

Apothecarius

Śląskie Forum Farmaceutyczne



ISSN 1232-7220

Nr 24, Rok XVII (ŚFF20)

12 marca 2009

Dom Muzyki i Tańca w Zabrze



Jak NFZ generuje oszczędności !!! str. 2

Coraz więcej leków opuszcza Twoją aptekę ! str. 4

Niech żyje Rząd dr Tadeusz J. Szuba str. 10

Prawomocne wyroki OROZ i OSA str. 53

Wielki Charytatywny Koncert Noworoczny

**Kolejny Koncert
9 stycznia 2010r.**

Największe w Europie targi farmaceutyczne



Oferta dla wystawców:

- producentów leków homeopatycznych
- preparatów na bazie ziół i herbat ziołowych
- glinek leczniczych i kąpiele błotnych
- wód mineralnych i soli leczniczych
- środków stosowanych w aromaterapii
- środków dezynfekujących i czyszczących
- artykułów higienicznych i opatrunkowych
- środków do pielęgnacji i higieny ciała
- kosmetyków
- sprzętu rehabilitacyjnego, laboratoryjnego
- środków ochrony roślin, owadobójczych i przeciwpasożytniczych
- producentów mebli, wyposażenia i wnętrza aptek
- itp

Atrakcyjne punktowane szkolenie dla farmaceutów:

- zwiedzanie ekspozycji targowej - 98 % odwiedzających ocenia targi pozytywnie
- profesjonalne seminaria prowadzone przez wystawców – możliwość uzyskania 8 punktów szkoleniowych



Szczegóły na www.salusint.com.pl
oraz www.katowice.ia.pl
lub telefonicznie pod numerami:
032 788 00 49, 032 788 00 87, 0-692 417 615

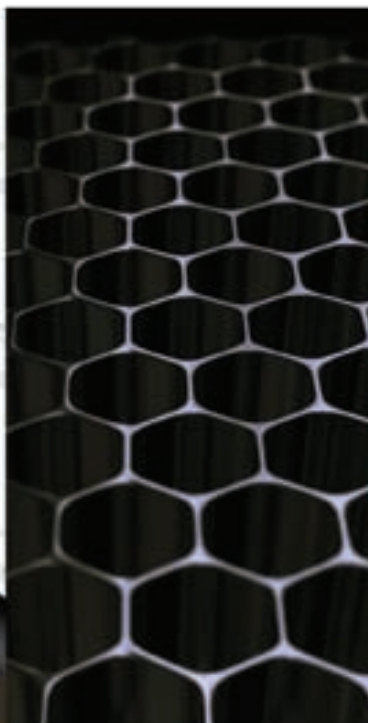
**Zamawianie towaru w hurtowniach,
które tworzą własne sieci aptek, są z sieciami powiązane lub je zaopatrują,
jest z ekonomicznego punktu widzenia zabójcze dla Twojej indywidualnej apteki.**

Polecając produkty wychodzące z aptek do sklepów szkodzisz swojej aptece !

Zgodnie z art. 1.1. ustawy o izbach aptekarskich ostrzega Prezes Rady ŚIA dr farm. Stanisław Piechula



doradztwo biznesowe



technologie budujące
przewagę konkurencyjną apteki



indywidualne podejście



pewna droga do sukcesu

Wspólnie dbamy o Twoich pacjentów

W ramach współpracy proponujemy naszym Klientom:

- uczestnictwo w Max Medicum – programie dla pacjenta, pozwalającym zwiększać obroty apteki (partnerami Programu mogą być również przychodnie i gabinety lekarskie w Twojej okolicy),
- możliwość zwiększenia marży apteki dzięki wdrożeniu systemu zarządzania asortymentem i ekspozycją leków,
- szerokie wsparcie marketingowe,
- dostęp do wyjątkowych rabatów,
- doradztwo ekonomiczne.

 **Medicare**
MEDYCYNĄ I FARMACJĄ

Siedziba
Medicare Sp. z o.o.
ul. Tyska 9
40-655 Katowice
NIP: 954-21-84-194
www.medicare.pl

Centrala
ul. Białobrzaska 45
41-409 Mysłowice
tel.: 032 744 35 00/01
fax: 032 744 35 02
infolinia: 0800 000 600

Oddział w Krakowie
ul. J. Conrada 63
31-351 Kraków
tel.: 012 391 45 01/07
fax: 012 391 45 55
infolinia: 0800 000 666

Oddział w Rzeszowie
ul. Baczyńskiego 6
35-210 Rzeszów
tel.: 017 779 19 00/01
fax: 017 779 19 02
infolinia: 0800 000 608

Biuro w Łanowie
ul. Romanowicza 57
33-100 Łanów
tel.: 014 626 53 70
fax: 014 626 53 80
infolinia: 0800 000 608

Podziękowanie

Kończąc pracę na stanowisku dyrektora Biura Śląskiej Izby Aptekarskiej chciałbym tą drogą serdecznie podziękować wszystkim Członkom naszej Izby za wieloletnią współpracę i jednocześnie przeprosić tych, których spotkały jakiegokolwiek niedogodności wynikające z niedostatków mojej pracy.

Dziękuję za współpracę Radzie i organom Śląskiej Izby Aptekarskiej oraz wszystkim dotychczasowym Prezesom Rady i współpracownikom, z którymi miałem przyjemność pracować przez te lata.

Osobne podziękowania składam Śląskiemu Wojewódzkiemu Inspektorowi Farmaceutycznemu i pracownikom Inspekcji Farmaceutycznej w Katowicach.

Szczególne pragnę podziękować Prezesowi Rady dr Stanisławowi Piechuli i obecnym pracownikom i współpracownikom Biura ŚIA za pomoc i wyrozumiałość w ostatnich miesiącach pracy, kiedy to z powodów zdrowotnych, było mi najtrudniej wypełniać swoje obowiązki.



mgr farm. Leszek Dusik



dr Izabela Majewska
- wykładowca



Farmaceuci podczas kursu

10 stycznia 2009r.





dr Stanisław Piechula

Janina Piecha
- Prezes Polskiego Komitetu
Pomocy Społecznej w Mikołowie

Beneficjent Koncertu Charytatywnego



10 stycznia 2009r.

Regina Gowarzewska - Griessgraber



Katarzyna Haras - mezzosopran



Piotr Nędzyński



Rafał Bartwiński - tenor



Adam Szerszeń - baryton



Adam Źaak - baryton



Agnieszka Bochenek-Osiecka - sopran



Orkiestra Kameralna
„CAMERATA IMPULS”



Adam Źaak - baryton

Publiczność podczas koncertu



Wręczenie kwiatów



mgr Damian Nowak



Małgorzata Kaniowska
- dyrygent

dr Stanisław Piechula

mgr Krzysztof Majka

dr Ewa Nikodemka

mgr Ryszard
Breguła

mgr Eugenia Rybka



dr Marek
Jędrzejczak
- dokonał
wręczenia
odznaczeń



mgr Małgorzata
Bielecka

mgr Janina
Krause

mgr Michalina
Borowczyk - Jędrzejczyk



mgr Piotr
Klima

mgr Anna
Śliwińska

Waldemar
Firek
- dokonał
odznaczeń

dr Jadwiga
Zdąbłasz

Posiedzenie Rady ŚIA
2.10.2009r.



Wręczenie cegiełki
5 000 zł
Pani Janinie Piecha
- Prezes PKPS w Mikołowie
Beneficjenta Koncertu Charytatywnego



Salus International Sp. z o.o.
Główny Sponsor Koncertu Noworocznego



Hurtap





Bayer



Olimp Labs



Biotech



Polkomtel S.A. Plus



Sertum



Hurtownia
farmaceutyczna

TORFARM

ITERO SILFARM

pretium
Najniższe ceny leków w Polsce



Ferrosan

OCEANIC
PHARMACEUTIC

3M

SERVICEPharma

BITTNER

BAYER

OZONE

POWER

COLFARM

Actopharm
Soraya

Polfa Tarchomin
Tena Adamed



**PTFarm
Polskie
Towarzystwo
Farmaceutyczne**



Ruch Młodych Aptekarzy



mini • maxi



TORFARM

Spis Treści

STANOWISKA, OPINIE, INFORMACJE	2
Jak NFZ generuje oszczędności !!! - <i>Stanisław Piechula</i>	2
Coraz więcej leków opuszcza Twoją aptekę - <i>Stanisław Piechula</i>	4
Codeinum phosphoricum - jak to jest z tą kodeiną ? - <i>Stanisław Piechula</i>	5
Opakowań leków refundowanych nie wolno dzielić - <i>Stanisław Piechula</i> ...	6
Niech żyje Rząd - <i>Tadeusz J. Szuba</i>	10
Historia aptekarstwa śląskiego - <i>Dionizy Moska</i>	17
Z kart historii farmacji - <i>Dionizy Moska</i>	18
Chorzowski Słownik Biograficzny - <i>Dionizy Moska</i>	22
Zarządzanie inwestycjami w aptecę - <i>Krzysztof Majka</i>	23
Dopalacze i e-papierosy - <i>Piotr Klima</i>	25
Historia badań nad szkodliwością palenia tytoniu - <i>Andrzej Sobczak</i>	29
Komunikat prasowy nr 98/08 - <i>CVRIA</i>	31
Rozmieszczenie tkanki tłuszczowej - <i>Marcin Krotkiewski</i>	34
Avilin - powrót sprawdzonego preparatu	37
Aspirin - niekończąca się historia	38
APOTHECARIUS - BIULETYN ŚIA W KATOWICACH	41
Teleinformator	41
Komisja ds. Nauki i Szkoleń - <i>Piotr Brukiewicz</i>	43
Komisja ds. Aptek Szpitalnych - <i>Beatrycze Radlańska-Piątek</i>	44
Opinia prawna - <i>Krzysztof Szulc</i>	49
OROZ i OSA - <i>Stanisław Piechula</i>	53
Ubezpieczenia majątkowe apteki - <i>J. S. Sienkiewicz</i>	62
Pisma	64
Protokoły	75
Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne - <i>Kazimiera Klementys</i>	86
ODESZLI OD NAS	93
OGŁOSZENIA	95

Na okładce:

Wielki Aptekarski Koncert Charytatywny w Zabrze - 10.01.2009r.

Wydawca: **Rada Śląskiej Izby Aptekarskiej**

ul. Kryniczna 15, 40-637 Katowice

tel.: (032) 608 97 60

kom.: 668 220 478

fax: (032) 608 97 69

<http://www.katowice.oia.pl>

Kolegium:

Dionizy Moska - Redaktor Naczelny

Damian Nowak - Zastępca Redaktora Naczelnego

Stanisław Piechula - Prezes Rady ŚIA w Katowicach

Lech Wróblewski - Redaktor prowadzący, opracowanie graficzne, korekta

**Redakcja czeka na korespondencję dotyczącą
problemów środowiska farmaceutycznego.**

Druk: Navia Designs, www.navia.pl

Nakład: 2800 egz.



**Redakcja nie identyfikuje się ze wszystkimi
przedstawionymi poglądami autorów, niektóre
z nich traktujemy jako zaproszenie do dyskusji.**

e-mial: redakcja@katowice.oia.pl

Stanisław Piechula

Jak NFZ generuje oszczędności !!!


dr farm. Stanisław Piechula

Przy kolejnych pomysłach i problemach ze środkami pomocniczymi już nie wytrzymałem i postanowiłem w swej bezsilności przynajmniej przelać na papier swoje odczucia, które rozesłałem po mediach i Państwu załączam.



Tajemnica poliszynela czyli największy mechanizm oszczędności w systemie ochrony zdrowia !

Obserwując ochronę zdrowia w Polsce oczami pacjenta, częściej aptekarza lub jednego z prezesów aptekarzy nękanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a także radnego i członka komisji zdrowia powiatu mikołowskiego, postanowiłem musnąć fragment największego mechanizmu oszczędności w tym systemie.

utrzymywany, a na ile to tylko problem niedołności i złego zarządzania funduszami.

Największe oszczędności w ochronie zdrowia to oszczędności wynikające z niewykonywania świadczeń dla osób ubezpieczonych lub niepłacenia, ewentualnie odbierania pieniędzy za wykonane świadczenia czy wydawane leki, sprzęt medyczny, środki pomocnicze, itd. Znamy to wszyscy jako pacjenci, lekarze, farmaceuci, czy osoby sprzedające sprzęt medyczny i środki pomocnicze ubezpieczonym.

Wybrałem się niedawno do ortopedy z bólem kolana, dowiedziałem się, że mogą mnie zarejestrować za trzy tygodnie. Podziękowałem i skorzystałem z pełnopłatnej wizyty w prywatnym gabinecie bez kolejki u tego samego lekarza. Mój stomatolog też przyjmuje tylko pełnopłatnie, gdyż NFZ zniechęcił go biurokracją do współpracy „za jałmużnę” jaką dopłaca ubezpieczonym do wizyt. Prywatnie robiłem drogi rezonans kręgosłupa, gdyż nie mogłem czekać trzy miesiące na badanie refundowane przez NFZ. Ile zaoszczędził NFZ? Pomnóżmy to razy ilość takich przypadków w całej Polsce.

Skrajnym przykładem, który nie może zakrawać na nieumyślne działania, jest nakręcanie utrudnień i biurokracji NFZtu w zakre-

Jestem przekonany, że rozumieją to wszyscy decydenci zajmujący się zdrowiem Polaków a nieświadomi pacjenci doświadczają go na co dzień, ja zaś zastanawiam się na ile jest on planowany, stymulowany, ewentualnie

sie zaopatrywania pacjentów w materiały medyczne i środki pomocnicze! Gubią się w tym już nawet pracownicy NFZtu tonący w tonach papieru z umowami i załącznikami, które nikomu i do niczego nie są potrzebne. Tu należy się złoty medal za stymulowanie oszczędności tym, którzy wymyślili i doprowadzają do absurdu system zawierania umów i rozliczania ich realizacji. Proszę sobie wyobrazić, że na około 1200 wszystkich śląskich aptek, które prowadziły jeszcze kilka lat temu środki pomocnicze (pieluchomajtki, podkłady, itp. podstawowe środki) pozostało jeszcze około 300 placówek, przeklinających ten system i myślących o rezygnacji przy każdym kolejnym pomysle NFZtu wprowadzającym kolejne utrudnienia i komplikacje. Gdybyśmy zebrali informacje o zaoszczędzonych pieniądzach na pacjentach, którzy przez biurokrację zrezygnowali z refundowanego sprzętu medycznego i środków pomocniczych, a do tego dodali nieodebrane lub niewypłacone pieniądze należące się placówkom prowadzącym sprzedaż, to mielibyśmy bardzo znaczącą sumkę!

Apteki stale płacą haracz za realizację recept z formalnymi błędami popełnianymi przez lekarzy, a niektóre oddziały NFZtu prześcigają się w wynajdywaniu haczyków w celu egzekwowania zwrotu pieniędzy za wydane leki nawet na kilka lat wstecz. W skali kraju są to grube miliony i nie pomagają skargi do Ministra Zdrowia, Premiera i Rzecznika Praw Obywatelskich, a NFZ zabiera pieniądze za leki wydane zgodnie z ordynacją lekarską osobom ubezpieczonym. Dlaczego? Przecież nikt nie poniósł szkody i choć na receptach można wynaleźć przeróżne usterki od niewyraźnego pisma lekarzy począwszy, to przecież lek zaordynował uprawniony lekarz, a dostał go

ubezpieczony pacjent. Opinie prawną, która dowodzi, że NFZ nie powinien zabierać pieniędzy za wydane leki, gdy nie zaszła ewidentna szkoda na rzecz NFZtu, podpisał nawet Z-ca Prezesa NFZ, jednak oddziały NFZtu nadal reperują swój budżet łupiąc apteki! Przestraszeni aptekarze zaś czepiają się najdrobniejszych niedociągnięć na receptach i często proponują pacjentom realizację recept z pełną odpłatnością lub powrót do lekarza w celu poprawy. Szacuję, że połowa osób wraca do lekarza, a połowa mimo ubezpieczenia realizuje recepty pełnopłatnie, co daje kolejne wielkie oszczędności NFZtowi.

Można się jeszcze długo rozpisywać i przytaczać wiele innych przykładów ze szpitali, przychodni, gabinetów, jednak chyba te są wystarczające, by przynajmniej sprowokować zastanowienie. Ja jednak uczestnicząc aktywnie w systemie ochrony zdrowia jestem przekonany, że jeżeli nawet takie działania nie są planowo stymulowane, a wynikają jedynie z niedołności, czy często urzędniczej złośliwości, to decydenci systemu ochrony zdrowia muszą mieć świadomość, że wszelkie utrudnianie, zniechęcanie i urzędnicze grabienie świadczeniodawców zapewnia gigantyczne oszczędności dla systemu ochrony zdrowia w Polsce.

O ile więcej pieniędzy trzeba by zapewnić, by system ten stał się przyjazny i logiczny, a każdemu ubezpieczonemu zapewniał bezproblemowy dostęp? Czyli prostszymi słowami, ile pieniędzy więcej musiałby wydać NFZ, gdyby pacjenci nie mieli utrudnionego dostępu do należnych im usług, leków i środków a także gdyby uczciwie płacono za wszystkie usługi, leki i środki należne i wykorzystane przez ubezpieczonych?

Trudno odpowiedzieć, ale szacuję te oszczędności na grube miliardy, więc nie mam większych nadziei, że ktoś mający wpływ i decydujący o ochronie zdrowia w Polsce chciałby to rzeczywiście uzdrowić, bo przecież nawet Salomon z pustego nie należy, a NFZ mimo wszystko potrafi hamować wydatki, a nawet je odzyskiwać.

Z uszanowaniem



Prezes Rady ŚIA
dr farm. Stanisław Piechula



Stanisław Piechula

Coraz więcej leków opuszcza Twoją aptekę !



Proszę zapoznać się, które z leków mają zamiar opuścić apteki, gdyż apteki swoim autorytetem promują daną markę i inne produkty danego producenta, zapewniają wysoki standard sprzedaży i fachowe doradztwo, a niektórzy producenci nie poczuwają się do żadnej lojalności i kierują leki do sieci pozaaptecznej. Czy rzeczywiście nie zasługujemy na więcej lojalności ze strony producentów?

Na stronach MZ pojawił się projekt rozporządzenia w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach obrotu pozaaptecznego oraz punktach aptecznych.

Proszę nie tylko zerknąć na to rozporządzenie ale także poświęcić 9 kartek papieru

i wydrukować sobie załącznik nr 3 i dokładnie się z nim zapoznać, a także zastanowić, czy warto polecać preparaty dostępne także w sklepach.

<http://www.katowice.oia.pl/wpisy-act-mo-re-id-2487.html>

W innych normalnych państwach producenci kierują się większą lojalnością wobec aptek, w których znajdują nie tylko miejsce zbytu dla wszystkich swoich preparatów, ale także fachową ich sprzedaż, jak na lekarstwa przystało.

U nas niestety jest znacząco inaczej i pewnie lojalności możemy zyskać tyle, ile jej sobie sami zapewnimy.

WYDRUKUJ STRONĘ 1 LISTY LEKÓW WYCHODZĄCYCH Z TWOJEJ APTEKI I POMYŚL !

WYDRUKUJ STRONĘ 2 LISTY LEKÓW WYCHODZĄCYCH Z TWOJEJ APTEKI I POMYŚL !

WYDRUKUJ STRONĘ 3 LISTY LEKÓW WYCHODZĄCYCH Z TWOJEJ APTEKI I POMYŚL !

WYDRUKUJ STRONĘ 4 LISTY LEKÓW WYCHODZĄCYCH Z TWOJEJ APTEKI I POMYŚL !

WYDRUKUJ STRONĘ 5 LISTY LEKÓW WYCHODZĄCYCH Z TWOJEJ APTEKI I POMYŚL !

WYDRUKUJ STRONĘ 6 LISTY LEKÓW WYCHODZĄCYCH Z TWOJEJ APTEKI I POMYŚL !

