



**Z mecenasem Krystianem Szulcem
rozmowa o korporacjach str. 2**

Silfarm

NAJLEPIEJ USYTUOWANA HURTOWNIA W POLSCE



**HURTOWNIA
FARMACEUTYCZNA
SILFARM SP. Z O. O.**

**40-246 KATOWICE
UL. PORCELANOWA 76
TEL. (032) 789 76 73
FAX (32) 209 04 66**



**www.silfarm.com.pl
silfarm@silfarm.com.pl**

**DZIAŁ SPRZEDAŻY 24h:
789 76 00; 209 00 44**



**PTFarm
Polskie
Towarzystwo
Farmaceutyczne**



Silfarm

ITERO



**IZBA GOSPODARCZA
APTEKA POLSKA**

KAMSOFT



SPIS TREŚCI

STANOWISKA, OPINIE, INFORMACJE

Od redakcji	2
Porozmawiajmy o korporacjach - rozmowa z mecenasem Krystianem Szulcem	2
Obuchem w łeb - felieton Anny Śliwińskiej	4
Profesora Dionizego Moski historia aptekarstwa śląskiego: Walenty Sojka, Przysięga aptekarza, Wstępny egzamin aptekarski	6
Odcinek 001 powieści science fiction	9
Odcinek 002 powieści science fiction	10
Fotografia dobra i subiektywna - Tomasz Witecki	12
Sylwetki Ruchu Młodych Aptekarzy	14
Dwie prawdy o hurtowniach farmaceutycznych - Agnieszka Mikoszewska	15
Plener malarski i fotograficzny w Myczkowcach	18
Cukrzyca - epidemia XXI wieku - Piotr Klima	21
Optymalna kontrola glikemii w cukrzycy osób czynnych zawodowo i wobec życia - Jerzy Masiakowski	25
Ekonomika leku - Tadeusz Szuba	31
BIULETYN NACZELNEJ IZBY APTEKARSKIEJ	42
DEPARTAMENT OBRONY I KONSOLIDACJI APTEK NRA	43
APOTHECARIUS - BIULETYN OIA W KATOWICACH ...	51
Kalendarium farmaceutyczne	51
Katowicki Goniec Apteczny	52
Pisma	71
Protokoły	84
Spotkania	94
Sprawozdanie z konferencji prasowej pod hasłem: "Tanie leki" - Andrzej Deląg	98
Konferencja naukowo szkoleniowa	102
BHP w aptece - Wojciech Polc	103
Jak zaoszczędzić trochę czasu i pieniędzy na kontaktach z NFZ - Stanisław Piechula	105
Rewolucja w małżeństwie - Krystian Szulc	106
Piszą o nas - przedruki prasowe	109
Inne informacje ze stron internetowych OIA	119
Kącik technika farmaceutycznego	122
BIULETYN IZBY GOSPODARCZEJ APTEKA POLSKA	123
POLSKIE TOWARZYSTWO FARMACEUTYCZNE	127
WIZERUNKI	
Itero	128
OGŁOSZENIA	130

Na okładce: mec. Krystian Szulc - radca prawny OIA
zdjęcie: *Małgorzata Handermänder-Lewicka*

Wydawca: **Okręgowa Rada Aptekarska w Katowicach**
ul. Kryniczna 15, 40-637 Katowice; tel.: 0-32 202-89-26,
fax: 0-32-252-02-44
e-mail: redakcja@katowice.oia.pl; http://www.katowice.oia.pl
Redaktor naczelny: Dionizy Moska
Członkowie kolegium: **Stanisław Piechula** - Prezes ORA w Katowicach
Genowefa Kruszec - Prezes OIA w Częstochowie
Sekretarz redakcji: **Małgorzata Handermänder-Lewicka**
Redaktor odpowiedzialny: **Jarosław Lewicki**
tel. do redakcji: 0-603-333-536

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

Druk: ARA-GRAF Katowice, www.aragraf.pl
Nakład: 1300 egz.



Od redakcji

W Polsce istnieje 131 zawodów korporacyjnych, w większości są to zawody służebne wobec społeczeństwa działając na rzecz dobrostanu tegoż. W starych cywilizacjach wyodrębniły się korporacje zawodów, które należały do elit społecznych jako takie były atakowane za swoje przywileje, które wydawały się zbyt wielkie. Podobnie mamy dzisiaj, zawody korporacyjne według niektórych to stowarzyszenia wzajemnej adoracji, a nie pamięta się o podstawowej zasadzie: w korporacjach zawodowych, obowiązki zdecydowanie górują nad przywilejami, to właśnie wskazuje ich służebny charakter. Organizacja korporacji jest podobna do kontynentalnego ustroju uczelni wyższych. Korporacji przewodzi

dziekan bądź prezes jako primus inter pares. W Polsce korporacje miały kilkudziesięcioletnią zapaść. Aptekarze stworzyli swoją organizację od zera. Upłynęło kilkanaście lat i korporacja staje przed problemami natury podobnej, na którą nie ma gotowości, o których nikt jeszcze niedawno nie myślał (apteki sieciowe, programy lojalnościowe). Dlatego korporacji trzeba strzec i ją rozwijać, bo wszak zachód uzyskał swoją stabilność m.in. przez znakomitą organizację zawodów korporacyjnych. Pamiętajmy o tym, warto więc przeczytać rozmowę z mec. Krystianem Szulcem, radcą prawnym OIA Katowice.

Jarosław Lewicki

POROZMAWIAJMY O KORPORACJACH

Rozmowa z mec. Krystianem Szulcem, radcą prawnym OIA w Katowicach

J.L.: *Na zachodzie korporacje to synonim stabilności. Ich siedziby, logo, są znane, a one same tworzą własne prawo, dzięki któremu zawody o skomplikowanej strukturze funkcjonalnej jak np. aptekarze mogą działać. W Polsce samorząd aptekarski ma prawie 15 lat, więc czas pokazać to co udało się zrobić i to przed czym stoi korporacja.*

Krystian Szulc: Od początku mojej pracy w Izbie starałem się wraz z Radą budować prestiż Państwa samorządu, temu służyło prostowanie wypowiedzi przedstawicieli PPP w prasie i kierowanie, co równie ważne wobec osób obraźliwie wypowiadających się o samorządzie aptekarskim, spraw do sądu.

Czas biegnie, od powstania Samorządu (19 kwietnia 1991 uchwalono ustawę o izbach aptekarskich) upłynęło już 14 lat. Chciałbym Państwu przybliżyć ideę korporacji

zawodowych.

Korporacja-tzn, zrzeszenie, związek osób łączących swoje działania dla osiągnięcia wspólnego celu (gospodarczego lub innego). Działanie musi być świadome i długotrwałe. (Wielka Encyklopedia Prawa wydanie 2000r). Samorząd aptekarski należy do jednych z najmłodszych pomimo, że działał już przed II Wojną Światową, jak też w czasie zaborów.

Obecny nie został reaktywowany, lecz powołany od nowa. Swoje zadania i obowiązki wykonuje w szybko zmieniającej się rzeczywistości ekonomicznej i prawnej w tak zwanych ciekawych czasach.

Odnosząc się do historii i działania innych samorządów np.: prawniczych można powiedzieć, że młodość macie Państwo za sobą, teraz czas na wiek męski. Uważam, że należy być dumnym z przynależności do swojej korporacji, (Aptekarz winno brzmieć dumnie), pomimo że często ją krytykujemy, nie jesteśmy zadowoleni (biorą składki itp.) jednak należy mieć świadomość, że bez

korporacji Państwa zawód zostałby sprowadzony, jak to określił Pan Konstanty Radziwiłł, Prezes NRL do „sklepu z lekami”, pytanie czy Państwo in gremio zgadzacie się na taką przyszłość i taką pozycję zaordynowaną przez lekarzy.

Moja korporacja radców prawnych powstała w 1982r przy sprzeciwie adwokatury, która broniła swojej wyłączności na obsługę prawną, bezskutecznie. Członkami naszej korporacji zostali prawnicy w większości po aplikacji radcowskiej prowadzonej do 1982r. przez Komisje Arbitrażowe (niby - sądy dla państwowych przedsiębiorstw). Od tego czasu nasza korporacja wykonała wielką pracę, aby zawód radcy prawnego zrównać z zawodem adwokata i zapewnić członkom naszej korporacji godną pozycję zawodową i szacunek społeczny oraz poszanowanie naszych praw, w tym przez Sądy i Organa Państwowe.

Tak samo działa od powstania samorząd aptekarski. Z niczego zbudowano ogólnopolską strukturę izb okręgowych, które są blisko swoich członków i dbają o ich prawa oraz budują lepiej lub gorzej obraz farmaceuty jako kwalifikowanego pracownika ochrony zdrowia, partnera, a nie bezwolnego wykonawcę poleceń w procesie leczenia.

Działalność ta jest solą w oku samorządu lekarskiego choć nie wiem dlaczego, nawet inaczej niż adwokaci, i nie powinni bać się o zabranie pacjentów, Państwo nie macie takich uprawnień, powinniście być partnerem i doradcą dla lekarza i pacjenta w zakresie leków, tak jak w innych krajach. Nie jest prawdą, że wszystko idzie w kierunku regałów z koszykami, gdzie pacjenci bez kontroli zakupują leki, a aptekarz jest zbędnym ogniwiem w procesie leczenia.

Jednak bez samorządu poprawa Państwa pozycji zawodowej w odbiorze społecznym nie będzie możliwa.

Pomimo wad jakie ma na pewno też korporacja radców prawnych (bo też muszą płacić składki i to niemałe) nie buntują się przeciwko temu obciążeniu gdyż uważam, że

korzyści przewyższają niedogodności.

Radca prawny z pogardzanego referenta prawnego w przedsiębiorstwie państwowym stał się samodzielnym i cenionym zawodem prawniczym o niekwestionowanych już dzisiaj kompetencjach i pozycji na rynku. Jesteśmy specjalistami prawa gospodarczego, staramy się nie uczestniczyć w sprawach karnych, choć drobne kompetencje nam przysługują.

Podobnie Państwo przez kilkanaście lat osiągnęliście wiele, ale przed wami dużo pracy, aby poszerzyć zakres uprawnień w ochronie zdrowia. Są już pierwsze jaskółki np.: recepta farmaceutyczna to ważny znak. Nie chodzi o to aby aptekarz wyręczał lekarza i leczył ludzi, ordynował leki itp., jednak ma być jego partnerem w procesie leczenia i co ważne, nie działać tylko z pobudek finansowych nastawionych na osiągnięcie jak



mec. Krystian Szulc: Jakość korporacji zawodowych podstawą funkcjonowania prawa

największego zysku, ale pełnić swą misję chroniąc zdrowie pacjenta.

Bez samorządu zbudowanie takiej pozycji zawodowej dla aptekarza patrząc z perspektywy korporacji radców prawnych nie byłoby możliwe.

Dziękuję za rozmowę
Jarosław Lewicki

OBUCHEM W ŁEB



mgr farm. Anna Śliwińska

Jak obuchem ogłusza „list otwarty” Śląskiej Społecznej Rady Porozumienia „ABS”.

Wystarczyło niewiele rozmów i konsultacji z aptekarzami i hurtowniami (w tym z Medicare, Salusem, Itero), by mieć pewność, że wszyscy uważamy stałe ceny urzędowe na leki refundowane, za sposób na powstrzymanie powstałego bałaganu cenowego i wynikające z tego wojny marketingowe (od cen, poprzez programy lojalnościowe do zabronionej reklamy).

Samo Medicare długo opierało się sugerowaniu obniżonych cen urzędowych. Salus sporządzając listę leków „za grosz”, w piśmie przewodnim doradzał aptekarzom ostrożność i bardzo przemyślane jej ewentualne wprowadzenie.

Wyda wa ło się, że wszyscy potraktowaliśmy działania marketingowe jako doraźny środek „z wyboru”, jak niebezpieczną broń groźną jak gaz bojowy w I- szej Wojnie Światowej do zastosowania w skrajnych przypadkach tzn. do walki z perfidnym marketingiem sieci (zwłaszcza Euroapteki).

Na tej bazie, przyjmując konkretną strategię obrony niezbędny nam (Radzie OIA i Prezesowi) był środek taktyczny w postaci przywołanej w artykule uchwały Rady OIA, która „mocowała” nasze działania.

Jak samorząd wybrany by reprezentować ogół ma znaleźć wpływ na każdego z osobna? Jak ochronić nasz i prestiż i byt byśmy wcześniej nie pozagryzali się nawzajem?

Szukające jest, że ŚSRP”ABS” widzi w uchwalewyłącznie „straszenie”. Większość aptekarzy i tak od dawna zasypia ze strachem o jutro swoich aptek. Potrafi też

odróżnić „środek” od „celu”.

Dziwi wywołany kilkoma tendencyjnymi, płatnymi artykułami, cytowanymi w liście, strach Rady ABS o prestiż i zaufanie do aptekarza z jednoczesnym przyzwoleniem na kompromitujący apteki marketing, a zwłaszcza przedstawianie go jako sposób na problemy aptek i najlepszą broń w nierównej walce z sieciami.

Teoretycznie wszyscy chcemy by nasza branża była wolna od wyrachowanego manipulowania pacjentem, od agresywnej i kosztownej reklamy. W praktyce nie kierujemy się choćby rozsądną analizą naszych możliwości, a tylko analizą cen sąsiada.

Wchodzimy w bezsensowny na dłuższą metę wyścig marketingowy, który skutecznie prowadzi tylko do ... ośmieszenia naszego zawodu:

- jak bazarowi handlarze (w różnej formie) nawołujemy „u mnie najtaniej”,
- wystawiamy w oknach „ceny dnia” jak podła knajpa wczorajsze danie,
- przekreślamy ceny leków oferując je po obniżce (nie jeden kupiec wystrzeżę się tych działań by nie kompromitować swej firmy sugestią, że jego towar mógł stracić jakość, świeżość, aktualność a tym samym wartość). Działania przez lata zastrzeżone dla towarów łatwo psujących się - jak śledzie z beczki my stosujemy z dumą, że przysparzamy sobie splendoru ogłaszając się „najtańszą” apteką
- bez uzasadnionej konieczności, często z zaskoczenia „najsprytniejsi” z nas wprowadzają „cosik za grosik”. Nawet jeśli gdzieś decydujemy się na zaniechanie wybranych marketingowych działań każdy chce wyjść ostatni by być choć o dzień „lepszym” od

reszty. Rozumiem, że można zachłysnąć się kapitalizmem, że można dokonać jednoznacznego wyboru pomiędzy „być” a „mieć”, można postawić sobie jako cel zasadniczy bogacenie się, zawierzyć bez reszty potężne marketingu ale... ale jest tyle innych branż do wyboru: spożywcza, przemysłowa, elektroniczna, itd. Dla ambitnych - handel żywym towarem, narkotyki, i parę innych. Po co upierać się przy kompromitowaniu zawodu, gdy ma jeszcze resztki zaufania społecznego?

Na zadane w liście retoryczne pytanie: „czy te poczynania (mowa o poczynaniach Rady OIA i Prezesa) nie leżą w interesie wielkich sieci i czy nie są przez nie

inicjowane” odpowiadam: NIE ! (co nie przeszkadza w wyrobieniu sobie zdania o pytających).

Członkowie Rady ABS obwieszczają w liście, że widzą sposób na rozwiązanie naszych wspólnych problemów: pojedynek marketingowy z sieciami i „przedstawianie argumentów wąskiej grupie fachowców z branży”. Proponuję by uwzględnić też np.: pouczenie dr Szuby, który wystosował protest przeciwko określaniu przez lekarzy apteki „**sklepem z lekami**”, by się na przyszłość nie wygłupiał lub chociaż uwzględnił votum separatum Rady ABS.

Anna Śliwińska



Widok na zalew w Myczkowcach

PROFESORA DIONIZEGO MOSKI HISTORIA APTEKARSTWA ŚLĄSKIEGO

Dionizy Moska



Prof. Dionizy Moska

Zasłużeni aptekarze II Rzeczypospolitej Polskiej Województwa Śląskiego.

Walenty Sojka 1887 - 1939

Farmaceuta, działacz plebiscytowy i zawodowy. Urodzony 13.02. we wsi Miejsce Odrzańskie w b. rejencji opolskiej, jako syn Walentego i matki Franciszki z domu Hereńskiej. Szkołę podstawową ukończył w tymże Miejscu Odrzańskim, zaś gimnazjum w Paszkowie. Następnie wstąpił na praktykę aptekarską, a po uzyskaniu (zdaniu egzaminu) stopień zawodowy pomocnika aptekarskiego, zapisał się na studia farmaceutyczne na uniwersytet im. Humboldta w Berlinie. Studia farmaceutyczne ukończył w 1916 r., uzyskuje następnie tytuł aptekarza aprobowanego. W 1930 r. W. Sojka obronił na Uniwersytecie Brukselskim dysertację doktorską.

Z dyplomem aptekarskim podejmuje pracę w jednej z aptek raciborskich. W dniu 1 kwietnia 1919 r. nabył aptekę od Jana Galińskiego, aptekę „Marianską” w Kuźni Raciborskiej. Prowadził ją tylko trzy lata. W tym czasie (1919 - 1922) nawiązał współpracę narodową z wybitnymi działaczami polonijnymi: drem Józefem Rostkiem, oraz aptekarzami: Michałem Wolskim, Emilem Gajdasem, Bonifacym Bałdykiem i innymi.

Podczas I powstania śląskiego został aresztowany przez „Grenzschutz”, ale po zwolnieniu w wyniku ogłoszenia amnestii w listopadzie 1919 r. włączył się ponownie do akcji propagandowej na rzecz przyłączenia Śląska do Rzeczypospolitej Polskiej. Z chwilą powołania Komisariatu Plebiscytowego w Bytomiu, W. Sojka został mianowany

kierownikiem Komitetu Plebiscytowego w Kuźni Raciborskiej, zaś podczas III powstania śląskiego sprawował obowiązki Komendanta Placu w tejże miejscowości.

Po podziale Górnego Śląska w 1922 r., Kuźnia Raciborska pozostała po stronie niemieckiej. Walenty Sojka był zmuszony opuścić tę miejscowość i przeniósł się na polską stronę. Osiedlił się w Tarnowskich Górach, gdzie zakupił od Niemca Ottona Panefskiego aptekę „Pod Eskulapem”, która istniała w tym mieście od 1879 r. Placówkę tę prowadził do 1930 r. W tymże roku przenosi się do Katowic, gdzie nabył z rąk niemieckich, najstarszą w tym mieście aptekę „Miejską” (założoną przez Grzegorza Tirpitzę w 1856 r.). Prowadził aptekę do wybuchu wojny w 1939 r. Po śmierci W. Sojki aptekę przejął powiernik niemiecki Hans Lauenstein, który prowadził ją do stycznia 1945 r.

W. Sojka był współzałożycielem i skarbnikiem pierwszej polskiej organizacji aptekarskiej na Śląsku. Organizacją tą było: „Towarzystwo Aptekarzy Polaków na Śląsku” (1922 r.), której prezesem był aptekarz Michał Wolski. W roku 1924 powstaje „Ogólny Związek Aptekarzy woj. śląskiego”, którego pierwszym prezesem został wybrany aptekarz Walenty Sojka (funkcję tę pełnił przez 7 lat). Organizacja ta weszła w skład (mając pełną autonomię lokalną) Polskiego Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego z Zarządem Głównym w Warszawie. W. Sojka był aktywnym działaczem Związku Powstańców Śląskich. Był prezesem Związku b. Więźniów Politycznych w Katowicach. Z okazji Święta

Niepodległości (1934 r.) został odznaczony „Gwiazdą Górno-śląską za zasługi położone w odzyskaniu niepodległości Ziemi śląskiej”. W 15 rocznicę III powstania śląskiego został odznaczony „Srebrnym Krzyżem Zasługi”. Tuż przed wybuchem II wojny światowej schronił się w Krakowie. Zmarł 11 września 1939 r. w Krakowie. Rodzina sprowadziła zwłoki do Murcek (dzisiejsza dzielnica Katowic) gdzie został pochowany we wspólnej mogile ze wcześniej zmarłym synem.

ródła:

F. Nowak: Walenty Sojka patriota i wybitny farmaceuta śląski. *Farm. Pol.* 1981, nr 10, s. 591 -592.; D. Moska: Apteki i aptekarstwo w autonomicznym województwie śląskim w II Rzeczypospolitej Polskiej w latach 1922 - 1939. Śląska Akademia Medyczna, 1992 r.

Dionizy Moska

Prezes Honorowy Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, Oddziału w Katowicach



Przysięga aptekarza

Przysięga aptekarza ma bogatą historię w Polsce i innych krajach Europy. W państwie pruskim przysięgę aptekarz zmuszony był złożyć przed przedstawicielem władzy miejskiej lub przed lekarzem urzędnikiem do spraw sanitarnych, albo przed dziekanem uczelni. Formuła przysięgi (Apothekereid), przymus jej złożenia i miejsce składania, przybierała w przeszłości różne treści.

Aptekarze na Górnym Śląsku składali przysięgę wobec urzędników starostwa i świadków: Dienst - Eid (przysięga służbowa) przykład:

„Ja Józef Steiner przysięgam Bogu Wszechmocnemu i Wszechwiedzącemu, że po tym jak zostałem zaaprobowany jako aptekarz w kraju królewskim jako poddany Jego Królewskiemu Majestatowi Prus, Mojemu Najłaskawszemu Panu będę wierny i posłuszny i wszystkie obligujące obowiązki będące w mocy mego zawodu oraz będące ponad nie, jak również wychodzące zarządzenia, ja zgodnie z moją najlepszą wiedzą i sumieniem dokładnie wypełniać pragnę, tak mi dopomóż Bóg. Bytom, 13 marca 1876r.”

Urząd Wojewódzki Śląski przesłał do Starosty w Pszczynie egzemplarze polskiej i niemieckiej rotacji przysięgi dla aptekarzy aprobowanych właścicieli i kierowników aptek publicznych, filii, aptek zakładowych obywateli polskich celem ich zaprzysiężenia (lipiec 1922r). Treść rotacji: „Przysięgam Panu B o g u W s z e c h m o g ą c e m u i W s z y s t k o w i e d z ą c e m u, że otrzymawszy aprobację do samo-dzielnego zarządzania apteką, wypełniać będę dokładnie wszelkie obowiązki, jakie nakłada na mnie mój zawód w myśl istniejących i przyszłych ustaw według mej najlepszej wiedzy i mego sumienia. Tudzież przysięgam, że jako obywatel polski zawsze i ze wszystkich sił dążyć będę do ugruntowania wolności, niepodległości i potęgi Rzeczypospolitej Polskiej, której zawsze wiernie służyć będę. Tak mi dopomóż Panie Boże Wszechmogący”.

Według powyższej przysięgi zaprzysiężeni zostali jedni z pierwszych aptekarzy w woj.śląskim:

1. Oskar Spiller, właściciel apteki w Pszczynie
2. Wacław Długaj, właściciel apteki w Pszczynie

3. Seweryn Pluciński, właściciel apteki w Starym Bieruniu
4. Alfred Goroll, właściciel apteki w Mikołowie
5. Bogusław Jabłonowski, kierownik apteki w Ligocie (k. Katowic)
6. Szczęśław Kurzętkowski, kierownik apteki w Orzeszu
7. Artur Chmielus, kierownik apteki w Tychach
8. Janusz Cetkowski, właściciel apteki w Murckach
9. Franciszek Herde, właściciel apteki w Siemianowicach Śl.

Dziesiątki farmaceutów w II Rzeczypospolitej Polskiej złożyło przysięgę śląską. Przysięga była strażniczką

moralności zawodowej. W III Rzeczypospolitej Polskiej farmaceuci śląscy powinni powrócić do tradycji z lat międzywojennych.

ródła:

Adlung A., Urdang G.: Grundriss der Geschichte der Deutschen Pharmazie, Berlin 1935, s. 66-68; Woj. Arch. Państw. Katowice, Akta Starostwa w Bytomiu L. B. sygn. 385; Archiwum Państwowe w Pszczynie, zespół Pszczyna, sygn. 2100.

Dionizy Moska

b. Prezes Okręgowej Izby aptekarskiej w Katowicach (I kadencji)



Wstępny egzamin aptekarski

Na obszarze Województwa Śląskiego wystąpiły od pierwszych miesięcy państwowości polskiej (1922 r.) złożone problemy deficytu wyższych i średnich kadr farmaceutycznych. Szczególnie ostro wystąpiła kwestia zatrudnienia personelu niefachowego w aptekach. Miały miejsce przypadki, iż przy pracy ściśle fachowej pracowały osoby niewykwalifikowane (przyuczone do zawodu). Był to okres kiedy w Polsce przyjmowano na praktykę do apteki osoby posiadające świadectwa maturalne. Po prawomocnym okresie uczniowskim przystępowały do egzaminu:

1. egzamin na tytuł pomocnika aptekarskiego przewidziany w przepisach (Zbiór Praw Ces. Ros. z 1905 r. t. XII).
2. egzamin tyrocynalny, przewidziany w przepisach rozp. Ministra Spraw Wewn. z dn. 5 marca 1912 r. (Dz. Ust. P. Austr. Nr 47).
3. egzamin wstępny, przewidziany w przepisach rozporządzenia Kanclerza Rzeszy z dn. 18 maja 1904 r. (Dz. C. rzeszy

Niem. s.150).

Aby przeciwdziałać zjawisku zatrudniania ludzi przyuczonych, Wojewoda Śląski, mianował w lipcu 1923 r. Wojewódzką Komisję Egzaminacyjną dla aptekarskich egzaminów wstępnych, według rozporządzenia Rady Związkowej Rzeszy Niemieckiej (18.V.1904) na przeciąg lat trzech w składzie: Przewodniczący - dr Józef Rostek, Naczelnik Wydziału Zdrowia Publicznego Województwa Śląskiego w Katowicach. Członkowie: aptekarz Wiktor Grzesiecki, referent aptekarski Wydziału Zdr. Publ. (równocześnie zastępca przewodniczącego), oraz aptekarz Józef Nowoziemski (właściciel apteki w Katowicach. Zastępcy: aptekarz Jan Zagórski, właściciel apteki w Katowicach oraz aptekarz Mieczysław Estkowski, właściciel apteki w Królewskiej Hucie (obecnie Chorzów).

ródła:

Gazeta Urzędowa Woj. Śląskiego nr 25 (14 lipca 1923 r.). Archiwum prywatne autora.

