

## Stališče DŠFS: Sprememba Zakona o lekarniški dejavnosti (ZLD-1)

Društvo študentov farmacije Slovenije (DŠFS) zastopa interese študentov farmacije, laboratorijske biomedicine, kozmetologije in industrijske farmacije. Zavedamo se pomena lekarniške dejavnosti za doseganje kakovostne, učinkovite in varne preskrbe z zdravili. DŠFS dvomimo v preišljenost predlaganih sprememb Zakona o lekarniški dejavnosti (ZLD-1)<sup>1</sup>. Spremembe omenjenega zakona bi med drugim omogočale:

- vertikalno lastniško povezovanje<sup>2</sup> med lekarniškimi zavodi in veletrgovci,
- razrahljanje opredelitve gravitacijskega območja za ustanavljanje nove lekarne oz. podružnice, pri čemer se kot kriterij upoštevajo tudi dnevni in sezonski migranti,
- možnost ustanovitve organizacije za dobavo zdravil s strani javnega lekarniškega zavoda pod določenimi pogoji,
- odpravo zahteve po predhodnem mnenju pristojne zbornice (Lekarniška zbornica Slovenije) in soglasju ministrstva k ustanovitvi lekarne oz. njene podružnice,
- spremembe v vodstveni strukturi lekarne (direktor javnega zavoda bi lahko bil član sveta drugega lekarniškega, zdravstvenega ali socialnovarstvenega zavoda),
- ustanavljanje javnih zavodov tudi izven sosednje občine.

DŠFS dvomimo v utemeljenost omenjenih sprememb v obstoječi lekarniški mreži, ki izkazuje zadostno hitrost in prilagodljivost v preskrbi z zdravili ter ima razvite mehanizme za zagotavljanje dostopnosti zdravil v oddaljenih krajih.

Trenutni ZLD-1 Slovenijo uvršča v skupino evropskih držav (poleg Avstrije, Danske, Finske in Španije) z visoko regulirano lekarniško mrežo. Posplošeno je v takšnem sistemu lastništvo lekarne omejeno na farmacevte z ustreznimi kompetencami, odprtje nove lekarne je zakonsko pogojeno z ozirom na demografsko in geografsko razpršenost prebivalstva. To zagotavlja enakomerno porazdelitev lekarn z enakim dostopom do zdravil in kognitivnih storitev, kot sta npr. pregled uporabe zdravil in farmakoterapijski pregled – tako na podeželju in v mestih [1]. Leta 2018 je bilo v Sloveniji 71 magistrov farmacije na 100.000 prebivalcev, kar nas uvršča v evropsko sredino, saj je v večini evropskih držav število med 50 in 100 [2]. V tem smislu je obstoječa lekarniška mreža primerljiva z drugimi evropskimi državami, količina strokovnjakov pa zadošča za potrebe izdajanja zdravil in svetovanja prebivalstvu. Predlagane spremembe v organizaciji lekarniške dejavnosti predvidevajo večjo svobodo pri ustanavljanju lekarniških zavodov, torej v smeri držav z deregulirano lekarniško mrežo (npr. Anglija, Irska, Nizozemska, Norveška in Švedska). V takšnem sistemu lastništvo lekarne in lokacija odprtja novih lekarn nista zakonsko urejena. V državah z nižjo stopnjo regulacije vztraja trend, da so verige lekarn široke, kar je v interesu veletrgovcev, ki so pogosto tudi lastniki tovrstnih mrež. Pri nas so v

<sup>1</sup> Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD-1), Uradni list RS, št. 85/16, 77/17, 73/19 in 186/21.