WYDRUKUJ STRONĘ 7 LISTY LEKÓW WYCHODZĄCYCH Z TWOJEJ APTEKI I POMYŚL !

WYDRUKUJ STRONĘ 8 LISTY LEKÓW WYCHODZĄCYCH Z TWOJEJ APTEKI I POMYŚL !

WYDRUKUJ STRONĘ 9 LISTY LEKÓW WYCHODZĄCYCH Z TWOJEJ APTEKI I POMYŚL !

A jak pomyślicie i dojdziecie do wniosku co robić, a jakiś przedstawiciel będzie opowiadał bajki, że firma nie ma na to wpływu, to go zapytajcie dlaczego niektóre kosmetyki są dostępne tylko w aptekach jak nawet nie są lekami !

Z uszanowaniem
Prezes Rady ŚIA - dr farm. Stanisław Piechula



Codeinum phosphoricum - jak to jest z tą kodeiną ?

Kodeina w zależności od preparatu w jakim występuje zaliczana jest do grupy ryzyka powstania uzależnienia II-N lub III-N.

Kodeina w grupie III-N, to preparaty zawierające oprócz innych składników kodeinę, której ilość nie przekracza 50mg w jednej dawce lub stężenie nie przekracza 1,5 % w preparatach w formie niepodzielonej. Preparaty te nie są ewidencjonowane i wydawane z apteki bez recepty.

Kodeina w grupie II-N, to tabletki z kodeiną zarejestrowane w Polsce jako preparat Codeine 0,02g (opakowania po 10 lub 100 tabl.). Preparat ten posiada kategorię dostępności Rpw, czyli musi być wypisywany na tzw. różowe recepty.

Kodeina w grupie II-N to także kodeina w substancji do receptury (kodeiny fosforan) w preparacie Codeine (opakowania 1, 5, 10, 15, 25, 50 lub 100g), jednak jako substancja do receptury nie posiada określonej kategorii dostępności (np. jak Kodeina w tabletkach - Rpw), więc powinna być wypisywana na zwykłych receptach.

Z powyższego wynika fakt, że kodeina w tabletkach musi być wypisywana na receptach Rpw (różowych), zaś kodeina do leków recepturowych powinna być przepisywana na zwykłych receptach, a niektóre preparaty zawierające kodeinę są wydawane z apteki bez recepty.

Należy jeszcze zwrócić uwagę na rozporządzenie w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii I i preparatów zawierających te środki lub substancje (DU-2006-169-1216), które z kolei określa sposób ewidencjonowania i przepisywania mi. kodeiny.

Preparaty z kodeiną posiadające grupę III-N są lekami OTC i nie muszą być ewidencjonowane.

Preparaty z kodeiną posiadające grupę II-N (tabletki i substancja do receptury) muszą być ewidencjonowane tak jak wszystkie preparaty posiadające tą grupę oraz grupy III-P i IV-P, czyli można je ewidencjonować komputerowo z koniecznością robienia comiesięcznych wydruków uwzględniając zapisy rozporządzenia:

Pozostają jeszcze szczegóły dotyczące recept:

- ilość kodeiny, tak jak innych II-N, powinna być zapisana także słownie;
- recepty z kodeiną (zarówno białe jak i różowe) nie muszą być specjalnie przechowywane, np. razem z pozostałymi receptami różowymi, aczkolwiek nie będzie błędem jak recepty różowe z kodeiną będą razem z pozostałymi różowymi receptami.

Więcej szczegółów na stronach www.LexPharma.pl w dziale Opracowania.

dr farm. Stanisław Piechula
Mikołów 2009-01-23

Opakowań leków refundowanych nie wolno dzielić !



dr farm. Stanisław Piechula

Zgodnie z rozporządzeniem i interpretacją przepisów przez Prezesa NFZ, opakowań leków refundowanych nie wolno dzielić, a realizacja recepty z podziałem opakowania, czyli niezgodnie z rozporządzeniem w sprawie recept lekarskich jest podstawą do żądania zwrotu refundacji od apteki.

Szanowni Właściciele aptek

W związku z wystąpieniem kilku aptek do naszej izby z problemem kierowania przez lekarzy pacjentów do wybranych aptek, w których dzieli się opakowania leków refundowanych, przypominam, że zgodnie z rozporządzeniem i wyjaśnieniem Prezesa NFZ, opakowań leków refundowanych nie wolno dzielić, a realizacja recepty z podziałem opakowań refundowanych jest uważana za postępowanie niezgodne z rozporządzeniem i może skutkować żądaniem zwrotu refundacji.

Receptę należy zrealizować wydając pełne opakowania w ilości jak najbardziej zbliżonej do przepisanej jednak w przypadku częściowego przekroczenia pełnego opakowania w ilości mniejszej. Wyjątkiem jest tylko sytuacji, gdy przepisana ilość leku nie obejmuje jednego pełnego opakowania i wtedy możemy wydać jedno pełne opakowanie.

Niestety niektóre apteki ryzykują i dzielą pełne opakowania prowadząc tym samym nieuczciwą konkurencję w stosunku do tych, którzy przestrzegają rozporządzenie i boją się ryzykować utraty refundacji. W dodatku w rozgrywkach tych czasami biorą udział mniej lub bardziej świadomi problemu lekarze, kierujący pacjentów do takich aptek.

Z uwagi na powyższe przypominam Państwu o zapisie rozporządzenia, a jednocześnie ponownie odsyłam do pism bardzo dokładnie opisujących problem z fragmentami protokołu kontroli jednej z aptek włącznie, której NFZ zakwestionował dzielenie opakowań i naliczył refundację do zwrotu.

**[http://www.prawo.farmacja.pl/
wpisy-act-more-id-140.html](http://www.prawo.farmacja.pl/wpisy-act-more-id-140.html)**

Informuję także, że w związku z pismem pacjenta, skarżącego się i domagającego się wyjaśnienia problemu, skierowaliśmy do SOW NFZ prośbę wyjaśnienie sytuacji w konkretnej aptece, która dzieli opakowania jednego z droższych i wybranych leków i do której lekarze kierują pacjentów. Skierujemy także do SOW NFZ prośbę o zbadanie i wyjaśnienie innych takich problemów, jeżeli otrzymamy od Państwa pisma w tej sprawie.

*Z uszanowaniem
Prezes Rady ŚIA
dr farm. Stanisław Piechula*



Warszawa, dnia 11 maja 2006r.

Naczelna Izba Aptekarska

L.Dz. DP-167/2006

Pan Jerzy MILLER

Prezes

Narodowego Funduszu Zdrowia

Szanowny Panie Prezesie,

W związku z narastającym problemem w zakresie interpretacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2004 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. Nr 213, poz. 2164), uprzejmie proszę Pana Prezesa o zajęcie jednoznacznego stanowiska w następującej sprawie.

Analizując przywołane rozporządzenie oraz sposób wypisywania recept przez lekarzy, a także realizację tych recept w aptekach oraz wyniki kontroli przeprowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia nasuwają się następujące wnioski:

1) w ww. rozporządzeniu przewidziano tylko wyjątkowe przypadki, gdy dzielenie opakowań leków jest prawnie dopuszczalne (§ 19 ust. 2 - jeżeli nie przyczyni się to do zmiany gwarantowanej przez producenta jakości leku, a pacjent otrzyma lek w odpowiednio oznakowanym opakowaniu własnym apteki określonym w odrębnych przepisach, osoba wydająca antybiotyk lub lek przepisany w postaciach parenteralnych dzieli ilość leku zawartą w opakowaniu, by maksymalnie zbliżyć ją do ilości określonej przez osobę wystawiającą receptę; dzieleniu nie podlegają opakowania bezpośrednie);

2) lekarze bardzo często nie znają wielkości opakowań leków gotowych i wypisując recepty często przekraczają możliwość przepisywania leków na 3 miesięczną kurację, co zmusza aptekę do zmniejszania ilości wydawanego leku;

Przykład - zapis - „2 opakowania po 50 tabletek, dawkowanie 1x1”.

Apteka powinna wydać 90 tabletek, jednak zgodnie z rozporządzeniem może wydać tylko 1 opakowanie = 50 tabletek.

3) także w sytuacji przepisywania jednostek dawkowania lekarze nie trafiają w pełne opakowania.

Przykład - zapis - „100 tabletek, dawkowanie 1x1”.

Apteka powinna wydać 90 tabletek, jednak zgodnie z rozporządzeniem jest w stanie wydać tylko 1 opakowanie = 50 tabletek.

Niestety duża część oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia bezwzględnie wykorzystuje przepisy rozporządzenia w celu odebrania aptekom jak największej kwoty refundacji, nie zwracając uwagi na to, że często odbiegając od rozporządzenia apteki działają w interesie pacjentów.

Stwierdzając to, a także widząc konieczność jednoznacznego wyjaśnienia tego problemu proszę Pana Prezesa o stanowisku w następujących kwestiach:

1) Apteka wydaje leku zbyt dużo, próbując zbliżyć się jak najbardziej do przepisanej ilości.

Przykład - zapis lekarza - „2 opakowania po 50 tabletek - dawkowanie 1x1”.

Apteka powinna wydać 90 tabletek, jednak by wydać ilość jak najbardziej zbliżoną i nie dzielić opakowań wydaje 2 x 50 tabl. przekraczając ilość o 10 tabl.

Czy w takim przypadku NFZ powinien naliczyć refundację do zwrotu?

Jeżeli tak, to co zostanie zakwestionowane i jakiej ilości leku powinien dotyczyć zwrot refundacji, gdyż jedno Oddziały NFZ naliczają do zwrotu „nadmiar” leku, zaś inne całe podzielone opakowanie.

2) Apteka wydała dokładnie tyle leku ile zapisał lekarz jednak by tego dokonać podzieliła opakowanie.

Przykład - zapis - „2 opakowania po 50 tabletek - dawkowanie 1x1”.

Apteka powinna wydać 90 tabletek i zrobić to dzieląc jedno opakowanie i wydając 50 + 40 tabletek.

Czy NFZ powinien naliczyć refundację do zwrotu w takim przypadku, gdy apteka wydała dokładnie to, co zapisał lekarz a ubezpieczony pacjent otrzymał wskazaną ilość leku?

Wykorzystywanie w takim przypadku rozporządzenia i przepisu o nie dzieleniu opakowań jest dla nas wyłącznie wybiegiem w celu odebrania aptece jak najwyższej refundacji.

3) Apteka wydała leku zbyt dużo, jednak NFZ refunduje tylko tyle ile zapisał lekarz a apteka by nie dzielić opakowań i zbliżyć się jak najbardziej do przepisanej ilości policzyła pacjentowi za jego zgodą nadmiar leku na 100% odpłatność.

Przykład - zapis - „2 opakowania po 50 tabletek - dawkowanie 1x1”.

Apteka powinna wydać 90 tabletek, jednak by wydać ilość jak najbardziej zbliżoną i nie dzielić opakowań wydaje 2 x 50 tabl. przekraczając ilość o 10 tabl, jednak te 10 tabletek dolicza pacjentowi na 100%.

Czy NFZ będzie kwestionował wydaną ilość i naliczał refundację do zwrotu w takim przypadku, gdy apteka wydała leku refundowanego dokładnie tyle, ile zapisał lekarz a ubezpieczony pacjent dopłacił za część leku, która by wynikała z konieczności dzielenia opakowania?

Także w tym przypadku wykorzystywanie rozporządzenia i zapisu o nie dzieleniu opakowań jest dla nas wyłącznie wybiegiem w celu odebrania aptece jak najwyższej refundacji.

Uprzejmie proszę Pana Prezesa o pilne jednoznaczne stanowisko.

Z wyrazami szacunku

*Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej
mgr farm. Andrzej Wróbel*





Prezes NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Znak: CF-DGL- 06/07/MWO

Warszawa, dnia 18.07.2006r.

Pan Andrzej Wróbel
Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

Szanowny Panie Prezesie

W odpowiedzi na pismo znak L.dz.DP-167/2006 w sprawie wydawania leków refundowanych, w przypadku gdy ilość leku została zapisana na receptce tak, że niemożliwym jest wydanie w całości zapisanej ilości leku, Narodowy Fundusz Zdrowia informuje, co następuje.

W odniesieniu do pytania nr 1) Narodowy Fundusz Zdrowia informuje, że przypadki, w których apteka może wydać lek w innym opakowaniu, niż oryginalne, zostały określone w § 19 ust. 2 rozporządzenia w sprawie recept lekarskich. Zgodnie z powołanym przepisem, apteka może wydając antybiotyk lub lek przepisany w postaciach parenteralnych, podzielić opakowanie tak, aby ilość wydawanego leku była maksymalnie zbliżona do ilości określonej przez osobę wystawiającą receptę, jeżeli nie przyczyni się to do zmiany gwarantowanej przez producenta jakości leku, a pacjent otrzyma lek w odpowiednio oznakowanym opakowaniu własnym apteki, określonym w odrębnych przepisach. Dzieleniu nie podlegają opakowania bezpośrednie.

Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie recept lekarskich § 19 ust. 2 wskazuje jedyny przypadek przewidziany przepisami prawa, kiedy to apteka może wydać lek w podzielonym opakowaniu.

W odniesieniu do sytuacji, w której apteka wyda większą ilość leku refundowanego, niż ilość przepisana przez osobę wystawiającą receptę, należy stwierdzić, że dochodzi do naruszenia przepisów § 19 ust. 4 rozporządzenia w sprawie recept lekarskich. Zgodnie z powołanym przepisem, jeżeli na receptce podano sposób dawkowania, a ilość leku wydanego zgodnie z § 19 ust. 1 i 2 przekraczałaby ilość leku przeznaczoną na trzymiesięczną kurację, lek wydaje się w ilości maksymalnie zbliżonej, jednak mniejszej niż ilość określona na receptce, chyba że należy wydać jedno najmniejsze opakowanie leku określone w wykazach leków refundowanych.

W odniesieniu do sytuacji, w której apteka dokonała podzielenia opakowania leków, niezgodnie z wymogami § 19 ust. 2 rozporządzenia w sprawie recept lekarskich, należy stwierdzić, że tym samym złamała obowiązujący stan prawny.

Narodowy Fundusz Zdrowia, jako podmiot finansujący świadczenia ze środków publicznych jest zobowiązany do wydatkowania tych środków zgodnie z obowiązującym prawem. Każdorazowe stwierdzenia złamania obowiązujących przepisów rozporządzenia w sprawie recept lekarskich, a co za tym idzie wydanie leku niezgodnie z przepisami ww. aktu, oraz pobranie za tak wydany lek refundacji od Narodowego Funduszu Zdrowia będzie skutkowało wezwaniem apteki do zwrotu nienależnej refundacji. Zakwestionowana wartość refundacji powinna dotyczyć niewłaściwie zrealizowanych recept.

Przekazując powyższe, Fundusz informuje, że żaden z przepisów przedmiotowego aktu nie daje Narodowemu Funduszowi Zdrowia prawa do zmiany ich treści, bądź fakultatywnego stosowania określonych przepisów.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia - Jerzy Miller



dr Tadeusz J. Szuba

Niech żyje Rząd - autor nowelizacji ustawy „o cenach” i ustawy „Prawo farmaceutyczne”

Aptekarz Vol 17 Nr 1/2 (2009)

Towarzystwo Farmaceutyczno - Ekonomiczne

Nareszcie ujrzał światło dzienne projekt naprawy ustaw utrudniających dostęp do leków. Rząd uświadomił sobie, że nieograniczona wolność działalności gospodarczej w farmacji to rząd monopoli, to rząd koncernów farmaceutycznych. Ludzie muszą wydawać na leki coraz więcej. Mniej się leczą, więcej cierpią i umierają.

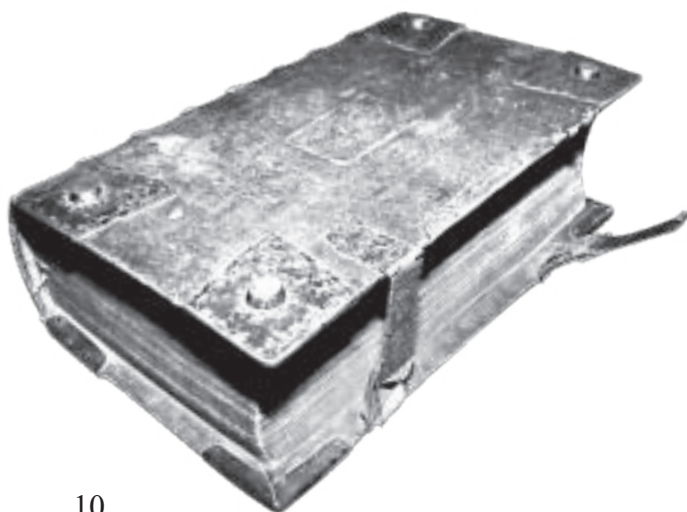
Projekt ustawy zmieniającej niektóre ustawy ukazał się 4 listopada 2008r. Nie referowaliśmy go na łamach „Aptekarza”, bo ma 66 dużych stron i w większości dostraja nasze prawo (np. badania kliniczne) do prawa Unii Europejskiej. Jest bezdyskusyjny. Projekt wprowadza też przy okazji ważne zmiany do prawa polskiego zgodne z naszymi postulatami, a więc uwagi nasze były zbędne. Najważniejsze to jednolite ceny leków w aptekach

uniemożliwiające spekulacje koncernów (dopłacanie pacjentom do leków drogich, by ich więcej sprzedawać i doić Narodowy Fundusz Zdrowia ergo obywateli).

Dopiero w grudniu wielki kapitał rozpętał burzę. Prasa kipi od artykułów wrogich likwidacji śledziarstwa w aptece, przeciwnych cywilizacji systemu cen, przeciwnych dekoncentracji kapitału w obrocie lekami. Píše się niemal wyłącznie pod dyktando koncernów monopolistycznych. Opacznemu pisaniu sprzyja brak farmaceutycznej wiedzy towaroznawczej w narodzie. Nawet uczciwi dziennikarze, działacze gospodarczy i społeczni piszą głupstwa. Na szczyty sabotażu wygramolił się urząd antymonopolowy (UOKiK).

Taki bieg wydarzeń zmusił nas do „udzielania lekcji”. Poniżej publikujemy przykłady takich lekcji.

*Z poważaniem
dr Tadeusz J. Szuba*



Centrum im. Adama Smitha pokrywa hańbą dobre imię Adama Smitha

Adam Smith jak każdy mądry ekonomista był gorącym orędownikiem wolnej konkurencji, swobody gospodarczej. Już w XVIII wieku uczył, że konkurencja dobrze służy konsumentom. Geniusz Adama Smitha polegał m.in. na tym, że prawie ćwierć tysiąclecia temu, kiedy monopole dopiero się pojawiły, odnosił się do nich z wrogością. Potępiał je niemal intuicyjnie jako siły wrogie ludności.

Centrum im. Adama Smitha od czego jest? Od kultywowania wolnego rynku, konkurencyjności w przemyśle i handlu oraz zwalczania monopoli zabijających konkurencję.

Tymczasem Centrum im. Adama Smitha przystąpiło do zwalczania projektów rządu mających odmonopolizować nieco obrót lekami, pohamować zbroję cen, przybliżyć leki do ludzi ich potrzebujących.

Jak wiadomo, przemysł farmaceutyczny celuje w posługiwanie się niewolnym rynkiem. Są tego obiektywne i subiektywne przyczyny. Zaczyna się od powstania leku. Jego narodziny są trudne i kosztowne. Świat postanowił sprzyjać powstawaniu leków udzielaniem wynalazcom patentów/monopoli. Na ograniczony czas. O'kay. Wszyscy na to się zgadzają. Płacą zdyscyplinowanie ceny monopolistyczne przez okres przewidziany prawem (teoretycznie 20 lat - od rejestracji patentu, praktycznie co 15 lat - od rejestracji leku).