Dionizy Moska

Czy zastęp Najwaleczniejszych Rumaków Apothekari zdąży?

Wstęp.

Na odległej planecie Farmakari żyło sobie jedno z wielu osiadłych tam plemion Apothekari, którego głównym zajęciem był drobny, namiotowy handel ziołami. Zioła dostarczali im pośrednicy Hurtari a Ci brali je od wielu lokalnych jak i zagranicznych Produkarci.

Przez jakiś czas Apothekari żyli jak pączki w maśle i wiodło im się bardzo dobrze, ale niestety raj nie trwał wiecznie. Apothekari zaczęli podupadać ze względu na wiele czynników, z których w szczególności warto wymienić takie jak: 1 - nadmierny rozwój ich plemienia na zbyt małym terenie, 2 - zbyt duża pazerność i cwaniactwo niektórych współplemieńców, 3 - podejmowanie tego samego fachu przez inne kasty a w szczególności Nieapothekari, 4 najazd wędrownych plemion, z których najbardziej dawało się we znaki dzikie, wschodnie plemię Eurari, 5 lawinowe i często zakamuflowane przejmowanie rynku przez Hurtari.

Z pewnością warto opisać jak Apothekari dali się podejść przez niektórych Hurtari, którzy podszywając się pod najlepszych przyjaciół perfekcyjnie tworzyli swoją sieć namiotów otwierając własne jak i przejmując namioty Apothekari. Najszybciej rozwijała swoje sieci grupa Szwaji oraz Olszy, jednak o tym to innym razem.

Teraz warto zacząć od tego, jak Apothekari w związku z coraz gorszą sytuacją swojego plemienia postanowili się zorganizować, by z nowymi przywódcami podjąć walkę o istnienie swoje plemienia i o ratowanie tego, co zaprzepaścili poprzedni wodzowie. Coraz więcej Apothekari zaczynało rozumieć powagę sytuacji i fakt, że plemię Apothekari bez swoich namiotów zamieni się z dumnych handlarzy ziół w bezrobotną i bezimienną masę, którą Szwaja, Olsza i inni będą zatrudniali w swojej sieci namiotów. Niestety ta tajemna wiedza docierała do mózgów

Apothekari zbyt wolno a sytuacja stawała się coraz bardziej beznadziejna.

W celu ratowania sytuacji próbowano wybrać we wszystkich drużynach w kraju najmądrzejszych i najwaleczniejszych zuchów by działali lokalnie. Wysłano też ich na Krajowy Zjazd Apothekari (KZA), by tam z kolei wybrać

z a s t ę p
Najwaleczniej
s z y c h
R u m a k ó w
A p o t h e k a r i
(NRA), który
w s z y s t k o
skoordynuje
i pokieruje
działaniami
centralnie.
W y b r a n o
także nowego



wodz, który miał naprawić błędy starego wodza Hamana i poprowadzić Apothekari do zwycięstwa. Wybrano młodego jak na to plemię wojownika, który niedawno prowadził jeden z podjazdów mających ratować sytuację i doprowadził do ograniczenia sieci namiotów, które można otwierać. Niestety Szwaja dość szybko znalazł sposób by to obejść i zagrał plemieniu Apothekari na nosie, tłumacząc im jeszcze, że to dla ich dobra.

Wielkie nadzieje pokładano w nowym wodzu zwanym Gołębiem, gdyż sytuacja stawała się z dnia na dzień coraz gorsza. Gołąb zaproponował swoją strategię, powołanie bojówek w zastępie NRA i energiczne zajęcie się najważniejszymi sprawami.

Wybrano także zastęp dla Gołębia, by pod jego dowództwem walczył o los współplemieńców. W wyborze zastępu NRA niestety nie zastosowano jakiegokolwiek selekcji pozytywnej i każda drużyna robiła wszystko by wepchać do niego swoich ludzi.

Wybrany zastęp pod wodzą Gołębia

rozpoczął swoją wędrówkę ku słońcu. Od samego początku dawał się we znaki brak zgrania i nieudolność a funkcjonowanie Najwaleczniejszych Rumaków Apothekari najlepiej obrazuje ogólny schemat ich działania np. porównany do eskapady autobusowej.

Zuchy jadą autobusem i chcą dojechać do celu by jak najlepiej załatwić tysiące spraw, które w dodatku stale się piętczą. Każdy zuch uważa, że inna sprawa jest najważniejsza a niektóre sprawy są nawet niebezpieczne, i choć te niebezpieczne są najważniejsze, to część zuchów woli ich nawet nie ruszać. Niektóre zuchy mają nawet sprawy kontrowersyjne i sprzeczne ze wspólnym interesem a tejsze chcą załatwić.

Jak w każdej grupie obok charakterów pozytywnych są też olewusy, dyskutanci, ostatnie ciamajdy, nieudacznicy i chyba nawet dywersanci reprezentujący po cichu interesy innych plemion. Niektórzy pomimo, że bardzo pchali się do tego zastępu, nic nie robią a nawet opuszczają kolejne zbiórki. Gołąb kierując autobusem jedzie zbyt wolno by była szansa dotarcia na czas, a jeszcze co chwila wjeżdża w ślepią uliczkę. Co jakiś poważniejszy zakręt to wali w drzewo, wszyscy wychodzą, próbują naprawiać autobus. Czasami jakiś rozżalony zuch nie wytrzymuje i napomina kierowcę mając nadzieję, że ten zrozumie swoją rolę i powagę sytuacji. Kierowca się oburza, tłumaczy, że

chce jak najlepiej i zapewnia, że już będzie jechał dobrze. Autobus znowu rusza, by na kolejnym zakręcie przywalić w następne drzewo. Znowu ta sama sytuacja a szanse na dotarcie na czas są coraz mniejsze. Kierowca by załagodzić kolejny wypadek proponuje napisanie regulaminu kierowania autobusem, by nie było mu wolno wrąbać w kolejne drzewo, gdyż okazało się, że ktoś go do tego wypadku namówił. Zuchy robią postój i piszą regulamin w sprawie zakazu wrąbienia w drzewa, jednak czas ucieka. A co będzie jak na kolejnym zakręcie kierowca wrąbie w latarnię? Czy będą pisać kolejny regulamin dotyczący latarni?

Co robić? Czy należy jechać dalej i mieć nadzieję, że kierowca po drodze nauczy się prowadzić i może dojedziemy do celu? Czy zuchy zdążą napisać wszystkie regulaminy dla kierowcy? A może lepiej wznieść bunt na pokładzie i wymienić kierowcę? A może ten kierowca robi wszystko by nie dojechać na czas? Co gorsza zuchy też w niewielu sprawach są zgodni, co utrudnia realizację najważniejszych zadań.

W następnych odcinkach inne sensacyjne historie, jak np. bulwersująca sprawa udostępnienia proporca zastępu NRA.

Wszelkie możliwe podobieństwa do realnych sytuacji i prawdziwych osób są całkowicie przypadkowe i niezamierzone.

Pienisław Stachula z klanu Piechulonów



Odcinek 002 opowieści science fiction

O bulwersującym przekazaniu proporca zastępu Najodważniejszych Rumaków Apothecari

Zastęp Najodważniejszych Rumaków Apothekari wybrał spośród siebie mniejszą i bardziej mobilną grupkę zwaną Presidio, której zadaniem było głównie przygotowywanie przedpola dla

ewentualnych działań zastępu.

Pewnego marcowego dnia Gołąb zwołał naradę Presidio przy ognisku tuż obok 16 skały na Długiej drodze do Warszarki. Obok wielu poruszanych spraw Gołąb

poinformował zgromadzonych zuchów, że grupa Dziesiątak organizuje zlot dla Apothekari i chciałyby firmować spotkanie proporcem zastępu Rumaków. Zuchy od razu podniosły la rum, że przecież grupa Dziesiątak, to tylko przykrywka, gdyż w rzeczywistości zlot organizuje głównie Szwaja podszywając się pod Przyjaciela Gromady Farmakari, by namawiać i wciągać naiwnych Apothekari w swoje plany stworzenia największej sieci namiotów handlujących ziołami. Gołąb przypomniał jednak, że zastęp Rumaków Apothekari już od kilku lat firmuje te zloty, co zapoczątkował i wspierał poprzedni wódz Haman. Pomimo informacji, że w zlocie weźmie udział prawie tysiąc braci Apothekari, Zuchy nie były skłonne przekazywać proporca, tym bardziej, że Szwaja pozwał zastęp Rumaków przed oblicze szeryfa. Zuchy obawiały się ponadto, że spotkanie zostanie wykorzystane do prania mózgow Apothekari jak to niedawno miało miejsce na podobnym zlocie w stolicy sąsiedniego państwa Pepikarji.

Zuch Pienisław zaproponował, by w takim razie złożyć warunkową propozycję, polegającą na udostępnieniu proporca pod warunkiem zaproszenia na zlot całego zastępu Rumaków z możliwością wzięcia udziału w wykładach i dyskusjach. Może gdyby zaistniała możliwość przemówienia Zuchów do tych Apothekari, których zdążono już otumanić, chociaż kilku z nich zrozumiałoby, w co są wciągani i że w swojej naiwności trzymając ze Szwają, przyspieszając upadek swojego plemienia. Presidio nie wierzyło, że Szwaja zaryzykuje takie rozwiązanie, gdyż mogłoby to pokrzyżować plany kolejnego prania mózgow, jednak przegłosowało przedstawione propozycje i klamka zapadła. Gołąb miał przedstawić organizatorom dwie propozycje: zgodę na wykorzystanie proporca z jednoczesnym zaproszeniem na zlot całego zastępu Rumaków lub zakaz podszywania się pod zasęp Rumaków i wykorzystywania proporca.

Wszystko było jasne i nie budziło żadnych

wątpliwości, jednak niebawem okazało się, że w chwili gdy Zuchy obradowały przy ognisku, Szwaja już pełną parą dostarczał do namiotów Apothekari glejty zapraszające na organizowany zlot, a na glejtach już widniał proporzec Rumaków i podpis Gołębia firmujący zaproszenie autorytetem zastępu Najodważniejszych Rumaków Apothekari.

Pienisław podjął próbę obrony proporca zastępu Rumaków i udowodnienia, że Szwaja i grupa Dziesiątak bezprawnie go używa, jednak nagle poczuł się jakby został ugodzony nożem w plecy. Okazało się, że prawda jest zaskakująca i bardzo bolesna, gdyż Gołąb albo prowadzi zaplanowaną i przemyślaną podwójną grę albo musi być ostatnim bałwanem. Wyszło na jaw, że Gołąb już wcześniej przekazał proporzec Szwaji i grupie Dziesiątak, co zataił robiąc kabaret z narady Presidio, gdy pytał Zuchów o ich zdanie i decyzję.

Jak potoczy się dalsza historia proporca? Co z tego wyniknie na najbliższej naradzie całego zastępu Zuchów? Czy zastęp Rumaków w takim składzie jest w stanie dokonać czegokolwiek dla plemienia Apothekari, gdy już nikt nie zaufa Gołębiowi? A może to była właśnie ta kropla, która przelała czarę goryczy i Gołąb powinien się podać do dymisji? Wszyscy już chyba mają tylko mętlik w głowach, a zastęp Rumaków jest zbyt słaby i podzielony, by podejmować decyzje o znaczeniu strategicznym.

Tysiące problemów, wrogowie w maskach najlepszych przyjaciół przejmują namioty Apothekari, w zastępie Rumaków bardzo trudne chwile, a czas działa na naszą zgubę i ucieka jak nigdy dotąd.

Co przyniesie przyszłość dla Apothekari dowiemy się w kolejnych odcinkach.

Zuch z zastępu Rumaków Apothekari

Pienisław Stachula

(Wszelkie możliwe podobieństwa do realnych sytuacji i prawdziwych osób są całkowicie przypadkowe i niezamierzone).





mgr farm. Tomasz Witecki

Tomasz Witecki ur. 2.10.1973. Ukończone studia magisterskie na Wydziale Farmacji ŚAM w Sosnowcu w 1998 r.

Ukończone studia magisterskie Wydziału Zarządzania AGH w Krakowie w 2004 r. Praca zawodowa: Śląska Akademia Medyczna, Katedra Biologii Molekularnej, Biochemii i Biofizyki, Zakład Biofizyki 1998-2000 Praca w Cefarm Śląski - hurtownia farmaceutyczna - kierownik mag. nark. i psychotropów oraz Dział aptek własnych: - zastępca dyr. ds. aptek 2000 - 2003 Aktualnie: kierownik hurtowni farmaceutycznej Milo SA Zainteresowania: fotografia, sport w różnym wydaniu: narty, basen, tenis, rower, podróże.

Fotografia zawsze była hobby dość popularnym, a ostatnio dzięki coraz większemu upowszechnieniu się fotografii cyfrowej przechodzi drugi rozkwit. W dzisiejszym świecie fotografować może każdy, do woli, bez ograniczeń, efekty widzimy od razu, a w przypadku niezadowolających zawsze możemy wykasować i powtórzyć próbę. Powstają dziesiątki zdjęć, ale często jesteśmy niezadowoleni z wyników. Widzimy zdjęcia na wystawach, w internecie, podobają się nam, a tym „naszym” ciągle czegoś brakuje. Co jest przyczyną tego stanu rzeczy? Co powoduje, że przywozimy zdjęcia z wakacji i znajomi oglądają je jak film: następne, następne, Mamy album 100 czy 200 zdjęć, który jest przekartkowany w ciągu pięciu minut.

Jak to często bywa, przyczyn jest kilka.

Po pierwsze aparat. Bardzo popularna ostatnio jest pogoń za coraz lepszymi aparatami cyfrowymi, co kilka miesięcy wychodzi kolejny model lepszy od poprzedniego. Niemniej podczas zakupu warto się zastanowić, na jakich parametrach naprawdę mi zależy i które realnie jestem w stanie wykorzystać. Wiele osób patrzy na wielkość matrycy (odpowiednik filmu w aparacie cyfrowym), ale tak naprawdę czy jesteśmy w stanie wykorzystać tak duże rozdzielczości? Obecnie można kupić aparaty

FOTOGRAFIA DOBRA I SUBIEKTYWNA

z 6, 8 mio megowymi matrycami, ale kto robi zdjęcia wielkości A4? To samo dotyczy obiektywu, kupując aparat z 10, 12-krotnym zoomem często zapominamy o tym, że obiektywy takie mają dość duże wady optyczne, poza tym przy dużych wartościach ogniskowych przepuszczają dość mało światła stwarza to ograniczenia w trochę trudniejszych warunkach oświetleniowych. Myślę, że warto czasami kupić trochę tańszy aparat, a pozostałą kwotę, jaka nam zostanie, przeznaczyć na dodatkowy osprzęt w postaci statywu, filtrów, itp. Pozwoli to nam na lepsze wykorzystanie aparatu, a w konsekwencji wykonanie lepszych zdjęć.

Tak czy inaczej jakiś aparat musimy mieć, żeby robić zdjęcia, a aparat to dopiero mniejsza część sukcesu. Drugą, najważniejszą sprawą, to umiejętność wypatrzenia jakiegoś motywu, a następnie skadrowania. Wokół nas jest mnóstwo motywów na zdjęcie, trzeba tylko umieć „patrzeć przez obiektyw”.

W przypadku fotografowania krajobrazów warto pamiętać o tym, że często kolory, jakie obserwujemy okiem, nie wyjdą takie ładne na zdjęciu. Szkło zastosowane w obiektywach nie jest idealne, efekt, jaki uzyskujemy, daleki jest wtedy od rzeczywistości. Ciekawym doświadczeniem jest porównanie kolorów raz patrząc przez obiektyw, a raz nie, widać wtedy wyraźnie różnice. Często o tym zapominamy skupiając się na motywie zdjęcia. Warto też zobaczyć dane miejsce kilka razy, ponieważ gra światła o różnych porach dnia może dawać odmienne efekty.

Częstym fotografowanym motywem jest przyroda. W przypadku roślin, ogrodów pamiętajmy o pobawieniu się głębią ostrości, nie zawsze wszystkie motywy muszą być ostre, ciekawe efekty uzyskuje się przez wyostrenie tylko pierwszego planu. Z kolei uchwycenie zwierząt może być czasami problemem, szczególnie uchwycenie w ruchu, w jakiejś ciekawej pozycji lub akcji. Może to wymagać od nas dużej cierpliwości, tutaj również operowanie ostrością może przynieść

ciekawe efekty, np. zamazane tło często pokazują dynamikę danej sceny.

Wykonywanie zdjęć architektury, pomieszczeń wydaje się niezbyt trudne, ale i tutaj często popełniane są podstawowe błędy. Musimy pamiętać o tym, że błona filmowa czy matryca nie ma takiej samej możliwości kontrastu jak oko ludzkie. Ustawiając system pomiaru światła na matrycowy, wielosegmentowy czy tym podobny, zmuszamy aparat do wykonania zdjęcia, którego parametry są niejako średnią całego kadru. Otrzymujemy zdjęcia, gdzie część obrazu jest niedoświetlona, a część prześwietlona. Przykładem takich zdjęć są okna w pomieszczeniach, gdzie przedmioty są ciemne i bez szczegółów, natomiast okno pokazane jest jak biała wypalona plama.



Tomasz Witecki: Fotografia czarnobiała to fotografia półtonów

Poeksperymentujmy trochę z korekcją naświetlania, zmierzmy światło dla różnych obszarów, zdecydujemy, czy zależy nam bardziej na obszarach ciemniejszych czy jaśniejszych i tak naświetlmy zdjęcie. Ewentualnie wykorzystajmy lampę błyskową, aby całe zdjęcie wyszło naświetlone. Wiele osób nawet nie zdaje sobie sprawy, że praktycznie lampy wbudowane w aparat ze względu na swoją niewielką moc w większości przypadków służą tylko doświetlaniu motywów, a nie do pracy samodzielnej.

Chciałbym również zwrócić uwagę na często powtarzany błąd przy robieniu zdjęć wakacyjnych: widzę ogromną budowlę, nawet ładną i jakiegoś małego ludzika. Po pytaniu

dowiaduję się, że jest to delikwent, który chciał zaznaczyć swoją obecność w tym miejscu. No i zaznaczył, szkoda tylko, że trzeba się domyślać, kto to jest. Chcąc zrobić zdjęcie osobie na tle czegoś, zastanówmy się, czy koniecznie musi być widoczna cała budowla, bo osoba często jest mała w stosunku do reszty i sens takiego zdjęcia gubi się całkowicie. Jeżeli jednak koniecznie musimy objąć budowlę, to np. oddalając się od obiektu zaproponujmy delikwentowi również zrobienie paru kroków w naszym kierunku. Przed naciśnięciem spustu migawki zobaczmy, jaką część kadru zajmuje, bo po wywołaniu zdjęcia również będzie taką samą część zajmował. No i oczywiście niekoniecznie musi stać na baczność w samym centrum kadru.

Spotkałem kiedyś podział zdjęć, który mi się spodobał: zdjęcia obiektywnie dobre czyli ładne i subiektywnie dobre. Zdjęcie obiektywnie dobre jest w znacznej części wytworem techniki. Jest to uchwycenie jakiegoś ciekawego motywu i uwiecznienie na kliszy lub matrycy przy odpowiednio dobranych parametrach. Z kolei zdjęcie subiektywnie dobre to takie, które ma w sobie zamaskowaną

treść, polecenia, które często coś wyraża. Takie zdjęcia są niepowtarzalne i warto nad takimi chociażby z tego względu trochę popracować. Przy tworzeniu takich zdjęć trzeba pracować umysłem, a nie oczami, celowo naginać rzeczywistość, ale robić to w umiejętny sposób. Takie zdjęcia mogą kiedyś być dla kogoś chwilą zadumy, zwrócenia uwagi na rzeczy oczywiste, czy wreszcie być początkiem ciekawej dyskusji. Do takich eksperymentów chciałbym Państwa namówić, a być może kiedyś przy okazji pleneru zorganizowanego przez Apothecariusza czy OIA uda się spotkać i podyskutować.

Tomasz Witecki

SYLWETKI



Ruch Młodych Aptekarzy

Eliza Kowalczyk - Urodziłam się 10 listopada 1978r. Tytuł magistra farmacji otrzymałam w 2002 po pięciu latach nauki na wydziale farmaceutycznym Śląskiej Akademii Medycznej w Sosnowcu. Obecnie jestem współwłaścicielem, razem z moimi rodzicami, małej apteki o nazwie "Imielińska" w niewielkiej miejscowości Imielin, niedaleko Mysłowic w woj. śląskim. Wspólnymi siłami staramy się prowadzić nasz mały "biznes" i myślę że wychodzi nam to sprawnie. Mamy stałych klientów, którzy zawsze wracają do nas, a przecież uśmiech i dobre słowo od pacjenta są bezcenne. Kontakt z drugim człowiekiem jest bardzo ważny, więc staramy się pracować tak, aby klienci byli zadowoleni. Oprócz tego pracuję jeszcze na pół etatu w Chełmku w woj. małopolskim. Jest to dla mnie cenne doświadczenie, dużo się tam uczę i poznaję nowych interesujących ludzi, również z mojej branży.



*mgr farm. Eliza
Kowalczyk - Skarbnik*

Staram się uczestniczyć w spotkaniach organizowanych przez OIA, PTF, hurtownie farmaceutyczne i firmy farmaceutyczne żeby poszerzyć swoją wiedzę na tematy związane nie tylko z zawodem, ale zarządzaniem i marketingiem w aptece. Część mojego wolnego czasu poświęcam na język angielski. Od pół roku uczęszczam do szkoły języków obcych. Moją największą pasją są książki. Mam oczywiście swoich ulubionych. Jednym z nich jest Stephen King. Jego krótkie opowiadania, powieści psychologiczne, horrory są warte przeczytania. Szczególnie polecam "Miasteczko Salem", "Christine Dolores" czy "Wielki marsz" (napisana pod pseudonimem Richard Bachman). Wiele z tych książek zostało zekranizowanych i na pewno każdy je oglądał, np. "Zielona mila", "Uciekinier", "To". Ostatnio pojawił się nowy cykl "Mroczna wieża". Polecam, dla fanów Kinga świetna. Drugim autorem jest Terry Pratchett. Jak ktoś lubi poruszać się w świecie fantazji, czarownic, czarodziejów, bóstw, kto chce się przekonać jak dziwnie żyje się w świecie o kształcie dysku noszonym na słoniach i żółwiu to koniecznie musi przeczytać powieści o Świecie dysku. Serdecznie zachęcam do tej lektury. Staram się również dbać o swoją kondycję. Regularnie uczęszczam na aerobic. Wiosną i latem uwielbiam urządzać sobie przejażdżki rowerem bądź na rolkach po okolicznych miejscowościach i lasach.

Damian Nowak - ur. 27 września 1974 r, byłem uczniem Liceum Ogólnokształcącego im. Tadeusza Kościuszki w Mysłowicach (obecnie LO nr I w Mysłowicach), następnie studia na Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach Wydział Farmaceutyczny w Sosnowcu.

Pracę rozpocząłem od razu po otrzymaniu tytułu mgr farm. w sierpniu 1998 r. Staż odbywałem a Aptecę Cefarmu Śląskiego w Brzezince. Następnie pracowałem w aptekach w Bieruniu oraz w Tychach. Obecnie pracuję i prowadzę własną Aptekę w Mysłowicach. Jestem członkiem PTFarm. W roku 2002 uzyskałem dyplom pierwszego stopnia specjalizacji w dziedzinie farmacji aptecznej (mgr farmacji aptecznej).

Mój dziadek dr n. farm. Franciszek Nowak i mama byli aptekarzami, obecnie ja kontynuuję tradycję rodzinną. Moim hobby jest filmowanie video, fotografia oraz obróbka i montaż materiałów wykonanych tymi technikami. Wiążę nadzieję z Ruchem Młodych Aptekarzy na obronę tradycyjnego charakteru aptekarstwa polskiego (zgodnie z wzorem panującym w Austrii i Niemczech), aby nie dopuścić do sytuacji, która obecnie ma miejsce w Skandynawii, gdzie aptekarstwo z prawie 400 letnią tradycją obecnie prawie przestało istnieć - stało się tak w przeciągu dwóch lat obowiązywania ustawy, którą obecnie przerabiamy w Polsce.



*mgr farm. Damian Nowak
- Zastępca Przewodniczącego*

Damian Nowak

JAN STASICZEK

XI MARATON RZYMSKI 13.3.2005*Relacja uczestnika*

Pomysł by wziąć udział narodził się na 5 tygodni przed samym startem. Cóż było robić - jako że przygotowania nie były z założenia czasowego (sezon biegowy dopiero zaczęty) dopięte na ostatni guzik plan i wyniki także nie były ambitne. W założeniu bieg powinien obcyć się... bez dużych szkód zdrowotnych, więc zakładany wynik oscylował w okolicach 4 godzin. Przed samym startem w zasadzie ostatni miesiąc- treningi zostały ciut bardziej zintensyfikowane i przeplatane startem na 15 km w Trzemesznie (3 Zimowy Bieg Trzech Jezior w dni 17.2.05 czas 1h:06) oraz Sztafetowymi Mistrzostwami Polski w biegu 12 godzinnym pod ziemią w kopalni soli w Bochni. Ten ostatni start nadwyreżył mój „akumulator” w dużym stopniu, a do tego przyplątała się jakaś infekcja nie obyło się bez antybiotykoterapii... Maraton w Rzymie nabierał coraz bardziej charakteru „turystycznego” niż walki o jakikolwiek wynik. Cóż, rekord życiowy 3:10.54 na pewno nie będzie poprawiony więc bezpośrednio przed startem skupiłem się na skutecznej metodzie powrotu do zdrowia.

