresu ochronnego każdy mógł, jeśli zechce, produkować i komercjalizować dane dobro. By kwitła konkurencja. By dobra taniały. By stawały się łatwiej dostępne.

Filozofia prawa patentowego jest genialna.

Niech wynalazcy czerpią przez pewien czas nieograniczone korzyści materialne. Po tym czasie

- niech miliardy ludzi niezamożnych mają też szanse leczenia się,
- niech wynalazcy nie będą demoralizowani zyskami za nieróbstwo, niech mają bodziec do robienia następnych wynalazków.

Postępowanie ludzi bywa nieanielskie. Właścicielom patentów nie chce się po wygaśnięciu patentu i nastaniu konkurencji obniżać zawrotnych cen. Oni niemal wszyscy pragną pobierania nadal cen z czasów monopolu. Realizują to pragnienie z pomocą systemu nazw zastrzeżonych, monopolistycznych bez ograniczenia w czasie. I z pomocą chytrze dezinformowanych profesorów medycyny, niekiedy farmacji.

Koncerny już zbudowały rękami powolnych sobie ekonomistów całą gałąź nauki wykładanej na medycynie i farmacji pt „pharmacoeconomics”. W tej nauce nie ma mowy o wyzysku cenowym w dobie konkurencji. Kładzie się silny nacisk na to, że leki konkurencyjne bywają gorsze. A nawet bywają nie tańsze. Zwodniczość koncernowej farmakoekonomiki polega na wmontowaniu do bardzo poprawnego ekonomicznie wykładu ekonomii dwóch systemów malwersacji. Jeden polega na przekonywaniu, iż lek markowy sprzedawany 5-10-20 razy drożej od jego kopii konkurencyjnej jest tańszy. Bodaj do polskiej historii farmacji i medycyny przeszła praca „naukowa” dostarczająca dowodów, że leczenie perindoprilem siedmiokrotnie droższym, w przeliczeniu na dawkę dobową, od enalaprilu, jest tańsze („Farmakoekonomika” Nr 4/2001, 2-12). Ta i inne prace naukowe kpiące z nauki i z rozsądku były referowane niejednokrotnie („Aptekarz” Nr 1-2/2002, 40-42, Nr 9-10/2004, 230-233).

Tu poświęcimy kilka akapitów drugiemu systemowi dezinformacji generowanej przez koncernową farmakoekonomikę i kolportowaną nawet przez profesorów. Polega on na sianiu paniki, że leki konkurencyjne, tanie, robione na wzór ongiś monopolistycznych, drogich, są gorsze. Ten cios jest szczególnie niebezpieczny, bo w farmacji jakość jest bezcenna.

Koncerny ustami życzliwych profesorów stawiają pytanie: „czy pomiędzy lekiem oryginalnym i generycznym (odtwórczym) można postawić znak równości?”, „Czy pro-

dukowane przez różne firmy leki generyczne są tak samo bezpieczne, jak ich oryginalne odpowiedniki i czy mają taką samą skuteczność terapeutyczną?”.

Samo stawianie takich pytań kompromituje profesorów. Prawo stanowi, już od samego zarania leku (patentu), że jego właściwości i cechy mają być klarowne i jawne. Producent konkurencyjny musiałby być niespełna rozumu, gdy kopiując lek oryginalny brałby do tego inną substancję czynną (inną sól, ester, izomer lub tp.). Lub inne materiały pomocnicze. Konkurent stara się robić zawsze lek identyczny.

Odchylenie może się zdarzyć wówczas, kiedy monopolista zazdrosny o swój wynalazek, zlekceważy obowiązujący go wymóg i nie ujawni rzetelnie w Urzędzie Patentowym i później w Urzędzie Rejestracji prawdy o leku. I na domiar złego profesor-rzeczoznawca w Urzędzie Patentowym lub w Urzędzie Rejestracji tego nie wykryje.

Wnioskodawcą prawie nigdy nie jest producent leku taniego. Prawie zawsze jest to producent leku drogiego z przemyślanym zamiarem podstawienia nogi producentom tanim. Pomocą służą mu rzeczoznawcy, nawet w randze profesorów, nie potrafiący zmusić monopolistów do postępowania fair.

Proceder wpuszczania konkurentów w maliny jest bardzo opłaczalny. Opóźnienie produkcji dobrego leku konkurencyjnego może przynosić monopolistom wielkie korzyści. Na monopolu zarabia się krocie. Z niepodważalnych danych rynkowych wiemy, że lek-kopia z reguły jest tańszy 5-10 razy. Górna granica wyzysku sięga 100-krotności. Przypadki górne tego zjawiska to np.:

Cipro (ciprofloxacyna) tabl 250 mg droższa 119 razy.

Isoptin (verapamil) tabl 120 mg droższy 95 razy.

(„Aptekarz” Nr 4/2003, 83).

Niektórych profesorów darzących przesadnym kultem monopolistów można leczyć ukazując im wiele drogich wynalazków, które nie są prawdziwymi wynalazkami kosztującymi lata poszukiwań. Są to przeważnie kongenery, obejścia patentowe wcześniejszych cudzych wynalazków. Także ciprofloxacyna z 1983 r. nie była błyskiem geniuszu Bayera, lecz kolejnym obejściem patentowym norfloxacyny z 1978 r., tak jak pefloxacyna z 1979 r., enoxacyna z 1980 r., ofloxacyna z 1982 r.

Nie miejmy nic przeciwko kongenerom. Dzięki nim też niekiedy osiąga się postęp leczniczy. Ale nie przesadzajmy z kultem autora ciprofloxacyny. To jest po prostu szczęśliwy poszukiwacz patentowalnej „oxacyny” idący już utartym przez innego autora szlakiem. Jego wysokie honorarium nie musi być stukrotnością honorarium normalnego producenta i być płacone dłużej niż 20 lat.

Tendencje panikarskie posuwają się tak daleko, że autor profesor potrafi ostrzegać, że „gdy substancję czynną dostarcza wielu producentów, to poziom zanieczyszczenia i ich profil toksykologiczny może zależeć od metody syntezy związku.” Takie kpiny z podstawowej wiedzy o chemii analitycznej zdarzają się w piśmiennictwie medycznym.

Na szczęście rzeczywistość farmaceutyczna jest zupełnie inna. Wytwórcy leków, bez względu na ich cenę, mają doskonałą wiedzę z chemii, technologii i farmacji stosowanej. W przypadku robienia synonimicznych identyków odchylenia od identyczności zdarzają się bardzo rzadko.

A winowajcą jest prawie zawsze monopolista. On już w zgłoszeniu patentowym powinien był ujawnić oprócz substancji czynnej wszystkie inne szczegóły technologii leku. On powinien podać skład środków pomocniczych również we wniosku rejestracyjnym. Bywa, że w niektórych krajach niefachowo rejestrują leki. Pozwalają monopolistom na zatajanie istotnych danych. Nigdy to się nie zdarza w USA, Anglii,

Francji, Niemczech, gdzie powstają najczęściej nowe leki. W dostępnym każdym wykazie leków RFN, Rote Liste, w każdej monografii jest podany rygorystycznie skład produktu, nawet definicja barwnika drażetki nie mającego żadnego wpływu na jej leczniczość. Podobnie wykaz leków dopuszczonych we Francji, le Dictionnaire Vidal, nie śmie nie drukować szczegółowych danych.

Producent leku konkurencyjnego, synonimicznego, nie ma najmniejszych kłopotów z zaopatrzeniem się we wszystkie potrzebne substancje pomocnicze. On ma na to czas 20 lat (mówiąc z przesadą).

Firmy opowiadają profesorom, klinicytom, farmakoekonomom itd. rozmaite banialuki, a oni nie mając zielonego pojęcia o farmacji stosowanej kolportują głupstwa w prasie lekarskiej i farmaceutycznej. Zupełnie nieświadomie sięją panikę u lekarzy i pacjentów. Wywołują strach przed lekami konkurencyjnymi (generycznymi).

Koncerny zacierają ręce. Pobierają niezasłużone setki miliardów dolarów rocznie. Kilka przykładów ze świata:

Lipitor (atorvastatina), patent USA. Sprzedaż rządu 13,5 mln USD rocznie. Cena hurtowa w USA \$3,37/DDD (10 mg). Produkt bez nazwy Lipitor lub Sortis jest obficie dostępny z wielu źródeł po \$0,11-0,22/DDD (10 mg). Czyli 15,3-30,6 razy taniej, średnio 23 razy. Niezasłużona nadwyżka zysku wynosi blisko 13,0 mld dolarów.

Plavix (clopidogrel), patent francuski. Sprzedaż 8 mld dolarów. Cena hurtowa w USA wynosi \$5,33/DDD (75 mg). To samo bez nazwy Plavix można kupić po \$1,55/DDD (75 mg). Różnica stanowi \$5,67 mld.

Zyprexa (olanzapina), patent USA. Sprzedaż 4,8 mld dolarów. Cena hurtowa w USA \$16,64/DDD (10 mg). Synonim bez nazwy Zyprexa jest powszechnie dostępny po \$2,32-\$3,04/DDD (10 mg). Średnio po \$2,68/DDD (10 mg). Ex-właściciel patentu przechwytyje niezasłużenie \$4 mld rocznie.

Takie zjawiska mają charakter masowy. Ale za granicą durnota przepłacania za leki markowe, już stare, nie chronione patentem, obejmuje raczej leki obiektywnie dobre. Atorvastatina uchodzi teraz wszędzie za doskonały środek przeciwcholesterolowy. Clopidogrel za dobry środek przeciwplatekcyjny. Olanzapina – za skuteczny antypsychotyk. W Polsce jest gorzej.

Oto przykłady rodzimego niepotrzebnego przepłacania za markę:

W 2008 r. wydaliśmy na ramipril marki Tritace zł 167 mln. Wiedząc, iż jest on droższy 3 razy od synonimicznych ramiprili konkurencyjnych (Tritace – zł 0,65/DDD 2,5 mg, np. Axtil – zł 0,21/DDD).

Wydaliśmy niepotrzebnie zł 65 mln na simvastatinę marki Zocor droższą dwukrotnie od równie dobrych nie-marek Zocor.