Chciwi przedsiębiorcy wykorzystują niezdrowo zdrowy system ich ochrony. Zgłaszają patenty dodatkowe pod różnymi pretekstami. „Wynajdują” nowe leki na kopyto starych z wygasającymi patentami. Stosują nazwy leków zastrzeżone. Do nich przyzwyczajają klientelę (lekarzy) przez 15-20 lat. Później wynalazek kojarzy się z nazwą markową i cena monopolistyczna funkcjonuje bez ograniczeń w czasie.

Zachłanność monopolistów jest niewyobrażalna. Lek ongiś monopolistyczny, po wygaśnięciu ochrony patentowej, w dobie teoretycznej konkurencji, sprzedaje się drożej od identycznych produktów wolnorynkowych nie o 5-10-20%, lecz 5-10-20 razy! To jest powszechne masowe zjawisko. Możliwe dlatego, że ludność nie ma pojęcia o lekowym towaroznawstwie, lekarze mają uwagę skoncentrowaną na medycynie, nie ekonomii, a rząd zatrudnia do rządzenia farmacją analfabetów lekarzy.

W sukurs tym niefachowcom przychodzą rozliczni agenci (prawnicy, ekonomiści, medycy) zatrudnieni przez przebogate koncerty farmaceutyczne. Potrafią głosić, że leki droższe są tańsze. Dokonują cudów, by ogłupić posłów i senatorów.

Nie dziwić się posłom i senatorom, jeśli Centrum im. Adama Smitha straciło rozum. Uwierzyło i wieszczy, że różne ceny leków w aptekach i hurtowniach to konkurencja zbliżająca leki do chorego. Adam Smith się przewraca w grobie.

Sprawa jest taka prosta. Leków mamy niemal 15.000. Lepszych i gorszych. Z różnymi walorami i różnymi cenami. 90% rynku należy do monopolistów. Już nie do wynalazców, ochrona patentowa przeminęła. Do właścicieli marki, nazwy zastrzeżonej. Wartość leku wynosi 10 zł. Monopolista chce sprzedać lek markowy za 50 zł. Nie może sprzedać nie dlatego, że klient widzi zdzierstwo. On niczego nie widzi. Nie może sprzedać dlatego, że obok są tuziny identycznych (z inną nazwą) lub podobnych leków. Aby sprzedać po 50 zł monopolista nie obniża ceny. Wykorzystuje „wolny” rynek. Podwyższa ją do 100 zł i udziela obficie upustów, rabatów, prezentów. Cała Polska jest zalana cenami od 100 do 50 złotych. Iluzja taniości triumfuje.

Staruszkowie biegają od apteki do apteki i są szczęśliwi, że zapłacili niższą cenę. Nawet cena 10 zł zamiast 15 zł ich uszczęśliwia. Katastrofa Polski polega na tym, że nawet Centrum im. Adama Smitha nie dostrzega znęcania się monopolistów nad staruszkami. Niekiedy już prawie niedołącznymi.

Oddajmy cześć rządowi, obojętne z jakiej partii, który rozumie Adama Smitha, widzi szkody wyrządzane przez monopole, proponuje uzyskanie najtańszych leków poprzez uniemożliwienie monopolistom zawyżania cen i ich iluzorycznego obniżania rabatami, upustami, łapówkami. Chce zmusić monopolistów do pobierania za leki już niemopolistyczne (po wygaśnięciu patentu) cen niskich, konkurencyjnych. To jest możliwe do osiągnięcia tylko przy interwencji państwa, przy zakazie „wolnego” rynku leków, przy „zamordyzmie” w aptekach, hurtowniach, wytwórniach.

Wolność w farmacji to grób wolnej konkurencji, to bezlitosne dobijanie ludzi chorych, ludzi wymagających szczególnej troski.

Dziennikarzu, ucz się

Prasa, zwłaszcza ta służąca producentom znów pączkuje publikacjami krytykującymi zdroworozsądkowe projekty ustaw. Nowy rząd PO podjął niedokończoną przez poprzednie rządy próbę ujarzmienia rozwydrzonych monopolistów. Przy okazji dostrajania naszego prawa farmaceutycznego do wymogów Unii Europejskiej rząd proponuje sejmowi kosmetykę utrudniającą producentom-rekinom cyniczne łupienie ludzi najbiedniejszych, ludzi chorych.

Natychmiast z pazurami do oczu rządowi podskakują nie tylko monopolisci zgromadzeni w swoim stowarzyszeniu „Infarma” (pazurami „swoich” kancelarii prawnych), nie tylko wielcy przedsiębiorcy zgromadzeni w „swoim” Centrum im. Adama Smitha. Sekundują im nie tylko gazety żyjące z przemysłu w rodzaju „Pulsu Biznesu”, lecz także gazety żyjące z konsumentów w rodzaju „Rzeczpospolitej”. Nie ma w prasie ani jednej publikacji „niech żyje rząd”. Są wyłącznie publikacje „precz z rządem” z ogłupiającymi sugestiami pseudo-ekspertów branżowych, że zmiany wprowadzone przez rząd podbiją ceny leków refundowanych o 16 proc.

O co chodzi? By lud poszedł na barykady, by rząd się wycofał z projektu zmian bolesnej rzeczywistości.

Dziennikarzu, członku jednego z najuczciwszych, najbardziej pro-ludzkich zawodów, zechciej wiedzieć, że przemysł farmaceutyczny legalnie łupi ludzi chorych z setek miliardów

dolarów rocznie. Rząd, każdy rząd, ma moralny obowiązek temu przeszkadzać.

Z czego wynikają legalne łupieżcze zachowania przemysłu?

a) Z powszechnego w farmacji systemu nazw zastrzeżonych. Prawo pozwala (słusznie) pobierać dowolną cenę za lek po jego wynalezieniu, przez pewien czas. Po upływie tego czasu każdy może korzystać z wynalazku. Ale nie może korzystać z nazwy zastrzeżonej. Lud (włącznie z lekarzami) nie wie o tym, że produkt konkurencyjny 5-10-20 razy tańszy, nazywający się inaczej, jest tożsamy. Płaci zbójckie ceny choćby 100 lat, dopóki nie zmądrzeje.

b) Z powszechnych w farmacji kongenerów, leków „me-too”, bliźniaczych chemicznie, ergo farmakologicznie. Legalnych, bo kongener będący obejściem patentowym molekuly leczącej, może leczyć lepiej, szkodzić mniej. Przemysł robi tysiące takich leków „me-too”, z których większość gorszych (patrz słynna u nas ivabradina, kongener verapamilu). Każdy lek gorszy może mieć jakieś zalety i może zostać dopuszczony do obrotu. Ale jako opatentowany, monopolistyczny może mieć dowolną cenę. Ivabradina może kosztować zł 214,40 za 56 tabl 5 mg, 24 razy drożej od verapamilu (w przeliczeniu na dawkę dobową) już niechronionego patentem!!!

c) Z bardzo znacznej przychylności świata lekarskiego (z profesorami medycyny włącznie) do przemysłu farmaceutycznego, który wyrządza wiele dobrego.

Tenże przemysł wyrządza też wiele złego zupełnie legalnie nadużywając do potęgowania zysków wolności gospodarczej. Za zasłoną dymną nazw zastrzeżonych oraz pseudo-wynalazków „me-too” może pobierać zawrotne, niesprawiedliwe ceny godzące w ludzi leczących się. Jak to urzeczywistnić? Boże uchowaj - obniżać ceny. Kluczem do sukcesu jest w farmacji podwyższanie cen. Po czym się grasuje z pomocą hurtowników upustami, rabatami, prezentami.

Mechanizm wyzysku jest prosty. Jeśli monopolista (z racji marki) chce sprzedać lek wart



10 złotych za 50 złotych w normalnym trybie, nie sprzeda nie dlatego, że lud jest mądry. Nie, lud nie jest mądry, na lekach się nie zna. Nawet lekarze o ekonomice leku nie mają dużego pojęcia. Monopolista pożądający 50 złotych za lek wart 10 złotych wyznacza, rynek jest wolny, cenę 100 złotych i szasta rabatami. Najłatwiej jest sprzedać leki refundowane z niską opłatą pacjenta, np. zł 3,20. Nic prostszego, jak posterować upustami w ten sposób, by pacjent niczego nie musiał płacić. Wówczas będzie się domagał od lekarza recepty na drogi lek markowy monopolistyczny, zamiast na identyczny tani lek generyczny konkurenta.

Cała ogromna inteligencja monopolistów jest ukierunkowana na szwindle. Na czynienie pozorów taniości leków niebotycznie i niepotrzebnie drogich. Na czynienie pozorów przyczyniania zdrowia przez kongenery (leki „me-too”) zdrowia ujmujące.

Aby tych cudów dokonać zatrudnia się tabuny repów (representatives). Mając miliony do wyrzucenia na promocję, kupuje się do jej

realizowania lekarzy z 7-letnimi ciężkimi studiami, zrobionymi za państwowe pieniądze! Wszystko stoi na głowie.

Prawdziwi lekarze nie mogą leczyć, bo im co chwila rep się wciska i opowiada o zaletach jakiejś ivabradyny. Musi to robić w ciszy gabinetu, a nie na sali odczytowej szpitala lub izby lekarskiej, bo grzeczność go skłania do dania prezentu, a może nawet koperty.

Aptekarze, zamiast stać na straży pacjentów, zajmować się prozdrowotną gospodarką lekami, muszą uprawiać kramarski handel, sprzedawać leki za złotówkę, a jeszcze lepiej - wydawać za darmo (w ciężar NFZ) leki niepotrzebne i drogie.

Schorowani staruszkowie zamiast dostać leki za darmo lub prawie za darmo biegają od apteki do apteki w poszukiwaniu leków z obniżonymi cenami wskutek monopolistycznych ochłapów (upustów), za którymi stoją zawyżone ceny.

Rząd chce zrobić z tym trochę ładu. Dziennikarzu, pomóż zamiast utrudniać!

Aptekarz Vol 17 Nr 1/2, 8-11 (2009)

Towarzystwo Farmaceutyczno - Ekonomiczne - Warszawa, 16 grudnia 2008r.

Red. Beata Chomątowska - Rzeczpospolita

Szanowna Pani,

Pisze Pani często o farmacji. Z troską o leki. Wykorzystuje Pani w swej pracy opinie osób godnych swego zaufania. Tak się złożyło, że w artykule „Leki mogą zdrożeć” 11 grudnia b.r. wszystkie głosy były przeciwne projektowi narpawiania farmacji przez Ministra Zdrowia.

Prosimy o wysłuchanie też naszego głosu w materii korekty prawa farmaceutycznego.

Rynek leków jest zdominowany przez monopol. Kto tego nie widzi, niech Pani nie doradza. Wielu nie widzi, bo monopolisci „konkurują” na swój sposób.

Monopol w farmacji zasadza się na patentach i na nazwach zastrzeżonych. Patologie monopolistyczne są głównie następstwem nazw, nie patentów.

Nazwy zastrzeżone na innych rynkach nie przesłaniają klientowi towaru. Klient jest suwerenem, bo odróżnia doskonale markę od marki.

Nie zapłaci za samą markę, jeśli za nią nie stoją ekstra zalety produktu. Chyba że snobistycznie. To nie nasza sprawa.

W farmacji klient nie jest towaroznawcą. Nawet jego lekarz nie chce tonąć w nazwach, by się nie pomylić. Najchętniej posługuje się nazwą markową, do której się przyzwyczaił. Tymczasem różnice cenowe poszczególnych marek tych samych leków są przepastne. Wręcz niewiarygodne. Zilustrujmy to przykładami:

1. Simvastatina firmy Merck

Lek zrobiony w 1981 r. na wzór lovastatiny, wydatnie obniżający poziom cholesterolu, opatrzony marką Zocor. Ochrona patentowa już wygasła, każdy może go robić. Istnieją tuziny innych marek. Cena zbytu konkurencyjna wynosi obecnie zł 0,479/1 tabletkę 20 mg, patrz np. marka Vastan. Właściciel marki Zocor sprzedaje ją po ile chce:

- w Niemczech po zł 3,021 to jest 6,3 razy drożej,
- w Anglii po zł 3,976 to jest 8,3 razy drożej,
- w USA po zł 15,745 to jest 32,9 razy drożej!!!

Ludzie płacą, kupują zawrotne ilości Zocoru, ponad 2 miliardy tabletek rocznie. Nie wiedzą, co robią.

2. Amlodipina firmy Pfizer

Udany wynalazek z 1983r. pomocny w kardiologii (nadciśnienie, dławica). Komercjalizowany z marką Norvasc. Obecnie już z nieważnym patentem. Wielu konkurentów wytwarza amlodipinę. Można ją kupić w hurcie po zł 0,392/1 tabl. 10 mg.

Produkt markowy jest sprzedawany:

- w Anglii po zł 2,608 to jest 6,6 raza drożej,
- w USA po zł 8,584 to jest 21,9 razy drożej!!!

Ludzie nieświadomi wartości płacą bez szemrania.

3. Atenolol firmy AstraZeneca

Wybitny wynalazek, bodaj pierwszy selektywny betabloker (pomaga na serce, nadciśnienie, a nie szkodzi na oskrzela), zrobiony w firmie I.C.I. w 1970 r. Dano mu nazwę Tenormin. Sprzedawano za duże pieniądze, ale już obecnie nie ma do tego tytułu. Prawo pozwala każdemu robić atenolol.

W konsekwencji możemy go bez trudu kupić po zł 0,134/1 tabletkę 100 mg. Od tuzinów firm, a w Polsce od Polfy w Warszawie. Równocześnie właściciel marki Tenormin sprzedaje ją:

- w Anglii po zł 0,871 to jest 6,5 raza drożej,
- w Niemczech po zł 1,697 to jest 12,7 raza drożej,
- w USA po zł 8,643 to jest 64,5 raza drożej!!!

Takie praktyki cenowe monopolistów pod płaszczykiem nazwy zastrzeżonej mają charakter powszechny. Ale nie jedyny. Jest jeszcze inny sposób nabijania kasy. Po 10-15-20 latach od udanego wynalazku robi się nowy wynalazek na kopyto starego. Pozwalamy na to, bo czasami taki kongener może być lepszy. W praktyce przeważnie jest gorszy, bo firmie wynalazcy chodzi tylko o to, by kongener był nowy. Patentowalny. Wówczas nowy „me-too” lek, nawet gorszy, można wylansować i sprzedawać po cenie „monopolistycznej”, gdy prawdziwy, dobry, stary wynalazek jest już dostępny konkurencyjnie tanio.

Doskonałym przykładem fikcji wynalazczości zawrotnie dochodowej jest esomeprazol (Nexium). Kiedy świetny lek na chorobę wrzodową, omeprazol (Losec), kończył wielką karierę finansową, ważność patentu dobiegała końca, zrobiono izomer omeprazolu i opatentowano jako nowość. Produkt terapeutycznie identyczny, tylko gorszy w sensie efektywności (efekt terapeutyczny 30 mg esomeprazolu = efektowi terapeutycznemu 20 mg omeprazolu), zaoferowano lekarzom jako postęp.

Chwyciło. Ludzie wydają na to bez

sensu na świecie kilka miliardów dolarów rocznie. W Polsce zamiast płacić zł 1,14

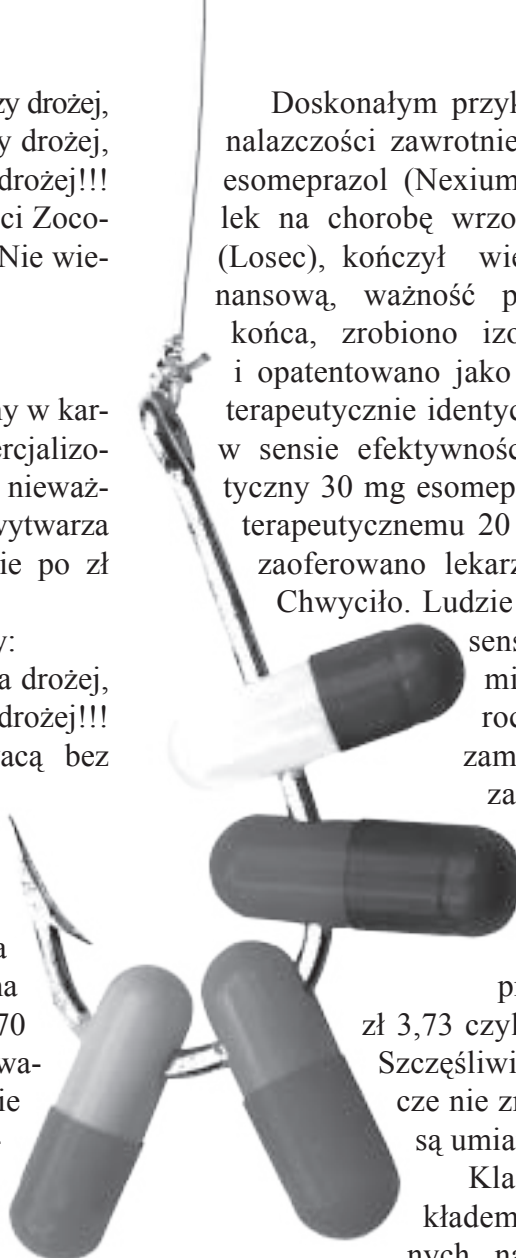
za dawkę dobową omeprazolu (np. Prazole) płacą za dawkę dobową esomeprazolu (Nexium)

zł 3,73 czyli 3,3 raza więcej. Szczęśliwie rząd tego jeszcze nie zrefundował, straty są umiarkowane.

Klasycznym przykładem kokosów robionych na leku „me-too”

jest clopidogrel (Plavix), kongener ticlopidiny (Ticlidu). Lekiem najlepszym przeciw agregacji płytek krwi, zawałom, udarom, jest kwas acetylosalicylowy w małych dawkach (Acard, Polocard i inne). Nie każdy może to jeść, więc opracowano ticlopidinę. Była bardzo dobra dopóki był ważny patent, była droga. Kiedy już nie mogła być droga przestała być bardzo dobra. Opracowano clopidogrel (Plavix), skórę ściągniętą z ticlopidiny. Plavixu sprzedaje się za 8 mld dolarów rocznie. W Polsce też Plavix jest super z ceną zł 484,21/84 tabletki 75 mg, zł 5,76 za dawkę dobową, przy obfitości ticlopidin dostępnych 4,2 raza taniej, po zł 1,36 za dawkę dobową, patrz Acetol.

Pół biedy, gdy kongener clopidogrel w oczach milionów lekarzy jest nieco lepszy od pierwowzoru - ticlopidiny lub równie dobry. Niestety, przemysł celuje w robieniu i promowaniu z talentem kongenerów nie lepszych. Np. miliony lekarzy uznają obecnie



za najlepsze do obniżania ciśnienia enalapril, ramipril i lisinopril. Natomiast w Polsce przy całkowitej bierności rządu zrobiono prilem Nr 1 perindopril (Prestarium) kosztujący 6 razy drożej od enalaprilu. Straty finansowe wynoszą 100 mln złotych rocznie. Strat zdrowotnych nie sposób policzyć.

Wolność jest piękna. Również wolność gospodarcza, przemysłowo-handlowa. Stała się bardzo brzydka dla monopolistów. Rząd musi trzymać za uzdę monopolistów. Kiepsko trzyma, a kiedy chce coś dobrego zrobić, Pani głosi ustami doradców, że złamie Konstytucję.

W Niemczech, Francji, Szwajcarii i innych krajach też są niezłe konstytucje. Wszystkie pozwalają rządowi trzymać ceny leków w ryzach. A ponieważ rząd nie może narzucić monopolistom niższej ceny powinien utrudniać im pobieranie wysokiej. Różnymi sposobami. Między innymi uniemożliwiać spekulacje cenowe. Ceny muszą być jednakowe we wszystkich aptekach, hurtowniach. Monopolista nie może ceną grać. Korzystając z wolności wyznaczać cenę 100 zł zamiast ceny 50 zł i różnicą przekupywać klientelę, dając rabaty, upusty, upominki, delegacje na kongresy, koperty itd. W Polsce monopolista może nawet wymóc na hurtowniku, a ten na aptekarzu, by pacjent za jego droższy i gorszy lek w ogóle nie płacił lub tylko złotówkę. Wskutek przebiegłości koncernów ludzie domagają się od lekarzy recept na leki paskarsko drogie i często gorsze. Rosną obroty lekami niepotrzebnymi i rujnującymi Narodowy Fundusz Zdrowia. Przy całkowitej jego bierności z powodu ubezwłasnowolnienia przez rząd.