Sam maraton w Rzymie to jeden z młodszych maratonów w stolicach Europy. Warszawa (najstarszy maraton w Polsce) tu może się już poszczycić prawie 27 letnią tradycją (27 edycja biegu odbędzie się 18.09.2005), zaś najstarszy maraton w Europie jest maraton u naszych sąsiadów - w Koszycach, gdzie w tym roku będzie miała miejsce, aż 81 edycja Maratonu Mieru (Pokoju). Dla pełniejszego obrazu należy dodać, iż najstarszy maraton na świecie odbywa się co roku w Bostonie. Tu odbędzie się już za parę tygodni, 18.04.2005 po raz 109, maraton uznawany za jeden z najbardziej prestiżowych, taka kolebka maratonów.



Jan Stasiczek po ukończeniu XI Maratonu Rzymskiego

Stolica Włoch jak przystało powitała nas ciepłem i słońcem- nasze zimowe ubiory dość szybko powędrowały po wylądowaniu na dno plecaka. Z lotniska dociera nasza 6 osobowa grupa do Biura maratonu zlokalizowanego przy ulicy Viale della Moschea. Szybko dokonujemy rejestracji, odbieramy swe numery startowe z umieszczonymi wewnątrz nich chipami elektronicznymi oraz dostajemy plecaki z koszulkami i pakietem upominków od sponsorów maratonu. Dokonać tu także można rejestracji dla tych, których dystans maratoński przestrasza, do biegu na dystansie 5 km rejestruje się tu nasza koleżanka i jako jedna z paru dziesięciu tysięcy biegaczek pobiegnie o 9:30 jutro tzw. Fun Run.

Biuro zawodów mieści się na terenie targów sportowych gdzie można także zobaczyć i kupić nowe modele obuwia sportowego, stroje biegowe, dowiedzieć się o interesujących biegach we Włoszech i całej Europie. Kupujemy także Marathon Card uprawniającą każdego biegacza do bezpłatnego korzystania przez tydzień ze wszystkich środków transportu w Rzymie i od

razu z niej korzystamy docierając do hoteliku. W sobotni wieczór część ekipy udaje się podziwiać uroki rzymskiej stolicy, zaś druga grupa przygotowuje się powoli do jutrzejszego biegu.

Niedziela - maratonu czas zacząć - od wczesnego ranka trwają przygotowania do biegu. Każdy z nas ma różną taktykę, dietę i w końcu sam ubiór. O godzinie 7:30 wychodzimy piechotą na miejsce startu obok Colosseum. Podczas spaceru mijają nas rzesze biegaczy, którzy dziś także są głównymi aktorami tego wielkiego wydarzenia pod nazwą „XI Maratona Della Citta Di Roma”. Przed startem można się wspaniale pobudzić na rozgrzewce, którą prowadzi jedna z instruktorek fitnessu. Każdy mógł rozgrzać nogi na jednym z 60 rowerków treningowych oraz ćwicząc w takt skocznej muzyki. Oddajemy rzeczy do jednego z kilkunastu stojących tam w pełniących rolę szatni. Ubrani już w stroje startowe truchtamy powolutku. Zbliża się

godzina startu. Napięcie rośnie - powoli udajemy się do swych sektorów startu (3 sektory w zależności od podanego rekordu życiowego) i...następuje wspólne odliczanie sekund do chwili rozpoczęcia biegu. Pogoda zdaje się nam płatać figla, gdyż wzmaga się za chmurzenie i powstają obawy, iż zmokniemy - na szczęście Rzym jak to Rzym - słoneczko jeszcze nie raz da nam popalić.

START-ruszamy- ciężko nabrać stosowną prędkość wśród takiej rzeszy biegaczy (około 9.000). Mijamy Victorianum - „Ołtarz Ojczyzny”(odpowiednik Grobu nieznanego żołnierza) z monumentalnym pomnikiem króla Wiktora Emanuela II na koniu na placu Piazza Venezia. Dalej przecinamy Forum Romanum i kierujemy się w stronę Bazyliki Św. Piotra. Na trasie dopingują nas tysiące kibiców wołając „bravi” oraz orkiestry, których jednak jest mniej niż na trasie maratonu choćby w Budapeszcie czy Nowym Yorku. Należy pochwalić udział grupy playmakerów. Prowadzą one biegaczy na

ustalony czas biegu. Każda z tych grup ma kilku „przewodników”, którzy biegną z balonikami na plecach, na których jest wypisany czas ukończenia biegu - co 15 minut - np. 3h:15, 3h:30, 3h:45 itd. Wielu z nich to się uda i te grupy wbiegając na start są owacyjnie witane. Oznakowanie kilometrów na trasie ma miejsce za pomocą dużych balonów koloru żółtego umieszczonych z brzegu trasy. Co 5 km przy każdym z nich jest także zegar podający upływający czas biegu. Docieramy do placu przed Bazyliką - tłumy kibiców dodają nam otuchy i siły. Skręcamy w prawo i dalej droga biegnie w kierunku rozłożonego majestatycznie po lewej stronie Stadionu Olimpijskiego. To tu przed laty zdobył złoty medal Zdzisław Krzyszkowiak w biegu na 3 km z przeszkodami (8:49.6) oraz zwyciężył Józef Schmid w trójskoku (16,81). To tu także wygrywa boso dystans maratoński Etiopczyk Bibika Abebe do samej mety ścigając się z Rhadim z Maroka. Cóż, mijamy te przepiękne obiekty



42 km 195 m to dystans który każdemu da w kość

i biegniemy nad brzegiem Tybru. Przebiegamy przez niego w okolicach 19 km i melduję się na półmetku- czas ok. 1g:51 wróży wyniki poniżej 4 godzin jednak czuję, że i tętno się już podnosi, a i słońeczko powoli doskwiera - będzie ciężko...

Powoli mimo tak wspaniale wytyczonej trasy słabnie moje zainteresowanie architektonicznymi cudami Rzymu. Zmęczenie coraz bardziej daje się we znaki. Tym bardziej, że pogłębia się „szok termiczny”. Opuszczając Polskę zegnała mnie temperatura ok. 2 stopnie, tutaj powoli słupek przekracza 15 stopni i brnie powoli coraz wyżej...Coraz bardziej ma dla mnie znaczenie nie, jaki zabytek mijam czy kościół, ale.. jak długi cień rzuca mi on pod nogi...

Na trasie w okolicach 30 kilometra przepiękny plac del Popolo oraz jeszcze bardziej urokliwa, nagle wyłaniająca się po prawej stronie fontanna Di Trevi. Dookoła wycieczki i tłumy ludzi pstrykających zdjęcia, na szczęście tuż za nią znajduje się punkt odżywczy (na trasie rozlokowane, co 5 km z bogatym menu: banany, pomarańcze, jabłka, cukier, ciastka, płyny izotoniczne gatorade oraz woda). Ładuję swe akumulatory, choć i one już dawno migają „rezerwą”. Tempo biegu zaczyna drastycznie spadać. Mijają mnie grupki playmekarów z balonikami z wynikiem 3:45... potem 4:00 ...

Zbliżamy się ponownie do części Rzymu, w której dominują cuda starożytnej sztuki architektonicznej. Mijamy Plac Wenecki i wbiegamy na odcinek ok. 2 km, gdzie biegacze wzajemnie się oglądają poruszając się w 2 przeciwnych kierunkach. Na początku bieżą zawodnicy już dziarskim krokiem w kierunku mety. Ja niestety dalej w przeciwnym do nich kierunku oddalam się. Mija 35 km ... za plecami mini piramida Gajusza Cestiusza nienaruszona zębem czasu. Nogi powoli odmawiają posłuszeństwa i pewne odcinki pokonuję marszem przeplatany truchtem. Zbliżam się do bazyliki św. Pawła - tu następuje nawrót i biegniemy w końcu do mety - zostało ok. 4 km. Dłużą się one strasznie... idę pieszo. Słońce jakby na złość smaga swymi gorącymi promieniami, a cienia po drodze jak „na

lekarstwo”... Po prawej stronie mijam świetnie zachowane Termy Karakali. Dogania mnie grupka biegnąca na czas 4h:15.... Na 40 kilometrze po posileniu i uzupełnieniu płynów odzyskuję ciutkę sił. Czuję że jeszcze mogę jakiegoś zaskórnika siły „gdzieś” odszukać. Biegnę. Mijam 41 km. Już rozpościera się bryła Colosseum. Już coraz większa i wyraźniejsza. Jeszcze tylko trzeba delikatny podbieg pokonać i obiec Colosseum (jest co obiegać bo ma ono ok. 0,5 km obwodu), i ..wreszcie pędzę ile sił, Już wiem, że meta jest tak blisko. Mijam kilkadziesiąt wolniej ode mnie finiszujących zawodników. Meta. Czas netto 4:16.15. Dostaję upragniony medal i ...opadam z sił. Opatulony w folię siadam na krawężniku. Teraz dopiero odczuwam, że to były 42,195 km ...Odbieram torbę z posiłkiem i napojami, udaję się na masaż i ...znów siadam. Patrzą na finiszujących biegaczy. Wystartowało do biegu ponad 10.000, zaś na mecie w limicie czasowym 8 godzin zameldowało się 8076 biegaczy, z tego 1251 pań. W gronie tym było 50 Polaków i 7 Polek. Gratulacje dla wszystkich.

Wieczorem udajemy się na plac przed Bazyliką Św. Piotra. Na nim spora grupa osób skanduje, śpiewa i wręcz woła Ojca Świętego, który to właśnie dziś opuścił klinikę Gemelli. Widać zapalone światło w komnatach papieskich, jednak papieża nie udało się zobaczyć ...Ukazał się wiernym dopiero we środę 16.03. błogosławiąc ich w ciszy.

Z porannej prasy dowiaduję się, że zwycięzca Włoch Cdi Cecco pokonał maraton ustanawiając nowy rekord trasy 2 godziny 8 minut i 2 sekundy (poprawa wyniku o 25 sekund). Zwycięzcy potrzebowała 2 godzin 28 minut i 1 sekundy. Miłym akcentem jest 5 miejsce wśród kobiet Polki 24 letniej Edyty Lewandowskiej (2:35:43).

Maraton w Rzymie odszedł do historii, zaś jak każdy maratończyk tuż za metą, już w samolocie myślę o kolejnym starcie. Już niedługo, bo w czerwcu.

Jan Stasiczek



Plener malarski i fotograficzny w Myczkowcach

Szanowni Państwo,

Uprzejmie informujemy, iż Silfarm wraz z Redakcją Śląskiego Forum Farmaceutycznego "Apothecarius" przygotował dla Państwa wstępną ofertę udziału w „Plenerze” w malowniczej wsi Myczkowce, położonej w dolinie górnego Sanu, w sercu Bieszczad.

Dziesięciodniowy pobyt zakłada szereg atrakcji m in. zwiedzanie pobliskich zabytków, skansenów, zapory wodnej na Solinie i w Myczkowcach, liczne wycieczki, wypoczynek na łonie natury wśród bieszczadzkiej przyrody, jak również możliwość bliższego zapoznania się z tajnikami sztuki malarskiej, w szerokim tego słowa znaczeniu, pod opieką merytoryczną profesora Akademii Sztuk Pięknych.

Planowany termin pleneru: 01-11.09.2005 Miejsce pobytu: Ośrodek Wypoczynkowy „Bieszczady”, Myczkowce. Szacunkowy koszt : ok. 95 zł/osobodzień (*), (**).

Komunikat ten prosimy traktować jako wstępną informację dla Państwa, która pozwoli zweryfikować nam ewentualne zainteresowanie pobytem w Myczkowcach.

Po oszacowaniu zainteresowania prześlemy do Państwa szczegółowe informacje wraz z ramowym planem wyjazdu.

Wszystkich chętnych do spędzenia czasu w Myczkowcach, prosimy o wypełnienie poniższej deklaracji i dostarczenie do Działu Marketingu Silfarmu przez akwizytora lub przesłanie faksem (nr 032 255 42 85) w terminie do 10 maja br.

(*) koszt może ulec zmianie, uzależniony jest od liczby chętnych

(**) dla wszystkich Państwa, którzy nie dysponują własnymi przyborami malarskimi istnieje możliwość zamówienia wymaganych akcesoriów malarskich firmy TALENS w cenie ok. 500,00 zł

WSTĘPNA DEKLARACJA Plener w Myczkowcach

.....

PROSZĘ PRZESŁAĆ NA NR FAKSU: (032) 255 42 85 LUB PRZEKAZAĆ AKWIZYTOROWI

NR KONTRAHENTA.....

ADRES APTEKI (dokładny).....

LICZBA OSÓB.....

.....

Ja niżej podpisany/-a wyrażam zainteresowanie udziałem w Plenerze Malarskim w Myczkowcach w terminie od 01- 11 wrzesień 2005r.

Data, podpis, pieczęć apteki

.....

AGNIESZKA
MIKOSZEWSKA



mgr farm. Agnieszka Mikoszevska

DWIE PRAWDY O HURTOWNIACH FARMACEUTYCZNYCH

Wszyscy jesteśmy zaniepokojeni bardzo szybko rosnącą liczbą aptek sieciowych. Większość dużych spółek giełdowych budowała i nadal buduje sieci aptek, kupuje lub przejmuje bezpośrednio lub pośrednio apteki, wspiera uprzywilejowanym i warunkami dostaw i płatności działające sieci. Najbardziej niepokojący jest fakt, że hurtownie robią to za pieniądze aptekarzy. To aptekarze w dobrej wierze, ciężko pracowali na potęgę i siłę hurtowni, a niektóre wykorzystują to dziś przeciwko nim.

Zadaniem podstawowym hurtowni farmaceutycznej jest dostawa leków, szybko, terminowo i profesjonalnie, oparta na wzajemnej współpracy i zaufaniu. Tak było do tej pory, a dziś często jest nie tylko dostawcą leków, ale i konkurentem w walce o pacjenta. W ten sposób wyłania nam się obraz dwóch rodzajów hurtowni. Pierwszy, gdzie współpraca między hurtownią i apteką polega na pośredniczeniu w dostawie leków od producenta do apteki i w tym wypadku rynek detaliczny w całości należy do aptek niezależnych od hurtowni. Druga, gdzie hurtownia leków nie tylko zaopatruje niezależne apteki w leki, ale jednocześnie sprzedaje je we własnych sieciach.

To „dwie prawdy” hurtownia obsługuje i rynek hurtowy i detaliczny, przejmując

część pacjentów w aptekach niezależnych, niejednokrotnie zaopatrując się u tego samego hurtownika. Hurtownia nie powinna, nie może konkurować z własnymi odbiorcami (aptekami). Tego wymaga uczciwość handlowa.

Posiadanie przez hurtownie sieci własnych aptek budzi wśród niezależnych aptek duże kontrowersje. Głównym powodem jest różna siła ekonomiczna. Apteka to dla aptekarza często główne źródło utrzymania jego i jego rodziny, a często i dorobek całego życia. Za hurtownią stoją duże pieniądze i to często z giełdy oraz olbrzymia baza: promocyjna, prawna finansowa i marketingowa.

Którą hurtownię, więc wybrać?

Czy hurtownię leków nie posiadającą własnych aptek, która nie będzie konkurować o naszych pacjentów, a co najwyżej wspierać swoich odbiorców apteki, gdzie wszystkie zyski wykorzystywane są na utrzymanie i rozwój firmy.

Czy hurtownię zaopatrującą apteki niezależne i jednocześnie swoją sieć i bardzo często odbierającą pacjentów swoim niezależnym odbiorcom. Czy w ten sposób sami nie budujemy potęgi tej hurtowni? Nie wspieramy konkurencji?

Pięć największych giełdowych firm farmaceutycznych kontroluje ponad 50 %

rynku aptecznego. Szacuje się, że do giełdowych hurtowni należy nie mniej niż 1500 aptek. Według danych IMS hurtownie aptekarskie obsługują ponad 4000 aptek, czyli ponad 40 % w Polsce. To dużo czy mało? Sami aptekarze powinni sobie zadać pytanie. Kogo należy wspierać? „Mleko się już rozlało” kto zafundował nam taką ustawę farmaceutyczną? Może i my kiedyś powołamy komisję śledczą pod nazwą np. „Pharmagate” i dowiemy się, kto za tym stał i komu na tym najbardziej zależało. Przegraliśmy batalie o własne apteki, ale nie ma, co „płakać nad rozlanym mlekiem”. Może warto jeszcze raz uwierzyć, nie stać z boku i zacząć działać. Stawka jest bardzo wysoka to przyszłość niezależnych aptek, rodzinnych, wielopokoleniowych.

Potrafililiśmy łączyć się w walce z Euro Aptekami, może wspólnie pójdziemy dalej. Budujmy solidarność korporacyjną. Apteki sieciowe nie wygrają z nami profesjonalizmem, fachowością, opieką farmaceutyczną, otwarciem na pacjenta i zdolnością empatii. Tak długo, jak będą istniały polskie hurtownie, tak długo będą

istniały polskie apteki.

Koncentracja to wielkie zagrożenie dla naszych aptek. W jednym ręku hurtownia i sieć aptek to w konsekwencji twarde warunki handlowe, preferowanie niektórych producentów, dyktowanie cen nie tylko aptekom, ale i pacjentom. Ostatecznie stracimy na tym wszyscy.

Siła polskich aptekarzy jest jeszcze po naszej stronie. Spróbujmy to wykorzystać i zgodnie z zaleceniami NIA (patrz uchwała o ogłoszeniu roku 2005 Rokiem Hurtowni Aptekarskich), OIA, Departamentu Obrony i Konsolidacji Aptek popierajmy hurtownie nie tworzące sieci. Współpracujmy tylko z tymi, które nie będą naruszały i ingerowały w suwerenność Waszej apteki. Dziś wszystkie działania muszą być rozważne i konsekwentne. Pamiętajmy, że najlepiej możemy pomóc sobie sami, jeśli uświadomimy sobie realne zagrożenie bytu własnych aptek i wybierzemy słuszną i bezpieczną drogę.

*mgr farm. Agnieszka Mikoszevska
Prezes Zarządu DHA
“Dolpharma” Wrocław*



Bieszczady jesienią należą do najpiękniejszych gór w Europie

Cukrzyca - epidemia XXI wieku

Cukrzyca jest jedną z najpowszechniej występujących chorób na świecie. Znaczący wzrost zachorowań na tę chorobę uprawnia do uznania jej za epidemię XXI wieku.

Cukrzyca jest chorobą będącą wynikiem całkowitego lub bezwzględnego niedoboru insuliny, powodującego zaburzenia przemiany węglowodanów, białek i tłuszczów oraz zmiany morfologiczne w wielu narządach. Cukrzyca jest chorobą przejawiającą się w uwarunkowanych genetycznie i nabytych zaburzeniach, których wspólną cechą jest nietolerancja glukozy.

Cukrzyca ma charakter społeczny i międzynarodowy. Choroba społeczna wg. definicji WHO jest to takie trwałe uszkodzenie zdrowia, które ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie typowych zadań życiowych, jak np.: swobodny wybór kierunku kształcenia, pracy zawodowej, planowanie rodziny, które skraca średni oczekiwany okres życia, wymaga stałej i społecznej opieki. Jednocześnie choroba o podanych cechach, ze względu na masowość występowania, powoduje takie straty ludzkie, społeczne i produkcyjne, że wpływa na wielkość dochodu narodowego. W związku z tym musi stanowić przedmiot zainteresowania całego społeczeństwa i państwa, które interweniuje organizując ogólnospołeczny program zwalczania choroby. Takiej definicji choroby społecznej w pełni odpowiada cukrzyca. Mianem "cukrzyca" określa się liczną grupę chorób, zaburzeń metabolicznych o odrębnej etiologii, która charakteryzuje się stałą, patologiczną zwyżką poziomu glukozy we krwi na czczo, między posiłkami lub też tylko po posiłkach, wynikającą z uszkodzenia komórek beta wysp trzustki albo z upośledzenia reakcji na insulinę komórek, tkanek i narządów obwodowych jak np. wątroba, mięśnie, tkanka tłuszczowa i inne tkanki (insulinooporności). Długotrwała zwyżka poziomu glukozy we krwi wywiera wielokierunkowy wpływ toksyczny na komórki, tkanki i narządy,



mgr farm. Piotr Klima, Wiceprezes OIA w Katowicach, Wiceprezes Oddziału Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego w Katowicach, radny m. Racibórz, Wiceprzewodniczący Rady Społecznej Szpitala Rejonowego w Raciborzu

objawiający się pod postacią klinicznych zespołów zwyrodnieniowych, zwłaszcza uszkodzenia naczyń. Żyje obecnie ok. 160 mln. diabetyków. Prognoza WHO wskazuje, że w 2025 roku będzie na świecie ok., 300 mln, takich osób.

Cukrzyca jest problemem występującym na całym świecie. Wg. Hilarego Kinga z WHO w Genewie na świecie. Wśród wszystkich chorych na cukrzycę, ok. 90 procent choruje na cukrzycę typu 2. Duża część tych przypadków - ok., 50% pozostaje wciąż nie wykryta. Często jest rozpoznawana po kilku latach od momentu zachorowania.

Międzynarodowa Federacja Cukrzycowa (IDF) ustaliła tematykę obchodów Światowego Dnia Walki z Cukrzycą, ogłaszając hasło na 2004 rok: "Zapobiegając otyłości unikniesz cukrzycy" Światowy Dzień Walki z Cukrzycą przypada na 14 listopada.

W 1985r. liczbę chorych na cukrzycę na świecie szacowano na 30 mln. W 2000 r, liczba ta wynosiła ok.171 mln, co oznacza prawie sześciokrotny wzrost zachorowań na przestrzeni 15 lat. Prognoza WHO zakłada dalszy wzrost zachorowalności - szacuje się, że w latach 1995-2025 liczba osób z cukrzycą w krajach rozwiniętych zwiększy się o 42 procent, a w krajach rozwijających się, w tym

Muc - Wierzoń: "Kliniczne aspekty leczenia cukrzycy, otyłość, choroby metaboliczne, powikłania" z Kliniki Chorób Wewnętrznych ŚAM

- prof. dr hab. Marian Kapica, Prorektor Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Raciborzu: "Edukacja diabetologiczna"

Na Konferencję nie mogli dojechać zapowiedziani wykładowcy:

- prof. zw. dr hab. n. farm. Jerzy Masiakowski z wykładem: "Optymalna samokontrola glikemii w cukrzycy osób czynnych zawodowo i w obcowości"

Kierownik Senior Katedry i Zakładu

- mgr farm. Tomasz Zataj, dyrektor handlowy ACP Pharma.

W Konferencji wzięło udział ok. 130 osób. Bardzo dobrze opracowane i elegancko wydane pod względem edytorskim zaproszenia w nakładzie 1,5 tys. sztuk zostały wysłane do wszystkich członków Raciborskiego Stowarzyszenia Diabetyków, innych Stowarzyszeń Diabetyków działających na terenie województwa śląskiego, jednostek służby zdrowia - wybrane szpitale, kliniki i przychodnie wyspecjalizowane w leczeniu diabetyków, władze samorządu terytorialnego: radni rad powiatu, miast i gmin, prezydenci, burmistrzowie i wójtowie z terenu powiatu raciborskiego i sąsiednich.

Po wykładach odbyła się dyskusja, którą prowadzili moderatorzy Konferencji Piotr Klima, Jan Kuliga i Julian Mazur.

Ponieważ nie starczyło czasu, aby odpowiedzieć na wszystkie pytania, poruszyć przedstawiane problemy, postanowiono powrócić do nich podczas drugiej części Konferencji zaplanowanej na 2005 rok, w którym Raciborskie Stowarzyszenie Diabetyków będzie obchodziło 5 rocznicę powstania.

Konferencja spotkała się z bardzo dobrym odbiorem. Podkreślano jej walory naukowe i edukacyjne. Organizację Konferencji uznano jako bardzo sprawną i wzorcową. Wykładowcy i Goście otrzymali od organizatorów bardzo miłe pamiątki, m.in. książki i albumy o Ziemi Raciborskiej. Dla uczestników Konferencji przygotowano:

- stoiska informacyjno - promocyjne firm farmaceutycznych,

- wystawę książek i czasopism poświęconych cukrzycy

- ekspozycję leków p/cukrzycowych, testów diagnostycznych, glukometrów

- stoisko księgarskie,

- wystawę prac plastycznych uczniów Szkoły Podstawowej Nr 8,

- stoisko artykułów spożywczych „zdrowa żywność”

- punkt informacyjny Raciborskiego Stowarzyszenia Diabetyków

Podczas Konferencji często przewijał się temat edukacji osób chorych na cukrzycę i ich otoczenia: - dom rodzinny, miejsce przebywania. Wynika to min. z tego, że cukrzyca odróżnia się od innych chorób przewlekłych tym, że dotyczy wszystkich dziedzin życia. Często choroba i jej powikłania mogą decydować o trybie życia, wyborze zawodu, życiu rodzinnym, planowaniu potomstwa, sposobie spędzania wolnego czasu, wpływać na rozwój emocjonalny pacjenta i jego relacje z otoczeniem.

Niski poziom wiedzy i niewłaściwe zachowania zdrowotne mogą stanowić bezpośrednie zagrożenie dla życiowych.