Ale zarówno ramipril z nazwą Tritace, jak i simvastatina z marką Zocor choć są top lekami w swojej grupie terapeutycznej. Przy nich marnuje się tylko pieniądze na drogą markę. W Polsce do takiego marnotrawstwa dochodzi jeszcze boleśniejsze marnotrawstwo w postaci płacenia wysokich, monopolistycznych cen nie tylko za markę, a za leki nie mające wysokiej noty w światowym leczeniu. W sensie promowania refundacją wręcz niepojęte.

Rażącym przykładem jest Prestarium (perindopril). Pril, którego szczególnych zalet nie dostrzeżono w USA, Niemczech, Anglii i innych krajach znających się na medycynie, u nas był przez lata prilem Nr 1. Obecnie jest prilem nr 2 przyczyniającym

wydatku 185 mln złotych. Bo kosztuje zł 1,05/DDD (4 mg). Gdy top prile preferowane na całym świecie (enalapril, ramipril) są dostępne po zł 0,20/DDD. Pięć razy taniej. Polscy lekarze wyrzucają do śmieci $185 \times 4/5 = 148$ mln złotych rocznie! Minister zdrowia im na to pozwala. Nie tylko na to.

Gdy kardiologowie całego świata do kontroli nadciśnienia stosują hydrochlorothiazid, ewentualnie furosemid, w Polsce przemysł wcisnął w kardiologów indapamid, me-too clopamid (Brinaldix) z 1962 r. już wycofany z aptek prawie na całym świecie. Indapamid z 1969 r., nieznaczna modyfikacja chemiczna clopamidu, jest u nas diuretykiem Nr 1. W dodatku najlepiej nam pomaga (szkodzi) marka Tertensif, najdroższa. Cztery razy droższa od hydrochlorothiazidu i furosemidu. Na Tertensif wydaliśmy w 2008 r. zł 101 mln płacąc cenę niekonkurencyjną jeszcze 40 lat po zaistnieniu tego à la wynalazku.

Przejdźmy już do próby podsumowania. Bolesne i psujące zdrowie są poszczególne błędy w rządzeniu farmacją. Czy to będzie Prestarium (perindopril), Tertensif (indapamid), czy wiele innych. Sprawą najważniejszą jest odbudowanie kwalifikowanych rządów farmaceutycznych. Bez kwalifikacji kadr „na górze” poprawianie sytuacji lekowej jest bardzo trudne.

Wróg jest przebogaty i stać go na najzdolniejszych, najdroższych adwokatów. Mamy na piśmie jego zapewnienia dla Rządu, że „koncerny farmaceutyczne nie są monopolistami, bo konkurują ze sobą”. Lek robiony w 100% przez jednego rekina nie jest monopolistyczny („bo na tę samą chorobę jest wiele innych leków”).

Jak tym kłamcom nie wierzyć w prawie 40-milionowym kraju, w którym nie ma ani jednej uczelni ekonomicznej z ekonomiką leku i towaroznawstwem farmaceutycznym. Kto ma Rządowi mówić prawdę? Uczelnie medycznie nie tylko nie znają ekonomii, lecz nawet są szkolone w „pharmacoeconomics” przez przyjazny, życzliwy przemysł monopolistyczny.

Tadeusz J. Szuba

Występki monopolistyczne Sanofi Aventis i AstraZeneca

Swego czasu w autorytatywnej organizacji oenzetowskiej w Genewie (WIPO) poinformowano mnie, że wynalazki chemiczne, biochemiczne itd. służące farmacji, stanowią ca 60% wszystkich patentów na świecie. Nie chodzi mi o dokładność informacji, ale o rząd wielkości. Z niego wynika, że urząd antymonopolowy powinien mieć rozległą wiedzę o monopolu w przemyśle farmaceutycznym.

Ma niemal zerową. Poświęćmy mu nieco uwagi. Na przykładzie dwóch wyczynów monopolistycznych zaobserwowanych w bieżącym roku.

Sanofi Aventis ewidentnie podeptał wolność gospodarczą wykorzystując swą pozycję monopolistyczną w przedmiocie leku Clexane (enoxaparina). Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, zbadawszy sprawę bardzo starannie, orzekł, że nie ma przesłanek do postępowania antymonopolowego.

AstraZeneca odmówiła sprzedaży swych leków wszystkim hurtowniom uprawnionym do obrotu lekami i nie została potępiona przez U.O.K.iK.

Nasz urząd antymonopolowy w ogóle nie wie, co to jest monopol w farmacji. Daje się wodzić za nos monopolistom. Ufa im w ich niewinność dając wiarę chytrym argumentom. Np. tezie, że monopol zależy od poziomu ATC.

Przy maksymalnej atencji dla klasyfikacji leków ATC, nie kto inny, a ja, ją spopularyzowałem w Polsce, oświadczam, że nie ma ona nic wspólnego z monopolem i konkurencją. Stanowi ona system ułatwiający odróżnianie leku od leku. Jednak to odróżnianie nie przesądza nigdy o rynkowej wyłączności.

O wyłączności przesądza patent lub choćby znak zastrzeżony.

W przypadku Sanofi Aventis produkt enoxaparina marki Clexane jest monopolistyczny zupełnie niezależnie od Prezesa U.O.K.iK., Premiera, czy nawet Przewodniczącego Komisji Europejskiej. Aczkolwiek enoxaparina była opatentowana w 1981 r. na rzecz firmy Pharmindustrial, i patent jest już nieważny, została opatrzona zarejestrowanym w Urzędzie Patentowym znakiem słownym Clexane. Ważność marki Clexane nie wygasa (ważność przedłuża się wnosząc nieznaczną opłatę). A więc nikt poza Sanofi Aventis nie śmie robić i sprzedawać leku Clexane. Sanofi Aventis ma 100% monopol. Co nie znaczy, że może dowolnie nadużywać pozycji monopolistycznej. Nawet monopolista ma szanować prawo farmaceutyczne. Nie śmie nikogo dyskryminować, nie śmie odmawiać sprzedaży żadnej legalnej hurtowni, nie śmie różnicować warunków dostawy, np. cen.

Sanofi Aventis był grzeczny do lutego 2009 r. W marcu przystąpił do spekulacji. Uprzywilejował trzech hurtowników. Stworzył ekstra program zaopatrzenia aptek. Narzucił monopolistyczną kontrolę rynku Clexane`u. Dlaczego? Podobno Niemcy wykupywali Clexane, bo u nich jest droższy.

Nikt im nie śmie tego zabronić, orzekł Europejski Trybunał Sprawiedliwości. W Unii Europejskiej ma być wolny przepływ ludzi, towarów i kapitału. Sanofi Aventis ma obowiązek normy europejskie szanować. Nie wolno mu szykanować uczestników obrotu lekami.

U.O.K.iK. powinien mu natychmiast zabronić egoistycznych monopolistycznych praktyk. Tymczasem w sporze merytorycznym stanął po stronie monopolisty.

Będziemy prosić Stowarzyszenie Hurtowników oraz Naczelną Izbę Aptekarską o wytoczenie sprawy złożyńcy i o zakaz praktyk monopolistycznych.

W przypadku AstraZeneca nadużycie pozycji monopolistycznej posunięto do wszystkich leków. Odmówiono dostaw produktów AZ wszystkim hurtowniom i wprowadzono sprzedaż bezpośrednio do aptek (D-T-P, direct to pharmacy), z własnej hurtowni. Zważywszy, że własna hurtownia jest fikcją (jest raczej magazynem zbytu), wynajęto trzy prawdziwe hurtownie (dokładniej – dwie, bo dokonała się fuzja) do zadań logistycznych, do roli poczty.

Zakpiono z prawa farmaceutycznego, z wolnego rynku, z prawa dostępu wszystkich legalnych hurtowni do wszystkich leków, z prawa antymonopolowego, z wolnej konkurencji na jawnych warunkach. Po co? By stając naprzeciw mikrych ekonomicznie podmiotów (apteki), zamiast potężnych hurtowników, łatwiej wciskać z pomocą rabatów, prezentów itp. swoje bardzo drogie leki w miejsce cudzych podobnych lub identycznych tanich.

U.O.K.iK. nie rozumie prostej rzeczy, że firma farmaceutyczna dysponująca choć kilku produktami monopolistycznymi, pożądanymi przez chorych, może zręcznym szantażem wymusić na słabej aptece, co tylko zechce. Państwo jest od tego, by to uniemożliwić.

Proceder skomentowaliśmy w „Aptekarzu” (Nr 11/2009, 204-207) dość dokładnie. Główny Inspektorat Farmaceutyczny, znający się na farmacji, zabronił tych praktyk. Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów – nie. Sytuacja jest groźna. AstraZeneca może iść walczyć do sądu administracyjnego i wygrać. Ustawa nie precyzuje wszystkiego literalnie. A sąd nie jest od stanowienia prawa, tylko od przestrzegania. Od stanowienia prawa antymonopolowego jest U.O.K.iK. Zachęćmy go do pracy.

Dyskusja rzekomo „publiczna” na ten temat, bardzo istotny dla 38 mln obywateli, nie ma szans. Redaktor Beata Chomątowska poinformowała w „Rzeczpospolitej”, że wszyscy chcą sprzedaży bezpośredniej. Nie tylko Jerzy Garlicki, prezes AstraZeneca. Sprzeciwu nie dostrzegła Paulina Kierzkowska-Knapik, wybitny adwokat przemysłu markowego. Stanisław Kasprzyk z wielkiej amerykańskiej firmy wywiadowczej IMS Health, żyjącej z koncernów w rodzaju AstraZeneca, jest też „za”. To efekt presji na obniżkę kosztu leków, powiada. Tylko nie dodał, dlaczego żaden drogi lek AstraZeneca nie staniał po wyeliminowaniu z dystrybucji hurtowników, którzy otrzymywali ca 9% marży. Zapomniał też dodać, że 13.000 aptekarzy po powszechnym wprowadzeniu sprzedaży bezpośredniej będzie musiało kupować 10.000 leków nie z 2-3 hurtowni, lecz od setek fabrykantów dyktujących swoje odrębne warunki, tak jak AstraZeneca. Ergo tworzyć spore biura zakupu i finansów dla rozliczania co miesiąc wielu tysięcy faktur. Już bez tego wiele z nich bankrutuje.