W Niemczech, i nie tylko, Kasy Chorych mają własnych mędrców nawet w randze instytutu naukowego. Wydają lekarzom instrukcje: nie stosujcie nowego Procoralanu (ivabradyny), bo jest gorszy od leków już stosowanych,

i droższy. U nas nikt lekarzom niczego nie mówi, a kiedy rząd chce zacząć coś mówić, to Pani krytykuje rząd ustami swych, Boże zmiłuj się, doradców. Oni „wyliczyli”, że kiedy jednolitymi cenami utrudni się monopolistom obecne ograbianie Polski z kilku miliardów złotych ułatwiane „wolnym” rynkiem, to leki zdrożeją o 16 proc. Oczywista bujda. Zupełnie zrozumiała w ustach IMS Health żyjącego z koncernów farmaceutycznych.

Współczujemy Pani docierania do prawdy z pomocą Piotra Kuli nazywającego siebie Pharma Ekspertem, który w zakazie rabatowania widzi cios w pacjentów, a nie w monopolistów. Odkrywania prawdy z pomocą Cezarego Banasińskiego, który na dobrze płatnej posadzie za nasze pieniądze uczył się ochrony konkurencji i konsumentów, a twierdzi, że przepisy ograniczające koncentrację w obrocie lekami będą niekorzystne i antykonkurencyjne. Tylko radować się, że przestał być prezesem UOKiK.

Prawda jest zupełnie oczywista. Pożądanie zysku przez monopolistów jest nieograniczone. W farmacji upust tym chuciom jest ułatwiony niewiedzą towaroznawczą klienteli. Państwo ma obowiązek stać na straży jej interesów. A więc państwo ma utrudniać „smarowanie” rynku przez koncerny. Im więcej smarowania tym wyższe będą ceny. Aby było jak najmniej smarowania ceny detaliczne we wszystkich aptekach muszą być jednakowe, ceny hurtowe we wszystkich hurtowniach jednakowe. Monopolista nie śmie móc upatrzeć sobie powolnego hurtownika. Musi sprzedawać leki każdemu hurtownikowi po identycznej cenie.

Hurtownikom ma być nie wolno smarować aptek. Skłaniać do faworyzowania leków monopolistycznych, droższych, gorszych. Tym bardziej hurtowniom nie powinno być wolno posiadać aptek.

Apteki mogą mieć izby, ale nie mogą mieć budować sieci, tworzyć koncernów aptek. Tylko zdecentralizowany detal i zdecentralizowany hurt nie zostaną nigdy przekupione przez koncerny farmaceutyczne dla ich wrogich konsumentom celów.

dr Tadeusz J. Szuba

Pan Donald Tusk - Prezes Rady Ministrów

Szanowny Panie Premierze,

Kiedy Pan obejmował rządy krajem prosił się o wyznaczenie do kierowania urzędami centralnymi fachowców od zarządzania. Nie posłuchał Pan. Wyzaczył Pan na szefa urzędu antymonopolowego ignorantkę w materii monopolu. Jej rządy w Pana imieniu może wyrządzić miliardowe szkody.

Proszę rzucić okiem na pismo UOKiK Znak DPR-0799-2(14)/08/EU z 3 grudnia do Ministerstwa Zdrowia. Chodzi o korektę ustawy Prawo farmaceutyczne oraz ustawy o cenach.

Od lat zabiegamy o to, by w Polsce farmacją rządził rząd, a nie koncerny farmaceutyczne. Polskie prawo jest dziurawe. Pod pretekstem wymogów konstytucyjnych uprawia się bezmyślny kult swobody działalności gospodarczej nie bacząc na to, czy i jak ta swoboda jest wykorzystywana przez monopole do zabijania konkurencji, wzrostu cen, utrudniania dostępu do dóbr. W tej bezmyślności celuje Urząd Antymonopolowy zwany Urzędem Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Sprawa jest bajecznie prosta. Już brały się za nią poprzednie rządy. Nawet brał się niezbyt utalentowany rząd PiS'u, tylko nie zdążył. Chwała Pana rządowi, że idzie w dobrym kierunku.

Otóż prawo w wolnych krajach pozwala sprzedawać każdy produkt po dowolnej cenie. Nie ma znacznych nadużyć tego prawa dlatego, że klient ma pojęcie co kupuje. Nie zapłaci za kapustę zł 5/kg, jeśli na bazarze jest kapusta po zł 2/kg. W aptekach klient nie wie, co kupuje i za leki w Polsce z pomocą rządu przepłaca kilka miliardów złotych rocznie.

Lek to nie kapusta. On najpierw jest wynalazkiem. Wytwórca ma ochronę patentową, ustawowy legalny monopol. Pobiera cenę jaką chce. Legalnie. „Sto” złotych za opakowanie. Mija okres ochrony, pojawiają się konkurenci, cena spada do „dziesięciu” złotych. Sęk w tym, że produkty konkurencyjne muszą nazywać się inaczej, bo pierwotny producent zastrzegł nazwę handlową, markową. Nie ma już monopolu z patentu, ale jest monopol z nazwy. Klienci durnowaci farmaceutycznie nie znają się na nazwach. Preferują nazwę, do której przywykli. Właściciel nazwy (monopolistycznej) to wykorzystuje. Nie obniża ceny 100 zł do 10 zł, lecz sprzedaje nadal po 100 zł. Zachęca do siebie klientów i ich lekarzy dobrodziejstwami.

Nie będziemy mówić o łapówkach przestępczych, bo nie wolno. Dawać rabaty, upusty, gratisy - wolno. Handel markowymi lekami w Polsce to śmierdzące bagno. Staruszkowie biegają od apteki do apteki w poszukiwaniu niższej ceny, bo wolność pozwala stosować niejednakowe rabaty. Możliwości monopolistów gry ceną są niewyobrażalne.

Amlodipina markowa nazywa się Norvasc. Stary wynalazek z 1983 r. wciąż kosztuje zł 63,99 za 30 tabl 5 mg. Dokładnie to samo bez monopolistycznej nazwy Norvasc można kupić za zł 7,39. Prawie dziewięć razy taniej. Omeprazol znanej marki Losec kosztuje zł 43,09/14 tabl 20 mg, a bez tej marki – zł 14,02. Ramipril marki Tritace jest refundowany z ceną zł 18,57/28 tabl 2,5 mg przy obfitości tańszych produktów generycznych, aż do zł 6,35/28 tabl 2,5 mg. Największy obecnie lek na świecie, atorvastatyna, z monopolistyczną marką Sortis kosztuje w aptece zł 153,78/30 tabl 40 mg. To samo bez marki Sortis kupuje się za zł 52,02. Trzy razy taniej.

Łupienie klienteli przez monopolistów jest jeszcze wdzieczniejsze przy lekach analogicznych (me-too drugs), a nie identycznych.

Mało stosowany na świecie perindopril z marką Prestarium robi w Polsce karierę z ceną 5,2 raza wyższą od super renomowanego enalaprilu.

Inny pril, cilazapril, z marką Inhibace, sprzedaje się jak chrupiące bułeczki choć kosztuje 4,6 raza drożej od wybornego enalaprilu.

Mało znany na świecie gliclazid z marką Diaprel w Polsce wyparł prawie całkowicie popularny na Zachodzie glibenclamid, tańszy 7,4 raza.

Różnice cen są podane w przeliczeniu na definiowane dawki dobowe (DDD).

Lekarze nie są stworzeni do ekonomii, lecz do medycyny. Do ekonomii mają mieć rząd. Jednak lekarze hipokratesowi w odróżnieniu od rządu mogą zainteresować się ogromnym wyzyskiwaniem swych pacjentów. Wówczas otrzymują ogromną pracę naukową udowadniającą, że perindopril (Prestarium), wielokrotnie droższy od enalaprilu, jest od niego tańszy!!! Oczywiście w tej pracy nie ma słowa o tym, że „świąteczny” Prestarium prawie nikt na świecie nie chce, lekarze poza Polską preferują enalapril, ramipril, lisinopril. W Polsce wpływy 150 mln zł uzyskiwane corocznie z „taniego” Prestarium wywołują magiczną wiarę w lek, czynią zeń pril Nr 1, gdy np. w sąsiednich

HISTORIA

Aptekarstwa Śląskiego



prof. Dionizy Moska

Edmund Słodkowski (1910 - 1972)

Edmund Słodkowski (1910 - 1972) wzorowy farmaceuta i działacz związkowy, społeczny. Urodzony 6 czerwca w Drohobyczu. W latach 1928-1929 odbył praktykę apteczną w Borysławiu. Studia farmaceutyczne ukończył na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Karola w Pradze Czeskiej. Następnie pracował w aptekach w Drohobyczu i Borysławiu. W 1939r. był kierownikiem apteki nr 3 w Drohobyczu, następnie był dyrektorem Wojewódzkiej Centrali Farmaceutyczno-Sanitarnej w Drohobyczu. Stanowisko to pełnił do momentu wejścia wojsk hitlerowskich. Aresztowany przez Niemców przebywał w obozie koncentracyjnym w Drohobyczu. W 1944r. zbiegł z obozu i ukrywał się do „wyzwolenia” przez wojska radzieckie. Władze radzieckie powierzyły mu organizację sieci aptek i mianowały go kierownikiem Centrali Aptek Państwowych i Składnicy Farmaceutycznej w Drohobyczu. Jako repatriant przyjeżdża do Bytomia. W latach 1945-1946 pracował jako przedstawiciel naukowy firmy farmaceutycznej „Synerga”, a następnie pracując w aptekach bytomskich pełnił równocześnie funkcję przedstawiciela naukowego i eksperta Państwowego Zjednoczenia Czechosłowackiego Przemysłu Farmaceutycznego w Polsce. W 1951 został mianowany delegatem Centrali Aptek Społecznych na miasto Bytom. Od 1953r. był kierownikiem apteki nr 194 w Bytomiu (aż do śmierci).

Prowadził zajęcia, staże apteczne ze studentami medycyny Śląskiej Akademii Medycznej oraz przysposabiał do zawodu przyszłych techników farmaceutycznych. Przez kilka lat poza pracą w aptece, pełnił obowiązki inspektora gospodarki lekiem przy Wydziale Zdrowia i Opieki Społecznej w Bytomiu. Był aktywnym członkiem Komisji Kulturalno-Oświatowej przy Zarządzie Okręgu ZZPSZ w Katowicach. W latach 1959 - 1969 był przewodniczącym Rady Zakładowej przy Katowickim Zarządzie Aptek Oddział w Bytomiu. Brał czynny udział w pracach Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, był wieloletnim korespondentem „Farmacji Polskiej”.

Czynnie udzielał się w Towarzystwie Przeciwalkoholowym w Bytomiu. Odznaczony m.in. Złotym Krzyżem Zasługi, odznaką za wzorową pracę w Służbie Zdrowia, złotą odznaką Zasłużonemu w Rozwoju Województwa Katowickiego, Złotą Odznaką Związkową, Medalem X-lecia PRL. Był wybitnym przedstawicielem farmacji śląskiej. Zmarł 23 sierpnia 1972r. w Bytomiu.

prof. Dionizy Moska

Źródła:

J. Firyn. *Wspomnienia pośmiertne, Farm. Pol. 1972r. nr 12, s. 1217 - 1218.* „Farmacja Polska” z lat 1945 - 1975.; *Słownik medyczny i farmacji Górnego Śląska, Tom 1, biograficzny, Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1993r., strona 242.*

Dionizy Moska

Z kart

HISTORII

Farmacji



prof. Dionizy Moska

Pol. Tow. Farmaceutyczne
Oddział w Katowicach
Seksja Aptek Otwartych

Katowice, dn. 30 I 75 r.

Dr. mgr farm. Franciszek

Nowak

Seksja Historyczna PTFarm.

dot. mgr inż. Józefa Wojciechowskiego.

Upżętnie komunikuję, że jak wynika z prowadzonej przeze mnie dokumentacji dot. Sekcji Aptek Otwartych - zebranie organizacyjne Sekcji odbyło się dnia 3 XII 1970 na którym Zarząd ukenstytuował się następująco:

Przewodniczący: mgr Józef Wojciechowski

V-przewodniczący: mgr Chyciński

sekretarz: mgr W. Barwiński

I Zebranie odbyło się 26 stycznia 1971 r.

w lokalu SD na którym omówione zakres pracy

Sekcji i sprawy organizacyjne./Referował mgr Wojciechowski/.

mgr J. Wojciechowski był jednym z inicjatorów powołania Zespołu Sekcji Aptek Otwartych przy

Zarządzie Głównym PTFarm. który ukenstytuował

się w Warszawie 8 II 1974 r. a który pod przewod-

nictwem mgr R. Jareckiego /Gdynia/ przejawia ożywioną działalność.

mgr W. Barwiński

Pismo mgr farm. W. Barwińskiego

UBEZPIECZALNIA W OPOLU

Ubezpieczony (ai):
Członek rodziny:
Nazwisko chorego: *Krause Eugeniusz*

Pobród wopieca: Ubezpie. Społ. - Składnicy publicznej

Roz- (takacja)	Taksa
	210
	63
	59
	30
	30
	18
	2
	412-

Za szkolenie - bez szkła integrowanego szkła lekarza, *Krause Eugeniusz*

Rp: *Syrup pom. 3*
Re. ac. miedzi 4,85
Coffin etu. 0,10
Eff. p. w. 0,10
S. 3 x w
mał. J. HUMIECKA

Na jedynym blankiecie może być jedna recepta.
Poprawki i wykreślenia stwierdza lekarz swoim podpisem.

Apteka św. Teresy
Eugeniusz Krause
Zawadzkie, pow. Strzelce Opolskie
Wykonat: dnia *22.10.40* - Wydał: dnia *22.10.40*
ul. Opolska 34 - Telefon 50
Pieczęć apteki:

P. KL. Z. G. 09.04 - 108,000 - Znak 429/X/48

Zrealizowana recepta w Aptece św. Teresy mgra Eugeniusz Krause w Zawadzkie, pow. Strzelce Opolskie, ul. Opolska 34.
Data realizacji - lata 40. XX wieku.



Sygnaturki apteczne

ZEWNETRZNIE

CENTRALA APTEK SPOLECZNYCH
Przedsiębiorstwo Państwowe
Odz. na Wojew. Opolskie
APTEKA SPOLECZNA Nr

CENTRALA APTEK SPOLECZNYCH
Przedsiębiorstwo Państwowe
Odz. na Wojew. Opolskie
APTEKA SPOLECZNA Nr

Nr.....
Dla Ob.....
Rp.....

ZEWNETRZNIE

Sposób użycia:

Z przepisu d-ra
Dnia Cena
Wykonat:
Wydał: Sprawdził:

Wz. 10 020. 1 234 3/01 31-2-11.021 00.000

APTEKA i LABORATORIUM FARMACEUT.-CHEMICZNE
MAGISTRA FARMACJI WANDY DAWISKIBY
SOSNOWIEC PIŁSUDSKIEGO 18 TELEFON 626-04
NR. WEWNĘTRZNE

RP. Nr.
Dr. PRZEPISZ: SPRAW. WYDAŁ
Sposób użycia:

APTEKA i LABORATORIUM FARMACEUT.-CHEMICZNE
MAGISTRA FARMACJI WANDY DAWISKIBY
SOSNOWIEC PIŁSUDSKIEGO 18 TELEFON 626-04
W. PAN DNIA ZŁ. GR.....

URZĄD WOJEWÓDZKI
w Katowicach
WYDZIAŁ ZDROWIA
I OPIEKI SPOŁECZNEJ
5
40-032 KATOWICE

Katowice, dnia 1. III. 1982r. 197... r.

Z a w i a d o m i e n i e

O TERMINIE EGZAMINACYJNYM W ZAKRESIE farmacji aptecznej

Zgodnie z § 15 zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10. III. 1973 r. w sprawie zasad i trybu
oznaczania lekarzy za specjalistów (Dz. U. Nr 7, poz. 33) — Urząd Wojewódzki w Katowicach
Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej powołuje Komisję Egzaminacyjną w zakresie:

farmacji aptecznej

na dzień 20. kwietnia 1982r. o godz. 9-ta

w aptece nr 27-022 Katowice, ul. Tysiąclecia 18a

W celu przeegzaminowania kandydatów ubiegających się o przyznanie specjalizacji I stopnia
w zakresie farmacji aptecznej

1. dr n.prz. Stefan SKRZYPCZAK
Przewodniczący

Przychodnia Rejonowa nr 2
Katowice, Graniczna 45

2. dr n.prz. L. WIRLOCH-DEPTA
Członek

apteka nr 27-073
Chorzów, Wolności 78

3. mgr Wanda LATWIEC
Członek

Szpital Miejski nr 1
Sosnowiec, Zagadkiewicz 1

4. Przedst. Urz. Wojew. Wydz. Zdr.
i Opieki Społecznej

mgr Anna HUSZYŃSKA
U.W.K-co, Jagiellońska 25

5. Kier. szkoleniowi kandydatów
przystęp. do egzaminu

6. Polskie Towarzystwo Lekarskie
Głoszący do władz: Farm.
XXX XXX

dr Dionizy MOSKA
apt.kol., K-co, Dworcowa

- Głoszący do władz:
- a) osoby wymienione jak wyżej,
 - b) przedst. Urzędu Wojew. Wydz. Zdr.
i Op. Społ. Oddz. Prof. i Leczn.

LEKARZ WOJEWÓDZKI

dr n. med. Karol Grzybowski

sig hlm 100-20 200

Zawiadomienie o terminie egzaminacyjnym w zakresie farmacji aptecznej ubiegających się o przyznanie specjalizacji I stopnia.



OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA
W KATOWICACH

Katowice, dnia 10 lutego 1949
ul. Słowackiego 24 — Telef. 31187-88

L. dz. 337 / 49-PT/RO.

LEGITYMACJA

Mgr Eugeniusz Dyckowski, ur. dnia 26.12.1901,
członek Okręgowej Izby Aptekarskiej w Katowicach, jest
delegatem terenowym tut. Izby w sprawach zawodu apte-
karskiego dla miejscowości

Dobrodzień

Kalety

Koszęcin

Lubliniec

na podstawie uchwały Zarządu z dnia 14 grudnia 1948 r.

Z a Z a r z a d:

S e k r e t a r z

[Signature]
(Mgr M. Jankowiak)



P r e z e s

[Signature]
(Mgr Jan Macherski)

Do druku podał z archiwum prywatnego Dionizy Moska

Legitymacja Okręgowej Izby Aptekarskiej w Katowicach z roku 1949 - podpisana przez Prezesa mgr Jana Macherskiego.

Chorzowski Słownik Biograficzny

**Tom I, Edycja Nowa, Chorzów 2007r.
Pod redakcją Zbigniewa Kapały**



prof. Dionizy Moska

Książka stanowi tom pierwszy Chorzowskiego Słownika Biograficznego, Edycji Nowej. Jest opowieścią o ludziach związanych w przeszłości z obszarem obecnego miasta Chorzów - nie tylko tu urodzonych, ale również o tych, którzy pozostawili tutaj trwałe ślady (z noty redakcyjnej).

W pierwszym tomie zamieszczono głównie życiorysy osób w zdecydowanej większości sięgające XIII wieku do czasu przejścia śląska przez Polskę w dniach 20, 23 i 26 czerwca 1922 roku.