Długotrwały charakter choroby jaką jest cukrzyca, problemy jakie ona stwarza, wymagają ciągłej racjonalnej aktywizacji samego chorego oraz jego rodziny i otoczenia, a także lekarzy i innych osób zajmujących się zwalczaniem tej choroby, odpowiednich instytucji ochrony zdrowia i społecznych oraz środowisk w których przebywa chory na cukrzycę. Szczególnym dowodem efektywności zintegrowania wysiłków w ograniczeniu obciążeń spowodowanych przez cukrzycę jest 15-letnia już działalność międzynarodowego ruchu medycznego, społecznego wdrażania celów walki z cukrzycą w Europie, sformułowanych w 1989 roku w ST Vincent we Włoszech, tzw. Deklaracji ST Vincent. Deklaracja spisana pod patronatem WHO oraz Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej przyczyniła się do skutecznego zorganizowania i intensywnej aktywności w zakresie poprawy i jakości życia chorych na cukrzycę w każdym wieku - dzieci, dorosłych, osób starszych. Wyzwania związane z cukrzycą, jej ciężkimi powikłaniami stają się coraz większe. Jak wynika z badań, ryzyko dla życia i zdrowia

w krajach Europy Środkowej i Wschodniej, także w Polsce, wzrośnie o 170 procent. Jeśli nie powstrzyma się fali cukrzycy, należy się spodziewać, że w ciągu najbliższych 30 lat liczba chorych na cukrzycę wzrośnie do 366 milionów chorych na świecie, powodując poważne biologiczne i społeczne następstwa.

Wzrost zachorowań na cukrzycę pociągnie za sobą także olbrzymie koszty. W 2025 roku nakłady na leczenie chorych osiągną ogromną sumę 213-396 mld. dolarów rocznie. W Polsce na leczenie cukrzycy wydaje się ok. 2 mld. złotych rocznie. Szacuje się, że w naszym kraju na cukrzycę choruje ok. 1,5 mln. osób, drugie tyle ma cukrzycę nierozpoznaną. Dotyczy to szczególnie cukrzycy typu 2, którą zwykle wykrywa się po upływie 6-8 lat od chwili zachorowania. Wśród chorych na cukrzycę 400 tys. osób leczonych jest insuliną.

Skala problemu, jakim jest cukrzyca jest powszechnie niedoceniana. Kilka ostatnich lat dowodzi, że cukrzyca staje się jedną z najpoważniejszych i najbardziej kosztownych chorób na świecie, zarówno w kategoriach społecznych, jak i ekonomicznych.

O ważności tego problemu świadczą różnorakie akcje i działania podejmowane na całym świecie przez instytucje, organizacje. Służby ochrony zdrowia oraz samych chorych, którzy zrzeszają się w różnych stowarzyszeniach. Światowa Organizacja Zdrowia ustaliła, że w dniu 14 listopada będzie obchodzony Światowy Dzień Walki z Cukrzycą. Przypada on w dniu urodzin kanadyjskiego chirurga i fizjologa Frederika Granta Batinga, który razem z Charlesem Herbertem Bestem w 1921 roku odkryli insulinę.

Światowy Dzień Walki z Cukrzycą był w ubiegłym roku inspiracją dla grupy osób, którzy zawiązali Komitet Organizacyjny obchodów Światowego Dnia Walki z Cukrzycą na terenie powiatu raciborskiego. W skład Komitetu Organizacyjnego weszli: Piotr Klima (przewodniczący), Julian Mazur i Jan Kuliga (wiceprzewodniczący) oraz członkowie: Halina Dec, Leon Fila, Hanna Klima, Krystyna Klimaszewska, Halina Rycerz-Kuliga, Łukasz Labus, Monika Mazur, Krzysztof Orzeł, Józef Piszczek, Agata Tańska, Barbara Tkocz. W pracach Komitetu

Organizacyjnego wzięły udział następujące podmioty: Raciborskie Stowarzyszenie Diabetyków, Apteka św. Mikołaja i Apteka Świętych Kosmy i Damiana w Raciborzu, Okręgowa Izba Aptekarska w Katowicach, Oddział Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego w Katowicach, ACP Pharma, Śląskie Forum Organizacji Socjalnych - KaFOS-Grupa Powiatowa.

Komitet podjął się organizacji Konferencji Naukowo - szkoleniowej, która w swym założeniu miała wyzwolić świadomość społeczeństwa raciborskiego na potrzeby ludzi chorych na cukrzycę, spowodować zrozumienie tych problemów, podjąć działania w kierunku pomocy w ich rozwiązaniu.

Ponieważ na terenie województwa śląskiego nie zaplanowano żadnych obchodów Światowego Dnia Walki z Cukrzycą organizatorzy Konferencji zwrócili się do Wojewody Śląskiego aby uznał obchody organizowane w Raciborzu jako wojewódzkie. Konferencję Naukowo-Szkoleniową zatytułowano: "Pomóżmy choremu na cukrzycę, żeby sobie pomógł".

Konferencję swoim wysokim patronatem objęli:

- **prof. dr hab. Barbara Błońska - Fajfrowska - Przewodnicząca Sejmowej Komisji Zdrowia oraz dr Lechosław Jarzębski - Wojewoda Śląski.**

Konferencja odbyła się w dniu 20 listopada 2004 roku w Sali Widowiskowej Domu Kultury "Strzecha" w Raciborzu.

Konferencję poprzedziła uroczysta Msza Św. w intencji chorych na cukrzycę, ich rodzin i opiekunów, którą odprawił ks. Reinhold Porwol, proboszcz Parafii Św. Mikołaja.

W programie Konferencji wystąpili:
- Starosta Raciborski Henryk Siedlaczek oraz wykładowcy:

- doc. dr hab. n. med. Antoni Węgiel, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie diabetologii, wykład: "Stopa cukrzycowa"

- dr n. med. Alicja Pigoń - Węgiel z Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii ŚAM: "Cukrzyca jako problem społeczny"

- dr n. med. Mariusz Zieliński ze Śląskiego Centrum Zdrowia Publicznego: "Społeczny wymiar cukrzycy - rys statystyczny: Śląsk na tle kraju"

- dr hab. n. med. prof. ŚAM Małgorzata

z powodu tych zaburzeń może być znacznie zmniejszone dzięki właściwej opiece udzielonej we właściwym czasie zdrowia, a nawet życia chorego na cukrzycę w poszczególnych sytuacjach życiowych.

Długotrwały charakter choroby jaką jest cukrzyca, problemy jakie ona stwarza, wymagają ciągłej racjonalnej aktywizacji samego chorego oraz jego rodziny i otoczenia, a także lekarzy i innych osób zajmujących się zwalczaniem tej choroby, odpowiednich instytucji ochrony zdrowia i społecznych oraz środowisk w których przebywa chory na cukrzycę. Szczególnym dowodem efektywności zintegrowania wysiłków w ograniczeniu obciążeń spowodowanych przez cukrzycę jest 15-letnia już działalność międzynarodowego ruchu medycznego, społecznego wdrażania celów walki z cukrzycą w Europie, sformułowanych w 1989 roku w ST Vincent we Włoszech, tzw. Deklaracji ST Vincent. Deklaracja spisana pod patronatem WHO oraz Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej przyczyniła się do skutecznego zorganizowania i intensywnej aktywności w zakresie poprawy i jakości życia chorych na cukrzycę w każdym wieku - dzieci, dorosłych, osób starszych. Wyzwania związane z cukrzycą, jej ciężkimi powikłaniami stają się coraz większe. Jak wynika z badań, ryzyko dla życia i zdrowia z powodu tych zaburzeń może być znacznie zmniejszone dzięki właściwej opiece udzielonej we właściwym czasie.

Raciborska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa przekonała wszystkich uczestników obrad, że dobrze prowadzona działalność we wszystkich sferach walki z cukrzycą, jeżeli jest realizowana w sprawnie funkcjonującym systemie opieki diabetologicznej, dzięki aktywnym programom intensywnego rozpoznawania i leczenia cukrzycy i redukcji wszystkich czynników ryzyka musi przynieść oczekiwane rezultaty. Edukacja pacjentów, dostęp do świadomości jest często uzależniony od zaangażowania środowisk lokalnych oraz entuzjazmu lekarzy i pielęgniarek zajmujących się opieką diabetologiczną. Istotną rolę w Polsce w kształtowaniu systemu opieki nad chorym na cukrzycę wzywa Polskie Stowarzyszenie Diabetyków oraz stowarzyszenia regionalne. Chorzy na cukrzycę jak wynika z praktyki są z reguły bardzo dzielni, twórczy a ich codzienny trud włożony w utrzymanie zdrowia, sprawności w życiu i pracy zawodowej kształtuje ich charakter i budzi życzliwość otoczenia. Obecnie nadszedł czas, kiedy potrzebny chorym zasób wiedzy, umiejętności oraz emocjonalnego zaangażowania może przybrać formę ustawicznego kształcenia. Jednym z takich elementów była raciborska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa, pt.: „POMÓŻMY CHOREMU NA CUKRZYCĘ, ŻEBY SOBIE POMÓGŁ”

Piotr Klima

Apteka Św. Mikołaja w Raciborzu aktywnie uczestniczy w organizacji szkoleń aptekarskich oraz powołała Raciborską Akademię Zdrowia, w ramach której zainteresowani pacjenci uczestniczą w spotkaniach na temat profilaktyki leczenia różnych chorób.



NASZE APTEKI

JERZY MASIAKOWSKI

Motto: Po 35. latach czynnego życiowo i zawodowo życia z cukrzycą winien jestem podkreślić, że to jedynie chory na cukrzycę, a nie lekarz, może najlepiej ocenić skuteczność jej leczenia.

Optymalna samokontrola glikemii w cukrzycy osób czynnych zawodowo i wobec życia

Cukrzyca, diabetes mellitus powstaje na skutek przewlekłych zaburzeń metabolizmu węglowodanów, tłuszczów i białek z hiperglikemią na tle braku lub niedoboru insuliny, objawiającą się zwiększeniem ilości glukozy we krwi ponad 6,05 mmol/l, czyli 110 mg/dl. Również w stanach fizjologii, hiperglikemia może występować przejściowo po nadmiernym spożyciu potraw węglowodanowych, wskutek działania zimna, wysokości lub czynników emocjonalnych. Szczególnego znaczenia nabiera jednak w stanach patologicznych, do jakich dochodzi w cukrzycy.

Wymiernym symptomem hiperglikemii jest cukromocz cukrzycowy (glikozuria), występujący gdy stężenie glukozy we krwi przekracza próg nerkowy, wynoszący ok. 180 mg/dl (9,99 mmol/l). Nie ma, jak dotychczas, powszechnych i skutecznych sposobów, które w cukrzycy, zwłaszcza u osób czynnych zawodowo i z czynną postawą wobec życia, utrzymywałyby glikemię, tj. prawidłowe stężenie glukozy w surowicy lub osoczu, wynoszące 3,85-6,05 mmol/l (70-110 mg/dl). Zabiegi czynione w tym celu obarczone są ryzykiem niebezpiecznych hipoglikemii, głównie u chorych na cukrzycę insulinozależną (typ I). Stężenie glukozy w osoczu, wywołujące objawy niedocukrzenia, jest indywidualnie zmienne w różnych stanach patologicznych. Za niedopuszczalnie niskie, zazwyczaj uważa się wartości poniżej 50 mg/dl u mężczyzn, 45 mg/dl u kobiet i 40 mg/dl u niemowląt i dzieci. Są to wartości poniżej prawidłowego poziomu, obserwowanego u zdrowych osobników po 72. godzinach głodu.

Wartości glikemii zalecane jako normalne są różne, ale powinno się unikać glikemii poposiłkowej >200 mg/dl z minimalnym ryzykiem hipoglikemii, a przed posiłkiem glikemia powinna wynosić 80-150 mg/dl. Wielu autorów dodaje, że glikemia na czczo

powinna być utrzymana w wysokości? 130 mg/dl. Mówi się, że jest to możliwe do osiągnięcia u większości chorych z cukrzycą typu II i tylko u niektórych chorych z cukrzycą typu I, jak również, że



Prof. dr hab. n. farm. Jerzy Masiakowski

wartości te jednak muszą być indywidualizowane i modyfikowane wtedy, gdy okoliczności stwarzają ryzyko wystąpienia hipoglikemii niemożliwej do zaakceptowania (choroba naczyniowa mózgu lub choroba serca), a także, gdy wzrasta ryzyko przedłużającej się hipoglikemii.

Niezależnie od typu cukrzycy, podstawowym warunkiem zapewnienia glikemii optymalnej dla zdrowia oraz zachowania pełnej aktywności zawodowej i życiowej, jest stałe przestrzeganie reżimu pokarmowego w znaczeniu glikemizującym w zależności od podejmowanego wysiłku fizycznego i czynnościowego w znaczeniu psychologicznym.

Dieta cukrzycowa to nic innego jak zwyczajowa ilość i rodzaj pokarmów i płynów przyjmowanych przez każdego człowieka z uwzględnieniem doboru pokarmów pod względem ilości i jakości w zależności od indywidualnie dobieranego dawkowania insuliny lub doustnych środków przeciwcukrzycowych i intensywności podejmowania wysiłku fizycznego czy też złożonych procesów psychicznych, np.

czynności spostrzegania, myślenia, wysiłku intelektualnego, pracy wyobraźni, pamięci itp.

Codzienną korekty ilości, rodzaju i czasu podawania insuliny oraz przyjmowanych pokarmów dokonuje się obowiązkowo samodzielnie, na podstawie ciągłego, monitorowania glikemii. Ostatnie stanowisko Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego (ADA) mówi, że (1): „*od kilku lat samokontrola pomiarów glikemii wykonywane przez chorych zrewolucjonizowały leczenie cukrzycy. (...) Częstość i czas wykonywania badań powinno się uzależnić od potrzeb i celów konkretnego pacjenta. Optymalna częstość pomiarów musi zapewnić osiągnięcie docelowych wartości glikemii. Należy więc mierzyć glikemię na tyle często, by ograniczyć do minimum ryzyko wystąpienia hiper- i hipoglikemii. Częstsze pomiary obowiązują w przypadku zmian w dawkowaniu leków.*

Stosowanie samokontroli zaleca się u wszystkich chorych na cukrzycę leczonych insuliną, a także u osób leczonych pochodnymi sulfonylomocznika lub innymi lekami zwiększającymi sekrecję insuliny oraz u osób, u których trudno uzyskać docelowe stężenie glukozy. Dane wskazują, że tylko niewielka część chorych wykonuje samodzielnie pomiary glikemii. Należałoby podjąć wysiłek w celu rozpowszechnienia tej metody.

Samokontrola powinna stać się procedurą dostępną dla wszystkich wymagających jej pacjentów. Należy ją wprowadzać poprzez opiekę diabetologiczną, działania rządowe i organizacje pozarządowe. Samokontrola powinna stanowić ważny element standardowych pakietów opieki zdrowotnej.“

Uważa się jednak, że (2): „*istnieją również problemy utrudniające stosowanie samokontroli: koszty badania, niepełne zrozumienie potrzeby wykonywania oraz interpretacji testów zarówno przez chorych, jak i przez lekarzy, trudności psychologiczne i ból związany z nakłuciami opuszków palców w celu otrzymania kropli krwi, wymagania dotyczące czasu i częstości pomiarów, skomplikowana technika.*”

Wbrew tak poważnym, często nie do

pokonania, „*problemom utrudniającym stosowanie samokontroli*” pomiarami stężenia glukozy we krwi, bezzasadnie ignoruje się bezproblemową samokontrolę glikemii pomiarami stężenia glukozy w moczu, pisząc (1): „*Wprowadzenie samokontroli glikemii spowodowało znaczne ograniczenie wykonywania badania moczu u większości chorych. Badanie glikozurii za pomocą pasków w warunkach domowych jest zwykle półilościowym pomiarem z pojedynczej próbki moczu, rzadziej ze zbiórki 4-24 godzin. Wartość glikozurii odzwierciedla średnie stężenie glukozy we krwi w czasie trwania zbiórki moczu. Jednak mimo względnie niskich kosztów i łatwości pobierania próbek ograniczenia tego badania powodują, że to samokontrola glikemii pozostaje metodą z wyboru w ocenie codziennego wyrównania.*”

Po prostu nie do pojęcia są motywy skłaniające to zacne Towarzystwo (ADA) do wyrażania w swoim oficjalnym stanowisku, że „*to samokontrola glikemii pozostaje metodą z wyboru*”, jak gdyby pomiary glukozy w moczu nie były „*samokontrolą glikemii*” i jak pogodzić żądanie aby monitorowanie glikemii „*należało wprowadzać poprzez działania rządowe i organizacje pozarządowe*” twierdząc jednocześnie, że „*samokontrola glikemii pozostaje metodą z wyboru*”, uzależniając tym samym ten społecznie istotny problem polityki lekowej państwa jedynie od zrzędzenia losu.

Ponadto jeżeli „*badanie glikozurii za pomocą pasków w warunkach domowych jest zwykle (?) półilościowym pomiarem z pojedynczej próbki moczu*”, to dlaczego podobnych zastrzeżeń nie stawia się wykonywanym w tych samych warunkach, analogiczną metodą, powszechnie przyjętym pomiarom stężenia glukozy we krwi (!) i dlaczego „*wartość glikozurii odzwierciedla średnie stężenie glukozy we krwi w czasie trwania zbiórki moczu*“, jeżeli badanie przeprowadzamy zgodnie z przepisem umieszczonym na ulotce, natychmiast po pobraniu próbki moczu, w dodatku w strumieniu oddawanego moczu, bezpośrednio na pola odczynnikowe?

Podobnie traktują samokontrolę glikemii nasi diabetolodzy (2), uważając nawet powszechne wprowadzenie glukometrów za

najlepsze wyjście do samodzielnego oznaczania wartości glikemii przez chorych w warunkach domowych i w dowolnym czasie, chociaż stwierdzają, „*że prawie 90% chorych w Wielkopolsce nigdy nie spotkało się z jakąkolwiek formą szkolenia w tym zakresie.*“. Analizując przyczyny wielkiego zaniechania samokontroli dochodzą do przekonania, że „*według pacjentów powodem tego jest brak odpowiednich warunków do wykonywania oznaczeń poza domem. Część pacjentów unika też prowadzenia samokontroli z powodu odczuwania bólu przy nakłuwaniu opuszków palców. Niebagatelną rolę w zaniechaniu samokontroli odgrywają warunki ekonomiczne.*“, nie wyciągając z tego żadnych praktycznych wniosków.

A przecież te wszystkie, niejednokrotnie nie do pokonania (!) przyczyny zaniechania monitorowania glikemii tracą rację bytu przy stosowaniu testów paskowych do oznaczania glukozy i ciał ketonowych w moczu. Wiarygodne oznaczenia można przeprowadzać praktycznie w każdym miejscu i czasie, samodzielnie, bezboleśnie, błyskawicznie (30 s.) i kosztują grosze na jakie stać nawet człowieka bardzo ubożego, który jeżeli bardzo liczy się z wydatkami, może paski ciąć na połowę, a wtedy dzienna samokontrola glikemii za pomocą moczu kosztuje ok. 15 gr.

Tego wszystkiego nie potrafią zrozumieć diabetolodzy, chociaż wystarczy znać nawet tylko treści insulinowych ulotek, w których już teraz każda firma zamieszcza informacje, że „*warunkiem właściwego i bezpiecznego leczenia insuliną jest edukacja chorego na cukrzycę. Chory powinien prowadzić samokontrolę w oparciu o wyniki oznaczania glikemii oraz glikozurii i ketonurii. Poza rutynową codzienną kontrolą jakości leczenia, badania krwi i moczu powinny być zawsze wykonywane w przypadku złego samopoczucia np. przy podejrzeniu hipoglikemii. Wykonuje je sam chory lub opiekun dziecka.*“.

Chwała za tak istotną informację wytwórcom insulin (!), którzy do niedawna jeszcze, wypisywali w ulotkach takie androny jak te, że „*Dawkowanie jest indywidualne i określane przez lekarza w zależności od*

zapotrzebowania pacjenta na insulinę.“.

Hańba diabetologom (!), którzy nie czytają ulotek bo zawierają „*Informacje o leku dla pacjentów*“, zaś lekarze nie potrafią tego zrozumieć, a jest ich multum, a może wszyscy (bo lekarskich wyjątków w ratowaniu zdrowia i życia się nie liczy), jeżeli „*prawie 90% chorych w Wielkopolsce nigdy nie spotkało się z jakąkolwiek formą szkolenia w tym zakresie.*“. A przecież (2) „*chory pobiera insulinę o przedłużonym działaniu (tzw. bazę) w dawkach odpowiadających wydzielaniu podstawowemu 1 lub 2 razy na dobę i samodzielnie (!) wylicza dawki insuliny krótkodziałającej podawanej przed głównymi posiłkami. Ich wielkość jest uzależniona od wartości glikemii oznaczanej bezpośrednio przed posiłkiem, ilości przewidywanego do spożycia posiłku oraz planowanej w najbliższym czasie aktywności fizycznej.*“ Myślę, że warto zwrócić uwagę aby do tej „*aktywności fizycznej*“ dodać aktywność umysłową - bo ciężka praca umysłowa wyczerpuje także fizycznie, wywołując hipoglikemię!

Jeżeli jest tak źle jak jest z lekarskim obowiązkiem edukacji, sprzecznym z obowiązkiem nie tylko moralnym ale i prawnym, zapisanym w ustawie o zawodzie lekarza (!), to kto jeszcze człowiekowi z cukrzycą musi udzielać „*pomocy dla samopomocy.*“ (3)?

Odpowiedź jest prosta - oczywiście farmaceuta w aptece (4), o czym świadczą zapisy w ustawie o izbach aptekarskich, podkreślające min. klauzulą generalną, że celem wykonywania zawodu farmaceuty każdej specjalności, jest „*ochrona zdrowia publicznego*“, czyli „*działalność mająca na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia jednostek i całego społeczeństwa*“, a w Prawie Farmaceutycznym min. że „*Apteka jest placówką ochrony zdrowia publicznego*“ czyli „*placówką*“ zawodowej „*działalności (farmaceuty) mającej na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia jednostek i całego społeczeństwa*“. Podobną odpowiedzialnością obarcza farmaceutę Polityka Lekowa Państwa 2004-2008, a szczegółowe zapisy prawne obarczają go obowiązkiem usuwania błędów z ordynacji lekarskiej. Ale o tym diabetolodzy udają, że nie wiedzą. Trwanie w

powszechnym lekarskim grzechu farmakoterapeutycznej pychy, zmusza ich do totalnego przemilczania tej ostatecznej odpowiedzialności farmaceuty za skuteczną i bezpieczną farmakoterapię pacjenta w aptece.

W celu zapewnienia osobom z cukrzycą koniecznej, bezpiecznej i skutecznej pomocy w każdym miejscu i czasie, a szczególnie w sytuacjach ich bezradności wobec objawów rozpoczynającej się lub już istniejącej hipoglikemii, niezbędne są umiejętności rozpoznawania i wyprowadzania chorych z tych stanów przez członków ich rodzin, a także przez współpracowników, przyjaciół, znajomych, współtowarzyszy pracy, podróży, zabawy, wypoczynku itp.

Istnieje wiele ogólnie dostępnych testów paskowych, stosowanych w diagnostyce do wykonywania szybkich oznaczeń stanu glikemii z kropli krwi pobranej z opuszki palca i z zawartości glukozy w moczu. Pobieranie krwi z opuszki palca wymaga jednak skomplikowanego, wielokrotnego w ciągu doby klucia się, każdorazowo obarczanego psychicznym oporem, nawet po 35-letnim doświadczeniu tych przeżyć!

Obecność glukozy w moczu, w najniższym wykrywalnym stężeniu, równym 1/10 % (5,5 mmol/l; 100mg/dl), świadczy o maksymalnie dopuszczalnej z perspektywy czasu hiperglikemii: ≥ 200 mg/dl (11 mmol/l), przekraczającej próg nerkowy, wynoszący ok. 180 mg/dl (10 mmol/l); stężenie glukozy w osoczu krwi, którego przekroczenie powoduje wydalanie jej z moczem. Wyższy stan glikemii wymaga ograniczenia przyjmowanej porcji pokarmu lub przyjęcia dodatkowej dawki insuliny szybko działającej, np. w ilości 1/10 dawki podanej wcześniej, która okazała się za niska. Każde wyższe stężenie glukozy w moczu, od 1/4 % (14 mmol/l; 250 mg/dl) do $\geq 2\%$ (≥ 111 mmol/l; ≥ 2000 mg/dl), wymaga zdecydowanie większej korekty diety i dawki insuliny.

Ujemny wynik na obecność glukozy (cukru) w moczu, przy braku dolegliwości związanych z zapowiadającą się hipoglikemią, świadczy o prawidłowym dostosowaniu diety i dawki insuliny do podjętego wysiłku fizycznego i psychicznego. W wypadku wątpliwości lub dla upewnienia

się o prawidłowym stanie glikemii, należy oznaczyć glukozę za pomocą testowego paska do wizualnego lub fotometrycznego oznaczania stężenia glukozy, w pełnej krwi pobranej z nakłucia palca.

Najprostszym testem są paski do szybkiego (30 s.), jednoczesnego oznaczania glukozy i ciał ketonowych (kwas octoowy) w moczu. Aby uzyskać wiarygodne wyniki (przy ścisłym zachowaniu zaleceń zawartych w załączonej ulotce), wystarczy w czasie odczytanym na zegarku ze wskazówką sekundową, część testową paska przesunąć pod strumieniem oddawanego moczu. Następnie, po natychmiastowym usunięciu nadmiaru moczu przez przyłożenie brzoju paska do kawałka ręcznika papierowego, bibuły osuszającej lub papieru toaletowego, porównać zabarwienie pól odczynnikowych paska z odpowiednimi polami skali barwnej na fiolce i odczytać wynik badania: dla ciał ketonowych po 15 s., a dla glukozy po 30 s. od czasu naniesienia moczu.

Stałe utrzymywanie glikemii w granicach bezpiecznych odchyłeń od normy, bez ryzyka stanów hipoglikemicznych, które mogą występować w mniejszym lub większym stopniu o każdej porze, wymaga poza domem, w czasie aktywności zawodowej i życiowej zachowania „bezpiecznej” hiperglikemii, z najmniejszym ryzykiem późniejszych powikłań cukrzycowych, na poziomie 180-200 mg/dl. Taką dopuszczalną hiperglikemię (śląd cukru w moczu) można w opisany sposób, w każdych warunkach kontrolować stężeniem glukozy w moczu, a doprowadzać do wartości optymalnych (fizjologicznych), ewentualnie kontrolowanych stężeniem glukozy we krwi, w warunkach domowych lub bezstresowych.