Nawet prasa fachowa, „Puls Farmacji”, głosi, że nowe rozwiązania w systemie dystrybucji narzucane przez koncerny farmaceutyczne są nieuniknione.

Niepojęty obłąd prokapitalistyczny, czy nie gorszy jeszcze od antykapitalistycznego obłąd peerelowskiego. Bodaj też nieuleczalny. Pamiętam niedawno, kiedy grzecznie, zgodnie z konstytucją, i ustawą i wolnością słowa i obowiązkiem społecznym, poradziłam Ministrowi Zdrowia, by nie refundował ivabradyny (nie lepsza od verapamilu i 21 razy droższa), redaktor Gmyz w „Rzeczpospolitej” na 3 stronach zarzucił mi mafię z bogatym przemysłem krajowym (Jerzego Staraka) na szkodę chwalebego wynalazcy ivabradyny. Dyrektor naczelny gazety wybronił red. Gmyza. Nawet prokuratora się nie przestraszył.

W Polsce z taką prasą nie liczymy na świadomość „ludu”. Lepiej uświadommy urząd antymonopolowy. Niech Polską nie rządzą koncerny farmaceutyczne.

Towarzystwo Farmaceutyczno-Ekonomiczne

O leki dla Polaków

– ciąg dalszy

**odpowiedź V-Ministra Zdrowia Marka Twardowskiego
na naszą petycję do parlamentu „O leki dla Polaków”
opublikowaną w „Aptekarzu” Nr 11 (2009), 198-203 i**

**nasza odpowiedź na odpowiedź V-Ministra Zdrowia Marka
Twardowskiego**

X X X

Minister Zdrowia

Warszawa – 2009-11-19

MZ-PLO-4642-9827-1/MS/09

MZ-PLO-070-270/HP/09

Pan

Dr Tadeusz J. Szuba

Prezes Zarządu

Towarzystwa Farmaceutyczno-Ekonomicznego

Szanowny Panie Prezesie,

Odpowiadając na petycję skierowaną do Komisji Zdrowia Sejmu i Senatu RP, pt. „O leki dla Polaków”, przesyłam uprzejmie następujące informacje.

Produkty lecznicze dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, są umieszczane na wykazach leków refundowanych zgodnie z przepisami art. 36-39 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, 1027 ze zm.), art. 5-7 ustawy z dnia 5 lipca 2001 roku o cenach (Dz. U. Nr 97, poz. 1050 ze zm.) oraz aktów wykonawczych.

Na podstawie art. 36 i 37 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Minister Zdrowia określa w drodze rozporządzeń wykazy leków refundowanych, to jest wykazy leków podstawowych i uzupełniających, wykaz chorób oraz wykaz leków, które ze względu na choroby określone w wykazie są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością.

Ponadto, na podstawie art. 38 ust. 6 tej ustawy, Minister Zdrowia określa w drodze rozporządzenia limity cen leków wymienionych w wykazach leków refundowanych. Przedmiotowe akty wykonawcze określa Minister Zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Aptekarskiej oraz biorąc pod uwagę stanowisko Zespołu do spraw Gospodarki Lekami. Ustawa o cenach, w sposób precyzyjny i szczegółowy określa kryteria, jakimi kieruje się Zespół przy przygotowaniu stanowiska przekazywanego Ministrowi Zdrowia.

Jednocześnie na podstawie uprawnień art. 5 ust. 4 ustawy o cenach, Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, ustala ceny urzędowe produktów leczniczych objętych, na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wykazami leków refundowanych.

Należy podkreślić, że wysokość ceny urzędowej nie decyduje o wielkości refundacji, lecz limit ceny, który określa maksymalną wysokość refundacji dla danego leku.

Niezależnie od ustalonej ceny urzędowej, Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje koszty wydania leku ubezpieczonemu, do wysokości, ustalonego w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia, limitu ceny.

Pragnę poinformować, że ustawą z dnia 25 czerwca 2009 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz. U. Nr 118, poz. 989), zostały wprowadzone zmiany do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które wprowadziły nowe delegacje ustawowe.

Zakres uprawnień świadczeniobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej został uregulowany w przepisach wskazanej ustawy, w szczególności w art. 15, w którym zawarty jest katalog świadczeń gwarantowanych, m.in. podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, programy zdrowotne, zaopatrzenie w produkty lecznicze.

Kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego dokonuje Minister Zdrowia, po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych, w zakresie o którym mowa w art. 15 ust. 2, biorąc pod uwagę określone w art. 31 a, ust. 1, pkt 1-7, następujące kryteria: wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu priorytetów zdrowotnych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 137, poz. 1126), wydanym na podstawie art. 31a, ust. 2, skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo, stosunek uzyskiwania korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego, stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych oraz skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Zgodnie z art. 34a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, leki i wyroby medyczne określone w drodze rozporządzeń Ministra Zdrowia w wykazach leków refundowanych, są świadczeniami gwarantowanymi.

Unormowania prawne w tym zakresie, zwiększają przejrzystość polityki refundacyjnej państwa. Istotną rolę spełnia Agencja Oceny Technologii Medycznych, której zadania zostały określone w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 31g – 31i).

Do zadań Agencji należy realizacja zadań związanych z oceną świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie wydawania rekomendacji w sprawie kwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej, jako świadczenia gwarantowanego, określania lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego, usuwania danego świadczenia z wykazu świadczeń gwarantowanych.

Przygotowanie rekomendacji dla danego świadczenia zleca Prezesowi Agencji Minister Zdrowia. Wnioski jakie wpływają w sprawie wprowadzenia zmian, są sukcesywnie przekazywane do analizy i oceny przez Agencję Oceny Technologii Medycznych, na podstawie której, Minister Zdrowia podejmuje decyzje o nowelizacji rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Jednocześnie informuję, iż proces legislacyjny projektów rozporządzeń w sprawie wykazów leków refundowanych obejmuje konsultacje społeczne, a uwzględnienie zgłoszonych propozycji i uwag podczas opracowywania aktu wykonawczego leży po

stronie ustawodawcy, który uzasadnia uwzględnienie bądź nie uwzględnienie zgłoszonych uwag.

Zgodnie z uprawnieniami wyrażonymi w art. 31c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Minister Zdrowia może usunąć dane świadczenie opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonać zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego, działając z urzędu lub na wniosek, po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji, uwzględniając wymienione wyżej kryteria.

Należy zaznaczyć, iż Ministerstwo Zdrowia prowadzi przejrzystą i racjonalną politykę lekową w oparciu o możliwości finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia – płatnika publicznego, oraz rekomendacje Rady Konsultacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych. Dla zapewnienia stabilności finansowej systemu prowadzone są intensywne negocjacje z przedstawicielami przemysłu farmaceutycznego, co pozwala na uzyskiwanie cen leków znacznie niższych, niż na pozostałych rynkach europejskich. Dzięki rekomendacjom Rady Konsultacyjnej decyzje refundacyjne podejmowane są w oparciu o przesłanki naukowe (Evidence Based Medicine) zgodnie w najlepszych europejskimi standardami.

Z poważaniem,
z upoważnienia
Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Marek Twardowski

x x x

Towarzystwo Farmaceutyczno-Ekonomiczne

Warszawa, 07 grudnia 2009 r.

**Pan
Dr Marek Twardowski
V-Minister Zdrowia ds. Farmacji
Warszawa**

Szanowny Panie Ministrze,

Dziękujemy niezwykle serdecznie za pismo z 19 listopada b.r. będące odpowiedzią na naszą petycję do parlamentu z 13 października b.r. zatytułowaną „O leki dla Polaków”. Sprawa jest bardzo ważna, opublikowaliśmy ją w listopadowym „Aptekarzu”. Powinniśmy Pana na rękach nosić za okazaną nam uwagę, trzy strony wykładu, szybkość reakcji.

Niestety, po raz kolejny mówimy do siebie jak „dziad do obrazu”.

Pan referuje w odpowiedzi stan faktyczny rządowego zaopatrzenia ludności w leki: podstawy ustawowe, akty wykonawcze, działania Ministerstwa Zdrowia, AOTM i nawet NFZ. Pan to robi zupełnie niepotrzebnie, bo my i wszyscy zainteresowani tę prawdę znają. Ba, my nie chcemy burzyć panującego ładu. Chcemy go trochę poprawiać i szukamy kooperantów, którzy by się tym zajęli.

Szukamy ich wśród społeczników w Sejmie i w Senacie, bo wśród funkcjonariuszy urzędowych ich nie ma. Pana list to potwierdza.

Co my postulujemy? Każdy rynek leków składa się z dwóch części: leków nowych, opatentowanych, monopolistycznych, drogich oraz leków ponad 20-letnich, nie chronionych patentem, konkurencyjnych, tanich. A więc po to, by mieć pieniądze na nowe leki drogie, trzeba nie płacić drogo za leki dostępne tanio. Tymczasem Polska promuje refundacją setki leków starych i drogich przy obfитоści identycznych tanich.

Zastanówmy się nad narzuceniem Ministrowi Zdrowia klucza to uniemożliwiającego. Proponowaliśmy w przeszłości nieraz, by przy dostatku synonimów-identyków refundować tylko te droższe od najtańszego o 0-25%. By przy istnieniu analogów (me-too drugs) refundować tylko te droższe od najtańszego o 0-50%. Sęk w tym, że Ministerstwo i jego agendy zapewne nie rozumieją, o czym jest mowa. Trzeba im wytłumaczyć.

Trudniejsze sprawy już pojmują. Przecież największe złodziejstwo rujnujące NFZ i ludność to ceny urzędowe maksymalne i orgia rabatów, prezentów, łapówek.