Na pierwszych stronach znajduje się wykaz współpracowników 1. tomu, zawiera 77 nazwisk, wśród których znalazły się nazwiska znane farmaceutom: dr Krzysztof Brożek, mgr Barbara Gruszka i Dionizy Moska.

W I tomie na stronie 59. umieszczony jest biogram aptekarza Edwarda Ćwiklińskiego (1878 - 1958) - autorem tego życiorysu i kolejnych jest D. Moska.

W hasłach 2. i 3. tomu Chorzowskiego Słownika Biograficznego Edycji Nowej ukazą się kolejne biogramy aptekarzy: Edmunda Baranowskiego, Romana, Aleksandra Bethge, Wiktora Grzesieckiego.

Wydawcą książki jest Muzeum w Chorzowie. Książka sfinansowana ze środków Samorządu Miasta Chorzowa. Dzieło to jest wydane bardzo starannie. Twarda, interesująca okładka. Recenzantem książki jest prof. zw. dr hab. Maria Wanda Wanatowicz.

Chorzowski Słownik Biograficzny jest pasjonującą lekturą dla farmaceutów, lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia oraz dla pasjonatów historii szeroko rozumianej.

prof. Dionizy Moska

CHORZOWSKI SŁOWNIK BIOGRAFICZNY



**Okladka książki
Chorzowski Słownik Biograficzny**



Zarządzanie inwestycjami w aptece



mgr farm. Krzysztof Majka

Warto przeanalizować odpowiedź na kilka pytań, aby móc uzmysłowić sobie konieczność dokonania pewnych zmian, bez których funkcjonowanie naszych aptek może okazać się niemożliwe.

Co wpływa na strategię apteki?

- Wymagania pacjentów co do jakości produktów i usług.
- Umiejętności w przyciąganiu i zatrzymywaniu pracowników.
- Nowe i wyrafinowane technologie.
- Konsolidacja branży.
- Konkurencja nisz.
- Ograniczenie interwencji państwa.
- Nowe rodzaje współzawodnictwa.

Co wpływa na konkurencyjność apteki?

- Fachowość apteki.
- Dobre relacje z dostawcami i klientami.
- Personel apteki
- Wysoka wydajność.
- Nowe produkty i usługi.
- Dywersyfikacja kierunków.
- Nowoczesne systemy logistyczne.
- Zarządzanie finansami.

Kierunki rozwoju struktury ważne dla przyszłości apteki?

- Fuzje, przejęcia.
- Joint venture's.
- Alianse strategiczne.
- Działania konsolidacyjne.

Dla przypomnienia jakie korzyści płyną z outsourcingu:

- Nowe źródła przychodów.
- Niższe koszty prac zleconych.
- Poprawa wyników firmy.

- Wyraźniejsza specjalizacja.
- Wyższa jakość i wydajność prac zleconych.
- Wyższa konkurencyjność.

Jakie niezbędne umiejętności powinien mieć kierownik apteki?

- Komunikowanie się.
- Podejmowanie decyzji.
- Tworzenie profesjonalnych relacji.
- Wrażliwość na kulturę firmy.
- Rozwiązywanie konfliktów.
- Rozwiązywanie problemów.
- Praktyczne umiejętności.

Najważniejsze wyzwania jakie stoją przed aptekami w najbliższym czasie:

- Szalona konkurencja,
- Zdecydowane cięcia kosztów
- Bezwzględna walka o pacjenta.

Najważniejsze zadania stojące przed aptekami - zarządzanie:

- Redukcja kosztów,
- Zwiększenie wartości rynkowej firmy,
- identyfikacja pracowników z wartością i wizją rozwoju firmy,
- Społeczna odpowiedzialność i reputacja firmy,
- Wzrost innowacyjności,
- Transfer wiedzy, idei i najlepszych praktyk,
- Zarządzanie fuzjami (przejęciami) alianse strategiczne,
- Rozwój i zatrzymanie w firmie potencjalnych liderów,
- Decyzja o inwestycjach i alokacja środków.

Najważniejsza zadania stojące przed aptekami - otoczenie rynkowe:

- Presja na obniżenie cen,
- Zmiany w charakterze i intensywności konkurencji,
- Procesy konsolidacji wewnątrz branż,

- Ryzyka kursowe,
- Zmiany w systemach dostaw i dystrybucji,
- Dostępność i koszt pozyskania kapitału,
- Ochrona środowiska.

We współczesnej gospodarce podejmowanie przedsięwzięć inwestycyjnych jest nieodzownym warunkiem istnienia i rozwoju przedsiębiorstwa. Rozwój przedsiębiorstwa może nastąpić również poprzez przedsięwzięcia innowacyjne lub przedsięwzięcia organizacyjne np. fuzje przejęcia.

Najczęściej uważa się, że inwestycją jest każde wykorzystanie kapitału w celu jego powiększenia lub że inwestycje są strumieniem płatności rozpoczynającym się wydatkami, z nadzieją uzyskania wpływów, przewyższających te wydatki w przyszłości.

Typowy podział inwestycji:

1. Inwestycje finansowe (akcje, obligacje, lokaty)
2. Inwestycje rzeczowe (nowe, rozbudowy, modernizacje, odtwarzanie)
3. Inwestycje niematerialne (szkolenie kadr, promocje i reklama)

Zaprezentowany podział inwestycji ma jedynie charakter porządkujący. W rzeczywistości inwestycje są współzależnymi formami tworzenia, powiększania lub unowocześniania majątku przedsiębiorstwa.

Uwarunkowania decyzji inwestycyjnych przedsiębiorstw.

Uwarunkowania zewnętrzne - mikro otoczenie.

Cechą mikro otoczenia jest to, że bardzo silnie określa możliwości działania i rozwoju przedsiębiorstwa, przedsiębiorstwo jednak nie jest w stanie zmienić tych warunków. Z punktu widzenia przedsiębiorstwa warunki tworzone przez mikro otoczenie są więc informacjami, zjawiskami które trzeba znać i przewidywać, ale nie podlegają jego oddziaływaniu.

Uwarunkowania zewnętrzne - otoczenie ekonomiczne.

Otoczenie ekonomiczne przedsiębiorstwa jest wyznaczane przez kondycję gospodarki.

Do tej oceny wykorzystuje się wiele wskaźników, tj.:

- Stopa wzrostu ekonomicznego i zwrotu kapitału. Wzrost ekonomiczny w całej gospodarce

nieśie ze sobą wzrost wydatków konsumentów, co stwarza szansę rozwoju przedsiębiorstwa oraz osłabia walkę konkurencyjną w obrębie poszczególnych branż. Recesja w gospodarce przynosi skutki przeciwne: spadek popytu, wzrost walki konkurencyjnej.

- Stopa procentowa - wysokość determinuje poziom popytu w gospodarce. Wzrost wskaźnika ogranicza działalność inwestycyjną przedsiębiorstw.
- Kursy walut. Kształtują one konkurencyjność na rynkach światowych ale mają również wpływ na cenę towarów w kraju.
- Stopa inflacji. Inflacja może destabilizować gospodarkę, ograniczać tempo wzrostu ekonomicznego, powodując wzrost stóp procentowych i wahania kursów walut. W warunkach inflacji odnotowuje się prawidłowość, że maleje skłonność długookresowego inwestowania, rośnie zaś skłonność do inwestycji spekulacyjnych.

Uwarunkowania zewnętrzne - otoczenie konkurencyjne.

Warunkiem funkcjonowania i rozwoju każdego przedsiębiorstwa jest istnienie konsumenta mającego określone potrzeby, które przedsiębiorstwo powinno nie tylko biernie zaspokoić, ale również odkrywać i pobudzać. Spełnienie tych oczekiwań wymaga inwestowania.

Uwarunkowania wewnętrzne - zasoby ludzkie.

Inwestowanie w przedsiębiorstwie wymaga akceptacji i włączenia się do zmian technicznych wszystkich pracowników. Uświadomienia wymaga fakt, że inwestowanie służy celom rozwojowym przedsiębiorstwa.

Uwarunkowania wewnętrzne zasoby - kapitałowe.

Zasobem przedsiębiorstwa jest każdy znajdujący się w jego dyspozycji czynnik wytwórczy, który może być wykorzystany w procesie produkcji i wymiany.

Do oceny sytuacji ekonomicznej przedsiębiorstw służy wiele wskaźników, które omawiałem w poprzednich artykułach.

W następnym będę chciał rozwinąć temat uwarunkowań wewnętrznych oraz strukturę i cykl rozwojowy przedsięwzięcia inwestycyjnego.

Podejmujemy tylko trafne decyzje inwestycyjne - idzie kryzys.

mgr farm. Krzysztof Majka

Dopalacze i e-papierosy



mgr farm. Piotr Klima

Od kilku miesięcy, a szczególnie od końca ubiegłego roku coraz głośniejsze w Polsce o dopalaczach.

Rozrasta się sieć sklepów je sprzedających. W mediach: czasopismach ogólnokrajowych, regionalnych i miejscowych, w rozgłoszeniach radiowych, stacjach telewizyjnych i na portalach internetowych coraz częściej mówi się o tym problemie. Zajmują się nim politycy i samorządowcy. Również służba zdrowia. Angażuje się Komisja Zdrowia Sejmu, Ministerstwo Zdrowia, Główny Inspektor Farmaceutyczny, Główny Inspektor Sanitarny, instytucje naukowe. Można się zastanawiać, czy nasze społeczeństwo wie wystarczająco dużo o zagrożeniach dla zdrowia płynących z zażywania dopalaczy. Z pewnością jeszcze nie. To proces trudny i długotrwały. Ze względu na powagę zagrożenia, nim doczekamy się skutecznych rozwiązań prawnych, powinniśmy włączyć się w akcje edukacji szczególnie ludzi młodych, do których głównie skierowane są dopalacze. Mamy już sygnały z aptek, że szczególnie osoby dorosłe, najczęściej rodzice i dziadkowie przychodzą do farmaceutów z zapytaniami o szkodliwość zażywania tych substancji przez ich dzieci czy wnuki. Ponieważ to właśnie ludzie młodzi, uczniowie, studenci są grupą najbardziej skora

do eksperymentów ze środkami odurzającymi, czy to w czasie imprez, czy też całonocnej, wytężonej nauki.

Dlatego, pedagodzy, wychowawcy, instruktorzy i trenerzy powinni dysponować wiedzą, by umieć rozmawiać z młodzieżą, potrafiąc odpowiedzieć na nurtujące ją pytania.

Ponieważ jednym z naszych zadań jest rozwijanie i propagowanie oświaty zdrowotnej, postanowiliśmy jako samorząd zawodowy włączyć się do działań mających na celu edukację oraz podjęcie działań w kierunku maksymalnego zminimalizowania zagrożeń płynących od nowych produktów jakimi są dopalacze. Takim nowym groźnym produktem są również e-papierosy.

W tym celu podjęliśmy organizację szeregu konferencji naukowych w największych miastach naszego regionu na które zapraszamy w charakterze wykładowców osoby potrafiące przedstawić te problemy od strony medycznej, a szczególnie psychiatrycznej, psychologicznej, pedagogicznej, społecznej, a także etycznej. Do udziału w konferencjach, które mają charakter otwarty dla wszystkich zainteresowanych zapraszamy przede wszystkim: lekarzy, farmaceutów, psychologów, wychowawców, pedagogów szkolnych, osoby mające kontakt z młodymi ludźmi: instruktorów, trenerów, duchownych, nauczycieli, a także polityków, instytucje, urzędy, miejscowe władze samorządowe i organizacje pozarządowe.

Serdecznie zapraszamy Koleżanki i Kolegów Farmaceutów do organizacji tych konferencji i udziału w ich obradach.

Zapraszamy również do podzielenia się z własnymi opiniami i wiedzą na te tematy. Prosimy o pisanie na adres e-mailowy naszej Izby (katowice@oia.pl). Najciekawsze wypowiedzi zamieścimy w kwietniowym numerze Apothecariusza. Prosimy o propozycje i nowe pomysły.

Pragniemy poprzez nasz biuletyn przekazać Państwu najważniejsze informacje na ten temat, jakimi dysponujemy głównie z artykułów prasowych.

Od jesieni ubiegłego roku powstają kolejne sklepy, tzw. funshopy, których właścicielem jest brytyjska firma World Wide Supplements Importer z siedzibą w Manchesterze. Sklepy te skierowane są głównie do ludzi młodych, jak to firma określa lubiących dobrą zabawę i muzykę. Docelowo ma być w nich sprzedawanych 1500 produktów, które będą związane z tematyką zabaw i imprez.

W asortymencie sklepu, obok dopalaczy, dostępne będą tak unikatowe produkty jak: beznikotynowe papierosy, wódka w żelu, cygara, fajki, fajki wodne, przebrania na imprezy, maski, gadżety, upominki, fajerwerki czy rzadko spotykane alkohole. Firma chce aby każdy imprezowicz znalazł w sklepie coś dla siebie, aby mógł dobrze się bawić w klubie, na dyskotecę, prywatce, zabawie.

Na stronie internetowej firmy: www.dopalacze.com - wyłącznego dystrybutora dopalaczy w Polsce pod logiem firmy widnieje hasło „Moc zabawy w jednym miejscu”, które również jest wypisane na witrynach sklepów.

Dopalacze reklamowane są legalną alternatywą dla niebezpiecznych i pochodzących z niewiadomego źródła używek.

Podstawowe pytanie brzmi: czym właściwie są dopalacze. Czy są narkotykami czy używkami? Dopalaczami nazywa się najrozmaitsze syntetyczne i naturalne substancje oddziałujące na ludzki mózg. Łączą je zasadniczo dwie cechy. Po pierwsze sprzyjają odlotowej zabawie (stąd ich alternatywne nazwy: party pills, czy narkotyki rekreacyjne). Po drugie, w wielu krajach nie są wpisane na listę substancji zakazanych. Nazywa się je dopalaczami, bo mają działać stymulująco na mózg: poprawiać samopoczucie i możliwości intelektualne, zwiększać energię. Mają też oferować namiastkę narkotycznego odlotu, tyle, że legalnego, gdyż produkty te można w chwili obecnej legalnie kupić w tych właśnie sklepach. Co kryje się za etykietką „dopalacz”. Są to różne grupy substancji lub ich mieszanin o rzekomym lub faktycznym, działaniu psychoaktywnym. Dane epidemiologiczne na temat szkodliwości dopalaczy dla naszego zdrowia niestety nie są jeszcze dostępne. Również w literaturze fachowej mało jest doniesień o groźnym dla zdrowia działaniu ubocznym dopalaczy. Z analizy ich składu chemicznego wynika, że to nic innego jak substan-

cje syntetyczne produkowane w laboratoriach, o działaniu podobnym do narkotyków. Specjaliści alarmują, że to substytuty narkotyków, działające podobnie jak wiele innych środków psychostymulujących. Po ich spożyciu mogą pojawić się takie objawy jak zawroty głowy, powiększone źrenice, niepokój, drętwienie w obrębie nóg i rąk, wysokie ciśnienie, przyspieszone bicie serca. Można spodziewać się zagrożenia zdrowia i życia.

Idea handlu specyfikami psychoaktywnymi wzięła się z zainteresowania roślinami wykorzystywanymi w obrzędach wielu kultur - od meksykańskich Azteków po afrykańskich buszmenów.

Do tej grupy należy szalwia wieszcza (*salvia divinorum*) uprawiana w Meksyku, bylina o działaniu odurzająco-halucynogennym. Ma (podobnie jak zażywana w dużych ilościach gałka muszkatołowa) silne działanie halucynogenne. I tak jak inne halucynogeny powoduje niebezpieczne skutki uboczne: silne stany lekowe, a co gorsza uaktywnia drżące w naszych organizmach skłonności psychotyczne, mogą prowadzić do takich chorób jak schizofrenia. Pobudzająco i halucynogennie działają liany o nazwie ayahuasca, rosnące w lasach deszczowych Amazonii, jak również powój hawajski, którego składnikiem aktywnym jest LSA, pokrewne LSD. Niezwykle popularna guarana, którą można znaleźć m.in. w zwyczajnych napojach energetyzujących, to liana amazońska.

Mieszanki wyciągów roślinnych dostępne w funshopach mają naśladować działanie nielegalnych substancji, m.in. marihuany czy ekstazy.

Jednak dopalacze to nie tylko produkty pochodzenia roślinnego.

Największy sprzeciw wzbudza tworzony syntetycznie specyfik o nazwie benzylopiperyzyna (BZP), w działaniu podobny do amfetaminy (choć wg. Badań 10-krotnie łagodniej). Można go znaleźć w składzie napojów energetyzujących, a w funshopie pojawia się w postaci pobudzającej tabletki. BZP powoduje uczucie euforii, nagłego przypływu energii i koncentracji. Ta substancja zażywana w dużych ilościach może wywołać efekty uboczne, takie jak bezsenność, mdłości, wymioty, bóle mięśni i głowy, impotencję, drgawki, a nawet psychozy czy uszkodzenie narządów wewnętrznych, doprowadzając w ten sposób do ich niewydolności. W Polsce sprzedawana jest najczęściej w pakiecie z substancją o skrócie TFMPP - ona z kolei

chemicznie przypomina ecstasy. W połączeniu z tym specyfikiem BZP, podobnie jak inne narkotyki, wydatnie podnosi poziom neurohormonów odpowiadających za uczucie przyjemności i szczęścia. Wywołuje także wyjątkowo dotkliwe kace, stany psychotyczne, a połączenie z alkoholem i innymi narkotykami już parę raz na świecie skończyło się śmiercią.

Wyciąg z kapelusza potencjalnie trującego muchomora czerwonego jest więc „artykułem kolekcjonerskim”, jednak wszyscy zainteresowani wiedza, że ma silne właściwości halucynogenne. Z kolei tabletki relaksacyjne sprzedawane są jako nawóz do kwiatów.

Dopalacze różnią się od nielegalnych substancji tym, że są sprzedawane legalnie. Funshop to sklep, w którym legalnie można zaopatrzyć się w środki odurzające. Firma wykorzystuje luki prawne i wchodzi na rynek oferując dopalacze jako produkty kolekcjonerskie. Działają jako sklepy dla kolekcjonerów. Informacja o kolekcjonerskim charakterze tabletek i ziół sprzedawanych w funshopach to tylko furtka, dzięki której handel nimi może odbywać się całkiem legalnie

Na opakowaniach produktów sprzedawanych w funshopach widnieje informacja: „Produkt nie jest przeznaczony do spożycia przez ludzi, a służy jedynie do celów kolekcjonerskich.”

Firma asekuruje się napisami na opakowaniach: „Produkt jest przeznaczony dla osób pełnoletnich, wyłącznie do celów badawczych, edukacyjnych lub kolekcjonerskich”.

W niektórych krajach Unii Europejskiej dopalacze mają status suplementów diety, więc ludzie mogą je zażywać. Ponieważ w Polsce ich spożywanie jest zakazane, dlatego sprzedaje się je wyłącznie do celów kolekcjonerskich. Działalność funshopów oparta jest na umowach franczyzowych (franchising), co oznacza, że wszystkie mają ten sam asortyment, wystrój i ceny. Płaca za wspólne logo, a towar mogą sprowadzać tylko od jednej firmy - właściciela domeny: www.dopalacze.com. Sklep z dopalaczami może otworzyć każdy. Sieć stawia jednak wymogi dotyczące lokalizacji placówki: tylko w centrach miast liczących powyżej 50 tys. mieszkańców. Powierzchnia sklepu to ok. 60 m. kw., w tym handlowa część ma mieć min. 35 m. kw. W funshopach zamierza się handlować również afrodyzjakami i substancjami likwidującymi kaca, rzadkimi gatunkami roślin etnobotanicznych czy tabletkami imprezowymi.

Sprawa funkcjonowania sklepów z dopalaczami jest od stycznia przedmiotem różnorodnych działań mających na celu ich zamknięcie, a przynajmniej zabronienie sprzedaży produktów zawierających w swoim składzie składniki zagrażające zdrowiu. Od jesieni zeszłego roku trwają prace w Komisji Zdrowia Sejmu i w Ministerstwie zdrowia nad stworzeniem wykazu takich substancji, na podstawie którego sanepid mógłby nakładać odpowiednie sankcje, do zamknięcia sklepu nie przestrzegającego prawa włącznie.