Jak widać, najprostrzą samokontrolą glikemii, pozwalającą na pełną aktywność zawodową i życiową jest przede wszystkim obowiązkowa, codzienna kontrola obecności glukozy („cukru“) w moczu: po rannym wstaniu, przed wszystkimi normalnymi posiłkami, wieczorem przed snem, i w razie nocnych niepokojących objawów, najczęściej między godzinami 2.00 a 4.00 nad ranem.

Stan polskiej ochrony zdrowia, w tym i diabetologii, zmusza każdego myślącego pracownika służby zdrowia do eliminowania

z naszego zdrowotnego języka pojęcia opieki w każdym wydaniu: medycznym, farmaceutycznym, diabetologicznym itp. (4), której przydatność w XXI wieku w służbie zdrowia przeraża, bo sięga średniowiecza z jej paternalizmem uznawanym już dziś za naruszanie człowieczeństwa i traktowanie pacjenta jak rzeczy (reifikowanie go). Nie można bowiem i nie należy zdejmować z człowieka ciężaru dokonywania wyborów, także dotyczących jego ochrony zdrowia. Na pewno anachroniczną dzisiaj opiekę należy zastąpić troską o uświadomienie każdemu człowiekowi mającemu problemy ze zdrowiem, że to przede wszystkim on osobiście ponosi odpowiedzialność za stan swojego zdrowia, wymagającą ogromnej samodyscypliny i samodoskonalenia umiejętności prowadzenia w miarę normalnego życia obciążonego defektem organizmu.

Sprostanie tym obowiązkom przez osoby z cukrzycą w pełni zasługuje na zaniechanie nazywania ich już dzisiaj „chorymi (w dodatku) *wymagającymi opieki diabetologicznej*“, bo to zwalnia lub co najmniej osłabia ich determinację i siłę w samodzielnym pokonywaniu przeciwności losu. Obowiązkiem troszczenia się o nich obciążeni są przede wszystkim diabetolodzy, wobec czego nazywajmy cukrzyków diabetykami. Ich determinacja sprawia, że mogą żyć normalnie z poczuciem zwycięstwa nad swoim defektem zdrowotnym.

Wybitny profesor medycyny Julian Aleksandrowicz, we wstępie do pięknej jego książki (6) pt. *„Nie ma nieuleczalnie chorych”* tak napisał: *„Tytuł <Nie ma nieuleczalnie chorych>, jaki nosi zbiór moich szkiców z pogranicza medycyny i filozofii, jest oczywiście metaforą. Kreślą one min. wizję medycyny jutra. W przyszłości i to niedalekiej, ludzkość zostanie zapewne uwolniona od tragicznych dziś w skutkach mitów, w tym od mitu o nieuleczalności rozmaitych chorób. Spętały one ludzi leczonych leczących przeświadczeniem o bezcelowości podejmowania wysiłku, którego cel jest <z góry skazany na niepowodzenie>. Przy łóżku człowieka, wobec którego nauka i my, jej adepci, jesteśmy często bezsilni, narasta dylemat, czy hołdować zasadom Hipokratesa*

i poszukiwać w każdej dostępnej dziedzinie życia sposobów ulżenia cierpieniom (skoro medycyna jest bezsilna), czy podporządkować się redukcjonistycznej doktrynie i neopozytywistycznym zasadom pragmatycznej medycyny, kiedy specjalista nie widzi człowieka w środowisku, w którym zachorował, a jedynie chory narząd, którego uszkodzenie powoduje niekiedy zgon. (...)

Potwierdzamy się w naszym zawodzie, gdy możemy przekroczyć ramy pragmatyki i ludziom uważanym za nieuleczalnie chorych przywrócić subiektywne poczucie sprawności, a więc radości życia, nawet wbrew opinii wysokich autorytetów, którzy są przecież tylko ludźmi. Do takiego stanowiska upoważniają mnie fakty empiryczne zebrane w ciągu blisko pięćdziesięcioletniego życia zawodowego.”

Niech i mnie wolno będzie na podstawie mądrości życiowych nabytych w ciągu pięćdziesięcioletniego zawodowego życia nauczyciela akademickiego i farmaceuty, przez minionych 35 lat insulinozależnego człowieka pędzącego możliwie normalne życie, przekazać złote myśli Profesora Juliana Aleksandrowicza jako drogowskaz do pełnego korzystania z uczonej maksymy: *„pomóżmy naszemu pacjentowi, żeby sobie pomógł”* (7).

Spróbujmy od zaraz, osobę wymagającą jeszcze dzisiaj samokontroli glikemii traktować nie jak chorego czyli kogoś, kto *„odczuwa dolegliwości fizyczne lub psychiczne, które uniemożliwiają mu pracę i normalne życie”*, a po prostu jak kogoś, kto pędzi możliwie normalne życie! *„Przekroczmy ramy pragmatyki i ludziom uważanym za nieuleczalnie chorych przywróćmy subiektywne poczucie sprawności, a więc radości życia, nawet wbrew opinii wysokich autorytetów, którzy są przecież tylko ludźmi”*.

Przecież, *„Struktury i miejsca służące życiu, a także wszystkie inne formy pomocy i solidarności, które okazują się doraźnie potrzebne w określonych sytuacjach, muszą być prowadzone przez osoby <bezinteresownie zaangażowane i głęboko świadome> tego, jak decydujące znaczenie ma <Ewangelia życia> dla dobra jednostki i społeczeństwa.*

<Szczególna odpowiedzialność spoczywa na personelu służby zdrowia>: lekarzach,

farmaceutach, pielęgniarzach i pielęgniarzach, kapelanach, zakonnikach i zakonnicach, pracownikach administracji i wolontariuszach. Ich zawód każe im strzec ludzkiego życia i służyć mu.”!

PIŚMIENNICTWO

1. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2004. Stanowisko American Diabetes Association. „*Diabetologia Praktyczna*” 2005; Suplement A
2. Trepńska M., Zozulińska D., Araszkiwicz A., Wierusz-Wysocka B. Ocena samokontroli glikemii u chorych na cukrzycę typu I i leczonych metodą intensywną insulinoterapii. „*Diabetologia Praktyczna*” 2002; 2: 69-73
3. Sokołowska M. *Socjologia medycyny* Warszawa

1986

4. Masiakowski J. Samoleczenie służby zdrowia. „*Aptekarz*” 2004; 7/8 : 144-149 (www.pharmacy.pl/fwp/literatura/Aptekarz/aptekarz.htm)

5. Masiakowski J. Filozoficzne aspekty ingerencji farmaceutycznych w aptece. „*Annales Academiae Medicae Silesiensis*” Śląska Akademia Medyczna w Katowicach. Supl 42. 89-97. Katowice 2002

6. Aleksandrowicz J. „*Nie ma nieuleczalnie chorych*”. Iskry. Warszawa 1982

7. Wróbel J. „*Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*” Wydawnictwo Księży Sercanów „SCJ”. Kraków 1999



NASZE APTEKI



Apteka Św. Mikołaja w Raciborzu posiada swój styl

Ekonomika leku

Podręcznik dla studentów farmacji i farmaceutów (odcinek szósty*)



dr Tadeusz Szuba

Wykład 17. Promocja, reklama, informacja naukowa (plus marketing, sponsoring, korupcja)

W ekonomice leku promocja zawsze odgrywała rolę pierwszoplanową. Wynika to z wysokiego stopnia trudności w przyswajaniu sobie towaroznawstwa farmaceutycznego. Gąszcz leków jest trudnodostępny dla pacjentów, a nawet nie łatwo dla lekarzy. Aby potencjalny środek leczniczy stał się realnym dobrem użytkowym, trzeba o nim głosić nowinę.

W farmacji, szybciej niż w wielu innych dziedzinach, zachodzi wymiana asortymentu. A przy nowych lekach informacja o nich jest wręcz nieodzowna. Niektóre nowe leki przyczyniają się do postępu w lecznictwie. A więc są bardzo pożądane. Informacja o nich jest celowa.

Niestety, rozwój biznesu farmaceutycznego tak się potoczył, że nie można mówić dobrze o promocji. Powiem na wstępie rzecz politycznie wstydlivą, ale prawdziwą: za komuny było lepiej z promocją niż obecnie. Promocji w sensie klasycznej reklamy na dobrą sprawę niemal nie było. Tak jak wszelkie inne dobra wolno było publicznie reklamować tylko środki lecznicze dopuszczone do obrotu bez recepty. Ale odgrywały one niewielką rolę. Natomiast „prawdziwe” leki, decydujące o zdrowiu narodu, ordynowane przez lekarzy, nie były promowane handlowo. Ich promocja nazywała się informacją naukową i była adresowana tylko do lekarzy i farmaceutów.

Firmy farmaceutyczne, tak polskie jak i zagraniczne, posiadały komórki informacji naukowej, które pracowały w sposób jakby uczelniany, wzorowany na wydziałach

farmaceutycznych i lekarskich szkół wyższych. Ordynarna promocja może, tak jak myszka, tylko „swoją ogonkę chwalić”. Natomiast informacja naukowa musi do tego obliguje ją „naukowość” porównywać jakość reklamo-wanego leku z jakością leków konkurencyjnych.

W kapitalizmie, z którego dobre i złe wzory czerpie III RP, górą jest ordynarna promocja. Kapitalizm tak silnie strzeże interesów przedsiębiorstwa, że wręcz zabrania tzw. prawem o nieuczciwej konkurencji źle wyrażać się o cudzym przedsiębiorstwie i jego produktach. Zwróćcie uwagę, że producent bardzo dobrego Volvo nigdy nie chwalił się publicznie, że jego produkt jest lepszy od produktu Fiata lub Daewoo. Gdyby tak postąpił, pozwany do sądu, musiałby umieć udowodnić „lepszość” swoich samochodów. Tymczasem przeważnie tak jest, iż produkt ma wiele parametrów, w tym lepsze i gorsze. Udowodnić, że wszystkie parametry Volvo są lepsze jest nie sposób. Dlatego właściciel marki Volvo nie ma tyle tupetu, by głosić, iż jego samochód jest lepszy od innych.

A jednak ludzie w miarę swych finansowych możliwości kupują samochody Volvo, choć są drogie. Dla-czego? Bo ich wiedza ogólna pozwala odróżnić samochód od samochodu.

W farmacji jest inaczej. Tu nawet lekarz i aptekarz pozostawieni sami sobie nie są zdolni dokonać analizy porównawczej walorów dwóch podobnych leków. Jak powietrza potrzebują pomocy uczonych, informacji naukowej. Nie otrzymują jej jednak, bo w kapitalizmie informowaniem zajmują się nieobiektywne firmy farmaceutyczne.

Lekarze, skądinąd ludzie inteligentni, niekiedy przejawiają naiwność nie mieszczącą się w głowie. Zilustrujmy to za pomocą konkretnego przykładu, konkretnego leku dozwolonego do sprzedaży bez recepty, ale w praktyce sprzedawanego niemal wyłącznie na receptę. Lek nazywa się Ag 100 srebro koloidalne. Jest robiony przez firmę Aurum Health Products w Anglii i przywożony do Polski za zgodą Instytutu Żywności i Żywienia! Wskazania dla niego to: infekcje wirusowe, zakażenia bakteryjne, angina, biegunka, gruźlica, zakażenia skóry typu liszaj i czyrak, przeziębienie, katar, kaszel, grypa, zapalenie migdałków, zakażenia grzybicze i infekcje wywołane drożdżami, zapalenia zatok, zapalenia oskrzeli, opryszczka, łuszczyca, łupież i trądzik. „Humbug w płynie” mówi o tym nasz prof. W. S. Gumułka. Ale lekarze nie słuchają swego nauczyciela, ordynują hochsztaplerski preparat, w dodatku kosztujący 38zł.(1)

Przypadek ten nie jest odosobniony. Leków-bzdur oferuje się i stosuje wiele, tylko moda na nie się zmienia. Opierając się na tych obserwacjach nie można mieć wątpliwości, że każdy lek Rp, bez względu na walory, za którym w odróżnieniu od leku OTC stoi promocja „odziana w szaty profesjonalizmu”, zawsze znajdzie życzliwych lekarzy. W Polsce dużo. Na Zachodzie mniej. Dlaczego?

Na Zachodzie panuje dyscyplina. Firmom pozwala się na promocję, pozwala się „swoją ogonek chwalić”, ale wiedząc, że promocja kupiecka może być nieobiektywna, bierze się ją w karby:

- nie wolno firmie reklamować leku ot tak sobie, wolno reklamować tylko konkretne wskazania określone w świadectwie rejestracji; np. lek Megace (Megestrol) ma wskazanie w terapii chorych wyniszczonych rakiem, a rokujących, i jeśli by ktoś zalecił albo zastosował go na prośbę kochającej mamusi do „wzmocnienia” dziecka (mizernie wygląda, panie doktorze), zostałyby upomniane, ukarane grzywną, zwolnione z pracy; u nas zaś „hulaj dusza, piekła nie ma”, ani rep, ani lekarz nie ponoszą żadnych konsekwencji niewłaściwej promocji i złej ordynacji, a na Megace wydaje się krocie.

- w wielu krajach nie wolno reklamować leków w indywidualnych gabinetach lekarskich, należy to robić na konferencjach, w szpitalach lub towarzystwach lekarskich, wówczas otumanianie słuchaczy jest trudniejsze,

- kasy chorych i inne instytucje ubezpieczeniowe udzielają lekarzom porad, wręcz instruują, czego nie stosować, bo za drogie lub za mało skuteczne; u nas Narodowy Fundusz Zdrowia jest sprowadzony do roli bezmyślnego płatnika, a jego zwierzchnik Minister Zdrowia jest nazbyt zajęty tysiącami kłopotów, by mieć czas na ekonomikę leku i instruktaże terapeutyczne,

- towarzystwa lekarskie i farmaceutyczne mają ambicję pomagać swym członkom w dociekaniu prawdy o lekach; w niektórych krajach ściśle współpracują w niesieniu kaganca oświaty (patrz doskonały przewodnik po lekach British National Formulary redagowany wspólnie przez British Medical Association i Royal Pharmaceutical Society of Great Britain); u nas towarzystwa naukowe są bierne, nie przeciwdziałają ogłupianiu lekarzy i farmaceutów, niekiedy nawet współdziałały z firmami. Popisową wręcz rolę odgrywa tu lekarskie Polskie Towarzystwo Farmakoekonomiczne.

Zła praca rządów i samorządów (nie tylko w Polsce) sprzyja złej działalności firm farmaceutycznych. Obecnie klasycznej, pożytecznej, potrzebnej, promocji leków towarzyszy działalność szkodliwa, niekiedy nawet przestępcza, zawsze zwiększająca koszty firmy, a w konsekwencji ceny leków. Oto w miarę dokładny opis zjawiska:

Sponsoring badań naukowych, w szczególności klinicznych

Skuteczna promocja leku wśród milionów lekarzy, mających go ordynować nie polega tylko na kurtuazyjnych wizytach agentów oraz drobnych suwenirach. Przybiera ona formę pozornie naukowej perswazji. Agent przynosi lekarzowi literaturę świadczącą dobrze o danym wyrobie. Przemilcza literaturę świadczącą dobrze lub lepiej o innych lekach. Aby dysponować literaturą pozytywną firma wielkim sumptem angażuje kliniki do

„badań”. Nie zawsze szefowie klinik bywają przekupywani. Bardzo często są pozyskiwani humanitarną szczodrością firmy na rzecz kliniki, szpitala. Zdarza się, iż pomimo „smarowania” sponsorowani badacze nie mogą i nie chcą napisać dobrej opinii o leku. Wówczas opinię niedobłą wyrzuca się do kosza. Zbiera się i publikuje te opinie, które wskutek „smarowania” są korzystne. One właśnie będą stanowić instrumentarium w rękach repów (reprezentantów) wizytujących lekarzy piszących recepty.

Hochsztaplerstwo na styku firma farmaceutyczna klinika osiągnęło już takie rozmiary, że poważne czasopisma naukowe wstydzą się publikowania prac bez „przysięgi” autorów, że nie byli sponsorowani, że nie zachodzi konflikt interesów nauki i biznesu.

W Polsce daleko nam jeszcze do tej klasy. U nas nawet grasują „towarzystwa naukowe” (np. Polskie Towarzystwo Farmakologiczne) oraz czasopisma „naukowe” (np. „Farmakoeconomika”) wyspecjalizowane w promocji sponsorowanej „prawdy”. Najmocniej wryła nam się w pamięć propaganda, iż Perindopril (Prestarium), ewidentnie wielokrotnie droższy od doskonałego Enalaprilu, jawi się tańszym (2). Z uporem powielana (3).

Promocja psychologiczna: badania naukowe, zaśluga dla ludzkości.

Ceny leków, zwłaszcza tych pojawiających się na rynku, są bardzo wysokie, co może budzić niezadowolenie. Przemysł farmaceutyczny nie miałby dobrej opinii w społeczeństwie, gdyby lek mogący kosztować 10 dolarów sprzedawał za 100 dolarów, gdyby napychał sobie kieszenie nie bacząc, iż wielu ludzi umrze, bo nie zdoła kupić lekarstwa. Przemysł farmaceutyczny dbały o public relations (dobre imię) kolportuje preparowane z pomocą wyjątkowych ekspertów informacje o zawrotnych kosztach badań dla rozwoju. Obecnie już głosi się, że koszt opracowania nowego leku wynosi 850 mln dolarów. Wczoraj było to 500 mln, jutro będzie 1 miliard.

Kwoty te są wyssane z palca, niczym nieudokumentowane, ale media oraz politycy dają temu wiarę. Nie można im się dziwić,

skoro uwierzył w nie i przy różnych okazjach to powtarza człowiek tak autorytatywny jak Sir Michael Rawlins, szef wielce reputowanego NICE (UK National Institute for Clinical Excellence) (4). Wierzą w nie także inne osoby zaufania publicznego. Koncernowa błaga nabiera cech powszechnej wiarygodności. Gazety piszą peany na cześć przemysłu farmaceutycznego zbawiającego ludzkość. Jak mogą „nie wdzięcznicy” okazywać niezadowolenie z powodu wysokich cen leków?

Nasze głosy krytyki, wydawane z małej warszawskiej uczelni, w dodatku po polsku, nie są słyszalne w świecie. Na szczęście i za granicą pojawiają się prace wieszczące początek końca zakłamej koncernowej farmakoeconomiki. W sierpniu 2004 r. ukazała się w USA książka Marci Angell, wyjątkowo dobrze zorientowanej w temacie, która przez lata była naczelnym redaktorem jednego z najwyższycenionych czasopism naukowych, „New England Journal of Medicine”. Pisze ona bez ogródek, że wysokie ceny leków rzekomo wynikające z kosztów badań nad nowymi lekami to zwyczajne kłamstwo na potrzeby public relations (5).

Może z czasem Marcia Angell dotrze do lekarzy w Polsce, którzy choć nie okazują przychylności dla wysokich cen leków, ale raczej désintéressement, bierną dla nich aprobatę, znakomicie ułatwiają repom skuteczną działalność.

Promocja kongenerów (me-too drugs)

Jak wiemy z wcześniejszych wykładów poczynania „innovacyjne” wytwórców leków nie są ukierunkowane przede wszystkim na nowe, oryginalne pomysły terapeutyczne, lecz na przerabianie leków już istniejących na ich kopyto, zwłaszcza leków kasowych, a jeszcze chronionych patentem.

Działalność wytwórców na tym polu jest wybitnie cyniczna. Z reguły nie wnosi ona niczego nowego do postępu w lecznictwie (co jeżeli zdarza się, to bardzo rzadko). Można to zrozumieć, bo każdy ma prawo chcieć zarobić bez dużego wysiłku. Cynizm polega na tym, że firma łatwo przerabiająca wybitny cudzy wynalazek, bez dużych nakładów na R&D, ma zwyczaj kwotować za przeróbkę wysoką cenę, zbliżoną do ceny leku oryginalnego, czasem nawet wyższą. Postępuje tak

wiedziona nie tylko niepohamowaną chciwością lecz także psychologią kupiecką. W sklepie tańszy towar jest z reguły gorszy. W aptece więc także tańszy lek może być uważany za gorszy. Lepiej przeto ceny nie obniżać, a kłaść nacisk na promocję uwypuklającą rzekome zalety. Dla firmy korzystniejszą jest szastać pieniędzmi na promocję, aniżeli sprzedawać taniej.

Problem tu poruszony dotyczy ogromnej części rynku aptecznego. Musimy sobie uświadomić, że w aptekach różnych krajów lekarze mają do dyspozycji 27 blokerów betaadrenergicznych (ololi), 16 inhibitorów konwertazy angiotensyny (prili), 6 inhibitorów reduktazy HMG CoA (statyn), 5 inhibitorów pompy protonowej (prazoli), 16 podobnych przeciwgrzybiczych pochodnych imidazolu i triazolu et cetera, et cetera. Każdy z tych licznych kongenerów jest promowany tak, jak gdyby on był najlepszy, podczas gdy przeważnie jest gorszy. Zwodnicza promocja leków jest możliwa dzięki ustawodawstwu ogólnemu niedostosowanemu do potrzeb farmacji. Kto powie prawdę, że lek B jest gorszy od leku A, naraża się na proces o szkody wyrządzone producentowi leku B. Musi przeprowadzić dowód prawdy, co wymaga wiele pracy i czasu.

Kto zechce w imię troski o dobro anonimowych pacjentów tak się poświęcać?

Agresywna promocja drogich kongenerów jest szczególnie szkodliwa wówczas, gdy ich wcześniejsze prototypy, często lepsze, są już osiągalne w wersji generycznej, taniej. Ludzie marnotrawią pieniądze na produkty gorsze i znacznie droższe.

Kontrpromocja leków generycznych

Promocja leków generycznych, konkurencyjnych, legalnie powstających po wygaśnięciu ochrony patentowej wynalazku, który już na siebie zarobił i się postarzał, jest łatwa, prosta i tania. Nie wymaga naszych komentarzy. Wystarczy, że wytwórca leku generycznego obniży jego cenę do rozsądnego poziomu i już Minister Zdrowia we własnym (budżetu) interesie ma się upraszać o ofertę, wpisać do wykazu leków refundowanych, kreować nie tylko zapotrzebowanie, ale i popyt.

Wymaga natomiast komentarza

antygentryczna promocja firm markowych. Zdaniem farmaceutów, którzy pracowali lub pracują w przedstawicielstwach firm zagranicznych, one eksploatują co najmniej 50% czasu pracowników nie na zachwalanie swych leków chronionych jeszcze patentami (co jest dozwolone), lecz na obrzydzanie konkurencyjnych leków generycznych, uszczuplających rynek dla ich markowych leków-staroci niechronionych już patentami (co jest obrazą prawa).

Niszczycielski proceder obejmuje nie tylko produkty konkurencyjne dla leków „prawdziwych”, ważnych dla zdrowia, refundowanych. Obejmuje wszystkie leki, na których zysk jest zagrożony. Ostatnio z największą pasją piętnowano Pelethrocina zagrażający Detralexowi droższemu o 60%.

Oszukańcze utracanie leków konkurencyjnych to bodaj największy występki farmakoekonomiczny, jaki znam. Problem omówimy szerzej od strony ekonomicznej w wykładzie poświęconym refundacji, a więc pieniądзом. Teraz zajmiemy się nim tylko od strony farmaceutycznej.

Konkurencyjny lek generyczny powinien być, i przeważnie jest, idealną kopią pierwowzoru oryginalnego. Bardzo surowe wymogi procesu rejestracyjnego kładą na to nacisk. Kopia generyczna musi być nie tylko identyczna farmakologicznie, lecz też bioekwiwalentna. Rozpuszczanie, wchłanianie, biodostępność i wydalanie muszą być odwzorowane.

Nieczęsto, wręcz bardzo rzadko, ale bywają z tym kłopoty. Dlaczego? Bo urzędy patentowe rejestrujące wynalazki nie zawsze znajdują się na lekach. Mówią, że patentują lek, a w istocie patentują związek chemiczny decydujący o działaniu leku. To jest sprzeczne z logiką prawa patentowego, które stanowi, że wynalazca otrzyma ochronę wynalazku na x lat pod warunkiem, że ujawni wszystkie dane wynalazku. To znaczy pod warunkiem, że po ustaniu ochrony patentowej każdy będzie zdolny odtworzyć wynalazek i go produkować.

Otóż firmy farmaceutyczne ujawniają tylko dane chemiczne o substancji leczniczej, ale nie ujawniają danych o formułowaniu leku z zakresu farmacji stosowanej. Później

producent leku generycznego może mieć kłopoty.

Cynizm firm markowych polega na tym, że zamiast oddać się w ręce sprawiedliwości za oszustwo, łamanie prawa patentowego, trąbią na prawo i lewo, że leki generyczne są niedobre (choć w 99% są dobre). Ta kontrpromocja trafia często do przekonania niewydarzonym lekarzom i farmaceutom. Lekarzy jest dużo, bywają niewydarzeni nawet w randze profesora. Nie sposób ich cytować. Zacytujmy poglądy farmaceuty J.B., wyrażone w Dzienniku Zachodnim (z 12 lipca 2004 r.):

„Nie powinien dziwić fakt, że lek oryginalny jest droższy firma, która go opatentowała prowadziła żmudne, wieloletnie i kosztowne badania naukowe. Lek odtwórczy generyk jest tańszy, jakościowo najczęściej nie ustępuje oryginałowi, jednakże firma, która go produkuje, po prostu korzysta z cudzego gotowego pomysłu po ustaniu ochrony patentowej. Firmy te najczęściej nie prowadzą badań naukowych, nie współpracują ze światem nauki, czekają tylko na otwarcie kolejnej furtki prawnej do produkcji następnej podróbki.