Kto robiący tanie i bardzo dobre leki może dawać rabaty, prezenty, łapówki? Może dawać i daje tylko ktoś robiący drogie i często gorsze leki. Potęguje wydatki NFZ i ludności bez sensu. Pan to zaczyna trochę rozumieć. Pana koledzy na Zachodzie już to rozumieją 100 lat. W krajach idealnej swobody gospodarczej, Niemczech, Austrii, Szwajcarii, Francji itd. nie do pomyslenia jest wolny rynek w aptekach. Ceny nie są stałe, konkurencja je ustawicznie obniża, ale zawsze jednakowo we wszystkich aptekach. Żadnych spekulacji, żadnych rabatów. Obniżaj cenę jawnie, legalnie, ile tylko zechcesz.

Jaskrawą bezczelnością firm drogich jest wprowadzanie sprzedaży bezpośredniej, D-T-P (direct to pharmacy), wprost do 13.000 aptek! Kpina z ekonomii. Apteka będzie musiała kupować 5000 leków, zamiast z 2-3 hurtowni, od każdego fabrykanta oddzielnie. Będzie musiała założyć i finansować całe biuro zakupów i rozliczeń faktur. Po co? Po to, by monopolistyczna firma miała możliwość zręcznego wciskania swych drogich produktów z pomocą pokrętnych spekulacji, rabatów i kantów, by wypierać konkurencyjne produkty tanie. Jak Pan swym szczupłym nadzorem farmaceutycznym wyśledzi obroty 13.000 aptek, 10.000 artykułów od 1000 dostawców?

Próbowaliśmy urzędowi antymonopolowemu (U.O.K.iK.) tę zbrodnię monopolistyczną wyperswadować. Bezskutecznie. Może Pan to zrozumie i zakaze (G.I.F. rozumie, ale nie ma władzy).

Na początek prosimy jeszcze raz przeczytać nasz apel „O leki dla Polaków”.

Z poważaniem,

Dr Tadeusz J. Szuba
Prezes Zarządu

P.S. Nie wspomnieliśmy o wynaturzeniu refundacji w ministerialnym wydaniu nazywającym się „limitem ceny”.

W obecnym wydaniu to jest zwolnienie urzędników od myślenia, bierne refundowanie wszystkich cen jakie się fabrykantom zamarzy i płacenie im zbójeckich kwot z cieniutkich portfeli ludzi chorych. Przy niektórych lekach już NFZ prawie nic nie płaci, prawie wszystko płaci pacjent. Refundacja jest fikcją.

Warszawa, 11 grudnia 2009 r.

**Naczelna Izba Lekarska
w Warszawie**

**Drugi apel do samorządu lekarskiego
o współudział przy korygowaniu błędów w gospodarce lekami**

Pierwszy apel wystosowaliśmy 28 października 2009 r. Został opublikowany w listopadowym „Aptekarzu” str. 220-228. Zabiegaliśmy o zacieśnienie sojuszu samorządu lekarskiego i aptekarskiego, by posługiwanie się lekarstwami było lepsze. Wyraziliśmy pogląd, że lekarze w ciężar funduszy publicznych ordynują niejednokrotnie leki gorsze i droższe, zamiast lepszych i tańszych. z powodu pasywności czynników odpowiedzialnych i wobec wielkiej aktywności czynników egoistycznych (zyskofilnych producentów leków).

Pogląd zilustrowaliśmy przykładami wychwalania leków gorszych zamiast lepszych w prasie niemedycznej, w prasie medycznej i w promocji repów (na przykładzie jednej firmy). Wiemy, że w kraju wolnym nie można nikomu zabronić promowania lekarstw dopuszczonych do obrotu. Ale wiemy też, że nie ma zakazu głoszenia prawdy komparatywnej. Rząd jej nie głosi, bo nie umie. Może niech samorządy głoszą.

Pomysł wrzęgnięcia do tej pracy samorządów wydaje się słuszny dlatego, że byłaby ona na pewno skuteczna i byłaby bezpieczna. My pisząc indywidualnie prawdę o lekach niekorzystną dla firmy, zostaliśmy pozwani przez firmę do sądu o wyrządzenie jej szkód. Sąd traci niepotrzebnie czas, bo jest ewidentne, że pisząc krytycznie o lekach firmy nie przysparzamy jej korzyści.

Nasz apel z 28 października b.r. nie podobał się firmie „Servier” (której oferta farmaceutyczna jest szczególnie dyskusyjna) do tego stopnia, że wystosowała ona 30 listopada b.r. kontr-apel do wszystkich izb lekarskich i aptekarskich, a więc do wszystkich lekarzy i aptekarzy. W nim „sławi” w całym kraju moje nazwisko, prezesa TFE podpisanego pod apelem i przeglądem towaroznawczym leków „Serviera” i dezawuuje opinie zawarte w „Aptekarzu” jako subiektywne opinie autora (Tadeusza J. Szuby), czytaj nieprawdziwe.

Tym samym firma „Servier” sprowokowała nas do drugiego apelu, w którym prosimy lekarzy i aptekarzy do dociekania prawdy u „Serviera”.

W naszym pierwszym apelu chodziło o snop światła na wszystkie leki, wszystkich firm, co wymaga ogromnej pracy i sporo czasu. W tym drugim apelu prosimy o danie pierwszeństwa „Servierowi”. O zadawanie wszystkim repom „Serviera” odwiedzającym gabinety lekarskie i apteki pytań tego rodzaju:

1. Firma „Servier” oferuje w Polsce kilkanaście leków. Żaden z nich nie cieszy się reputacją na świecie. Większość nie jest w ogóle dopuszczona do stosowania w wysoko rozwiniętych krajach: almitrina (Armanor), tianeptina (Coaxil), fenspirid (Eurespal), trimetazidina (Preductal), fotemustina (Mustophoran), piribedil (Pronoran), rilmenidina (Tenaxum). Mniejszość jest dopuszczona, ale nie cieszy się tam powodzeniem: perindopril (Prestarium), indapamid (Tertensif), gliclazid (Diaprel).

Nie oferując ani jednego leku renomowanego zagranicą, w Polsce osiąga sprzedaż większą, niż największe firmy w rodzaju Pfizer, GSK, BMS, Sanofi-Aventis, Merck&Co, AstraZeneca etc. Czym to wytłumaczyć?

2. Dlaczego firma „Servier” odmawia udzielania informacji o wielkości sprzedaży swych leków w innych krajach (choć kilku z największymi obrotami)?

3. Dlaczego firma „Servier” pobiera u nas paskarskie ceny?

Np. Detralex w niezamożnej Polsce kosztuje znacznie więcej niż w zamożniejszej Francji. Np. mało znany na świecie perindopril (Prestarium) kosztuje 5 razy drożej niż top prile, enalapril, ramipril (oczywiście w przeliczeniu na DDD – definiowaną dawkę dobową). Np. gliclazid (Diaprel) (sądząc po światowym zainteresowaniu) gorszy od glibenclamidu lub glimepiridu, jest od nich dużo droższy?

Czy „Servier” nie nadużywa ufności Polaków do Francji, że jest nam życzliwa?

4. Czym wytłumaczyć pazerność nie liczącą się z najzwyczajszą moralnością?

Antybiotyk fusafungina (Bioparox) nie kwalifikujący się do zastosowania układowego został podany przez „Serviera” do stosowania donosowego. Szereg krajów kupiło ten pomysł. Polska też. Z czasem okazało się, że lek nie działa i został tu i tam przez władze zdrowia wycofany. Kompromitacja była tak spora, że nawet francuskie władze zdrowia zdecydowały wykreślić fusafunginę z lekospisu.

Ministrowie zdrowia całego świata swego czasu ustalili w WHO, że nie wolno eksportować specyfiku, który nie jest zarejestrowany i stosowany w kraju pochodzenia. „Servier” lekceważy ustalenia ministrów zdrowia Francji i Polski i nadal sprzedaje Bioparox (fusafunginę) z Francji do Polski. W 2008 r. sam Narodowy Fundusz Zdrowia zapłacił za ten już nie lek 0,4 mln zł. Czy takie postępowanie dobrze służy imieniu firmy „Servier”?

5. W krajach zamożnych bywa (w USA – nie), że lek zarejestrowany jest częściowo refundowany. W krajach niezamożnych, takich jak Polska, refundacja jest starannie selekcjonowana. Minister Zdrowia, wpisując lek do wykazu leków refundowanych, instruuje lekarza „to stosuj”. A więc zastanawia się, co robi.

Jakich argumentów używał „Servier”, by przekonać Ministra Zdrowia do zrefundowania leków Coaxil (tianeptina), Pronoran (piribedil), Procoralan (ivabradina). By płacić za nie z funduszy publicznych. W tym za ivabradinę, kiepski kongener dobrego verapamilu, droższą od niego 21,4 raza! (licząc koszt dawki dobowej). Którzy uczeni klinicyści i farmakoekonomiści wniosek „Serviera” poparli. Jakimi argumentami się posługiwali?

Niech lekarze i aptekarze nie wahają się interpelować repów „Serviera”. Bardzo prawdopodobnie nie otrzymają odpowiedzi. Ale wszystkie firmy farmaceutyczne sobie uświadomią, że z lekami żartów nie ma.

Z poważaniem,

Dr Tadeusz J. Szuba
Prezes Zarządu

Kopia:

- wszystkie izby lekarskie,
- wszystkie izby aptekarskie,
- Dyr. Philippe Mea
„Servier” Polska
ul. Jana Kazimierza 10, 01-248 Warszawa

Warszawa, 7 grudnia 2009 r.

**Sprawozdanie Zarządu Głównego
dla Walnego Zebrania Członków
Towarzystwa Farmaceutyczno-Ekonomicznego
z rocznej działalności w okresie 8/X/2008-7/XII/2009**

W minionym roku sprawozdawczym praca naukowa i społeczna Towarzystwa koncentrowała się, jak poprzednio, na dostępności leków. Zgodnie ze statutem i z logiką. Wszak każda działalność farmaceutyczna w uczelni, instytucie, laboratorium, fabryce, aptece, hurtowni, a nawet w administracji służyć ma do tego, by leków było coraz więcej, coraz lepszych i w miarę tańszych.