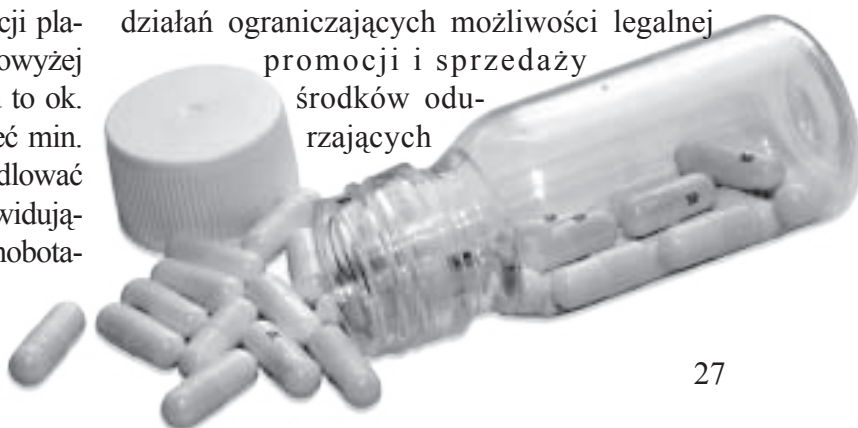
W dniu 7 stycznia odbyła się kontrola organów skarbowych i celnych w 40 sklepach partnerskich dopalacze.com. Kontrole miały na celu sprawdzenie legalności pochodzenia sprzedawanych towarów, prawidłowości wypełnienia zobowiązań podatkowych w zakresie podatku dochodowego i VAT, a także zgodność postępowania z ustawą o cenach.

W trakcie kontroli badano raporty fiskalne i pozostałe dokumenty, które stanowią niezbędne informacje w trakcie prowadzonej kontroli skarbowej.

Kontrolowano również, kto może nabywać dopalacze. Sprzedaż odbywa się za okazaniem dowodu osobistego. Dopapalacze mogą więc kupić tylko osoby dorosłe. Oczywiście łatwo sobie wyobrazić jak nieletni załatwia to z osobą dorosłą.

W drugiej połowie stycznia inspektor nadzoru budowlanego w Warszawie nakazał zamknięcie sklepu z dopalaczami, argumentując, że sklep prowadzi działalność niezgodną ze swoim przeznaczeniem. W Lublinie sanepid przeczytał się, że tamtejszy sklep nie ma zezwolenia na sprzedaż substancji zawierających mikroelementy i witaminy. W Rzeszowie prezydent zabronił otwarcia sklepu, wprowadzie wbrew prawu, ale za to zgodnie z wolą większości mieszkańców. Prezydent Gdańska wystosował list otwarty do premiera Donalda Tuska, w którym domagał się specjalnego dekretu zakazującego handlu dopalaczami. Z inicjatywy prezydenta Częstochowy, jednocześnie szefa komisji bezpieczeństwa i na jego wniosek Zarząd Związku Miast Polskich przyjął stanowisko w sprawie działań ograniczających możliwości legalnej promocji i sprzedaży

środków odurzających



i substytutów narkotyków i przekazał je do ministra spraw wewnętrznych i administracji oraz do ministra zdrowia.

Biuro przeciwdziałania narkomanii pod koniec stycznia rozpoczęło ogólnopolską akcję „Dopalacze mogą Cię wypalić”. Ma ona rozwiać mity stworzone wokół tzw. smart drugów, m.in., że skoro nie są zakazane, to nie szkodzą i nie uzależniają. Wg. badań CBOS już 3,5 procent młodzieży spróbowało dopalaczy. Prawie połowa w czasie ostatniego miesiąca.

Dzięki tym działaniom, zainteresowaniu mediów i innym przedsięwzięciom zostały przyspieszone prace ustawodawcze.

Resort zdrowia opracował listę 17 środków, które są podstawowymi składnikami tzw. smart drugów. Zostaną wprowadzone do ustawowego wykazu kontrolowanych środków wraz z substancją narkotyzującą BZP, której zakazu domaga się od nas Unia Europejska. Wśród nowych zakazanych substancji jest JWH-018, główny składnik linii dopalaczy (należą do niej m.in. tabletki, napoje, skrety, a nawet kosmetyk zwany Spice). Jest to syntetyczna wersja THC, związku wchodzącego w skład marihuany. Do wykazu ma trafić też szalwia wieszcza (*Salvia divinorum*). Sklepy z dopalaczami handlują suaszem szalwi, który ma działanie relaksacyjne oraz wywołuje lekkie wizje. Oba te środki trafiły do tej samej grupy silnie uzależniających, co kokaina i heroina. Do tej pory ustawodawcy wpisali zresztą większość z nowych zakazanych środków. Są to przede wszystkim orientalne zioła wykorzystywane od setek lat przez szamanów, np. pieprz metystynowy, wzmagaający euforię, czy *Calea Zaeatechichi*, wywołująca senne wizje.

Listę stworzył na zlecenie Ministerstwa Zdrowia Główny Inspektor Farmaceutyczny, a zaopiniował Warszawski Uniwersytet Medyczny. Lista ta wyprzedziła ogólnopolskie tendencje sugerowane przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii.

W połowie lutego odbyło się w Sejmie drugie czytanie ustawy zakazującej handlu tzw. dopalaczami. Pojawia się jednak problem. Projekt jest niezgodny z prawem unijnym - wynika z oficjalnych opinii Urzędu Komitetu Integracji Europejskiej. Substancje w nim wymienione są dopuszczone do legalnego obrotu w krajach Wspólnoty. Znajdują się np. w wielu produktach spożywczych czy kosmetykach. Gdyby Polska

ich zakazała, naruszyłaby zasadę swobodnego przepływu towarów. W tej sytuacji sklepy mogą istnieć dalej, bo w każdym sądzie wygrają ewentualny proces. Mogą też dochodzić odszkodowań od Skarbu Państwa w sytuacji gdyby ponieśli straty w związku z wprowadzeniem takiego zakazu. Natomiast Polsce może grozić postępowanie przed Europejskim Trybunałem Sprawiedliwości w związku z naruszeniem prawa wspólnotowego, o ile Komisja Europejska zdecydowałaby się wystąpić z wnioskiem przeciw niej. Mimo tych konsekwencji posłowie mogą, lecz nie muszą wziąć pod uwagę opinii Urzędu Komitetu Integracji Europejskiej

Ze względu na wagę problemu, czując się odpowiedzialni w pewnym zakresie za zdrowie obywateli Śląska Izba Aptekarska postanowiła nie być bierna wobec tych zagrożeń i w wybranych dużych miastach naszego województwa organizuje konferencje naukowe, w programie których uznane autorytety i specjaliści przedstawiają to skomplikowane zagadnienie od strony medycznej, w szczególności psychiatrycznej, psychologicznej, pedagogicznej, społecznej oraz etycznej. Do udziału w konferencjach zapraszamy wszystkich zainteresowanych, przede wszystkim lekarzy, farmaceutów, pedagogów szkolnych, wychowawców, nauczycieli, instruktorów, trenerów, duchownych, samorządowców, polityków.

Pierwsza taka konferencja miała miejsce w Raciborzu w dn. 19 lutego br. Do Domu Kultury „Strzecha” przybyło ok. 200 osób. W czasie Konferencji pokazano film ostrzegający przed dopalaczami, który na zlecenie Urzędu Miasta Racibórz zrealizowała Raciborska Telewizja Kablowa. Kopie tego filmu zostaną udostępnione zainteresowanym. Na konferencje przyjechały również osoby z innych miast, m.in. z Katowic, Rudy Śląskiej, Bytomia, Gliwic, Sosnowca, Wodzisławia i Rybnika.

Do programu Konferencji włączamy także problem związany z pojawieniem się na rynku (na razie internetowym) tzw. e-papierosów, które stanowią pewne obejście dla mających wejść zakazów palenia tytoniu w miejscach publicznych. Jest to kolejna grupa produktów, których dokładnie nie znamy, a z pewnością są szkodliwe i niebezpieczne. O czym też powinniśmy informować nasze społeczeństwo.

*mgr farm. Piotr Klima
Wiceprezes Rady ŚIA ds. organizacyjnych*

Historia badań nad szkodliwością palenia tytoniu

Czy e-papierosy będą alternatywą dla palaczy?



doc. dr hab. Andrzej Sobczak

W 1950 roku w prestiżowym czasopiśmie medycznym *The Journal of the American Medical Association* opublikowano artykuł Ernesta Wyndera i Evartha Grahama pt. „Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma” przedstawiający wyniki obszernych badań epidemiologicznych, wskazujący na bezsprzeczny związek pomiędzy paleniem, a występowaniem raka płuc. I chociaż wcześniej w czasopismach naukowych pojawiały się prace wskazujące na niebezpieczne zmiany zdrowotne związane z paleniem tytoniu, to właśnie ten artykuł zapoczątkował serię prac poświęconych szkodliwości palenia tytoniu. Rozgłos jaki zyskał ten artykuł w sceptycznie do tej pory nastawionych do tematyki szkodliwości palenia środowiskach naukowych i medycznych, był niewątpliwie spowodowany osobą autora artykułu - Evartha Grahama - jednego z najwybitniejszych chirurgów XX wieku

W tym samym roku Richard Doll i A. Bradford Hill publikują w *British Medical Journal* referat, w którym twierdzą, iż nałogowi palacze są pięćdziesięciokrotnie bardziej narażeni na zachorowanie na raka płuc w stosunku do osób niepalących.

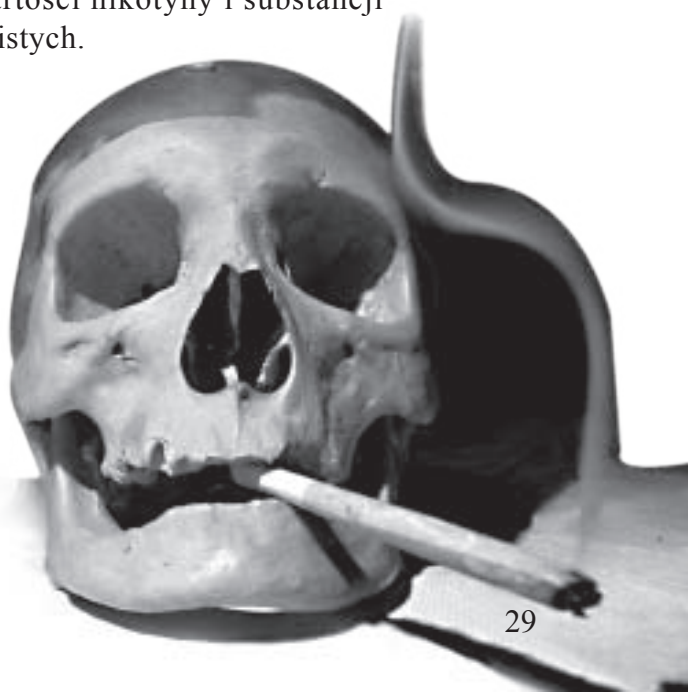
W 1952 roku w artykule Roya Norra w *Reader's Digest* pt. „Cancer by the Carton” („Rak z paczki”) opublikowane zostają pierwsze informacje dla odbiorców masowych na temat korelacji pomiędzy paleniem papierosów, a zachorowalnością na raka płuc.

Coraz większa liczba prac dowodzących szkodliwości palenia spowodowała reakcję przemysłu tytoniowego. Mianowicie, utworzono Komitet Badawczy Przemysłu Tytoniowego. Komitet wraz z wszystkimi większymi producentami wyrobów tytoniowych sporządza w 1954 roku otwarte oświadczenie dla palaczy w postaci całostronicowych ogłoszeń publikowanych w największych czasopismach amerykańskich, o treści: „Traktujemy zainteresowanie ludzkim zdrowiem

jako nasz główny obowiązek, jako najistotniejszy czynnik naszej działalności. Jesteśmy przekonani, że produkowane przez nas wyroby nie są szkodliwe dla zdrowia.”. W tym samym czasie Federalna Komisja Handlu proponuje wprowadzenie zasad regulacji handlu odnośnie oznaczania i reklamowania wyrobów tytoniowych celem umożliwienia pełnej kontroli nad treścią i obrazami zawartymi w reklamach papierosów i zakazanie wyraźnych lub ukrytych oświadczeń zdrowotnych.

W połowie lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku Kongres Stanów Zjednoczonych uchwala federalną ustawę o oznaczaniu i reklamowaniu wyrobów tytoniowych, zastępującą dotychczasowe uregulowania federalne, stanowe i lokalne, nakładającą wymóg umieszczania na wszystkich paczkach papierosów ostrzeżenia o treści: „Uwaga: Palenie papierosów może być szkodliwe dla zdrowia”.

W 1966 roku Federalna Komisja Handlu publikuje swój pierwszy raport na temat zawartości substancji smolistych i nikotyny w papierosach różnych marek, dając w ten sposób początek „smolistym wojnom”. Firmy z branży tytoniowej, przez następne lata konkurują ze sobą, wprowadzając nowe marki papierosów o niskiej zawartości nikotyny i substancji smolistych.



Na początku lat siedemdziesiątych Kongres USA uchwala Ustawę o zdrowiu publicznym i paleniu papierosów, zakazującą reklamowania papierosów w radiu i telewizji i narzucającej obowiązek umieszczenia na każdej paczce papierosów ostrzeżenia o treści: „Uwaga: Lekarz naczelny ustalił, że palenie papierosów jest szkodliwe dla zdrowia.”

Lata osiemdziesiąte ubiegłego wieku aż do chwili obecnej, obfitują w prace wskazujące na szkodliwość palenia biernego. Naukowcy w badaniach *in vitro* i *in vivo* niezbiecie wykazują, że palenie bierne zwiększa ryzyko zachorowania na raka płuc o 40 - 60% a na choroby sercowo-naczyniowe o 25 - 30%. Badania dowodzą, że oddzielenie palących i niepalących przebywających w tej samej przestrzeni może ograniczyć, ale nie wyeliminuje narażenia osób niepalących na środowiskowy dym tytoniowy. Konsekwencją takiego stanu rzeczy jest wprowadzenie 1 stycznia 1998 roku całkowitego zakazu palenia w lokalach na terenie Kalifornii. Zakaz ten stopniowo rozszerzono na pozostałe stany Ameryki.

Taka polityka władz stanowych i federalnych USA spowodowała, że wśród krajów rozwiniętych statystycznie najmniejszy odsetek palących osób (w tym młodzieży) jest w Ameryce.

Korzystając z wzorców amerykańskich, zakaz palenia w miejscach publicznych wprowadziło już 12 krajów Unii Europejskiej. Prawdopodobnie Polska stanie się trzynastym krajem Unii, w którym zacznie obowiązywać ustawa antynikotynowa. Projekt przygotowany w 2008 roku ma szansę na powszechną akceptację posłów i przyjęcie przez Sejm w pierwszej połowie br.

Można przypuszczać, że proponowane rozwiązania prawne dążące do ograniczenia skutków zdrowotnych palenia, w tym całkowity zakaz palenia w miejscach publicznych, zmuszą wielu palaczy do poszukiwania alternatywnych rozwiązań. Taką alternatywą mogą być e-papierosy. E-papieros, zwane także papierosem elektronicznym, jest rodzajem inhalatora generującego aerozol zawierający nikotynę. Zostały opracowane w 2004 roku w Chinach, które do dnia dzisiejszego pozostają ich głównym producentem. Na rynku polskim pojawiły się stosunkowo niedawno i dystrybuowane są poprzez sklepy internetowe (m.in. poprzez największy polski serwis aukcyjny allegro.pl). Brak jest danych marketingowych dotyczących rynku e-papierosów, niemniej jednak wzrost liczby dystry-

butorów w Polsce może świadczyć o wzrastającym zainteresowaniu tymi produktami.

Fakt, że e-papierosy zawierają substancję bardzo silnie działającą (nikotyne), a obrót nimi nie podlega żadnym regulacjom prawnym, w tym jurysdykcji Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Preparatów Biobójczych, musi budzić poważny niepokój. Zarówno w Polsce, jak i na terenie Unii Europejskiej, brak jest jakichkolwiek uregulowań prawnych, które nakładałyby na producentów i dystrybutorów wymóg kontroli jakości i bezpieczeństwa produktów tak, jak ma to miejsce w przypadku tradycyjnych papierosów. Dopuszczalna na terenie Unii Europejskiej zawartość nikotyny w dymie w przeliczeniu na jednego papierosa wynosi obecnie 1 mg. Wszyscy producenci papierosów zobowiązani są do kontrolowania i umieszczania na opakowaniach papierosów informacji o zawartości nikotyny w dymie. Ponadto prowadzona jest niezależna kontrola przez organy państwowe (w Polsce kontrolą produktów tytoniowych zajmuje się Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Łodzi). Natomiast producenci e-papierosów podają jedynie całkowitą dawkę nikotyny zawartą w pojedynczym wkładzie. Dane te są niewystarczające, aby ocenić bezpieczeństwo stosowania e-papierosów. Brak jest jakichkolwiek danych o zawartości nikotyny w aerozolu generowanym z e-papierosów.

Brak rzetelnych danych naukowych dotyczących bezpieczeństwa i skuteczności e-papierosów został wyraźnie podkreślony w oficjalnym stanowisku Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) ogłoszonym 19 września 2008 roku. W komunikacie WHO znajduje się również informacja, że WHO nie wyklucza możliwości wykorzystania w przyszłości e-papierosów jako środków wspomagających proces zerwania z nałogiem palenia, wskazując jednocześnie na konieczność przeprowadzenia badań w tym kierunku. Należy także podkreślić, że obrót e-papierosami nie jest objęty kontrolą celno-podatkową jak ma to miejsce w przypadku papierosów tradycyjnych.

Biorąc pod uwagę uzależniające właściwości nikotyny należy podjąć kampanię uświadamiającą potencjalnym użytkownikom niebezpieczeństwa związane ze stosowaniem e-papierosów.

*Oprac. doc. dr hab. Andrzej Sobczak
Wydział Farmaceutyczny
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego*



Kontakty z Mediami i Informacja

KOMUNIKAT PRASOWY nr 94/08

16 grudnia 2008r.

Opinia rzecznika generalnego w sprawie C-531/06
oraz w sprawach połączonych C-171/07 i C-172/07

Komisja / Włochy

Apothekerkammer des Saarlandes i in.

ZDANIEM RZECZNIKA GENERALNEGO Y. BOTA, POSIADANIE I PROWADZENIE APTEKI MOŻE BYĆ ZASTRZEŻONE WYŁĄCZNIE DLA FARMACEUTÓW

Uważa on, że uregulowania włoskie i niemieckie ustanawiające taką zasadę są uzasadnione celem zmierzającym do zapewnienia odpowiedniego zaopatrzenia ludności w produkty lecznicze

W dniu dzisiejszym rzecznik generalny Y. Bot przedstawił opinię w przedmiocie dwóch serii spraw dotyczących systemu własności aptek.

Sprawy te dotyczą w głównej mierze zagadnienia, czy postanowienia traktatu dotyczące swobody przedsiębiorczości stoją na przeszkodzie przepisom ustawodawstw włoskiego i niemieckiego, stanowiących, że posiadać i prowadzić aptekę mogą jedynie farmaceuci.

U podłoża spraw połączonych C-171/07 i C-172/07 Apothekerkammer des Saarlandes i in. leży zezwolenie wydane przez właściwe ministerstwo kraju związkowego Saary niemieckiej spółce akcyjnej DocMorris na prowadzenie, od dnia 1 lipca 2006 r., apteki w Saarbrücken, w charakterze oddziału. Decyzja ministerstwa została zaskarżona do sądu administracyjnego Kraju Saary przez szereg farmaceutów i ich stowarzyszeń, ze względu na brak zgodności z niemieckim prawem zastrzegającym prawo posiadania i prowadzenia apteki wyłącznie dla farmaceutów.