Absurdalnie to właśnie dzięki „pazerności” dużych firm farmaceutycznych mają one środki na ciągłe badania farmakologiczne, które są bardzo kosztowne. To dzięki temu, że oryginał jest droższy od podróbki, jutro, za rok czy kilka lat może doczekamy się całkiem nowatorskich rozwiązań...”

„Jeśli z uporem maniaka będziemy teraz upierać się przy permanentnej promocji leków generycznych, nie oczekujemy, że pójdzie to w parze z rozwojem nauk farmaceutycznych i medycznych.”

Kolega J.B. jest analfabeta, jeśli chodzi o znajomość prawa i ekonomii, w dodatku zarozumiałym. Za durni uważa przywódców ponad 100 państw, którzy ustanowili zgodnie światowy porządek patentowy: wysokie wynagrodzenie (cena leku) dla wynalazcy tak. Ale przez ograniczony czas. Nie do końca świata. Gdyby zastosowano prawo mgr. J.B., to jaka firma inwestowałaby w nowe wynalazki, w postęp, skoro mogłaby eksploatować stare wynalazki

w nieskończoność? Jak widać, i farmaceuci miewają trudności z logicznym myśleniem. Z żalem stwierdzamy, że za granicą ludzie są mądrzejsi, potrafią walczyć z nieuczciwą promocją, z nieuczciwym marketingiem, z przestępczym sponsoringiem, z korupcją. Otoprzykłady.

Promocja, jej rozmiary, bywa limitowana. W Wielkiej Brytanii nie wolno wydać na promocję leków więcej niż np. 12% wartości produkcji sprzedanej. W Polsce można w ogóle nie produkować, tylko przywozić i reklamować bez żadnych ograniczeń.

Promocja bywa opodatkowana, akcyzowana. Np. we Francji nakłady na promocję leków są obciążone wysokim 40% podatkiem akcyzowym. W Polsce nie tylko nie ma hamowania promocji, ale jest jej fiskalne wspieranie. Przy nowelizacji prawa farmaceutycznego w 2002 r. (Dz. U. Nr 152/2002), orły rewolucji, Łapiński z Naumanem wprowadzili prokoncernowy zapis pozwalający reklamować leki w ciężar budżetu państwa, a nie firmy (ustęp 4 do artykułu 52). Teraz wszelkie wydatki na promocję wpisuje się w koszty pomniejszające zysk brutto ergo podatek dochodowy. Firmy markowe często w ogóle podatku nie płacą, a reklamują i zarabiają moc.

Na marginesie ustawicznej wojny podjazdowej pazernych firm markowych przeciw konkurencyjnym lekom generycznym, którym zarzuca się najczęściej niedobrą biodostępność warto pamiętać, że historycznym sprawcą afery niewłaściwej biodostępności był przemysł markowy, a nie generyczny. Afera miała miejsce 34 lata temu.

„Złoczyńcą” była doskonała firma amerykańska Parke Davis, wstawiona po I wojnie światowej insuliną, po II wojnie światowej chloramphenicolem. Wytwarzała też przeciwpadaczkową phenytoinę (marka Epanutin lub Dilantin). Postacią była kapsułka.

Otóż z przyczyn niepodanych do wiadomości filia australijska amerykańskiego Parke Davisa wprowadziła zmianę technologiczną przy produkcji leku. Zamiast gipsu (siarczan wapnia) zastosowano laktozę jako materiał

wypełniająco-poślizgowy. Ta na pozór nieistotna substancja spowodowała znaczne zwiększenie biodostępności. Lekarze i pacjenci nie wiedząc o tym stosowali dawki leku wskazane uprzednio. Wybuchły masowe intoksykacje (6).

Dramat, jak widzimy, dotyczył leku „branded”. Ale posłużył później i służy nadal do prześladowania biodostępnością konkurencji „generic”.

PR public relations = promocja reputacji

Koncerny farmaceutyczne bywają często oskarżane o niecnotę, a zwłaszcza o zbrojeckie ceny. Reagują na zarzuty promocją swych zasług, swej dobroczynności. Nie warto w tym wykładzie tracić czasu na polemikę. Ale zacytujmy przykład PR najbardziej kuriozalny.

W agitce kolportowanej pośród aptekarzy w formie sponsorowanego artykułu w biuletynach izb okręgowych Stowarzyszenie Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych w Polsce podało min.:

„Penicylina została wykryta w Wielkiej Brytanii w 1928 r., ale lek ten nie był produkowany na skalę przemysłową, dopóki nie zajęły się tym amerykańskie firmy farmaceutyczne. To one rozwiązały problem przeniesienia fermentacji zanurzonej ze skali pilotażowej na skalę przemysłową.”

Autor, propagandysta koncernów, jest tak zaślepiony swą służalczością, iż wyrządza im szkodę. Ludzie już zapomnieli o największej kompromitacji przemysłu farmaceutycznego XX wieku. Dzięki niemu sobie przypomną, że kiedy Chain i Florey wykorzystali w 1941 r. odkrycie Fleminga z 1928 r., udowodnili możliwość uzyskania penicyliny i jej genialne właściwości, przemysł farmaceutyczny palcem nie kiwnął, by opracować technologię produkcji na skalę przemysłową. Żadna firma angielska, Wellcome, May&Baker, Glaxo, Smith Macfarlan itd. nie podjęła się tego przedsięwzięcia. Zastaniając się ciężarem wojny z Hitlerem (a przecież penicylina była potrzebna przede wszystkim dla rannych ofiar wojny). Uczni przenieśli zadanie do USA. I tam jednak żadna firma nie zechciała podjąć się tej pracy. Bo trzeba było wydać trochę pieniędzy na research bez gwarancji wielkich zysków („starej”

penicyliny z 1928 r. nie można już było opatentować). Dopiero prezydent Roosevelt wyasygnował nieco rządowego grosza i w państwowym laboratorium ulokowanym w Peoria opracowano technologię produkcji głębinowej na skalę przemysłową. Receptę dano za darmo każdemu. Również Polsce w ramach pomocy UNRRA. Wykorzystano ją w Tarchominie. Największą kasę zarobiły firmy amerykańskie posiadające wielkie tanki fermentacyjne (robiące kwas cytrynowy, octowy itp.) z Pfizerem i Squibbem na czele. Brawo. Ale niech nieudolni propagandyści nie czynią z nich bohaterów wynalazców, którym ludzkość tak wiele zawdzięcza.

Public relations/promocja reputacji współcześnie jest ukierunkowana głównie na propagowanie rzekomo gigantycznych kosztów zrobienia nowego leku. Temat już omówiono w podrozdziale Promocja psychologiczna.

Promocja z pomocą rzekomych farmakoekonomistów

Promocja szkodliwa jest robiona przez koncerny farmaceutyczne głównie z wykorzystaniem lekarzy klinicyistów. Nawet profesorów medycyny. W wykładzie o promocji nie można jednak nie zasygnalizować roli lekarzy „farmakoekonomistów”. Farmakoekonomika ma krótką historię, jest wynalazkiem „naukowym” ekonomistów zaangażowanych przez przemysł do jego obrony przed oskarżeniami o nieetyczne praktyki cenowe. Ekonomisci zbudowali podstawy teoretyczne „nauki”. Ale nie odróżniają leku od leku. Przeto farmakoekonomika praktyczna zatrudnia lekarzy do zwodniczej promocji, do „sprzedawania” drogich leków markowych jako rzekomo tańszych od produktów konkurencyjnych. Farmakoekonomice poświęcimy odrębny wykład, bo na to zasługuje. Będziemy o niej też wzmiankować w wykładzie o refundacji leków przez państwo. Przy procesach selekcjonowania leków do refundacji bardzo aktywnie grasują „farmakoekonomisci” szkoleni w departamentach „naukowych” firm farmaceutycznych. Łatwo rozumieć tę aktywność, bo w niebogatym kraju sprzedaż leków w wysokim stopniu zależy od

refundacji.

Promocja korupcyjna

Lichwiarska stopa zysku osiągana na lekach markowych stwarza za równo możliwości, jak i bodźce do korumpowania kogo tylko się da. Tych, którzy rejestrują leki, tych którzy ustalają refundację i najwięcej tych, którzy ordynują leki.

Zjawisko jest masowe, aczkolwiek niejednakowo nasilone w różnych krajach. Ostatnio najbardziej popisała się pod tym względem firma GlaxoSmithKline i Italia. Śledztwo trwające tam dwa lata ujawniło bakszysze w kwocie 228 mln euro, rozdane ponad 4,2 tys. lekarzy (7). Ile nie ujawniło, nigdy się nie dowiemy.

Korupcja bywa posunięta tak daleko, że lekarze otrzymują konkretne stawki wynagrodzenia za wystawienie konkretnych recept.

W Niemczech toczą się podobne śledztwa. Tamtejsza filia GSK ponoć płaciła lekarzom po 25 tys. euro.

O skali korupcyjnej promocji w Polsce nie ma wyobrażenia (chodzi nie o pomówienia, a o fakty). Aparat ścigania jest przeciążony pracą przy śledzeniu i chwytaniu mafiozów i innych dużych przestępców. Łapówkarstwo w ochronie zdrowia uchodzi bezkarnie. Niekiedy nawet cieszy się moralną aprobatą, jako że tysiące lekarzy otrzymują legalne uposażenia bliskie minimum socjalnemu.

Co my, farmaceuci, powinniśmy robić, aby utrudniać korupcję? Powinniśmy ucinąć źródła informacji na linii firma farmaceutyczna - lekarz. Istnieją dwa takie źródła. Jedno to firmy-wywiadownie trudniące się badaniem rynku, obrotem lekami itp. Pozwólmy im to robić, ale nie tak, jak to robią. Nakładają hurtownie do składania raportów o sprzedaży w rozbiciu adresowym na „kody pocztowe”. Nie należy się na to godzić. Takie dane sprzedawane przez wywiadownię firmie farmaceutycznej umożliwiają jej wysledzenie, którzy lekarze ordynują jej leki i „sprawiedliwe” ich wynagradzanie. Drugie źródło to apteki, odwiedzane przez miłych przedstawicieli firm farmaceutycznych. Oni niewinnie interesują się swoimi lekami i chytrze uprecyzniają wiedzę firmy na temat ordynacji lekarzy.

Farmaceuci zatrudnieni w aptekach

i hurtowniach powinni stać na straży również etosu lekarza. Nie powinni firmom zbierającym dane uprzystępniać informacji rozszyfrowujących imiennie ordynowanie leków.

Zresztą tu nie tylko chodzi o dobre imię. Tu chodzi przede wszystkim o zdrowie ludzi. Pamiętajmy, że skorumpowana i każda inna nieuczciwa promocja powoduje, iż lek gorszy wypiera lek lepszy. Mamy tu pełną analogię do nauk monetarnych Kopernika, który odkrył, że pieniądz gorszy wypiera pieniądz lepszy.

Niestety, mój głos o stanie w aptekach i hurtowniach na straży etosu lekarza i aptekarza to przy polskich bezmyślnie liberalnych rządach wołanie na puszczy. Coraz więcej pracuje w obrocie lekami kupców, coraz mniej farmaceutów. Kupcom na sercu leży etos kupca, to jest maksymalizacja zysku. Jednym ze sposobów maksymalizacji zysku jest sprzedaż informacji firmom farmaceutycznym i wywiadowczym.

Sprawa jest beznadziejna, bo kupcy stoją na słusznym stanowisku, że wszystko jest dozwolone, co *experessis verbis* prawem nie zabronione.

Promocja hucpiarska

Promocja w medycynie niemal wszystko może. Oto najbardziej efektowne przykłady, które zanotowałem w mej karierze naukowo-dydaktycznej:

1. Prenalterol (Varbian, Hyprenan)

Kariera betaadrenolityków rozpoczęła się od opracowania w 1964 r. Propranololu przez mały departament farmaceutyczny w wielkim brytyjskim koncernie chemicznym ICI (Imperial Chemical Industries). Lek ten, opatrzony nazwą markową Inderal, nie tylko poprawiał pracę serca, obniżał ciśnienie tętnicze, ale też przynosił kolosalne zyski. Inne firmy pragnące zysków, a nie mogące robić i sprzedawać opatentowanego Propranololu, migiem dostrzegły, że działanie farmakologiczne jest indukowane łańcuchem propylamino-propranolowym doczepionym do cegły-nośnika pierścieniowego. Propranolol (Inderal) (1)

Posypała się więc w firmach „innowacyjnych” lawina pomysłów zarobkowych polegających na obejściu

patentowym Propranololu. W każdym pomysłu jest wyżej przedstawiony łańcuch boczny, a do „cegły” coś się dodaje. Byle co. Po prostu trzeba molekułę zmienić, by obejść patent. Pierwsi w pomysłowości byli Szwajcarzy (Oxprenolol Ciba, 1966, Pindolol Sandoz, 1966), dołączali co chwila inni. Betablokery mnożyły się. Coraz trudniej było na betablokerze zarobić.

Ale od czego jest spryt i promocja. W 1974 roku w Cibile-Geigy odjęto od Oxprenololu (Trasicoru) nieczynne byle co (allyl) i nowy produkt okrzyknięto antybetablokerem. Betablokerów jest dużo, antybetabloker będzie jeden. Aby zatrzeć jego betablokujące skojarzenia nie dano mu w nazwie stemu „olol”. Powstał Prenalterol zamiast Prenalterolol (nazwa handlowa Varbian, Hyprenan). Pojechano z tym na światowy kongres kardiologiczny (Moskwa, 1982 r.) i wypromowano sensację z najwyższej światowej trybuny. Hucpa promocji może być tak magiczna, że żaden z uczestników kongresu nie zaprotestował. Każdy klaskał. Prenalterol (Varbian i Hyprenan) był promowany i sprzedawany jako antybetabloker przez cztery lata. Dłużej już się nie dało. Oxprenolol (Trasicor) Prenalterol (Varbian, Hyprenan)(2)(3)

2. Alprazolam (Xanax) i Triazolam (Halcion)
Pamiętamy historię benzodiazepin. Hoffmann La-Roche opracował w latach 1960. słynne benzodiazepiny (w USA, a nie w Szwajcarii): Chlordiazepoxid (Librium), Diazepam (Valium). Uzyskał przeogromne powodzenie, bo na tle karbaminianów, np. Meprohamatu (Miltown), a zwłaszcza barbituranów, to był postęp. Powodzeniu towarzyszyły miliardowe zyski.

Bez trudu rozpoznano, że kluczem do działania farmakologicznego jest struktura fenylobenzodiazepinowa. Diazepam (Valium)(4)

Można do niej doczepiać byle co, tu chlor, tam metyl i zawsze będzie jakiś Diazepam (Valium). Z czasem zrobił się tłum zepamów, więc pomysłowość chemiczną posunięto dalej. Do konstrukcji fenylobenzodiazepinowej dodano pierścień „azolowy” i zrobiono tzw. triazolobenzodiazepinę. W ten sposób oprócz zepamów powstały zolamy. O podobnych własnościach farmakologicznych.

Cuda promocji zaobserwowano przy dwóch niemal identycznych triazolobenzodiazepinach, zolamach Upjohn'a, Triazolamie i Alprazolamie. Są to dwie niemal identyczne molekuły, więc muszą mieć niemal identyczne własności lecznicze: Triazolam (Halcion) Alprazolam (Xanax) (5) (6)

Ale w szpitalu i aptece potrzeba różnych psycholeptyków. Pewne osoby chciałyby bardziej łagodnych anksjolityków, innym należałoby dawać silniej działające środki uspokajająco-nasenne. Upjohn potrafił wmówić w lekarzy, że Triazolam i Alprazolam działają bardzo różnie, Alprazolam (Xanax) jest anksjolitykiem, a Triazolam (Halcion) somniferykiem. Alprazolam (Xanax) stał się największym „money-maker`em, a Triazolam (Halcion) drugim po nim. To było pierwsze cudowne ogłupienie.

Później nastąpił cud drugi. W końcu lat 1980. kończy się kariera Triazolamu, ujawniły się poważne działania niepożądane (efekty psychotyczne, amnezja, depresja). Lek się wycofuje. Powinno to rzucić cień na bliźniaczy Alprazolam. Otóż nie. Utalentowana promocja przenosi popyt z Triazolamu na Alprazolam. Jego kariera potęguje się. W 1991 r. sprzedano Xanaxu (Alprazolamu) za 600 mln dolarów. To już dziś jest odległa historia. Ale jako dowód ogłupiania lekarzy promocją ciągle żywa.

Kończąc wykład o promocji połączmy szczególny nacisk na stanowienie dobrego prawa. Uczmy się tego od innych:

Z USA bierzmy surowość tępienia postępowań niezgodnych z prawem.

Od Anglii nauczmy się limitować wydatki na promocję.

Z Francji zaimportujmy akcyzowe opodatkowanie promocji leków.

Z Polski wyrzućmy finansowanie promocji w ciężar budżetu państwa!

Tak, orły rewolucji, w osobach ministra Łapińskiego i wiceministra Naumana, przeprowadziły w sejmie prokoncernową zasadę zaliczania prywatnych nakładów promocyjnych do reklamy publicznej, którą można księgować w koszty pomniejszające podatki (8), (9). Za orgię reklamową koncernów płacimy teraz my, podatnicy!!!

Troską o dobre prawo wyrządzymy w Polsce wiele dobrego w sensie kopernikańskim. Zmniejszymy stosowanie gorszych leków, zwiększymy lepszych. Niewiele wskóramy w skali świata. Jego farmaceutyczne nieszczęście polega na tym, że leki są horendalnie drogie wskutek gigantycznych kosztów promocji. Natomiast koncerny farmaceutyczne nie mogą usunąć kosztów promocji, bo wówczas osiągnęłyby rentowność, nadwyżkę przychodów nad poniesionymi kosztami, 1000%. Okrzyknięto by ich hienami, krwiopicjami. A tego bardzo nie chcą.

Tadeusz Szuba

Piśmiennictwo:

1. „Głowa boli od leków”. „Polityka” Nr 10 z 6 marca 2004 r.
2. „Farmakoekonomika nauka czy humbug”. „Aptekarz” Nr 1/2 (2002)
3. „Polskie Towarzystwo Farmakoekonomiczne powinno się rozwiązać”. „Aptekarz” Nr 9/10 (2004), 230-233
4. „Regulating the regulators”. Scrip Magazine July/August 2004
5. „The Truth About the Drug Companies: How They Deceive US and What to Do About it”. Random House
6. „Outbreak of anticonvulsant intoxication in an Australian city” Br. Med. J. 1970, 4, 271-273.
7. „Tysiące przekupionych lekarzy”, „Rzeczpospolita” Nr 123 z 7 maja 2004 r.
8. Ustawa Prawo farmaceutyczne Dz. U. Nr 126/2001 poz. 1381
9. Ustawa o zmianie ustawy Prawo Farmaceutyczne Dz. U. Nr 152/2002 poz. 1265

* Poprzednie odcinki były wydrukowane w „Aptekarzu” Nr 9 (2003), Nr 10 (2003), Nr 3/4 (2004), Nr 9/10 (2004) i Nr 11/12 (2004).

LIST OTWARTY

Prof. dr Tadeusz Chruściel
Naczelna Izba Lekarska
Warszawa

Panie Profesorze, spieszę zaprotestować publicznie przeciwko publicznemu szermowaniu Pana poglądami na temat systemu refundacji leków, a konkretnie instrumentu zwanego limitem ceny.

Pan myśli i mówi tak, jakby nie wiedział, o co chodzi w gospodarce lekiem (za posiadane 6 miliardów złotych dać zdrowia jak najwięcej).

Ministerstwo Zdrowia bardziej lub mniej udolnie, zabiega o to, by dać lekarzom i chorym maksimum środków. Wyraża się to m.in. w trosce, by nie marnotrawić pieniędzy na leki nie nieodzowne, a zdrowia relatywnie mało przyczyniające (ich w ogóle nie refundować), by w grupach leków przyczyniających zdrowia i działających podobnie lecz kosztujących bardzo różnie, preferować te kosztujące mniej.

Nikt się tym słusznym zabiegiem jawnie nie sprzeciwia, ale jest wielu, którzy je podstępnie sabotują. Pan jest w czołówce sabotażystów. Walczy Pan jak lew o to, by sposób grupowania leków i limitowania kosztów pozwalał na refundowanie leków drogich, a nie nieodzownych.

Oczywiście, robi Pan to, znam Pana, nie dlatego, by pozyskać korzyści od koncernów farmaceutycznych żywo zainteresowanych sprzedażą leków drogich lecz dlatego, by zapewnić rządy lekami lekarzom. Pan pragnie takich ustaw i rozporządzeń, które by pozwoliły lekarzom pisać recepty na to co chcą. W przekonaniu, że chcą dobrze.

Tu jest źródło naszego konfliktu, bo lekarze mają z natury antytalent ekonomiczny, i uzyskawszy prawo do rządzenia, popełniają (nieświadomie) kolosalne błędy. Szastając pieniędzmi na leki zbędne D, E, F, uniemożliwiają danie wszystkim chorym (choćby za darmo) leków nieodzownych A, B, C. Chorzy nie otrzymując leków cierpią, a nawet umierają. To jest nieludzkie.

Zarzut mój jest poważny, postaram się nie ograniczać argumentacji do ogólników.

Skąd się bierze źródło konfliktu między ludźmi uczciwymi, lekarzami takimi jak Pan, i farmaceutami takimi jak ja? Z zakłamania nauk tzw. farmakoekonomicznych. Nie ma tu miejsca na ich omawianie szerokie.

Ograniczmy się do fragmentu Pana wykładu: „Właściwym terminem używanym często w nowym dziale farmakologii społecznej, tj. w farmakoekonomice jest „kosztowa skuteczność”. Najważniejsze jest bowiem, czy zastosowany preparat działa skutecznie w danej chorobie, u danego pacjenta, a koszt jego zastosowania jest mniejszy. Nie chodzi bowiem o cenę jednostkową preparatu, która może być wysoka, ale o koszt całej terapii z uwzględnieniem trwałości wyleczenia, czasu hospitalizacji, czasu trwania niezdolności do pracy, nasilenia objawów ubocznych itp. Właśnie z tych względów przemysł farmaceutyczny produkował, produkuje i będzie produkował leki zwane „ja także” („me too”). Leki te, o innej nazwie między-narodowej, różnią się od leku wzorcowego, macierzystego, np. mniejszym nasileniem działań ubocznych czy korzystnymi zmianami metabolizmu leku w organizmie, np. przedłużonym wydalaniem, co pozwala na zmniejszone dawkowanie. Oczywiście, że produkcja leków z grupy „ja także” wymaga inwestycji, ale to już temat do innej rozmowy”.

Pan wierzy i każe swym uczniom wierzyć, że kongenery (me-too drugs) są robione dla postępu i lekarze powinni mieć łatwy do nich dostęp (za państwowe fundusze). Pan jest w błędzie. Kongener bywa lepszy od leku, którego patent „obchodzi”, dość rzadko (exempla: Hydrochlorothiazid jest lepszy niż Chlorothiazid, Enalapril lepszy niż Captopril). Motorem płodności kongenerowej jest naturalna żądza zysku.

Bardzo dobry lek, czy to Chlorothiazid, czy Captopril, przynosi firmie wynalazczej, i słusznie, miliardy zysku. Firmy konkurencyjne też pragną zysku, a nie mogąc zrobić natychmiast innych przełomowych wynalazków, robią leki nowe, liczne leki „nowe”, na kopyto Chlorothiazidu i Captoprilu. Lekarzom opowiadają bujdy oparte na „pracach klinicznych”, że ich kongenery są lepsze, że mają inny mechanizm działania, lepszą biodostępność, mniej działań niepożądanych itd. Oczywiście, każdy kongener spośród 100 parametrów ma jeden, dwa lub trzy parametry korzystniejsze. I o tych tylko opowiada lekarzom agent firmy. Ale ogólna ocena większości

parametrów jest niekorzystna. Bo jeśli robi się kongenerów 10-20-50, to nie jest możliwe, by każdy był lepszy.

O tym, który kongener jest lepszy (z punktu widzenia gospodarki lekiem), mówi postępowanie milionów uczciwych lekarzy na świecie. Jeśli dano im do wyboru 16 prili: Captopril, Enalapril, Lisinopril, Perindopril, Ramipril, Quinapril, Benazepril, Moexipril, Temocapril, Zofenopril i Imidapril, a oni 75% recept piszą na Enalapril, to znaczy, że Enalapril jest o`kay.

Lekarz nie musi każdemu pacjentowi dawać Enalaprilu. Ma pełną swobodę wyboru. Ale farmaceuta, gospodarz, nie musi pozwalać mu dawać każdego prilu za darmo, jeśli ich ceny są znacząco różne.

Pan swoimi rządami lekarskimi w kwestii limitów cen spowodował, że na jednym tylko prilu, Perindoprilu, marnujemy rocznie ponad 100 milionów złotych. A inne prile? A tuziny nieprili? Gospodarka lekiem jest chora przez Pana.

Nie wierzy Pan?

Jedna dawka dobowa Enalaprilu (Enarenu) kosztuje zł 0,186, jedna dawka dobowo Perindoprilu (Prestarium) kosztuje zł 1,071. Lekarze polscy w amoku wywołanym propagandą Serviera piszą 5 mln recept rocznie na Prestarium (Perindopril) x 30 tabletek à 4 mg = 150 mln DDD. Koledzy lekarze amerykańscy nie używają Perindoprilu, niemieccy, angielscy śladowe ilości, wołają głównie Enalapril. Nie powie Pan, że chcą swym pacjentom źle, chcą im skracać życie, albo nie znają się na medycynie. Po prostu tam „czynniki” pomagają lekarzom leczyć dobrze, a u nas przeszkadzają. Pan przeszkadza. Każąc refundować Prestarium (Perindopril). Wskutek tego rocznie marnuje się 150.000.000 x (1,071-0,186) = 133 mln złotych.