Nasza działalność charakteryzuje się jawnością w sensie dosłownym, praktycznym. Jest to możliwe dzięki naszemu organowi prasowemu „Aptekarz”, w którym wszystkie studia, opracowania, wystąpienia są publikowane.

Przeto w dorocznym sprawozdaniu nie musimy być bardzo szczegółowi. Możemy nawet ważne problemy referować lakonicznie, odsyłając słuchacza do publikacji.

Dostępność „Aptekarza” nieco pogorszyła się dla osób starszych, nie przywykłych do przekazów elektronicznych. Od 1 stycznia 2009 r. zaprzestano druku 6000 egz. czasopisma i tradycyjnej dystrybucji pocztą. Postąpiono tak nie z pędu ku nowoczesności lecz z ubóstwa.

Nie dostrzegliśmy, by liczba czytelników zmalała, bo korzystanie z Internetu staje się coraz bardziej popularne; kto chce, nie ma trudności z dostępem do naszych tekstów.

Lakonizm sprawozdania narzuca jego układ nie chronologiczny, a tematyczny.

Troska o dobry rząd farmacją

W II RP nie potrzeba było walczyć z rządem. Rząd był młody i skromny. Zdawał sobie sprawę z braku kwalifikacji i importował potrzebną wiedzę z zagranicy: ustrój szkolnictwa z Francji, ustrój aptekarstwa z Niemiec itd.

W PRL niemożliwa była walka z rządem. Rządziła partia, a ona wiedziała wszystko.

W III RP rząd farmaceutyczny miał oczywiste braki wiedzy, ale nie można było mu zarzucić dobrej woli. Szczyty jakości rządzenia osiągnięto za v-min. zdrowia Wojciecha Kuźmierkiewicza, dyrektorów Adama Wąsiewicza i Marii Głowniak, którzy byli ambitnymi, patriotycznymi farmaceutami. Chcącymi i umiejącymi uczyć się rządzenia.

Upadek nastąpił za kadencji ministra Mariusza Łapińskiego, który obalił rządy farmaceutów farmacją i wprowadził rządy lekarskie. System lekarskich rządów farmacją trwa do dziś. Wiceministrem zdrowia ds. farmacji zawsze jest lekarz, dyrektorem departamentu farmacji (przezwanym departamentem polityki lekowej) jest zawsze lekarz.

System Łapińskiego niszczy gospodarkę lekami i szkodzi doskonałemu imieniu medyków. Z bardzo prostych powodów. Nie ma, nie może być dobrej gospodarki bez ekonomistów. W farmacji jest obiektywny dramat polegający na tym, że ekonomiści nie kandydują do rządzenia lekami. Tu towaroznawstwo jest dla nich niemal niepojęte.

Lek od leku odróżnia, na biznesie lekowym może się znać farmaceuta. Nie może znać się lekarz, który na wieloletnich studiach minuty nie uczył się ekonomii, a po

studiach ma miłować pacjenta, troszczyć się o jego zdrowie i życie, a nie o pieniądze. By być dobrym lekarzem, musi mieć biznes w bardzo małym poważaniu.

Dlatego nasze Towarzystwo nieustannie walczy o przemycanie do kadr rządzących lekami farmaceutów. To nie jest zadufanie lub megalomańska zachcianka, lecz obiektywna potrzeba.

Oto przykłady naszej aktywności na tym polu:

1. „Wołanie o mądry rząd”, Aptekarz Nr 11/12 (2008), 248-253
2. „Ministerstwo Zdrowia – szkodnikiem zdrowia”, Aptekarz Nr 11/12 (2008), 253-256
3. „List otwarty do Prezesa Rady Ministrów RP”, Aptekarz Nr 11/12 (2008), 284-285
4. „Rola lekarza w zarządzaniu budżetami”, Aptekarz Nr 1/2 (2009), 29-30.
5. Krytyka niemądrego rządu na przykładzie upartego stosowania w Polsce Bioparoxu (fusafunginy) wycofanego w kraju pochodzenia, Francji i innych świątłych krajach, Aptekarz Nr 3/4 (2009), 67-69.
6. „O niedołężności Rządu bez końca”, Aptekarz Nr 3/4 (2009), 83-84.
7. „Wystąpienie do szefa Rządu o ufarmaceutycznienie gospodarki lekami”, Aptekarz Nr 11 (2009), 210.
8. „Apel do Naczelnej Izby Lekarskiej o współudział przy korygowaniu błędów w gospodarce lekami”, Aptekarz Nr 11 (2009), 220-228.

Troska o refundację

W kraju niezamownym system refundacji ma decydujący wpływ na strukturę spożycia i jakość używanych leków.

Lekarze mają do dyspozycji aktualizowane rządowe wykazy leków najwartościowszych terapeutycznie. Wykaz leków refundowanych jest bardzo skutecznym antidotum na egoistyczną promocję firmy farmaceutycznej zainteresowanej sprzedażą „swojego” leku nie bacząc na jego obiektywne walory lecznicze i bacząc na jak najwyższą cenę.

System refundacji oraz selekcja leków refundowanych były oczkiem w głowie Towarzystwa wielokrotnie, patrz:

1. „Filozofia refundacji leków”, Aptekarz Nr 11/12 (2008), 257-261.
2. „Uwagi nt. zmian wykazów leków refundowanych”, Aptekarz Nr 1/2 (2009), 25-28.
3. „Uwagi nt. zmian wykazów leków refundowanych”, Aptekarz Nr 3/4 (2009), 50-53.
4. „Wnioski o sanację refundacji”, Aptekarz Nr 9 (2009), 152-154.
5. „Ekonomika insuliny”, Aptekarz Nr 9 (2009), 157-158.

Niejednokrotnie ustosunkowywaliśmy się merytorycznie do nowych wniosków o refundację leków.

W Aptekarzu Nr 11/12 (2008) opiniowaliśmy 21 wniosków.

W Aptekarzu Nr 1/2 (2009) opiniowaliśmy 29 wniosków.

W Aptekarzu Nr 3/4 (2009) opiniowaliśmy 6 wniosków.

W Aptekarzu Nr 5/6 (2009) opiniowaliśmy 17 wniosków.

W Aptekarzu Nr 7/8 (2009) opiniowaliśmy 8 wniosków.

W Aptekarzu Nr 11 (2009) opiniowaliśmy 2 wnioski.

Troska o dobrą legislację

1. „Niech żyje Rząd, autor nowelizacji ustaw „o cenach” i „Prawo farmaceutyczne”, Aptekarz Nr 1/2 (2009), 3.
2. „Centrum im. Adama Smitha pokrywa hańbą dobre imię Adama Smitha”, Aptekarz Nr 1/2 (2009), 4-5.

3. Wystąpienie do Prezesa Rady Ministrów o braku kwalifikacji urzędu antymonopolowego sprzeciwiającego się nowelizacji ustawy „o cenach” i „Prawo farmaceutyczne”, Aptekarz Nr 1/2 (2009), 12-15.
4. „Kategorie dostępności leków”, Aptekarz Nr 1/2 (2009), 31.
5. „Uwagi do projektu rozporządzenia w sprawie reklamy leków”, Aptekarz Nr 1/2 (2009), 33.
6. „Dlaczego ceny leków mają być regulowane?”, Aptekarz Nr 5/6 (2009), 85-87.
7. „Dla kogo są korzystne sztywne ceny leków?”, Aptekarz Nr 5/6 (2009), 88-90.
8. „Apteka może być tylko farmaceuty”, Aptekarz Nr 7/8 (2009), 116-122.
9. „Głos w sprawie ustawy o refundacji leków”, Aptekarz Nr 7/8 (2009), 123-125.
10. „Memoriał w sprawie zakazu sprzedaży D-T-P”, Aptekarz Nr 7/8 (2009), 126-127.
11. „O odpowiedzialność podmiotów „odpowiedzialnych””, Aptekarz Nr 7/8 (2009), 141.
12. „Krytyka projektu „Wytycznych oceny technologii medycznych””, Aptekarz Nr 9 (2009), 155-156.
13. „Petycja do parlamentu „O leki dla Polaków””, Aptekarz Nr 11 (2009), 198-203.
14. „Niech żyje Rząd (G.I.F.), na pohybel Rząd (U.O.K.iK.)” (sprawa sprzedaży D-T-P), Aptekarz Nr 11 (2009), 204-207.

Spożycie, gospodarka

1. „Omówienie gospodarki lekami w I półroczu 2008 r.”, Aptekarz Nr 1/2 (2009), 34-35.
2. „Postęp w ochronie zdrowia spowodowany marnotrawną gospodarką”, Aptekarz Nr 3/4 (2009), 45-49.
3. „Czy musimy tyle wydawać na heparyny drobnocząsteczkowe?”, Aptekarz Nr 3/4 (2009), 54-57.
4. „Niegospodarność w cukrzycy”, Aptekarz Nr 3/4 (2009), 58-59.
5. „Optymalna samokontrola glikemii”, Aptekarz Nr 3/4 (2009), 60-65.
6. „Jesteś aptekarzem? Służ chorym, redukuje ich wydatki”, Aptekarz Nr 5/6 (2009), 91-100.
7. „Krytyczny przegląd asortymentu AstraZeneca”, Aptekarz Nr 7/8 (2009), 128-134.
8. „Analiza spożycia leków”, Aptekarz Nr 10 (2009), 166-189.
9. „Leki obejmowane refundacją drożej”, Aptekarz Nr 10 (2009), 190.
10. „Leki obejmowane refundacją drożej”, Aptekarz Nr 11 (2009), 211-216.

Inne

1. „Harmonizacja dokumentacji rejestracyjnej leków w Polsce z Unią Europejską”, Aptekarz Nr 11/12 (2008), 269-270.
2. Potępienie prasy medycznej i niemedycznej za sprzyjanie promocji leków szkodliwej dla zdrowia:
 - Aptekarz Nr 11/12 (2008), 274-275,
 - Aptekarz Nr 3/ 4 (2009), 71,
 - Aptekarz Nr 3/ 4 (2009), 72- 75,
 - Aptekarz Nr 5/ 6 (2009), 107-108,
 - Aptekarz Nr 5/ 6 (2009), 110-111,
 - Aptekarz Nr 7/ 8 (2009), 135-137,
 - Aptekarz Nr 7/ 8 (2009), 138.
3. Popularyzowanie informacji o działaniach niepożądanych leków:
 - Aptekarz Nr 11/12 (2008) 8 leków,
 - Aptekarz Nr 1/2 (2009) 3 leki,
 - Aptekarz Nr 3/4 (2009) 11 leków,

Aptekarz Nr 5/6 (2009)	6 leków,
Aptekarz Nr 7/8 (2009)	10 leków,
Aptekarz Nr 9 (2009)	7 leków,
Aptekarz Nr 10 (2009)	6 leków.