Sąd administracyjny zwrócił się do Trybunału Sprawiedliwości, zmierzając do ustalenia, czy postanowienia traktatu dotyczące swobody przedsiębiorczości należy interpretować w ten sposób, że stoją one na przeszkodzie takim uregulowaniom.

Ponadto, w sprawie C-531/06 Komisja / Włochy, Komisja wniosła do Trybunału między innymi o stwierdzenie, że zastrzegając posiadanie i prowadzenie prywatnych aptek wyłącznie dla farmaceutów, Republika Włoska uchybiła zobowiązaniom, które na niej ciążyą na mocy prawa wspólnotowego.

W swojej opinii rzecznik generalny rozpoczął od przypomnienia, że Wspólnota Europejska nie otrzymała pełnych i całkowitych kompetencji w dziedzinie zdrowia publicznego. Kompetencje te pozostają zatem podzielone między Wspólnotę i państwa członkowskie.

Przypomniał on, że utrzymanie kompetencji krajowych w dziedzinie zdrowia publicznego jest wyraźnie przewidziane w art. 152 ust. 5 WE, który stanowi, że: „działanie Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego w pełni szanuje odpowiedzialność Państw Członkowskich za organizację i świadczenie usług zdrowotnych i opieki medycznej”.

Niemniej jednak, zgodnie z tokiem rozumowania rzecznika generalnego, przy wykonywaniu zachowanych przez siebie kompetencji państwa członkowskie nie są wolne od wiążących je zobowiązań wspólnotowych. Aby regulacja krajowa stanowiąca, że jedynie farmaceuci mogą posiadać i prowadzić aptekę mogła zostać utrzymana, musi być ona zgodna z postanowieniami traktatu dotyczącymi swobody przedsiębiorczości.

Okoliczność, iż uregulowanie takie funkcjonuje w dziedzinie zachowanych przez państwo kompetencji, chronionych wyraźnie przez art. 152 ust. 5 WE, wiąże się jednak z określonymi konsekwencjami w zakresie oceny zgodności tego uregulowania ze swobodą przedsiębiorczości.

Albowiem, jak zwrócił uwagę rzecznik generalny, przy badaniu uzasadnionego charakteru uregulowań włoskiego i niemieckiego pod kątem takiego nadrzędnego względu interesu ogólnego, jak ochrona zdrowia publicznego, należy mieć na uwadze okoliczność, że państwo członkowskie może decydować o poziomie, na jakim zamierza zapewnić ochronę zdrowia publicznego i o sposobach osiągnięcia tego poziomu.

W przedmiocie istnienia ograniczenia swobody przedsiębiorczości

Rzecznik generalny stwierdził, że sporne przepisy krajowe skutkują uniemożliwieniem obywatelom państw członkowskich, którzy nie są farmaceutami, posiadania i prowadzenia apteki we Włoszech i w Niemczech. Chociaż, w jego opinii, przepisy te stanowią w kategoriach bezwzględnych ograniczenie swobody przedsiębiorczości, ponieważ stanowią przeszkodę w dostępie do rynku osób fizycznych lub prawnych pragnących otworzyć prywatną aptekę w tych państwach członkowskich, w tym przypadku są one uzasadnione.

W przedmiocie uzasadnienia stwierdzonego ograniczenia swobody przedsiębiorczości

Rzecznik generalny uznał, że **przeszkoda ta nie narusza prawa wspólnotowego, ponieważ cel polegający na ochronie zdrowia publicznego uzasadnia ograniczenie swobody przedsiębiorczości.**

Jego zdaniem, za pomocą obowiązującego nie-farmaceutów zakazu posiadania i prowadzenia apteki można osiągnąć ten cel, ponieważ zakaz ten może zapewnić **zaopatrzenie ludności w produkty lecznicze dające wystarczające gwarancje w zakresie jakości i różnorodności.**

Rzecznik podniósł, że jedna osoba, będąca jednocześnie właścicielem i pracodawcą, posiadająca aptekę, nieuchronnie wywiera wpływ na stosowaną w tej aptece politykę w zakresie wydawania produktów leczniczych. Obrane zatem przez ustawodawców włoskiego i niemieckiego rozwiązanie polegające na związaniu kompetencji zawodowych i gospodarczej własności apteki okazuje się uzasadnione z punktu widzenia celu ochrony zdrowia publicznego.

Rzecznik generalny podkreślił wagę zagwarantowania neutralności porad farmaceutycznych, czyli tego, by były one kompetentne i obiektywne. W jego opinii, **jakość czynności polegającej na wydawaniu produktów leczniczych jest ściśle związana z niezależnością, której posiadanie powinno cechować farmaceutę przy wykonywaniu jego zadań.**

Decydując się na to, by zastrzec własność i prowadzenie aptek wyłącznie dla farmaceutów, ustawodawcy włoski i niemiecki pragnęli właśnie zagwarantować niezależność farmaceutów sprawiając, że do ekonomicznej struktury aptek nie będą przenikać zewnętrzne wpływy, pochodzące na przykład od wytwórców produktów leczniczych lub hurtowników.

W tym względzie rzecznik generalny podniósł, że ta niezależność stanowi gwarancję swobody w wykonywaniu zawodu. Farmaceuta posiadający pełną władzę nad swoim warsztatem pracy może więc wykonywać swój zawód z niezależnością cechującą wolne zawody. Jest jednocześnie szefem przedsiębiorstwa mającym kontakt z gospodarczą rzeczywistością, związaną z zarządzaniem apteką, i pracownikiem służby zdrowia, który stara się zrównoważyć swoje pobudki ekonomiczne ze względami dotyczącymi zdrowia publicznego, co odróżnia go od zwykłego inwestora.

Ponadto, fakt zastrzeżenia posiadania i prowadzenia apteki wyłącznie dla farmaceutów nie wykracza poza to, co niezbędne, aby zapewnić wysoki poziom ochrony zdrowia publicznego.

Rzecznik generalny uznał bowiem, że ustanowienie systemu odpowiedzialności tak prowadzącego aptekę, niebędącego farmaceutą, jak i zatrudnionych farmaceutów oraz systemu sankcji dla nich nie jest wystarczające do tego, by zagwarantować odpowiednio wysoki poziom ochrony zdrowia publicznego, ponieważ chodzi głównie o środki służące naprawieniu *a posteriori* nadużyć, gdy rzeczywiście już one wystąpią.

Ponadto, jest on zdania, że sam wymóg obecności farmaceuty zatrudnionego do wypełniania zadań związanych z relacjami z osobami trzecimi nie może zagwarantować, z zachowaniem podobnych wymagań dotyczących jakości i neutralności czynności wydawania produktów leczniczych, odpowiedniego zaopatrzenia ludności w produkty lecznicze. Ze względu na to, że farmaceuta zatrudniony w aptece prowadzonej przez nie-farmaceutę nie panuje nad polityką handlową apteki i że w praktyce musi się stosować do wytycznych pracodawcy, nie jest wykluczone, że zostanie on skłoniony do przedkładania interesu gospodarczego apteki nad wymogi związane z wykonywaniem działalności farmaceutycznej.

Wreszcie fakt związania zezwolenia na prowadzenie apteki z osobą farmaceuty jest skutecznym środkiem do tego, by zapewnić odpowiednie zaopatrzenie ludności w produkty lecznicze, w szczególności dlatego, że prowadzący aptekę farmaceuta narażony jest, w przypadku błędu w sztuce, nie tylko na odebranie mu uprawnień zawodowych, lecz również zezwolenia na prowadzenie apteki wraz z wynikającymi z tego poważnymi konsekwencjami ekonomicznymi.

Rzecznik generalny uznał wobec tego, że **fakt, iż wymaga się, by osoba panująca nad aspektem gospodarczym apteki, która jako taka określa jej politykę handlową, była farmaceutą, jest zgodny z postanowieniami traktatu dotyczącymi swobody przedsiębiorczości.**

UWAGA: Opinia rzecznika generalnego nie wiąże Trybunału Sprawiedliwości. Zadanie rzeczników generalnych polega na przedkładaniu Trybunałowi, przy zachowaniu całkowitej niezależności, propozycji rozstrzygnięć prawnych w sprawach, które rozpatrują. Sędziowie Trybunału Sprawiedliwości Wspólnot Europejskich rozpoczynają właśnie rozpoznanie tej sprawy. Wyrok zostanie wydany w terminie późniejszym.



*Dokument nieoficjalny, sporządzony na użytek mediów,
który nie wiąże w żaden sposób Trybunału Sprawiedliwości.*

Dostępne wersje językowe:

ES, DE, EL, EN, FR, HU, IT, NL, PL, PT, RO

Pełny tekst opinii znajduje się na stronie internetowej Trybunału

Tekst jest z reguły dostępny od godz. 12.00 CET w dniu ogłoszenia.

<http://curia.europa.eu/jurisp/cgi-bin/form.pl?lang=PL&Submit=rechercher&numaff=C-531/06>

<http://curia.europa.eu/jurisp/cgi-bin/form.pl?lang=PL&Submit=rechercher&numaff=C-171/07>

*W celu uzyskania dodatkowych informacji, proszę skontaktować się
z Ireneuszem Kolowcą - Tel. (00352) 4303 2793 Faks (00352) 4303 2053*

*Nagranie wideo z odczytania opinii jest dostępne przez EbS "Europe by Satellite", serwis prowadzony przez Komisję Europejską, Dyрекcję Generalną ds. Prasy i Komunikacji, L-2920 Luksemburg,
tel. (00352) 4301 35177 faks (00352) 4301 35249 lub B-1049 Bruksela,
tel. (0032) 2 2964106 faks (0032) 2 2965956*

Rozmieszczenie tkanki tłuszczowej,

a nie waga decydują o ryzyku dla zdrowia.



prof. n. med. Marcin Krotkiewski

Polski przyczynek do wyjaśnienia znaczenia rozmieszczenia tkanki tłuszczowej.

W roku 1961 stawiałem pierwsze kroki w przyklinicznej przychodni endokrynologicznej, gdzie jako młody i niedoświadczony jeszcze lekarz napotkałem szereg trudności diagnostycznych. Wynikały one z ogromnego podobieństwa pomiędzy otyłością dotyczącą górnej połowy ciała (z podwyższonym ciśnieniem krwi, rozstępami skóry na brzuchu, zaburzeniami tolerancji glukozy i z dyslipidemią) a zespołem Cushinga. Poszedłem śladami prof. Vagne'a z Marsylii, który w latach 40. opisywał różnice w rozmieszczeniu tkanki tłuszczowej. Stwierdziłem, że otyłość górnej połowy ciała typowa dla mężczyzn i nazywana przeze mnie otyłością androidalną cechuje się zwiększonym wydzielaniem metabolitów kortykosterydów w moczu oraz zwiększoną reakcją na podawanie egzogenego ACTH (adrenocorticotropic hormone), co stwarza istotne trudności w rozróżnieniu tego rodzaju otyłości od zespołu Cushinga. Udało mi się udowodnić, że rozróżnienie może się dokonać poprzez adekwatne zastosowanie testu z dexamethasonem oraz poprzez test spadku wagi, który prowadzi do zmniejszenia aktywności kory nadnerczy (1-9). Rezultaty tych badań zostały opublikowane początkowo we francuskiej prasie medycznej (10-12). Obserwacje te zachęciły mnie do bardziej systematycznej analizy pacjentów z uwzględnieniem podziału na otyłość androidalną i gynoidalną (lub otyłość jabłkową i gruszkową, które to określenia wprowadziłem do literatury, aby spopularyzować ów problem).

Na początku lat 60. rozpocząłem badanie wszystkich pacjentów kierowanych do przyklinicznej przychodni endokrynologicznej, w której wówczas pracowałem. Porównanie dostępnych danych pozwoliło mi stwierdzić, że otyłość androidalną cechuje wyższy poziom glukozy, częstsza nietolerancja glukozy (13-18), wolnych kwasów tłuszczowych, trójglicerydów i cholesterolu (19-22), wyższy poziom kwasu mlekowego i propionowego (23), wyższe wartości ciśnienia tętniczego krwi, częstsze występowanie cukrzycy i chorób układu krążenia (19, 24, 25). Ciekawe, że już w połowie lat 60. mogliśmy stwierdzić, że typ rozmieszczenia tkanki tłuszczowej jest identyczny w czterech kolejnych pokoleniach w większości badanych rodzin. W artykule opisującym te rezultaty traktowałem to jako informację wskazującą na dziedziczny charakter rozmieszczenia tkanki tłuszczowej (26).

Poza czynnikami genetycznymi założyłem jako oczywisty wpływ czynników hormonalnych na rozmieszczenie tkanki tłuszczowej i zacząłem go badać zarówno na modelach zwierzęcych, jak i u ludzi (27-44). Przebadano wpływ estrogenów i gestagenów u zwierząt i u ludzi (np. u mężczyzn leczonych estrogenami z powodu raka prostaty lub otrzymujących testosteron) (39, 40). Stwierdzono między innymi, że estrogeny istotnie wpływają na rozmieszczenie tkanki tłuszczowej (36, 40, 41, 45). Trochę później stwierdziłem, że otyłość androidalna u kobiet wiąże się z wysokim poziomem wolnego testosteronu (głównie z powodu hiperinsuline-

mii hamującej syntezę wątrobową SHBG - Sex Hormone-Binding Globulin), który przyczynia się do zwiększenia niewrażliwości na insulinę (27, 28, 46, 47). Odwrotnie jest jednak u otyłych mężczyzn, gdzie poziom testosteronu jest stosunkowo niski, a podawanie tego hormonu zmniejsza akumulację tkanki tłuszczowej w jamie brzusznej (obwód talii) (36, 48).

Hipotezy robocze i ich potwierdzenie

Tego rodzaju obserwacje doprowadziły do koncepcji próbującej wyjaśnić ewolucyjne przyczyny różnego rozmieszczenia tkanki tłuszczowej (typowej otyłości męskiej - androidalnej i kobiecej - gynoidalnej). Założeniem moich rozważań była hipoteza, że sterowana hormonalnie i genetycznie akumulacja tkanki tłuszczowej w rejonie pośladków miała zabezpieczać możliwość przeżycia okresów głodu nowonarodzonym członkom plemienia w czasach paleolitu, a rezerwy energii w postaci tkanki tłuszczowej wykorzystywane miały być w okresach ciąży i karmienia.

Otyłość brzuszna typu męskiego miała natomiast umożliwiać ewolucyjnie szybką mobilizację energii w postaci łatwo dostępnych i szybko uwalnianych kwasów tłuszczowych, wykorzystywanych jako szybko uruchamiane źródło energii, podczas gdy trzeba było walczyć, uciekać, atakować, czy polować.

Potwierdzeniem takiej roboczej hipotezy okazały się późniejsze badania wykazujące, że aktywność lipazy lipoproteinowej (enzymu odpowiedzialnego za magazynowanie tłuszczu) jest w rejonach pośladkowych u kobiet wyższa, a aktywność lipazy hormono-zależnej (enzymu odpowiedzialnego za uwalnianie kwasów tłuszczowych) jest niższa niż w innych regionach tkanki tłuszczowej (stąd trudności w odchudzaniu tych regionów). Sytuacja zmienia się jednak diametralnie w ostatnim trymestrze ciąży i w okresie karmienia. Wtedy to zmagazynowane w kobiecych okrągłościach kwasy tłuszczowe potrzebne są dziecku. Wniosek stąd również, że otyłość gynoidalna (gruszkowa) jest ewolucyjnie korzystniejsza (nie dziwnego, że trzeba ją wyłączyć z czynników ryzyka) (49). Zwiększona lipoliza i wysoki poziom FFA (Free Fatty Acids) typowe dla otyłości jabłkowej prowadzą do niewrażliwości na insulinę.

Sama niewrażliwość na insulinę była też pierwotnie ewolucyjnie korzystna, bo w często powtarzających się okresach głodu pozwalała zablokować wychwytywanie glukozy w mięśniach, zachowując ją dla tkanki mózgowej, która jest maksymalnie glukozo-zależna, przy czym wychwyt glukozy w tkance mózgowej jest praktycznie insulino-niezależny.

Zbudowałem również koncepcję otyłości hiperplastycznej (dużo, stosunkowo niewielkich komórek tłuszczowych) i otyłości hipertroficzej (mało, dużych komórek tłuszczowych). Ponieważ z prac prof. Hirscha z Instytutu Rockefellera wynikało, że liczba komórek tłuszczowych nie ulega zmianie w wieku dojrzałym, wnioski dla otyłości hiperplastycznej były bardzo pesymistyczne - nawet intensywne odchudzanie nie eliminowało otyłości ze względu na dużą i niezmienną w czasie liczbę adipocytów. Oznacza to (według tej hipotezy) w dalszym ciągu istnienie permanentnego stanu nadwagi lub otyłości. Poglądy na tę koncepcję uległy stopniowej modyfikacji, kiedy okazało się, że liczba komórek tłuszczowych może ulegać zmianie w ciągu życia osobniczego, chociaż wyniki leczenia otyłości to w 95% powrót do wyjściowej wagi ciała. W mojej drugiej pracy doktorskiej stwierdziłem, że otyłość jabłkowa charakteryzuje hipertrofia adipocytów i że wielkość komórek tłuszczowych koreluje z zaburzeniami metabolicznymi (czynnikami ryzyka).

Po przyjeździe do Szwecji w drugiej połowie lat 60. wróciłem do moich warszawskich koncepcji. W celu udowodnienia ich słuszności przebywałem w przychodni setki pacjentów mierząc obwody ich talii i bioder. W celu bardziej precyzyjnego określenia rozmieszczenia tkanki tłuszczowej wprowadziłem, tzw. współczynnik talia - biodra (Waist to Hip Ratio; WHR). Okazało się, że współczynnik ten znacznie ułatwia scharakteryzowanie typu otyłości (jabłkowa lub gruszkowa). Okazało się również, że współczynnik ten jest skorelowany ze wszystkimi czynnikami ryzyka i zespołem metabolicznym. W późniejszych badaniach okazało się, że do scharakteryzowania typu rozmieszczenia tkanki tłuszczowej wystarczy pomiar obwodu talii (powinien wynosić poniżej 88 cm dla kobiet i 95 cm dla mężczyzn). Powyżej tych wartości mamy do czynienia z otyłością jabłkową i zwiększoną ilością wisceralnej tkanki tłuszczowej. Znaczenie współczynnika talia - biodra zostało

potwierdzone w setkach prac naukowych wykazujących, że nie waga ciała tylko rozmieszczenie tkanki tłuszczowej decyduje o komplikacjach i rozwoju zespołu metabolicznego.

W ostatnich latach okazało się, że w rozmieszczeniu tkanki tłuszczowej decydującą rolę odgrywa czynnik transkrypcji (PPAR γ) odpowiedzialny za proliferację i różnicowanie (preadipocyt $\rightarrow$ adipocyt), jak również hamowanie nadprodukcji cytokin i innych czynników prozapalnych typowych dla wielkich komórek tłuszczowych, najczęściej otoczonych makrofagami, które infiltrują tkankę tłuszczową w otyłości androidalnej (jabłkowej). Nic więc dziwnego, że agonści PPAR γ (leki antycukrzycowe - glitazony) dają szereg korzystnych efektów metabolicznych, ale stosowanie ich związane jest ze wzrostem tkanki tłuszczowej i wagi ciała. Aktywność PPAR γ odpowiedzialnego za namnażanie komórek tłuszczowych różni się w różnych regionach tkanki tłuszczowej. Zawartość PPAR γ w komórkach wisceralnej tkanki tłuszczowej jest niska, natomiast infiltracja przez makrofagi i aktywacja NF κ B (Nuclear Factor Kappa B - czynnik transkrypcji odpowiedzialny za produkcję cytokin i innych czynników zapalnych) – zwiększona. Wierzymy obecnie, że wisceralna tkanka tłuszczowa poprzez największe nagromadzenie makrofagów i produkcję prozapalnych cytokin blokuje działanie insuliny i przyczynia się do rozwoju zespołu metabolicznego (cukrzycy, miażdżycy, nadciśnienia, stłuszczenia wątroby). Wszystkie te stany chorobowe traktuje się jako „low inflammatory conditions”, a oznaczanie indikatora stanu zapalnego (CRP) w chorobach układu krążenia jest równie ważne jak badanie poziomu cholesterolu. Wisceralna tkanka tłuszczowa zmniejsza się szybko tylko na początku odchudzania, szczególnie przy stosowaniu VLCD (Very Low Calorie Diet) i zwiększonym wysiłku fizycznym i wyjaśnia dlaczego poprawę czynników ryzyka osiąga się już przy 5% zmniejszeniu wagi ciała. Zwiększenie wydzielania prozapalnych cytokin przez wisceralną tkankę tłuszczową prowadzi do intensywnej produkcji reaktywnych form tlenu (wolnych rodników) oraz apoptozy (zaprogramowanej śmierci) komórek tłuszczowych hamując tym samym dalszy rozwój tkanki tłuszczowej.