Wg ostatnich danych klinicznych marnuje się dwa razy więcej (albo leczy o połowę mniej), skoro dawka dobowo Perindoprilu, by była skuteczna, ma wynosić 8 mg, a nie 4 mg.

Gromiąc rozporządzenie (projekt) Ministra Zdrowia, bardzo dalekie od doskonałości, od usunięcia Perindoprilu z wykazów refundacyjnych, kosmetycznie poprawiające zły stan obecny, biadoli Pan nad losem polskiego pacjenta, którego „wkład własny

w koszty farmakoterapii jest największy w Unii Europejskiej”. Jest o wiele za duży właśnie z Pana winy. Walczył Pan i walczy o obejmowanie refundacją nie-potrzebnych Perindoprili, a ponieważ Minister Finansów nie ma pieniędzy, Minister Zdrowia ustala limit ceny i każe płacić pacjentowi to, co „wystaje” ponadlimit.

Pominę różne mniejsze błędy w Pana rozumowaniu, bo nie chciałbym, by ten list był nazbyt długi, by zechciał go przeczytać prezes Naczelnej Izby Lekarskiej i odebrał Panu prawo publicznego głoszenia swych racji jako racji NIL. Każdy ma prawo mieć poglądy, ale Izba powinna wyrażać poglądy słuszne.

Nie pominę jeszcze jednej ważnej sprawy. Głosi Pan:

„Długotrwały brak leków innowacyjnych jest skandalicznym zubożeniem możliwości farmakoterapii w naszym kraju. Leki innowacyjne wprowadzane są dlatego, że stwarzają nowe możliwości leczenia. Ich brak powoduje, że polska farmakoterapia zaczyna się różnicować na farmakoterapię ludzi ubogich i ludzi bogatych. Warto dodać, że niektóre leki innowacyjne zostały już dawno zarejestrowane, nie zostały jednak wpisane na wykazy leków refundowanych i są dostępne jedynie za wysoką, 100-proc.

odpłatnością”.

Niektóre leki innowacyjne, wnoszące postęp, powinny być refundowane, a nie są, właśnie z winy Pana. Pan zmuszając rząd do refundowania różnych Perindoprili wypompowuje z kasyczej jeden, a może półtora miliarda złotych rocznie niepotrzebnie. Właśnie tych pieniędzy potrzeba na sfinansowanie postępu farmakoterapeutycznego, na objęcie refundacją nowych leków.

Farmaceutycznej jeden, a może półtora miliarda złotych rocznie niepotrzebnie. Właśnie tych pieniędzy potrzeba na sfinansowanie postępu farmakoterapeutycznego, na objęcie refundacją nowych leków.

Na ten temat opublikuję bardzo obszerną pracę w pierwszym zeszycie „Aptekarza” 2005 r. Niech Pan sobie zada trud i przeczyta.

Warszawa, 17.12.2004 r.

Z poważaniem
Dr Tadeusz J. Szuba

Kopia:

- Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej
Dr Konstanty Radziwiłł
- Minister Zdrowia
Dr Marek Balicki

**Stanowisko Nr 74/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 17 grudnia 2004 r.
w sprawie projektowanych zmian w zasadach ordynacji leków**

Wobec pojawiających się opinii i żądań dotyczących zmian w zasadach przepisywania leków Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z propozycją umieszczania na receptach nazw międzynarodowych leków zamiast nazw fabrycznych, zwraca uwagę na związane z tym niebezpieczeństwa:

- ordynowanie leków wiąże się z odpowiedzialnością za leczenie,
- z punktu widzenia pacjenta tylko lekarz prowadzący może przewidzieć skutki działania przepisane preparatu,
- oświadczenie zawodowe lekarza pozwala stwierdzić, który z dostępnych na rynku preparatów jest skuteczniejszy i mniej szkodliwy.

Odebranie tej decyzji lekarzowi i przekazanie aptekarzowi, który mimo wykształcenia farmaceutycznego jednak prowadzi sklep z lekami rodzi niebezpieczeństwo związane z:

- potrzebą sprzedaży towaru, którego termin ważności dobiega końca, jak również towaru, który zalega półki, ważność dobiega końca, jak również towaru, który zalega półki,
- zwiększeniem nacisków producentów leków na apteki celem zwiększenia sprzedaży konkretnego preparatu.

Zwracamy także uwagę na fakt, że o tym, co się dzieje w aptece, decyduje jej właściciel, który nie zawsze jest farmaceutą.

Nie przez przypadek prawo zabrania łączenia sprzedaży leków z możliwością decydowania o rodzaju sprzedawanego leku. Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że z podejmowaniem takich decyzji musi wiązać się również odpowiedzialność prawna za jej skutki. Naczelna Rada Lekarska sprzeciwiając się wprowadzeniu w życie omawianej propozycji uważa, że może ona obrócić się przeciwko pacjentom. Hasło walki z korupcją w środowisku lekarskim nie może usprawiedliwiać nieodpowiedzialnych działań.

Krzysztof Makuch - sekretarz
Konstanty Radziwiłł - prezes



NACZELNA IZBA APTEKARSKA

Polish Pharmaceutical Chamber

00-238 Warszawa, ul. Długa 16, tel. (022) 635-92-85, tel./fax 887-50-32

<http://www.nia.org.pl> e-mail: nia@nia.org.pl

Naczelna Izba Aptekarska

L.dz.302

Warszawa, dn. 27 lutego 2005r.

Szanowny Pan dr Konstanty Radziwiłł Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Dotyczy: stanowiska NRL 74/04/IV z 17 grudnia 2004 roku opublikowanego w numerze 1/2005 Gazety Lekarskiej.

W imieniu Naczelnej Rady Aptekarskiej zgłaszam stanowczy protest w związku ze stanowiskiem NRL nr 74/04/IV z 17 grudnia ubiegłego roku, w którego treści zostały użyte słowa zasadniczo dyskredytujące pracę farmaceuty w aptekach. Z całym szacunkiem Koledzy Lekarze, ale prace Ministerstwa Zdrowia nad dokumentami wprowadzającymi pewne innowacje w zakresie ordynacji leku na receptach lekarskich oraz przy ich realizacji w placówkach aptecznych, nie dają legitymacji Naczelnej Radzie Lekarskiej do obiektywnej oceny wykształcenia i roli jaką spełnia aptekarz w obecnym systemie dystrybucji leków w Polsce.

Z ubolewaniem stwierdzam, iż przyjęte w grudniu ubiegłego roku przedmiotowe stanowisko NRL nie doczekało się korekty, pomimo zastrzeżeń, które przekazałem osobiście Panu Prezesowi dr Konstantemu Radziwiłłowi podczas spotkania 26 stycznia br. w siedzibie NIL.

W związku z bardzo spontaniczną reakcją środowiska aptekarskiego, wyczulonego na każdy przejaw krzywdy i niesprawiedliwości, zwracamy się do szanownej Naczelnej Rady Lekarskiej o podjęcie wszelkich niezbędnych kroków w celu:

a) zapoznawania się z oficjalnymi stanowiskami NRA w kluczowych dla środowiska lekarskiego sprawach;

b) powstrzymania się w przyszłości od publikacji opinii NRL w sprawach dotyczących farmaceutów bez dokonania wymiany poglądów z przedstawicielami co najmniej Prezydium NRA;

c) dokonania weryfikacji treści stanowiska nr 74/04/IV NRL z 17.12.2004 roku.

Mając nadzieję na uwzględnienie powyższych sugestii w codziennej pracy naszych samorządów, z całą pewnością unikniemy w przyszłości wielu nieporozumień i konfliktowych sytuacji.

Andrzej Wróbel
Prezes NRA





DOIK-008

Katowice 2005-03-05

Goniec 009

Jak to Phoenix wpadł we własne sidła!

Tym razem nasz Goniec nieco dłuższy, gdyż sprawa jest niezwykle ciekawa i będzie miała znaczące skutki dla całego rynku aptecznego.

Myślę, że zanim przejdziemy do szczegółów decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Katowicach (UOKiKwK), od której Phoenix Pharma Polska (PPP) może się jeszcze odwoływać, to rozpocznę od swoich wniosków, gdyż decyzja ta powinna zdecydowanie zmienić dotychczasowe funkcjonowanie izb aptekarskich.

Można zacząć od odpowiedzi na pytanie, dlaczego ta decyzja jest taka ważna i co z niej wynika?

Dla mnie to precedens i argument. Jest to także opinia prawna dla izb aptekarskich i wszystkich aptekarzy, w oparciu o którą, należy rozpocząć we wszystkich izbach aptekarskich energiczne działania uzdrawiające rynek farmaceutyczny.

Prezes UOKiKwK zinterpretował jak postrzega rolę izb aptekarskich i funkcjonowanie aptek w oparciu o uczciwe zasady konkurencji. Uznał za słuszne nasze argumenty a ponadto przedstawił własną ich interpretację.

Jestem pewien, że OIA w Katowicach będzie teraz jeszcze bardziej zdecydowanie przeciwdziałać łamaniu prawa i zasad etyki na rynku aptecznym. Już wiemy, że wiele działań podejmowanych w programie Centrum Diabetyka (CD) opiera się o nieuczciwą konkurencję. Do podobnych czynów należy zaliczyć wszelkie wprowadzanie pacjentów w błąd lub sprawianie błędnego wrażenia, że jedna apteka jest ważniejsza od drugiej, np. przez podszywanie się pod niby „Centrum Farmaceutyczne”, itp.

Ponadto możemy teraz być pewni, że działania izb aptekarskich podejmowane w celu reprezentowania zawodowych, społecznych i gospodarczych interesów zawodu, jak i troski o zachowanie godności i niezależności zawodu, nie będą kwestionowane. Wreszcie mamy dowód, że nasz spychany na bok Kodeks Etyki jest bardzo ważnym i znaczącym dokumentem.

Mam nadzieję, że ta decyzja doda więcej odwagi wszystkim izmom aptekarskim, by zdecydowanie stanęły na straży prawa i etyki na rynku farmaceutycznym.

Zachęcam do dokładnego przeczytania tego dłuższego artykułu, jak i decyzji Prezesa UOKiKwK, zamieszczonej w całości na stronach internetowych OIA w Katowicach (www.katowice.oia.pl), gdyż będzie ona ważnym kamieniem milowym w dalszym funkcjonowaniu izb aptekarskich i rynku farmaceutycznego.

W naszej OIA wszystko zaczęło się z początkiem 2004r., gdy rozpoczęła się nowa kadencja Rady i PPP zaczął wchodzić agresywniej ze swoim programem CD, robiąc coraz silniejszą kampanię medialną o swojej zbawiennej roli. Niestety od dawna hymny pochwalne na temat programu CD zamieszczano w Czasopiśmie Aptekarskim i duża część aptekarzy poszła za głosem reklamy i walki o pacjenta.

Oburzającym elementem programu CD jest reklama robiona wokół niego i listy kierowane do lekarzy. Kampania ta sugeruje lekarzom i pacjentom, że istnieją jakieś specjalistyczne apteki -



centra dla diabetyków, apteki specjalizujące się w diabetologii, w których przyjmują specjaliści, w domyśle specjaliści w diabetologii. Podobno w aptekach tych jest pełny i najszerszy asortyment leków (jakby w innych były tylko ochłapy). Apteki CD są lepiej zaopatrzone a ceny dostosowane do limitu (jakby w pozostałych były wyższe). Wszystkie te działania mają sugerować pacjentom i lekarzom wyższość aptek CD nad innymi i oczywiście kierować do nich tłumy pacjentów a do hurtowni PPP coraz więcej odbiorców z coraz większymi zamówieniami.

Nasze protesty i pisma do PPP były bezskuteczne. Nie pomogło także pismo skierowane do GIF, który nie zauważył w tym programie nic nie zgodnego z prawem farmaceutycznym, pomimo, że przepisy nie wprowadzają pojęcia aptek specjalistycznych i specjalistów mianowanych przez PPP. Także Prezes UOKiKwK nie przyjął naszego wniosku o wszczęcie sprawy, gdyż podobno nie jesteśmy stroną a apteki PPP nie stanowią jeszcze monopolistycznej ilości.

Pozostały nam tylko działania, które mogliśmy podjąć w naszej OIA i które podjęliśmy. Jak się okazało, nasze działania i uchwała, która miała na celu przeciwdziałanie łamaniu prawa i nieuczciwej konkurencji, nie była zgodna z planami firmy PPP, więc PPP wniosła sprawę do UOKiKwK. Wymiana pism i argumentów rozpoczęła się od nowa, tym razem z Prezesem UOKiKwK.

Pisząc tą relację chcę podziękować naszemu Prawnikowi mec. Krystianowi Szulcowi, który prowadził całą sprawę z ramienia naszej Izby.

W międzyczasie identyczną sprawę przeciwko naszej Izbie wniosło do Prezesa UOKiK w Warszawie Polskie Stowarzyszenie Diabetyków. Sprawa ta jest jeszcze w toku. Ciekawe kto ich namówił?

Ostatecznie w marcu 2005 r. otrzymaliśmy decyzje Prezesa UOKiKwK, która zawiera 17 stron tekstu i jest w całości dostępna na stronach internetowych naszej OIA a tutaj zamieszcze jedynie jej wybrane i najważniejsze fragmenty.

DECYZJA Prezesa UOKiK w Katowicach Nr RKT-10/2005

I. Na podstawie art. ..., po przeprowadzeniu postępowania antymonopolowego wszczętego na wniosek Phoenix Pharma Polska Sp. z o.o. w Warszawie, ul. Baletowa 115 A, przeciwko Okręgowej Izbie Aptekarskiej w Katowicach, ul. Kryniczna 15, - działając w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów: nie stwierdza się stosowania przez Okręgową Izbę Aptekarską w Katowicach praktyki ograniczającej konkurencję, o której mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1 w/w ustawy, polegającej na zawarciu przez Okręgową Izbę Aptekarską w Katowicach porozumienia ograniczającego konkurencję na rynku dystrybucji detalicznej produktów leczniczych dla diabetyków - stosowanych w szeroko rozumianym leczeniu i profilaktyce cukrzycy, polegającego na ustalaniu bezpośrednio lub pośrednio cen tych preparatów zmierzającego do zahamowania procesu obniżania ceny detalicznej preparatów farmaceutycznych dla diabetyków poprzez wyeliminowanie programów obniżających marżę na te preparaty poprzez:

wydanie uchwały Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach nr 10/2003/IV z dnia 18 grudnia 2003r. w sprawie przeciwstawiania się nieuczciwej konkurencji w prowadzeniu aptek ogólnodostępnych,

wzywaniu aptek i farmaceutów do wycofania się z porozumień o współpracy zawartych z Phoenix Pharma Polska Sp. z o.o. z dniem 01.03.2004r.,

zobowiązanie kierowników aptek do nie brania udziału w programie „Centrum Diabetyka” mającym za cel obniżenie cen leków dla pacjentów i informowanie, że niepodporządkowanie się w/w uchwale spowoduje wszczęcie postępowań dyscyplinarnych w stosunku do farmaceutów - z zagrożeniem zastosowania zakazu wykonywania zawodu włącznie,

wzywaniu farmaceutów biorących udział w programie „Centrum Diabetyka” do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

II. Na podstawie art. ...: 1. obciąża się Phoenix Pharma Polska Sp. z o.o. w Warszawie, ul. Baletowa 115 A, kosztami opisanego na wstępie postępowania antymonopolowego



i zobowiązuje do uiszczenia na rzecz Okręgowej Izby Aptekarskiej w Katowicach, ul. Kryniczna 15, kwoty 360 zł (słownie złotych: trzysta sześćdziesiąt), tytułem zwrotu kosztów postępowania w w/w sprawie.

Organ Antymonopolowy zważył co następuje.

Wnioskodawca uzasadniając zarzut zawarcia przez Izbę porozumienia cenowego duży nacisk położył na fakt, podjęcia przez Okręgową Radę Aptekarską Uchwały nr 10/2003/W z dnia 18 grudnia 2003r. w sprawie przeciwstawiania się nieuczciwej konkurencji w prowadzeniu aptek ogólnodostępnych (karty nr 5-6). Jakkolwiek zdaniem Wnioskodawcy przedmiotowa uchwała stanowi wyraz porozumienia farmaceutów zrzeszonych w Okręgowej Izbie Aptekarskiej w Katowicach zmierzającego do zahamowania procesu obniżania ceny detalicznej leków dla diabetyków (karta nr 50), to analiza jej treści prowadzi do odmiennych wniosków. W Uchwale nr 10/2003/IV Rada zaapelowała do wszystkich członków o nie stosowanie w prowadzonej przez nich działalności gospodarczej lub zawodowej takich metod marketingowych, promocyjnych i reklamowych, które naruszają dobre obyczaje, godność zawodu a zwłaszcza obowiązujące przepisy prawa (karta nr 174). Wskazane w niej przykładowe naruszenia odwołują się bezpośrednio do zapisów Kodeksu Etyki Aptekarza, ustawy z dnia 16 kwietnia 1993r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tekst jedn. Dz.U. 2003r. Nr 153, poz. 1503 z późn. zm.) i ustawy Prawo farmaceutyczne, a więc przepisów obowiązujących farmaceutów będących zarazem przedsiębiorcami. Ponadto w uchwale uznano za naruszające zasady etyki i deontologii zawodowej zawieranie porozumień z lekarzami lub przedstawicielami firm farmaceutycznych w celu zapewnienia sobie dominującej roli na rynku lokalnym w obrocie określonymi lekami lub materiałami medycznymi, co jest niezgodnie z art. 33 ust. 2 pkt 1 Kodeksu Etyki Aptekarza (karta nr 186). Za naruszające zasady etyki zawodowej uznano również nieuczciwe zachwalanie swojej działalności, wprowadzanie pacjentów w błąd, nakłanianie do rozwiązania lub niewykonania umów co może stanowić czyny nieuczciwej konkurencji wskazane w art. 3 ust. 2 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. W szczególności z powyższymi zasadami pozostają w sprzeczności czyny nieuczciwej konkurencji w zakresie reklamy zdefiniowane w art. 16 w/w ustawy. Zgodnie z przedmiotową uchwałą zasady etyki zawodowej narusza również kierowanie do publicznej wiadomości reklamy dotyczącej produktów leczniczych wydawanych wyłącznie na podstawie recepty lub umieszczonych na wykazie leków refundowanych, co zabronione jest w art. 57 ust. 1 Prawa farmaceutycznego, oraz oferowanie pacjentom jakichkolwiek korzyści w zamian za dostarczanie dowodów, że doszło do nabycia produktu leczniczego, czego zakazuje art. 55 ust. 2 Prawa farmaceutycznego. Z powyższego wynika, że Uchwała nr 10/2003/IV z dnia 18 grudnia 2003r. nie dotyczy kwestii cen produktów leczniczych dla diabetyków, czy innych cen. Nie mówi się też w niej o programach obniżających marże na te produkty. Treść uchwały wskazuje na próbę zapobieżenia za jej pomocą niekorzystnym zjawiskom na rynku sprzedaży detalicznej produktów leczniczych. Uchwała porusza kwestię metod marketingowych, promocyjnych i reklamowych i kładzie nacisk na zgodność tych działań z dobrymi obyczajami, godnością zawodu i obowiązującymi przepisami. Ponieważ wskazane w uchwale przepisy wiążą farmaceutów, konsekwencją ich naruszenia może być wszczęcie postępowania dyscyplinarnego, o czym informuje uchwała. Ustawa o izbach aptekarskich w art. 45 stanowi, iż członkowie samorządu aptekarskiego podlegają odpowiedzialności zawodowej za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz przepisami prawnymi dotyczącymi wykonywania zawodu farmaceuty. Zapis wskazujący możliwe konsekwencje postępowania niezgodnie z obowiązującymi zasadami i przepisami nie może być zatem oceniony jako nadużycie prawa przez Okręgową Izbę Aptekarską....

Wbrew stanowisku Spółki Phoenix, w ocenie Organu Antymonopolowego brak podstaw do twierdzenia, że wzywianie aptek i farmaceutów do wycofania się z porozumień o współpracy zawartych ze Spółką oraz zobowiązanie kierowników aptek do nie brania udziału w programie „Centrum Diabetyka” i informowanie, że niepodporządkowanie się Uchwale nr



10/2003/IV spowoduje wszczęcie postępowań dyscyplinarnych w stosunku do farmaceutów, stanowi przejaw stosowania przez Okręgową Izbę Aptekarską w Katowicach porozumienia ograniczającego konkurencję. Wzywanie aptek do wycofania się z dniem 01.03.2004r. z porozumień o współpracy zawartych ze Spółką, zobowiązanie kierowników aptek do nie brania udziału w programie „Centrum Diabetyka” i informowanie o konsekwencjach niezastosowania się do w/w uchwały w postaci wszczęcia postępowania dyscyplinarnego znalazły swój wyraz w piśmie Okręgowej Izby Aptekarskiej z dnia 03.02.2004r. (karta nr 175). W piśmie tym Okręgowa Rada Aptekarska powołała się na apel Krajowego Zjazdu Aptekarzy (omyłkowo nazwany uchwałą) z dnia 24.01.2004r., który uznał, że w związku z bardzo trudną sytuacją ekonomiczną wielu aptek oraz uzależnianiem ich i wiązaniem przez programy lojalnościowe wprowadzane przez hurtownie farmaceutyczne, a także nakręcaniem tymi programami spirali obniżania marży aptecznej, nakłanianiem pacjentów do zwiększonego zakupu leków lub wprowadzaniem ich w błąd konieczne jest wystąpienie z prośbą do wszystkich hurtowni farmaceutycznych, by z dniem 1 marca 2004r. całkowicie wycofały się z uzależniania i wiązania aptek poprzez wprowadzanie takich programów, a także wymuszania na aptekach stosowania określonych cen i rabatów (karty nr 175, 176). W przedmiotowym piśmie zobowiązano również wszystkich farmaceutów do nie brania udziału w programach lojalnościowych oferowanych przez hurtownie farmaceutyczne, gdyż są one niezgodne z zasadami etyki zawodowej aptekarzy i wskazano na możliwość wszczęcia postępowania dyscyplinarnego wobec farmaceutów, którzy nie zastosują się do postanowień uchwały nr 10/2003/IV z dnia 18 grudnia 2003r. Wyrażone w nim zobowiązanie do nie uczestniczenia w programach proponowanych przez hurtownie farmaceutyczne wynika z negatywnej oceny tych programów dokonanej przez samorząd aptekarski, który podkreśla, że programy te zachęcają pacjentów do zwiększonego zakupu leków, są sprzeczne z zasadami uczciwej konkurencji, wywołują walkę cenową pomiędzy aptekami, a przede wszystkim są niezgodne z zasadami etyki zawodowej ponieważ wiążą aptekę z lekarzami i hurtownią farmaceutyczną. Informacja o postępowaniu dyscyplinarnym wiąże się zatem ściśle z postanowieniami uchwały nr 10/2003/IV z dnia 18 grudnia 2003r., a jego wszczęcie może być jedynie następstwem działań naruszających powołane w tej uchwale zasady i obowiązujące przepisy prawa....

Art. 45 ustawy o izbach aptekarskich stanowi, że członkowie samorządu aptekarskiego podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami aptekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz przepisami prawnymi dotyczącymi wykonywania zawodu farmaceuty. Zdaniem Wnioskodawcy sankcja w postaci wszczęcia postępowania dyscyplinarnego, jaka może wiązać się z niezastosowaniem się przez farmaceutę do Uchwały nr 10/2003/TV z dnia 18 grudnia 2003r. świadczy o zamiarze Okręgowej Izby Aptekarskiej ograniczenia konkurencji w celu utrzymania na wysokim poziomie cen produktów leczniczych dla diabetyków (karta nr 7). Zaznaczyć więc trzeba, że w świetle przedmiotowej uchwały wszczęcie postępowania dyscyplinarnego może być konsekwencją niezastosowania się przez aptekarza do powołanych w treści uchwały przepisów i zasad wiążących farmaceutów, w szczególności zasad etyki i deontologii zawodowej. Uchwała nie wykracza zatem poza granice odpowiedzialności zawodowej farmaceuty wyznaczone w art. 45 ustawy o izbach aptekarskich. Poza tym uchwała nie reguluje bezpośrednio ani pośrednio kwestii cen. Wobec tego nie można uznać za uzasadnione twierdzenia Wnioskodawcy, że przewidziana w niej możliwość wszczęcia postępowania dyscyplinarnego wskazuje, iż intencją działań Okręgowej Izby Aptekarskiej w Katowicach jest ograniczenie konkurencji w celu utrzymania na wysokim poziomie cen produktów leczniczych dla diabetyków, czy też wiązać jej z przymusem rezygnacji ze współpracy ze Spółką Phoenix w ramach programu „Centrum Diabetyka”.....

Wbrew twierdzeniom Spółki nie można przyjąć, że istotą programu „Centrum Diabetyka” jest zapewnienie aptekom szerokiego asortymentu preparatów medycznych stosowanych w diabetologii oraz obniżenie cen w interesie pacjenta. Organ Antymonopolowy przeanalizował w tym zakresie postanowienia Porozumienia współpraca Phoenix Pharma Polska z apteką w zakresie programu Centrum Diabetyka. W punkcie 11 umowy apteka zobowiązuje się do



realizowania obrotów z oferty podstawowej w określonej wysokości miesięcznie. Produkty lecznicze dla diabetyków stanowią przedmiot obrotu dodatkowego i nie są zaliczane do oferty podstawowej. Co więcej wartość miesięcznego obrotu na asortymencie dla diabetyków nie może przekraczać wartości zrealizowanego obrotu podstawowego (karty nr 69, 72). Punkt 7 umowy stanowi, że apteka wnosi za marketingowy pakiet początkowy (katalogi, naklejka na drzwi, plafon z logo programu, indywidualny terminarz promocji, doradztwo) opłatę w wysokości 600 zł, a co roku w styczniu na poczet programu od apteki będzie pobierana opłata w wysokości 600 zł (karty nr 65, 68, 71). W zamian Spółka Phoenix oferuje specjalne ceny na leki dla pacjentów chorych na cukrzycę, dzięki którym wzrosła ilość pacjentów dokonujących zakupów w aptece.