Konflikty

1. Konflikt z firmą „Servier” trwa. Pierwsza faza procesu była referowana w „Aptekarzu” Nr 5/6 (2007), 120-180.

W „Aptekarzu” Nr 3/4 (2009), 40-44, opisaliśmy kompromitujące uchylanie się Ministra Zdrowia od materii konfliktu w odpowiedzi na interpelacje parlamentarne.

Drugą i trzecią fazę procesu „Servier” kontra „Aptekarz” opublikujemy później. Obecnie spór jest rozszczywany w Sądzie Najwyższym i nie chcemy niczego pisać, co by mogło być odczytane jako próba nacisku strony na wymiar sprawiedliwości.

2. Konflikt z dr. K. Łandą.

Dr Łanda jest lekarzem pracującym bardzo aktywnie na polu farmakoekonomiki. Nie jest zaprzeczany w swojej uczoności koncernom farmaceutycznym. Wystarczy, że nie rozumie zgubności farmakoekonomiki lansowanej przez płatnych ekonomistów na Zachodzie dla potrzeb koncernów, byśmy nie byli w jednym „obozie”. Pracowaliśmy bez zwady równolegle.

Konflikt powstał po opracowaniu przez „Łandowych” lekarzy-ekonomistów dla Ministra Zdrowia projektu „Wytycznych oceny technologii medycznych”, innymi słowy „Wytycznych oceny leków”. Projekt będzie zgubny dla naszej gospodarki lekami, gdy stanie się polskim prawem. Teraz żaden koncern farmaceutyczny nie może nas zmusić do niczego, co nam nie odpowiada, bo Europejski Trybunał Sprawiedliwości stoi na stanowisku honorowania prawa „narodowego”. Np. jeśli prawo krajowe w RFN stanowi, że apteką może władać tylko aptekarz, śledziarze, cholewkarze i inni handlarze nie mają tam żadnych szans w aptekarstwie. U nas, po przyjęciu do prawa krajowego projektu wytycznych oceny leków do refundacji opracowanego przez ludzi grupy Łandy, koncerny będą mogły procesować się z rządem polskim w ETS i zmuszać nas do refundowania leków nie lepszych, a wielokrotnie droższych.

My sprowokowaliśmy nienawiść dr Łandy surowym skrytykowaniem na szczycie Ministerstwa Zdrowia jego projektu „Wytycznych”.

Przepaść pomiędzy ekonomiką leku naszego Towarzystwa i tzw. farmakoekonomiką Towarzystwa Farmakoekonomicznego sterowanego przez lekarzy nie znających ekonomii nakreśliliśmy pokrótce w „Aptekarzu” Nr 11 (2009), 217-219.

w imieniu Zarządu

Sekretarz Zarządu

Mgr Adam Rudzki

Prezes Zarządu

Dr Stanisław J. Szuba

Warszawa, 7 grudnia 2009 r.

**Sprawozdanie finansowe
dla Walnego Zebrania Członków TFE
na dzień 7 grudnia 2009 r.**

Dane liczbowe przychodów i rozchodów przedstawia się w załączniku. Obejmują one przychody i rozchody związane w czasopiśmie „Aptekarz”, bo zarząd Towarzystwa pracuje społecznie i nie przyczynia kosztów.

Biorąc pod uwagę, że „Aptekarz” istnieje od 17 lat, a Towarzystwo – od 3-ich, w przychodach i rozchodach łącznych (Razem) wyodrębnia się przychody i rozchody zaistniałe w okresie działalności Towarzystwa (Razem TFE).

Radykalna zmiana w strukturze bilansu nastąpiła w 2009 r. z powodu zaniechania druku „Aptekarza” na papierze i jego dystrybucji (6.000 egz.) głównie pocztą. Obecnie produkcja tekstów i ich dystrybucja jest elektroniczna.

Dawniej działalność nasza kosztowała średnio zł 160.000 rocznie, obecnie – ca zł 13.000. W różnych kosztach 2009 r. dominowały: obsługa prawna – 3.660,00 zł i obsługa księgowa – 2.159,40 zł.

Skarbnik TFE

mgr Robert Radziszewski

Zał. 1

Zał. 1

Sprawozdanie finansowe Zarządu TFE
za lata 2007*2009**

	Dane lat ubiegłych	2007*	2008	2009**	Razem TFE	Razem
I Rozchody						
Skład i druk	1290618,25	58382,00	55006,00	2196,00	115584,00	1406202,25
Honoraria autorskie	240282,30	1935,00	1646,00	0,00	3581,00	243863,30
Wysyłka	435296,14	7753,52	17270,12	2471,95	27495,59	462791,73
Strona internetowa	0,00	168,36	183,00	170,08	521,44	521,44
Telekomunikacja	20905,72	0,00	0,00	0,00	0,00	20905,72
Płace	530999,23	0,00	0,00	0,00	0,00	530999,23
US	0	1796,5	24617,5	1650	28064,00	28064,00
Różne	112106,03	2307,50	11896,90	6770,40	21514,80	133620,83
Razem	2630207,67	72342,88	110619,52	13258,43	196760,83	2826968,50
II Przychody						
Reklamy	2230544,00	51240,00	65880,00	4880,00	122000,00	2352544,00
Inne ogłoszenia	0,00	0,00	18300,00	0,00	18300,00	18300,00
Prenumerata	435552,26	1540,00	12373,00	30,00	14483,00	450035,26
Składki członkowskie	0,00	2040,00	660,00	2030,00	4730,00	4730,00
Dofinansowanie	1170,00	0,00	0,00	6000,00	6000,00	7170,00
Inne	0,00	1,50	251,92	0,21	253,63	253,63
Razem	2667266,26	54821,50	97464,92	12940,21	165766,63	2833032,89
III Saldo	37058,59	-17521,38	-13154,60	-318,22	-30994,20	6064,39

* - 01.05-
31.12.2007

** - 01.01-
30.11.2009

Skarbnik TFE

mgr Robert Radziszewski

Danuta Wojnicka-Szuba

Bezpieczeństwo stosowania leków

Clopidogrel

Clopidogrel jest stosowany do zapobiegania zakrzepom miażdżycowym. Jako że może mieć wpływ niepożądany na układ pokarmowy, bywa podawany często razem z inhibitorem pompy protonowej (omeprazol, pantoprazol itp.).

Europa. EMEA, Komitet ds. Leków ocenił dostępne dowody oddziaływania inhibitorów pompy protonowej na clopidogrel. Stwierdzono, że one redukują skuteczność clopidogrelu w zapobieganiu nawrotów niepożądanych stanów kardiologicznych.

Bupropion i vareniclina

USA. FDA zażądała, by producenci leków bupropion (Zyban) i vareniclina (Champix) służących do leczenia nikotynizmu opatrzyli swe produkty surowym ostrzeżeniem. Ostrzeżenie ma intensywnie informować o ryzyku zmian umysłowych: sposobu zachowania, nastroju (przygnębionego), wrogości, myśli samobójczych.

Polecenie FDA obejmuje nie tylko leki markowe: Zyban i Champix, lecz także generyczne. Pośród markowych nie tylko bupropion z nazwą Zyban, lecz też synonim z nazwą Wellbutrin, stosowany jako antydepresant.

Metformina

Australia. Kwasica mleczanowa jest rzadką, ale bardzo niebezpieczną komplikacją metabolizmu u osób leczonych metforminą.

Od 1985 r. otrzymano 141 raportów o kwasicy mleczanowej spowodowanej metforminą, w tym 25 śmiertelnych. W wielu raportach podaje się, że kwasica jest poprzedzona objawami biegunki, wymiotów lub zakażenia przewodu pokarmowego.

Diabetyk leczony metforminą, dostrzegłszy te objawy, zwłaszcza przyjmujący mało pokarmów i płynów, ma udać się do lekarza, a ten – czasowo odstawić metforminę. Także wstrzymać ewentualną terapię diuretyczną, bo w odwodnionym pacjencie pogorszy się upośledzenie pracy nerek.

Zagrożenie życia jest największe u osób starszych ze słabszą funkcją nerek, przy odwodnieniu i przy dużych dawkach metforminy (>2 g dziennie).

Montelukast i zafirlukast

Już w „Aptekarzu” Nr 11/12 (2008) informowaliśmy o poważnych działaniach niepożądanych montelukastu (Singulair) stosowanego do profilaktyki i leczenia astmy, dostrzeżonych w Stanach Zjednoczonych.

W sierpniu 2009 r. FDA opublikowała duże doniesienie o przypadkach neuropsychotycznych przy stosowaniu montelukastu (Singulair) i zafirlukastu (Accolate), www.fda.gov.

W 2009 r. Health Canada poinformowała, że otrzymała 29 raportów o depresji, wrogości, psychozie oraz 13 raportów o aktach samobójczych i samookaleczenia osób leczonych montelukastem.

Globalne dane WHO obejmują już 2358 raportów o działaniach niepożądanych w tym 648 o usiłowaniu samobójstwa.

Duloxetina

Duloxetina (Cymbalta) ma wskazanie już bodaj wszędzie przyjęte zyczliwie do leczenia poważnej depresji. Kiedy w listopadzie b.r. rozważano jej włączenie do wykazu leków refundowanych TFE wyraziło pogląd pozytywny.