Zastanawiałem się oczywiście, dlaczego złogi tkanki tłuszczowej w jamie brzusznej pro-

wadzą do szeregu negatywnych konsekwencji metabolicznych. Przyczyna leży w diametralnie różnej aktywności fizycznej człowieka paleolitu. Uwolnione kwasy tłuszczowe, gdy nie zostaną spalone w mięśniach, blokują na zasadzie efektu Randle'a wychwyt i użytkowanie glukozy w mięśniach, a ponieważ wydzielane są z regionów trzewnych przede wszystkim do krążenia wątrobowego, upośledzają wątrobowy metabolizm glukozy (zwiększona glukoneogeneza, zmniejszone użytkowanie), powodują również zmniejszone usuwanie insuliny z krwioobiegu (clearance) przez wątrobę przyczyniając się do narastającej hiperinsulinemii i w konsekwencji niewrażliwości na insulinę (32, 35, 50-57). Mechanizm ten, aczkolwiek prawdopodobny, nie został całkowicie potwierdzony ze względu na trudności techniczne pomiarów FFA w układzie żyły wrotnej. Wiadomo jednak, że wisceralna tkanka tłuszczowa jest źródłem czynników zapalnych i zespołu metabolicznego. Ciekawe, że gynoidalne rozmieszczenie tkanki tłuszczowej, jak wykazałem w moich wcześniejszych pracach i które zostało potwierdzone w wielu późniejszych publikacjach naukowych, działa ochronnie na rozwój cukrzycy, nadciśnienia i inne elementy zespołu metabolicznego.

Reasumując, zespół metaboliczny (cukrzyca, choroby układu naczyniowego – miażdżycy i stłuszczenie wątroby) jest przewlekłym stanem zapalnym typowym dla otyłości typu jabłkowego. Rozmieszczenie tkanki tłuszczowej jest w dużej mierze zdeterminowane genetycznie, chociaż sposób odżywiania matki w okresie ciąży, a nawet dziadków w trzecim pokoleniu wpływa na dystrybucję tkanki tłuszczowej na zasadzie wpływów epigenetycznych. Spadek wagi najwcześniej wpływa na wisceralną tkankę tłuszczową, zmniejsza parametry stanu zapalnego i prowadzi do poprawy wszystkich elementów zespołu metabolicznego. Rodzaj pożywienia w specyficzny sposób wpływa na Toll receptory aktywujące tzw. wrodzoną obronę immunologiczną i powoduje wzrost wolnych rodników (stres retikulum endoplazmatycznego) i niewrażliwość na insulinę.

Bibliografia u autora.

Kontakt:

prof. dr hab. n. med. Marcin Krotkiewski
e-mail: m.krotkiewski@nestenborg.net



Avilin

powrót sprawdzonego preparatu

dr Henryk Różański - Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego
Zakład Historii Nauk Medycznych

Kierownik Zakładu: **prof. dr hab. med. Roman Meissner**

Balsam Szostakowskiego (vinilin, vinylinum, polyvinox) pod względem chemicznym jest eterem poliwinyllobutylovym. Ma postać gęstej masy, barwy lekko żółtawej, o charakterystycznym, nieco spirytusowo-eterowym zapachu. Łatwo przylega do skóry. Nie rozpuszcza się w wodzie, jest jednak rozpuszczalny w innych eterach, niektórych węglowodorach i tłuszczach.

Balsam Szostakowskiego został wprowadzony do leczenia w latach 40. XX wieku odegrał dużą rolę w leczeniu odmrożeń, oparzeń oraz ran wojennych. Lata 40-e były szczególnie trudne w powodu wojny i zniszczonego przemysłu farmaceutycznego. Casy antybiotyków dopiero się rozpoczynały, a sulfonamidy były bardzo trudno dostępne. Medycyna potrzebowała wówczas leków prostych i tanich w produkcji oraz wygodnych i skutecznych w stosowaniu. Balsam Szostakowskiego do takich właśnie należał.

W Polsce Balsam Szostakowskiego zaczął być popularny w latach 60. Po wpisaniu go do Urzędowego Spisu Leków był dostępny w aptekach bez recepty. Oficjalnie należał do grupy środków dermatologicznych przeciwzapalnych (antiphlogisticum). Był z powodzeniem wykorzystywany przez pacjentów w samoleczeniu, zwłaszcza wtedy gdy standardowe metody terapii zawodziły. Nie był również pomijany przez lekarzy, szczególnie w przypadkach trudno gojących się owrzodzeń żylakowatych, skórnych zmian cukrzycowych, oparzeń oraz ran po zabiegach chirurgicznych.

Balsam miał też praktyczną zaletę: tworzył ochronną powłokę na ranie oraz doskonale przytrzymywał opatrunk na miejscu, zapobiegając jego przesuwaniu się, co niewątpliwie ułatwiał gojenie i zapobiegało podrażnieniom.

W 1967 r. i w latach 70 przeprowadzono badania nad skutecznością Balsamu Szostakowskiego w leczeniu stanów zapalnych błony śluzowej jamy ustnej, zapalenia dziąseł i paradontozy. Bardzo skuteczne okazały się pasty oraz roztwory zawierające eter poliwinyllobutylovym, witaminę A, K i olejek miętowy. Do niektórych preparatów dodawano również streptozyd, sulfodimetoksynę oraz etoform. Zmiany chorobowe dziąseł ustępowały w ciągu 2 tygodni.

Z raportu badań przeprowadzonych w Moskwie wynika, że Balsam Szostakowskiego z powodzeniem był wykorzystywany w leczeniu oparzeń II i III stop-

nia, owrzodzeń, w tym również wenerycznych, ponadto trudnej do wyleczenia piodermii. Lekarze ze wspomnianego instytutu dodawali Balsam Szostakowskiego do maści Mikulicza zawierającej azotan srebra.

W innych badaniach przeprowadzonych w Rosji stwierdzono, że balsam równocześnie zmniejszał przekrwienie błony żołądka i zwiększał wydzielanie żółci do dwunastnicy. Nie podrażniał nabłonka. Tworzył ochronną powłokę zapobiegającą szkodliwemu działaniu kwasu i enzymów na owrzodzenia. Właściwości te niewątpliwie sprzyjają gojeniu wrzodów żołądka i dwunastnicy.

Balsam Szostakowskiego pomimo, że jest polimerem hamuje rozwój bakterii i grzybów. Posiada więc właściwości bakteriostatyczne i fungistatyczne. Zmniejsza również wrażliwość receptorów, działając przeciwbólowo i przeciwświądowo. Zmiękcza naskórek i bodźcowo pobudza mitozę komórek. Zmniejsza stan zapalny, zapobiega wysychaniu komórek. Pod wpływem vinylinum wytworzone blizny są bardziej płaskie i miękkie, przez co zmniejsza się ryzyko rozwoju keloidów (bliznowców).

Biorąc pod uwagę doniesienia naukowe i zebrane doświadczenia praktyczne z czystym sumieniem mogę polecić Balsam Szostakowskiego w leczeniu czyrączności, owrzodzeń żylakowatych, odleżyn, ropnych stanów zapalnych skóry, oparzeń popromiennych, chemicznych i termicznych, odmrożeń, zapaleniu sutka, świądu odbytu, nadżerek ginekologicznych. Jest skuteczny w terapii paradontozy, bolesnych owrzodzeń w jamie ustnej oraz zakażeń paciorkowcowo-gronkowcowych.

W przypadku choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy doustnie należy przyjmować 10 ml Balsamu Szostakowskiego 6 h po posiłku, 1 raz dziennie przez kilka tygodni.

Z uwagi na działanie powlekające przeciwwskazane jest zażywanie doustne vinylinum przy żółtaczce mechanicznej oraz ostrym zapaleniu pęcherzyka żółciowego.

Balsam Szostakowskiego stosuje się na skórę w postaci czystej lub w maściach, pastach i roztworach 20-50%. Jako podłoże dla vinylinum używa się lanolinę, eucerynę i oleje roślinne. Do Balsamu Szostakowskiego można dodawać inne substancje antyseptyczne i pomocnicze, nie wykazujące interakcji.

Na rynku polskim Balsam Szostakowskiego występuje pod nazwą handlową Avilin i jest dostępny w postaci butelek 50 i 100 ml bez recepty.



Aspirin

niekończąca się historia

Ze względu na ciągły rozwój nauk medycznych i farmakologii, prowadzący do coraz to nowych odkryć, „czas życia” większości leków jest stosunkowo krótki. Istnieje jednak lek, którego powyższa prawidłowość nie dotyczy. Aspirin firmy Bayer jest jednogłośnie uznana za super gwiazdę. Wynika to głównie z odkrycia, że kwas acetylosalicylowy (ASA) - substancja aktywna Aspirin działa nie tylko przeciwbólowo, przeciwgorączkowo i przeciwzapalnie, ale jest równie skuteczna w profilaktyce zawału mięśnia sercowego, udarów i wielu innych chorób układu krążenia.

Pomimo upływu ponad stu lat „saga” Aspirin może być w dalszym ciągu uznawana za nie kończącą się historię i to historię zaliczaną do grona najbardziej interesujących w dziejach medycyny. Ta mała tabletką została okrzyknięta wspianą również przez autorytety liczące się w świecie współczesnym. Królowa Elżbieta II, podczas wizyty prezydentowi Republiki Federalnej Niemiec w Wielkiej Brytanii w 1986 roku, powiedziała: „Niemieckie osiągnięcia dotyczą każdej dziedziny ludzkiego życia: filozofii, muzyki, odkrycia promieni X oraz masowej produkcji Aspirin.

1.1 Przyroda dawca

„Korzeni” Aspirin można poszukiwać w przyrodzie. Już Hipokrates (460 - 377 p.n.e.), zwany ojcem medycyny, mówił o przeciwbólowym działaniu soku pochodzącego z kory wierzby (Salix).

Ze współczesnych badań wynika, że sok ten zawiera kwas salicylowy. W średniowieczu zielarki gotowały korę wierzby podając tak przyrządzony gorzki wywar osobom cierpiącym z powodu bólu. Z czasem zakazano używania kory wierzby do celów leczniczych, gdyż okazała się ona ważnym surowcem w przemyśle lekkim. Z tego powodu przez długie lata nikt nie pamiętał o tej leczniczej roślinie.

Wprowadzona w 1806 roku przez Napoleona blokada Kontynentu uniemożliwiła import z Peru do Europy Środkowej chininy - najpowszechniej w tym czasie stosowanego środka

przeciwgorączkowego. Z konieczności zaczęto szukać środka zastępczego i naukowcy przypomnieli sobie wówczas o leczniczych właściwościach soku z kory wierzbowej.

W 1828 roku Johann Andreas Buchner, profesor farmacji z Monachium, rozpoczął produkcję żółtej masy z kory wierzby, którą nazwał salicylanem. Rok później, francuski farmaceuta Leroux przekształcił salicylan w formę krystaliczną. W 1838 roku włoski chemik Rafaele Piria oczyścił postać otrzymaną przez swoich poprzedników uzyskując w rezultacie kwas salicylowy. W 1853 roku Charles Frederic Gerhardt - chemik ze Strasburga - próbował otrzymać kwas acetylosalicylowy. Nie była to jednak postać chemicznie czysta i z tego powodu nietrwała.

Hermann Kolbe, profesor niemiecki, był w stanie określić budowę kwasu salicylowego i ostatecznie ustalił sztuczny sposób jego otrzymywania. Dzięki temu w 1874 roku rozpoczęto jego produkcję na skalę przemysłową, a wytworzony w ten sposób kwas salicylowy był dziesięciokrotnie tańszy od uzyskiwanego w sposób naturalny. Jednakże, z powodu okropnego smaku tego produktu oraz drażniącego wpływu na błony śluzowe, decyzja co do wyboru leczenia musiała być podjęta przez cierpiącego pacjenta.

1. 2 Wynalazek Feliksa Hoffmanna



Ostatnie słowo należało do chemika z firmy Bayer, doktora Feliksa Hoffmanna, który przekształcił kwas salicylowy poprzez jego acetylację, umożliwiając produkcję kwasu acetylosalicylowego w czystej i trwałej formie. W stosunkowo krótkim czasie Aspirin stała się najlepiej znanym środkiem przeciwbólowym na świecie.

Kiedy młody Hoffmann rozpoczynał swoje próby w celu znalezienia skutecznej i dobrze

tolerowanej substancji, która niosłaby ulgę cierpiącym na reumatyzm, nigdy - nawet w swych najśmielszych marzeniach - nie myślał o tak błyskotliwej karierze „leku stulecia”. Badania swoje prowadził w laboratorium „Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.” w Wuppertal w 1897 roku. Poszukiwania te miały związek z jego rodziną. Do szybkiej i efektywnej pracy motywowała go choroba ojca, który od wielu lat cierpiał z powodu rozdzierających bólów pochodzenia reumatoidalnego. Dla złagodzenia dolegliwości przyjmował salicylan sodowy - nieprzyjemny w smaku lek, powodujący mdłości, drażniący błonę śluzową jamy ustnej i żołądka. Chcąc pomóc ojcu, Hoffmann podejmował próby oczyszczenia kwasu salicylowego tak, aby stał się lepiej tolerowany i nie stracił swojej skuteczności. Ostatecznie odniósł sukces przeprowadzając reakcję acetylacji, tzn. otrzymując związek chemiczny powstały z kwasu salicylowego i octowego.

10 października 1897 roku, Feliks Hoffmann zapisał w swoim dzienniku laboratoryjnym przepis na otrzymanie kwasu acetylosalicylowego i tak stał się pierwszym „producentem” chemicznie czystej i trwałej formy tego związku. Po tak obiecujących wynikach nie trzeba było długo czekać na rozpoczęcie produkcji nowego leku. Zaproponowano dla niego nazwę „ASPIRIN.” Litera „A” pochodzi od „acetylowy”, a sylaba „spir” od substancji otrzymanej z soku rośliny *Spirea ulmaria*, która odpowiada pod względem chemicznym kwasowi salicylowemu.

1 lutego 1899 roku, nazwa Aspirin została zgłoszona jako znak handlowy, a 6 marca 1899 zarejestrowano ją w Urzędzie Patentowym w Berlinie pod numerem 36 433. W tym dniu rozpoczął się triumfalny marsz Aspirin przez karty historii medycyny.



Aspirin, podobnie jak prawie wszystkie leki w owym czasie była początkowo produkowana w formie proszku. Na przełomie wieków firma Bayer zaczęła mieszać aktywny składnik ze skrobią. Tak utworzoną miksturę wyłaczano w formie tabletek, które szybko rozpadały się w wodzie. Aspirin była pierwszym ważnym lekiem na świecie sprzedawanym w takiej postaci. Obecnie na wybór tabletki jako postaci leku mają wpływ czynniki ekonomiczne. Od

momentu wprowadzenia tej zmiany nie trzeba było więcej pakować każdej pojedynczej dawki w oddzielne papierowe torebeczki lub butelki, co zmniejszyło koszty produkcji o 50%. Tabletki przynoszą pacjentowi także inną ważną korzyść: gwarantują prawidłowe dawkowanie. W późniejszych latach znaleziono jeszcze inny powód do zmian: wykorzystano tę postać leku, aby umieścić na niej symbol firmy Bayer - wprowadzony w 1904 roku.

Już w pierwszym dziesięcioleciu po odkryciu Hoffmanna lekarze zaczęli zauważać, że kwas acetylosalicylowy pomaga w leczeniu wielu innych chorób i objawów niż to się początkowo wydawało. Z powodzeniem stosowano go w terapii zapalenia opłucnej, migdałków i pęcherza moczowego, jak również w bólach stawów, w leczeniu gruźlicy, rzeżączki oraz w zwalczaniu dny.

Badacze i naukowcy zachęteni sukcesem Aspirin nie ustawali w poszukiwaniach lepszych środków przeciwbólowych. Pojawiało się wiele nowych leków, równie dużo znikało, a kwas acetylosalicylowy trwał. Komisja Amerykańskiej Akademii Nauk, badając na początku lat siedemdziesiątych sprzedaż środków przeciwbólowych dostępnych bez recepty, stwierdziła, że najlepiej sprzedającym się środkiem był kwas acetylosalicylowy.

1.4 Odkrycie przeciwplatekowego działania kwasu acetylosalicylowego

W tym miejscu możemy rozpocząć kolejny wątek naszej nie kończącej się historii Aspirin. Mniej więcej w tym samym czasie, w którym naukowcy określili mechanizm przeciwbólowego działania kwasu acetylosalicylowego, inni badacze odkryli zupełnie odmienne jego działanie. Okazało się, że hamując płytki krwi (trombocyty), lek ten zapobiega krzepnięciu krwi. Działanie to stało się podstawą do zastosowania kwasu acetylosalicylowego w profilaktyce chorób układu krążenia.

9 października 1985 roku amerykański Departament ds. Żywności i Leków (FDA) ogłosił, że codzienne przyjmowanie kwasu acetylosalicylowego przez osoby po przebytym zawałe mięśnia sercowego zmniejsza ryzyko ponownego zawału o 20 %. U pacjentów z niestabilną chorobą wieńcową może ono być mniejsze nawet o ponad 50 %.



Telefony komórkowe dla aptek poprzez Śląską Izbę Aptekarską

Plus⁺

**Każdy kto ma zamiar kupić lub zmienić telefon użytkowany w aptece
powinien skorzystać lub przynajmniej sprawdzić ofertę,
którą stale dla Państwa negocjujemy.**

Szanowni Państwo!

Proszę pamiętać, że w naszej izbie stale rozwijamy współpracę z operatorami telefonii komórkowej, starając się dostarczać Państwu jak najkorzystniejszą ofertę.

Występowanie razem wobec operatora telefonii komórkowej daje nam możliwość występowania tak, jakby wszystkie apteki były jednym podmiotem gospodarczym tworzącym Aptekarską Korporację Telefoniczną.

Obecnie zawarliśmy porozumienie z **Plus⁺**, co daje nam korzystną ofertę zawierającą między innymi:

- ☑ **ceny połączeń do sieci i na numery stacjonarne: 0,20 PLN**
- ☑ **możliwość wydzwonienia 2400 MIN. miesięcznie do wszystkich PLUSów w cenie abonamentu lub za niewielką dopłatą,**
- ☑ **ceny połączeń do obcych sieci: od 0,35 PLN**
- ☑ **możliwość włączenia 5 wybranych numerów w PLUS lub na numery stacjonarne, do których rozmowy są bezpłatne,**
- ☑ **możliwość łączenia niektórych elementów oferty i wiele innych udogodnień.**

Wszystkich zainteresowanych proszę o kontakt:



Krzysztof Cwyl
Tel. kom. 603 93 56 05
krzysztof.cwyl.g300@plusnet.pl



Z uszanowaniem

*Prezes Rady ŚIA
dr farm. Stanisław Piechula*