<sup>2</sup> V kontekstu skupnostnih lekarn se izraz "vertikalno povezovanje" nanaša na sposobnost veletrgovca ali farmacevtske industrije, da organizira ali si lasti lekarne.

skladu s trenutno veljavno zakonodajo ustanoviteljice lekarniških zavodov na primarni ravni občine, zavod pa se lahko razširi samo v sosednje občine. [3]

V DŠFS izražamo zaskrbljenost, da bi se pri nas ponavljali trendi iz držav s slabše regulirano lekarniško dejavnostjo. Nova opredelitev gravitacijskega območja lekarne bi lahko privedla do neenake dostopnosti zdravil in kognitivnih storitev, saj bi se lekarne kopičile v mestih, kar je znani trend iz tujine, ob čemer bi se na dolgi rok zapirale na podeželju in v manjših krajih, kjer je ekonomske koristi manj [1]. Razlike v dostopnosti smo v času epidemije SARS-CoV-2 z aktivno vključitvijo pri razvoju zdravil in pomočjo pri storitvah v lekarniških storitvah skušali premostiti tudi v DŠFS z ustanovitvijo Farmakroga. Pri zdravljenju nekaterih kroničnih bolezni (npr. diabetes, srčno-žilne bolezni, rak in kronične bolezni dihal) sta kontinuirana podpora in svetovanje farmacevtov pri terapiji ključni za doseganje želenih izidov, kar je možno le v dobro razviti in dostopni lekarniški mreži [4][5]. V nadaljevanju bi v primeru, da bi obveljala določila, ki omogočajo vertikalno povezovanje, pri dobavi zdravil morebiti prednjačili ekonomski interesi veletrgovcev, kar bi vodilo v manjšo dostopnost zdravil z majhnim povpraševanjem [1]

Farmacevt v lekarni je visoko kvalificiran zdravstveni delavec, ki je pri svojem delu zavezan z zakonskimi oz. internimi standardi kakovosti. Kljub različnim sistemom vodenja lekarniške dejavnosti, iz podatkov o kakovosti storitev ni možno izpeljati bistvenih razlik med reguliranimi in nereguliranimi sistemi. Kljub temu obstaja pomislek o ogroženosti strokovne neodvisnosti farmacevtov ob prenosu lastništva lekarn izven poklica farmacevta. Menimo, da predstavljajo nagibi k spreminjanju pogojev za lastništvo lekarne v dobro organizirani lekarniški mreži dodatno tveganje za kakovost farmacevtske oskrbe pacienta in so smiselne v primeru, ko je kakovost oskrbe in storitev ogrožena [1]

Zagovorniki sprememb v lekarniški dejavnosti in liberalizaciji sektorja kot glavni prednosti navajajo padec cen zdravil brez recepta in povečanje števila lekarn. Vendar večina držav, ki je izvedla liberalizacijo sektorja, zapisanih ciljev ni uresničila, saj se cene zdravil brez recepta niso znižale (npr. Nizozemska, Irska, Norveška), število lekarn pa se je povečalo zgolj v mestnih središčih, za katere je bila dostopnost do zdravil značilna že prej (npr. Švedska in Anglija) [6]

DŠFS ugotavlja, da so bile spremembe ZLD-1 pripravljene brez posveta s strokovnjaki in revno argumentacijo predlaganih sprememb, zato pozdravljamo odločitev poslancev Državnega zbora RS, da spremembam niso namenili podpore. Nestrinjanje s predlogom so, skupaj z Lekarniško zbornico Slovenije, izrazile tudi Fakulteta za farmacijo, Slovensko farmacevtsko društvo, koordinacija zdravniških organizacij, Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke, ekonomsko-socialni svet in ministrstvo za zdravje.

#### **VIRI:**

[1] Vogler S, Habimana K, Arts D. Does deregulation in community pharmacy impact accessibility of medicines, quality of pharmacy services and costs? Evidence from nine European countries. *Health Policy*. 2014;117(3):311-327.

[2] Pharmacists in the EU. Eurostat. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20200925-2>.2020.



- [3] The legal and regulatory framework for community pharmacies in the WHO European Region (2019). World Health Organization: Regional office for Europe. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326394/9789289054249-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [4] Dobro razvita mreža lekarn bolnikom s sladkorno boleznijo rešuje življenje. Lekarniška zbornica Slovenije. <https://www.lzs.si/dobro-razvita-mreza-lekarn-bolnikom-s-sladkorno-boleznijo-resuje-zivljenje/>. 2021
- [5] FIP statement of policy: The role of the pharmacist in the prevention and treatment of chronic disease. <https://www.fip.org/file/1468>. 2006
- [6] Vogler S. Liberalization in the pharmacy sector. OECD Global Forum on Distribution. 2014