Tuż potem otrzymaliśmy via WHO interesujące dane z Australii. Tam zrefundowano Cymbaltę (duloxetine) w czerwcu 2008 r. i wskutek tego wystawiono do maja 2009 r. ponad 200.000 recept. Za ten okres wpłynęło 108 raportów o działaniach niepożądanych, w tym były: zawrót głowy (10), myśli samobójcze (10), drżenie (8), pobudzenie (8), zespół serotoninowy (7). Najciekawszy jest ten ostatni. Jest powodowany akumulacją serotoniny w centralnym układzie nerwowym. Reakcja może nastąpić od samej duloxetine, od prawidłowej dawki terapeutycznej.

Codeina i dihydrocodeina

Anglia. Agencja zarządzająca lekami ogłosiła zestaw przepisów mających minimalizować nadużywanie i uzależnianie od leków bez Rp zawierających kodeinę i dihydrokodeinę.

Ulotka dla pacjenta ma informować, że taki lek może powodować uzależnienie jeśli jest używany ciągle przez dłużej niż trzy dni.

Ponadto na froncie opakowania ma być bardzo wyraźne ostrzeżenie „Może powodować nałóg. Stosować tylko trzy dni”.

W ulotce trzeba usunąć wszystkie wskazania odnoszące się do przeziębienia, grypy, kaszlu i bólu gardła oraz wszelkich pomniejszych stanów bólowych. Mogą pozostać tylko wskazania do złagodzenia bólu, który nie ustąpił od paracetamolu lub ibuprofenu lub aspiryny.

Etanercept

Nowa Zelandia. Agencja Medsafe stwierdziła, że spontaniczne raporty o działaniach niepożądanych wskazują na ryzyko powodowania przez etanercept (Enbrel) zapalenia błony naczyniowej oka.

Etanercept jest inhibitorem TNF (tumor necrosis factor) wskazanym do leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów, zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa, łuszczycy, łuszczycowego zapalenia stawów.

Red.: O innych wadach etanerceptu informowaliśmy w „Aptekarzu” Nr 9/2009.

Inhibitory TNF

USA. Kanada. FDA i Health Canada, poinformowały lekarzy, że wszystkie inhibitory TNF: adalimumab (Humira), etanercept (Enbrel), infliximab (Remicade) etc. mogą przyczynić się do powstania chłoniaka (lymphoma) i innych „raków” u dzieci i młodzieży. Notuje się też przypadki białaczki (leukemii) i nawrotów łuszczycy.

Mycophenolan mofetilu

USA. Mycophenolan mofetilu (metabolizowany do kwasu mycofenolowego) jest stosowany także wraz z cyclosporyną i kortykosteroidami do profilaktyki odrzucania przeszczepów.

FDA i Novartis powiadomiły lekarzy, że u pacjentów leczonych mycophenolanem są notowane przypadki PRCA (pure red cell aplasia). PRCA jest typem anemii, w której następuje selektywna redukcja prekursorów czerwonych ciałek krwi.

Red.: W „Aptekarzu” Nr 7/8 (2009), informowaliśmy o działaniach niepożądanych mycophenolanu w położnictwie.

Leflunomid

Leflunomid (Arava) należy do grupy (z methotrexatem i sulfasalazyną) tzw. środków indukujących remisję w reumatoidalnym zapaleniu stawów.

Australia. Komitet Doradczy ds. Działań Niepożądanych ostrzegł lekarzy o przypadkach poważnych chorób płuc włącznie z śródmiąższową chorobą płuc. Były efekty śmiertelne, gdy nie dostrzeżono szybko związku choroby z leflunomidem. Należało lek odstawić i wypłukiwać pacjenta cholestyraminą.

Zmarli farmaceuci:

11 lipca 2009 r.

Mgr Lechosław Ruszczykowski

27 lipca 2009 r.

Mgr Zbigniew Błaszczyk

30 sierpnia 2009 r.

Mgr Krystyna Stawowiak

21 września 2009 r.

Dr Janina Piechocka

7 października 2009 r.

Mgr Alicja Mandl

9 października 2009 r.

Mgr Danuta Bałtroczyk

20 października 2009 r.

Mgr Irena Zofia Ryszkiewicz

5 listopada 2009 r.

Mgr Czesław Waluś

Cześć Ich pamięci

Towarzystwo Farmaceutyczno-Ekonomiczne
i Redakcja „Aptekarza”

Skorowidz publikacji „Aptekarza” 2009

A-Tematyczny

A I – Gospodarka lekiem, ekonomia farmacji

Refundowanie leków		
Udział TFE w kształtowaniu refundacji leków	16- 24	(Nr 1/2)
Uwagi adresowane do Ministra Zdrowia na temat projektu zmian wykazów leków refundowanych	25- 26	(Nr 1/2)
Uwagi adresowane do AOTM na temat zmian wykazów leków refundowanych	27- 28	(Nr 1/2)
Pismo – komentarz do gospodarki lekami w I półroczu 2008 r.	34- 35	(Nr 1/2)
Czy da się żyć w Polsce?	40- 44	(Nr 3/4)
Czy musimy tyle wydawać na heparyny drobnocząsteczkowe?	54- 57	(Nr 3/4)
Niegospodarność w cukrzycy	58- 59	(Nr 3/4)
Udział TFE w kształtowaniu refundacji leków	66	(Nr 3/4)
O niedołężności Rządu bez końca	83- 84	(Nr 5/6)
Jesteś aptekarzem? Służ chorym, redukuj ich wydatki	91-100	(Nr 5/6)
Udział TFE w kształtowaniu refundacji leków	101-106	(Nr 5/6)
Udział TFE w kształtowaniu refundacji leków	142-144	(Nr 7/8)
Udział TFE w kształtowaniu refundacji leków	229	(Nr 11)
Wnioski o sanację refundacji	152-154	(Nr 9)
Wzrost ceny leku z chwilą jego refundacji	190	(Nr 10)
Wzrost ceny leku z chwilą jego refundacji	211-216	(Nr 11)
Ekonomia w farmacji zawsze potrzebna	194	(Nr 10)
Ekonomia leku – nauka i falsyfikat nauki	217-219	(Nr 11)
Apel do samorządu lekarskiego o współudział przy korygowaniu błędów w gospodarce lekami	220-228	(Nr 11)
Drugi apel do samorządu lekarskiego	247-248	(Nr 12)
Monopol w farmacji twórczy i występny	234-238	(Nr 12)
Występki monopolistyczne Sanofi Aventis i AstraZeneca	239-240	(Nr 12)
A II – Farmakoterapia, towaroznawstwo (lekoznawstwo)		
O postępie w ochronie zdrowia i farmakoterapii	45- 53	(Nr 3/4)
Optymalna samokontrola glikemii	60- 65	(Nr 3/4)
Nie fair reklama trimetazidyny	71	(Nr 3/4)
Nie fair reklama ivabradyny	72- 75	(Nr 3/4)
Nie fair reklama ivabradyny	107-108	(Nr 5/6)
Nie fair reklama analogów insuliny długodziałających	110-111	(Nr 5/6)
Krytyczny przegląd asortymentu leków Astra Zeneca	128-134	(Nr 7/8)
Nie fair reklama Detralexu, ivabradyny (Procoralanu), gliclazidu (Diaprelu)	135-137	(Nr 7/8)
Nie fair reklama Detralexu	138	(Nr 7/8)
Ekonomia insuliny	157-158	(Nr 9)
Analiza spożycia leków	166-189	(Nr 10)
A III – Ustawodawstwo, organizacja, zarządzanie		
Nowelizacja prawa farmaceutycznego		
Niech żyje Rząd – autor nowelizacji ustawy o cenach	3	(Nr 1/2)
Centrum im. Adama Smitha pokrywa hańbą imię Adama Smitha	4- 5	(Nr 1/2)
Dziennikarzu, ucz się	6- 7	(Nr 1/2)

Pismo do „Rzeczpospolitej”	8- 11	(Nr 1/2)
Pismo do Prezesa Rady Ministrów	12- 15	(Nr 1/2)
Rola lekarza w zarządzaniu budżetami	29- 30	(Nr 1/2)
Kategorie dostępności leków	31	(Nr 1/2)
Leki „podrabiane” przez koncerny farmaceutyczne	32	(Nr 1/2)
Uwagi do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie reklamy leków	33	(Nr 1/2)
Nielegalna sprzedaż fusafunginy (Bioparoxu)	66- 69	(Nr 3/4)
O unieważnienie znaku słownego „Aspirin”	7	(Nr 3/4)
Dlaczego ceny leków mają być regulowane?	85- 87	(Nr 5/6)
Dla kogo są korzystne sztywne ceny leków?	88- 90	(Nr 5/6)
Krytyka pomysłu oceniania dokumentacji rejestracyjnych leków przez firmy wyłonię w trybie przetargu	109	(Nr 9)
Prywaciarские ocenianie wniosków o rejestrację leku	160-161	(Nr 7/8)
Apteka może być tylko farmaceuty	116-122	(Nr 7/8)
Głos w sprawie ustawy o refundacji leków	123-125	(Nr 7/8)
Memoriał w sprawie zakazu bezpośredniej sprzedaży leków (D-T-P, direct to pharmacy)	126-127	(Nr 7/8)
Niech żyje Rząd (G.I.F.), na pohybel Rząd (U.O.K.iK.)	204-207	(Nr 11)
Korupcja przy lekach	139-140	(Nr 7/8)
O odpowiedzialność podmiotów odpowiedzialnych	141	(Nr 7/8)
O odpowiedzialność podmiotów odpowiedzialnych	191-193	(Nr 10)
Krytyka projektu „Wytucznych oceny technologii medycznych”	155-156	(Nr 9)
Wystąpienie do szefa Rządu o ufarmaceutycznienie gospodarki lekami	210	(Nr 11)
O leki dla Polaków	241-144	(Nr 11)
O leki dla Polaków – ciąg dalszy	245-246	(Nr 12)

A IV – Bezpieczeństwo stosowania leków

Efalizumab	36 (Nr 1/2)	Clopidogrel	145 (Nr 7/8)
Ergotu pochodne	36 (Nr 1/2)		162 (Nr 9)
	113 (Nr 5/6)		195 (Nr 10)
Ezetimib+Simvastatina	36 (Nr 1/2)		255 (Nr 12)
Maby i natalizumab	77 (Nr 3/4)	Modafinil	146 (Nr 7/8)
Rimonabant	78 (Nr 3/4)	Aliskiren	162 (Nr 9)
	113 (Nr 5/6)	Exenatid	147 (Nr 7/8)
Erlotinib	78 (Nr 3/4)	Metoclopramid	147 (Nr 7/8)
	112 (Nr 5/6)	Mycophenolan	147 (Nr 7/8)
	146 (Nr 7/8)		256 (Nr 12)
	162 (Nr 9)	Sildenafil, tadalafil, vardenafil	256 (Nr 12)
	195 (Nr 10)	Etanercept	162 (Nr 9)
Lenalinomid	78 (Nr 3/4)		256 (Nr 12)
Rituximab	78 (Nr 3/4)	Methylphenidat	163 (Nr 9)
Clozapina	78 (Nr 3/4)	Risperidon	163 (Nr 9)
Fluticason	79 (Nr 3/4)	Olanzapina	163 (Nr 9)
Strontium ranelinum	79 (Nr 3/4)	Bupropion	195 (Nr 10)
Fluorochinolony	79 (Nr 3/4)		255 (Nr 12)
Norfloxacina	79 (Nr 3/4)	Vareniclina	195 (Nr 10)
Moxifloxacina	79 (Nr 3/4)		255 (Nr 12)
Ceftriaxon	79 (Nr 3/4)	Montelukast	195 (Nr 10)
Bifosfoniany	112 (Nr 5/6)		255 (Nr 12)
Botulinum toxinum	112 (Nr 5/6)	Zafirlukast	255 (Nr 12)
	162 (Nr 9)	Metformina	255 (Nr 12)

Efalizumab	113 (Nr 5/6)	Duloksetina	255 (Nr 12)
Atomoksetina	145 (Nr 7/8)	Codeina i dihydrocodeina	256 (Nr 12)
		Leflunomid	256 (Nr 12)

A V – Komunikaty, sprawozdania, listy

Naczelna Izba Aptekarska walczy	208-209	(Nr 11)
Sprawozdanie Zarządu Głównego dla Walnego Zebrania Członków z rocznej działalności Towarzystwa Farmaceutyczno-Ekonomicznego od 8/X/2008 r. do 7/XII/2009 r.	249-254	(Nr 12)

B - Autorski

Krzanowski, M. „Rola lekarza w zarządzaniu budżetami”	29- 30	(Nr 1/2)
Krzanowski, M. „Czy musimy tyle wydawać na heparyny drobnocząsteczkowe?”	54- 57	(Nr 3/4)
Kucharewicz, G. „Wystąpienie z okazji Ogólnopolskiego Dnia Aptekarza”	208-209	(Nr 11)
Masiakowski, J. „O postęp w ochronie zdrowia i farmakoterapii”	45- 49	(Nr 3/4)
Masiakowski, J. „Optymalna samokontrola glikemii”	60- 65	(Nr 3/4)
Piechula, St. „Studium na temat wzrostu cen leków z chwilą ich refundacji”	211-216	(Nr 11)
Szuba, T.J. „Leki podrabiane przez koncerny farmaceutyczne”	32	(Nr 1/2)
Szuba, T.J. „O postęp w ochronie zdrowia i farmakoterapii”	45- 49	(Nr 3/4)
Szuba, T.J. „Dlaczego ceny leków mają być regulowane”	85- 87	(Nr 5/6)
Szuba, T.J. „Niemoralność kupców”	110-111	(Nr 5/6)
Szuba, T.J. „Niefrasobliwość profesorów”	111	(Nr 5/6)
Szuba, T.J. „Korupcja przy lekach”	139-140	(Nr 7/8)
Szuba, T.J. „Analiza spożycia leków”	166-189	(Nr 10)
Szuba, T.J. „Ekonomika leku – nauka i falsyfikat nauki”	217-219	(Nr 11)
Szuba, T.J. „Monopol w farmacji twórczy i występny”	234-238	(Nr 12)
Szuba, T.J. „Wstępki monopolistyczne Sanofi Aventis i AstraZeneca”	239-240	(Nr 12)
Śląska Izba Aptekarska „Pismo do V-min. J. Pitery (wzrosty cen leków z chwilą refundacji)”	190	(Nr 10)
TFE „Niech żyje Rząd – autor nowelizacji ustawy „o cenach” i ustawy „Prawo farmaceutyczne””	3	(Nr 1/2)
TFE „Centrum Adama Smitha pokrywa hańbą dobre imię Adama Smitha”	4- 5	(Nr 1/2)
TFE „Dziennikarzu, ucz się”	6 - 7	(Nr 1/2)
TFE „Pismo do „Rzeczpospolitej””	8- 11	(Nr 1/2)
TFE „Pismo do Prezesa Rady Ministrów Donalda Tuska”	12- 15	(Nr 1/2)
TFE „Udział TFE w kształtowaniu refundacji leków”	16- 24	(Nr 1/2)
TFE „Uwagi adresowane do Ministra Zdrowia na temat projektów zmian wykazów leków refundowanych”	25- 26	(Nr 1/2)
TFE „Uwagi adresowane do AOTM na temat zmian wykazów leków refundowanych”	27- 28	(Nr 1/2)
TFE „Kategorie dostępności leków”	31	(Nr 1/2)
TFE „Uwagi do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie reklamy leków”	33	(Nr 1/2)
TFE „Pismo-komentarz do gospodarki lekami w I półroczu 2008 r.”	34- 35	(Nr 1/2)
TFE „Czy da się żyć w Polsce?”	40- 44	(Nr 3/4)
TFE „Uwagi rynkowe o marcowej refundacji”	50- 53	(Nr 3/4)

TFE „Niegospodarność w cukrzycy”	58- 59	(Nr 3/4)
TFE „Udział TFE w kształtowaniu refundacji leków”	66	(Nr 3/4)
TFE „Pismo do V-min. Marka Twardowskiego (Bioparox)”	67- 69	(Nr 3/4)
TFE „Pismo do Urzędu Patentowego RP (Aspirina)”	70	(Nr 3/4)
TFE „Pismo do Prorektora ds. Nauki WUM (trimetazidina)”	71	(Nr 3/4)
TFE „Ogłupianie lekarzy przez prasę medyczną (ivabradina)”	72- 75	(Nr 3/4)
TFE „O niedołożności Rządu bez końca”	83- 84	(Nr 5/6)
TFE „Dla kogo są korzystne sztywne ceny leków?”	88- 84	(Nr 5/6)
TFE „Jesteś aptekarzem? Służ chorym, redukuj ich wydatki”	88- 90	(Nr 5/6)
TFE „Udział TFE w kształtowaniu refundacji leków”	101-106	(Nr 5/6)
TFE „Pismo do Kardiologii Polskiej (ivabradina)”	107-108	(Nr 5/6)
TFE „Krytyka pomysłu oceniania dokumentacji rejestracyjnej leków przez firmy wylonione w trybie przetargu”	109	(Nr 5/6)
TFE „Apteka może być tylko farmaceuty”	116-122	(Nr 7/8)
TFE „Głos w sprawie ustawy o refundacji leków”	123-125	(Nr 7/8)
TFE „Memoriał w sprawie zakazu bezpośredniej sprzedaży leków (D-T-P, direct to pharmacy)”	126-127	(Nr 7/8)
TFE „Krytyczny przegląd asortymentu leków AstraZeneca”	128-134	(Nr 7/8)
TFE „Oświecenie było w XVIII w. Czy jeszcze będzie?”	135-137	(Nr 7/8)
TFE „List do „Wprost” (Detralex)”	138	(Nr 7/8)
TFE „O odpowiedzialność podmiotów „odpowiedzialnych””	141	(Nr 7/8)
TFE „Udział TFE w kształtowaniu refundacji leków”	142-144	(Nr 7/8)
TFE „Wnioski o sanację refundacji”	152-154	(Nr 9)
TFE „Krytyka projektu „Wytycznych oceny technologii medycznych”	155-156	(Nr 9)
TFE „Zły wpływ biznesu na medycynę”	159	(Nr 9)
TFE „Prywaciarские ocenianie wniosków o rejestrację leków”	160-161	(Nr 9)
TFE „Odpowiedzialność podmiotów „odpowiedzialnych””	191-193	(Nr 10)
TFE „Ekonomia w farmacji zawsze potrzebna”	194	(Nr 10)
TFE „O leki dla Polaków”	198-203	(Nr 11)
TFE „Niech żyje Rząd (G.I.F.), na pohybel Rząd (U.O.K.iK.)”	204-207	(Nr 11)
TFE „Wystąpienie do szefa Rządu o ufarmaceutycznienie gospodarki lekami”	210	(Nr 11)
TFE „Apel do samorządu lekarskiego o współudział przy korygowaniu błędów w gospodarce lekami”	220-228	(Nr 11)
TFE „Udział TFE w kształtowaniu refundacji leków”	229	(Nr 11)
TFE „O leki dla Polaków” (ciąg dalszy)	241-246	(Nr 12)
TFE „Drugi apel do samorządu lekarskiego”	247-248	(Nr 12)
TFE „Sprawozdanie z działalności TFE od 8/X/2008 do 7/XII/2009”	249-254	(Nr 12)
Umbreit, M.H. „O postępowanie w ochronie zdrowia i farmakoterapii”	45- 49	(Nr 3/4)
Wojnicka-Szuba, D. „Bezpieczeństwo stosowania leków”	36	(Nr 1/2)
Wojnicka-Szuba, D. „Bezpieczeństwo stosowania leków”	77- 79	(Nr 3/4)
Wojnicka-Szuba, D. „Bezpieczeństwo stosowania leków”	112-113	(Nr 5/6)
Wojnicka-Szuba, D. „Bezpieczeństwo stosowania leków”	145-148	(Nr 7/8)
Wojnicka-Szuba, D. „Bezpieczeństwo stosowania leków”	162-163	(Nr 9)
Wojnicka-Szuba, D. „Bezpieczeństwo stosowania leków”	195	(Nr 10)
Wojnicka-Szuba, D. „Bezpieczeństwo stosowania leków”	255-256	(Nr 12)