Warunki umów zawieranych przez Spółkę Phoenix z aptekami w zakresie programu „Centrum Diabetyka” wskazują, że jego rzeczywistym celem nie jest obniżanie marży na produkty lecznicze dla diabetyków, ale zwiększenie obrotów Spółki Phoenix, w tym w zakresie asortymentu nie obejmującego produktów leczniczych dla diabetyków i nie objętego specjalnym cennikiem. Obniżenie marży jest środkiem, który ma przekonać apteki, iż po nawiązaniu współpracy ze Spółką Phoenix w ramach programu „Centrum Diabetyka” wzrosła liczba pacjentów kupujących u nich leki. Za takim wnioskiem przemawia również zapis Statutu członkowskiego wspólnoty promocyjnej programu „Centrum Diabetyka” (karta nr 258) i treść punktu 1 umowy, mówiące że członkiem programu „Centrum Diabetyka” może być apteka, która jest aktywnym klientem Spółki Phoenix, tzn. taka apteka, która systematycznie dokonuje u niej zakupów (karta nr 64, 67, 70, 258). Wobec tego Spółka nie jest zainteresowana nawiązywaniem z aptekami współpracy w ramach programu ograniczającej się tylko do produktów leczniczych dla diabetyków. Realizacja programu jest zatem korzystna przede wszystkim dla samej Spółki Phoenix, a obniżenie marży na produkty lecznicze dla diabetyków jest środkiem do zwiększenia obrotów Spółki, a nie jego celem.

Jak wynika z okoliczności sprawy wszystkie działania podejmowane przez Okręgową Izbę Aptekarską, które zdaniem Wnioskodawcy świadczą o zawarciu porozumienia ograniczającego konkurencję, mają swoje źródło w negatywnej ocenie programu „Centrum Diabetyka”. Wśród zarzutów stawianych przez Okręgową Izbę Aptekarską temu programowi odnośnie sposobu rozpowszechniania informacji o aptekach działających w ramach „Programu Centrum Diabetyka” wśród konsumentów znajdują się m.in. czyny nieuczciwej konkurencji związane z rozpowszechnieniem nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd wiadomości o swoim lub innym przedsiębiorcy albo przedsiębiorstwie, w celu przysporzenia korzyści lub wyrządzenia szkody oraz czyny nieuczciwej konkurencji z zakresu reklamy (karta nr 197).

Oznaczenie okna wystawowego apteki logo „Centrum Diabetyka”, rozpowszechnianie w niej ulotek informacyjnych o przedmiotowym programie, niewątpliwie wywołuje u pacjenta chorego na cukrzycę przekonanie, że ta apteka ma dla niego specjalną ofertę, której nie znajdzie gdzie indziej. Konsument widząc logo „Centrum Diabetyka” może również pomyśleć, że apteka taka jest lepiej zaopatrzona i zatrudnia personel specjalistycznie przeszkolony do obsługi pacjentów chorych na cukrzycę oraz, że tylko w tej aptece ma możliwość nabycia wszystkich potrzebnych mu produktów leczniczych, a więc uznać tą aptekę za specjalistyczną. Tymczasem jak słusznie podnosi Okręgową Izbę Aptekarską ustawa Prawo farmaceutyczne nie zawiera podstaw prawnych do tworzenia aptek specjalistycznych, a zobowiązuje każdą aptekę do posiadania produktów leczniczych i wyrobów medycznych w ilości i asortymencie niezbędnym do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych miejscowej ludności ze szczególnym uwzględnieniem leków refundowanych, co wynika wprost z art. 95 ust. 1 ustawy Prawo farmaceutyczne. Powyższe oznacza, że w każdej aptece pacjent chory na cukrzycę może zaopatrzyć się w potrzebne mu produkty lecznicze i wyroby medyczne. Oznaczenie apteki logo „Centrum Diabetyka” może zaś wywołać u niego wrażenie, że tylko w takiej aptece zostanie fachowo obsłużony i nabydzie odpowiednie leki.

Okręgową Izbę Aptekarską wyrażała swoje obawy co do zgodności działań marketingowych podejmowanych przez Spółkę Phoenix w celu dotarcia do konsumentów z ofertą programu „Centrum Diabetyka” z przepisami ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji w formie pism



kierowanych do zrzeszonych w niej farmaceutów lub do Spółki. Nie oznacza to jednak, że celem podejmowanych przez nią działań było ograniczanie konkurencji i niedopuszczenie do obniżenia cen na produkty farmaceutyczne dla diabetyków. Kwestionowane przez Wnioskodawcę zachowanie Okręgowej Izby Aptekarskiej można natomiast ocenić jako następstwo podejrzeń, że działania Spółki Phoenix w ramach funkcjonowania programu „Centrum Diabetyka” noszą znamiona czynu nieuczciwej konkurencji. W tym miejscu wskazać należy, iż właściwym do wydania rozstrzygnięcia, czy dane zachowanie jest czynem nieuczciwej konkurencji jest sąd powszechny.

Jak to już podnoszono powyżej reakcja Okręgowej Izby Aptekarskiej na program „Centrum Diabetyka” ma również swoje źródło w wątpliwościach natury etycznej. Spółka Phoenix podkreśla, iż program ten jest niezwykle korzystny dla pacjentów cierpiących na cukrzycę, gdyż dzięki niemu mogą kupić tańsze leki. Ocena skutków funkcjonowania programu „Centrum Diabetyka” z punktu widzenia interesów konsumentów nie powinna się jednak ograniczać tylko i wyłącznie do aspektu ekonomicznego. Informacja o aptekach działających w programie ma docierać do pacjentów między innymi za pośrednictwem lekarzy. I tu właśnie rodzą się wątpliwości natury etycznej, podnoszone przez Okręgową Izbę Aptekarską. Jej zdaniem hurtownie farmaceutyczne nie powinny wiązać się z lekarzami i aptekarzami, i tworzyć trójstronnego układu współpracy. Lekarz powinien przepisywać lek, który jest dla jego pacjenta najbardziej skuteczny i zarazem, najtańszy, i nie interesować się przy tym, w której aptece pacjent zrealizuje wystawioną przez niego receptę, czy tym bardziej polecać pacjentowi określonych aptek. Pacjent powinien mieć poczucie, że w każdej aptece zostanie fachowo obsłużony i otrzyma potrzebne mu produkty lecznicze, a wszystkie apteki powinny dążyć do zapewnienia równie fachowej obsługi. Tymczasem oznaczenie apteki logo „Centrum Diabetyka” może wywołać u niego wrażenie, że tylko w takiej aptece zostanie właściwie obsłużony i nabędzie odpowiednie leki. Wrażenie to jest potęgowane wówczas, gdy do apteki działającej w ramach przedmiotowego programu pacjent kierowany jest przez swojego lekarza. W ocenie Okręgowej Izby Aptekarskiej istnieją zatem podstawy do uznania udziału apteki w programie „Centrum Diabetyka” za sprzeczny z zasadami etyki i deontologii zawodowej aptekarza i podważający zaufanie chorego do farmaceuty. Fakt dokonywania takiej oceny nie jest jednak równoznaczny ze stosowaniem przez Okręgową Izbę Aptekarską praktyki ograniczającej konkurencję.

Zadaniem samorządu aptekarskiego zgodnie z art. 7 ust. 1 ustawy o izbach aptekarskich jest w szczególności reprezentowanie zawodu farmaceuty i obrona jego interesów, troska o zachowanie godności i niezależności zawodu, kodyfikowanie, krzewienie i strzeżenie zasad etyki i deontologii zawodowej, integracja środowiska zawodowego, sprawowanie pieczy i nadzoru nad wykonywaniem zawodu. Okręgowa Izba Aptekarska w Katowicach ma zatem pełne prawo wyrażania swojego stanowiska w sprawach związanych z wykonywaniem zawodu farmaceuty. W ocenie Organu Antymonopolowego, Uchwała nr 10/2003/IV z dnia 18 grudnia 2003r. Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach i pozostałe działania Uczestnika postępowania zakwestionowane przez Spółkę Phoenix nie wykraczają poza ustawowe zadania samorządu aptekarskiego i nie naruszają art. 5 ust. 1 pkt 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów. Sąd Antymonopolowy zajął jednoznaczne stanowisko odnośnie uprawnień Organu Antymonopolowego w zakresie oceny działań samorządu zawodowego, prezentując pogląd, że jeżeli działalność samorządu zawodowego mieści się w granicach kompetencji wynikających z przepisów określających jego ustrój, to jako legalna nie podlega ocenie ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, chociażby nawet działalność samorządu naruszała cele chronione tą ustawą. Podlegają natomiast ocenie przepisów ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów działania samorządu zawodowego, które wykraczają poza jego ustawowe kompetencje, a zarazem wywołują negatywne skutki w zakresie rozwoju wolnej konkurencji (wyrok Sądu Antymonopolowego z dnia 6 lipca 1994r. sygn. akt XVII Amr 8/94). Z zebranego materiału dowodowego jasno wynika, że Okręgowa Izba Aptekarska nie akceptuje programu „Centrum Diabetyka” i negatywnie ocenia skutki jego funkcjonowania na rynku. Stwierdzenie



nieprzychylnego nastawienia do realizacji programu nie jest jednak wystarczające do uznania, że Okręgowa Izba Aptekarska zawarła zarzucane jej porozumienie ograniczające konkurencję dotyczące cen leków stosowanych w leczeniu cukrzycy. Analiza zadań samorządu aptekarskiego określonych w art. 7 ustawy o izbach aptekarskich oraz zebranego w toku postępowania materiału dowodowego wskazuje, że kwestionowane przez Spółkę Phoenix działania Okręgowej Izby Aptekarskiej w Katowicach nie wykraczają poza ten zakres zadań, a ich realizacja służy sprawowaniu pieczy nad właściwym wykonywaniem zawodu farmaceuty w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, nie zaś koordynacji działań w zakresie ustalania cen na produkty lecznicze dla diabetyków.

Na tym kończę pierwszy artykuł w tym temacie. Reszta leży w rękach wszystkich właścicieli aptek, izb aptekarskich i innych organizacji rynku farmaceutycznego. Warto podkreślić, że sprawę do UOKiK jak i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej może wnieść każdy, więc nie trzeba czekać aż zrobi to np. izba aptekarska, choć z drugiej strony, po co są te izby, które mają dbać o nasze interesy zawodowe, społeczne i gospodarcze!

Jeszcze mała uwaga!

Tekst ten można publikować bez zgody autora, ale w całości i bez żadnych zmian.

Z uszanowaniem
Koordynator DOiKA NRA
dr farm. Stanisław Piechula

Departament Obrony i Konsolidacji Aptek należy do Pionu Gospodarczego Naczelnej Rady Aptekarskiej i podlega Wiceprezesowi NRA, dr farm. Danucie Ignys.



**DEPARTAMENT OBRONY i KONSOLIDACJI APTEK
NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ**

00-238 Warszawa, ul. Długa 16, tel. (022) 635-92-85, tel./fax 635-06-70
doika@nia.org.pl www.nia.org.pl



DOIK - 010

Katowice 2005-03-11

Goniec 010

Do napisania kolejnego numeru Gońca DOiKA zmusiło mnie czasopismo PGFu „bez recepty”, które dotarło do wszystkich aptek i po raz kolejny zamieszcza hymny pochwalne na temat programu Dbam o Zdrowie i jego kolejnej, jeszcze niebezpieczniejszej hybrydy. Inicjatywę programu DOZ podpierają w tym czasopiśmie wybrane autorytety, w tym nawet sprytnie podłączona osoba samego Prezesa NRA. To rzeczywiście zachęca do uczestnictwa i może przekonać najbardziej ostrożnych!

Niestety, chociaż prezentowana farmaceutka, jak piszą na łamach „bez recepty” wszędzie „wchodzi pierwsza”, to termin „pomarańczowa rewolucja” jest tutaj moim skromnym zdaniem całkowicie błędny. Przecież „pomarańczowa rewolucja” to zryw wolnościowy a nie brnięcie w uzależnienie.

Po raz kolejny opisuję tak proste do zrozumienia rzeczy, a za jakiś czas znowu czytam, jak nasze koleżanki i koledzy promują swoimi autorytetami uzależnianie aptek.

Widząc to, jestem coraz bardziej przekonany, że nasze środowisko w pełni zasługuje na to, by utracić swoje apteki i ponownie stać się pracownikami nowych Cefarmów, tyle że prywatnych. Chyba większość z nas nie dorosła do tego by posiadać swoją niezależną aptekę, gdyż solą tego zawodu są właśnie apteki należące do aptekarzy a zupa bez soli to niewiele warta poliwałka. Aż chciałoby się zacytować niektórym aptekarzom fragment z Wesela Wyspiańskiego o tym złotym rogu.

Ale wracając do programu DOZ, to słyszałem, że także zaproponuje on aptekom wspaniałe nowe pomysły. Teraz podobno nawet nagrody mają otrzymywać pracownicy, kierownicy



i właściciele aptek. Podobno ma być montowany w aptekach specjalny dodatek z Kamsoftu, który będzie przekazywał na bieżąco szczegółowe informacje o szczegółach sprzedaży i przydzielania nagród.

Czy jest w tym coś niebezpiecznego? W nagrodach oczywiście, że nie. Sam bym chciał rozdawać i dostawać nagrody za to, że sprzedaję leki. Chętnie jednak zrezygnowałbym z wszelkich nagród a nawet oddał dużo więcej, gdybym mógł otrzymywać te informacje, które otrzyma od Państwa PGF.

Mówi się, że informacja to pieniądze i rzeczywiście! Gdybym tylko mógł wiedzieć ile rozdajecie Państwo pacjentom punktów. A gdybym jeszcze wiedział, w jakim czasie, to cóż mi więcej potrzeba? Miałbym bezcenne informacje do tworzenia własnej sieci aptek albo świadczenia bezcennych usług dla powstających sieci o tym, gdzie warto otwierać kolejne apteki.

Gdybym tak przydzielone punkty odniósł do konkretnej ilości pieniędzy wydawanych przez pacjenta w Waszej aptece (np. 1 punkt = 5zł) to już miałbym pojęcie o Waszych obrotach. A gdybym jeszcze mógł otrzymywać te informacje na bieżąco i w rozbiciu na Waszych pracowników, to wiedziałbym dodatkowo, który pracownik Waszej apteki potrafi zrobić największe obroty i warto by go pozyskać dla powstającej sieci aptek. Znałbym też dzienną ilość transakcji, czyli wiedziałbym ilu pacjentów przychodzi do Waszej apteki i to w rozkładzie godzinowym. Poznałbym także profil Waszych pacjentów, czyli czy są to pacjenci bogaci, czy też biedni.

To niesamowite ile bezcennych informacji można by wyciągnąć z pozyskiwanych w sprytny sposób danych. Gdybym tworzył sieć aptek, to od strony informacyjnej miałbym wszystko, co najważniejsze.

Całe szczęście, że właścicielem takich danych będzie PGF, czyli Wielki Przyjaciel Polskich Farmaceutów, którego celem jest integracja naszego środowiska. Aż mnie ciarki przechodzą jak pomyślę, jak mogłoby takie dane wykorzystać ktoś, kto chciałby stworzyć własną sieć aptek lub pomagałby w takich działaniach. Bardzo dobrze, że aptekarze wiedzą jak nieostrożne i nierozsądne byłoby oddawanie tak strategicznych danych komuś, kto tworzy własną sieć aptek.

*Z uszanowaniem
Koordynator DOiKA NRA
dr farm. Stanisław Piechula*

Departament Obrony i Konsolidacji Aptek należy do Pionu Gospodarczego Naczelnej Rady Aptekarskiej i podlega Wiceprezesowi NRA, dr farm. Danucie Ignyś.



Bieszczady: okolice Myczkowiec i Soliny to połączenie dwóch żywiołów - wody i gór



Kalendarium Farmaceutyczne

Stale aktualizowany kalendarz

dostępny zawsze na stronach

www.oia.katowice.pl

**Wejdz na strony OIA i kliknij krateczkę
obok działu KALENDARZ**

2005-03-01	Posiedzenie Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach;	2005-04-12	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach;
2005-03-07	Udział Prezesa ORA w spotkaniu Właścicieli aptek z Raciborza z Silfarmem;	2005-04-19	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach;
2005-03-09	Lokalne posiedzenie naukowo szkoleniowe (PNS) w Siemianowicach Śląskich.	2005-04-27	Posiedzenie Prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej;
2005-03-11	Spotkanie Prezesa ORA z Wojewódzkim Inspektorem Farmaceutycznym; Posiedzenie.	2005-04-27	Posiedzenie NS w Katowicach PTF / OIA;
2005-03-15	Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach;	2005-05-04	Lokalne posiedzenie NS w Tarnowskich Górach;
2005-03-16	Posiedzenie Prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej;	2005-05-10	Posiedzenie Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach;
2005-03-16	Lokalne posiedzenie NS w Świętochłowicach;	2005-05-17	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach;
2005-03-22	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach;	2005-05-25	Posiedzenie NS w Katowicach PTF / OIA;
2005-03-30	Posiedzenie NS w Katowicach PTF / OIA;	2005-05-31	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach;
2005-03-30	Posiedzenie Naczelnej Rady Aptekarskiej w Warszawie;	2005-06-01	Lokalne posiedzenie NS w Tarnowskich Górach;
2005-04-05	Posiedzenie Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach;	2005-06-07	Posiedzenie Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach;
2005-04-06	Lokalne posiedzenie NS w Tarnowskich Górach.	2005-06-14	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach;
2005-04-09	Uroczyste spotkanie Seniorów.	2005-06-21	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach;
		2005-06-22	Posiedzenie NS w Katowicach PTF / OIA;

WAKACJE !



PILNE !

151 Nowy wzór zlecenia na zapotrzebowanie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. (Dz. U. Nr 276, poz. 2739) w sprawie szczegółowego wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w cenie ich nabycia, kryteriów ich przyznawania, okresów użytkowania, a także wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi podlegającymi naprawie w zależności od wskazań medycznych oraz wzoru zlecenia na zaopatrzenie w te wyroby i środki, **obowiązuje nowy wzór zlecenia na zapotrzebowanie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze.**

Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przypomina, że Rozporządzenie Ministra Zdrowia wprowadziło od dnia 1 stycznia 2005 r. nowy druk zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze.

Śląski Oddział Wojewódzki NFZ przypomina wszystkim, że zlecenia powinny już być wystawiane i realizowane na nowym wzorze.

Proszę na to zwracać uwagę przy realizacji zleceń a w przypadku pojawiania się zapotrzebowań na starym wzorze informować pacjentów i wystawiających lekarzy, że stary wzór już jest niewłaściwy i takie zlecenia nie będą przez Państwa realizowane.

By nie wprowadzać utrudnień dla pacjentów SOW NFZ będzie jeszcze refundował pojawiające się sporadycznie stare wzory, by schorowani pacjenci nie byli odsyłani z aptek.

W razie powtarzającego się wypisywania zleceń na starych drukach przez tego samego lekarza wnioski nie będą refundowane.

Załączam Państwu wzór nowego zlecenia.

Wzór ten jest także na stronach internetowych SOW NFZ i naszej Izby.

Proszę zwracać uwagę pacjentom i poinformować lekarzy, którzy nadal wykorzystują stare wzory zleceń..

Prezes ORA - dr farm. Stanisław Piechula

The image shows two versions of a medical prescription form. The left version is the old form, and the right version is the new form. The new form includes fields for patient data, PESEL, and specific details about the medical device, along with a section for the doctor's signature and stamp.



BARDZO WAŻNE SPRAWY - MARZEC !!

Z uwagi na fakt, że nasz kolejny biuletyn wyjdzie dopiero w kwietniu a pojawiło się wiele ważnych spraw, pozwól sobie nieco wydłużyć ten numer Gońca.

152 Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wydał decyzję stwierdzającą, że OIA w Katowicach nie dopuściła się praktyk ograniczających konkurencję. Jak Państwo pamiętacie sprawa ta została podjęta z wniosku firmy Phoenix Pharma Polska przeciwko naszej Izbie, kiedy próbowaliśmy przeciwdziałać nieuczciwej konkurencji w rozkręcanych wojnach insulinowych.

Prezes UOKiK jednocześnie zauważył, że OIA może jak najbardziej stać na straży prawa farmaceutycznego i etyki zawodu. Ponadto zauważył, że rzeczywistym celem programu Centrum Diabetyka jest zwiększenie obrotów spółki Phoenix Pharma Polska a nie obniżanie marży na produkty lecznicze dla diabetyków.

Stwierdził jednocześnie, przyjmując nasze argumenty, że apteki działające w ramach tego programu dopuszczają się czynów nieuczciwej konkurencji, które polegają m. na rozpowszechnianiu nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd informacji o swoim lub innym przedsiębiorcy w celu przysporzenia sobie korzyści lub wyrządzenia szkody oraz czyny nieuczciwej konkurencji z zakresu reklamy.

Decyzja ta rzuca całkiem nowe spojrzenie na funkcjonowanie aptek w tym czy innych programach, o czym szerzej napiszemy w najbliższym Apothecariusie i nad czym Rada będzie debatowała na najbliższym posiedzeniu. Pełna decyzja Prezesa UOKiK znajduje się na stronach internetowych OIA.

153 Od 1 marca 2005r. Okręgowa Rada Aptekarska ostro realizuje postanowienia swojej uchwały w sprawie zakazu reklamowania leków wydawanych wyłącznie na receptę.

Wszyscy w lutym otrzymali z korespondencją OIA nasze decyzje i uchwały w tej sprawie. By nikt nie czuł się zaskoczony jeszcze raz załączam Państwu uchwałę Rady w sprawie działań, które podejmie Rada w stosunku do kierowników i właścicieli aptek, którzy wykorzystują w reklamie nazwy leków wydawanych wyłącznie na receptę.

Zdaniem naszej Rady, nazwy tych leków mogą się pojawić wyłącznie na paragonie fiskalnym i w pełnej liście cenowej wszystkich pozycji znajdujących się w aptece bez jakichkolwiek elementów wyróżniania czy reklamy. Szczegóły - załącznik nr 1.

W tej sprawie spotkałem się ze Śląskim Wojewódzkim Inspektorem Farmaceutycznym, który zapewnił, że będzie kontrolował wszystkie zgłaszane przypadki łamania omawianych zapisów, a w razie ich potwierdzenia będzie kierował sprawę do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, a następnie w przypadku ukarania wszczynał postępowanie o odebranie prawa kierowania apteką. Na potwierdzone dowodami wnioski Rady, Inspektor będzie także wszczynał postępowania o odebranie zezwolenia na prowadzenie apteki wobec tych właścicieli, którzy przestaną dawać rękojmię prowadzenia ich zgodnie z prawem.

Ze spotkania Rady z Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej w dniu 2005-03-01 należy także wnioskować identycznym podejściu Rzecznika do tych spraw.

Mamy nadzieję, że zgodnie z Prawem farmaceutycznym i ustawą o izbach aptekarskich, zarówno wszyscy kierownicy aptek, którzy ręką swoim prawem wykonywania zawodu za właściwe ich prowadzenie, jak i właściciele aptek, którzy także muszą dawać rękojmię należytego ich prowadzenia, będą w zgodzie z wszystkimi przepisami prawa.

154 Za właściwe wystawianie recept finansowo odpowiada lekarz lub świadczeniodawca !

Ten temat i restrykcyjne kontrole aptek spędzają wszystkim aptekarzom sen z oczu, jednak zdecydowanie musimy podejść inaczej do tej sprawy.

Załączam Państwu pełne opracowanie prawne, dodatkowe informacje ze stron NFZ i nasze stanowisko w tej sprawie.

Reszta zależy wyłącznie od Państwa. Jeżeli wolicie Państwo oddawać refundacje zamiast dowodzić swoich racji to najprawdopodobniej nadal będziemy „dojną krową”, z której można łatwo wyciągać pieniądze za błędy innych i dobre serce wobec pacjentów. **Szczegóły załącznik nr 2**



155 Rejestr farmaceutów

Okręgowa Izba Aptekarska prowadzi rejestr farmaceutów, za który jest prawnie i finansowo odpowiedzialna, gdyż jest on finansowany przez Ministerstwo Zdrowia, więc musi być stale aktualny i prowadzony z najwyższą starannością, co jest zadaniem zleconym.

1 - Farmaceuci, będący Członkami naszej Izby mają OBOWIĄZEK aktualizować swoje dane przy każdej ich zmianie.

2 - OBOWIĄZKIEM ustawowym właścicieli aptek jest informowanie Izby o wszelkich zmianach w zatrudnieniu farmaceutów w swoich aptekach.

3 - Rada podjęła uchwałę zobowiązującą kierowników aptek do nadzorowania tych obowiązków.

Załączam Państwu wszystkie dodatkowe informacje w załączniku nr 3 i informuję w imieniu naszej Rady, że będziemy bardzo rygorystycznie przestrzegać tych obowiązków, gdyż ponosimy odpowiedzialność za stan prowadzonego rejestru farmaceutów, w tym finansową.

Dajemy jeszcze raz wszystkim czas do 1 maja 2005r. by uzupełnić rejestr do aktualnego stanu, zaś po tym dniu podejmiemy działania dyscyplinujące wobec osób nie respektujących zapisów ustaw.

Co do właścicieli aptek nie informujących Izby o wszelkich zmianach w zatrudnieniu farmaceutów w będziemy występować do WIF o cofnięcie zezwolenia na prowadzenie apteki w oparciu o brak rękopisów prowadzenia jej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Będziemy negatywnie opiniować farmaceutów na kierowników aptek, których dane nie będą pełne lub uzupełniane tuż przed prośbą o opinię, gdyż osoby, które nie potrafią nawet dopilnować tak prostego obowiązku jak uzupełnianie rejestru farmaceutów nie mogą dawać np. rękopisów należytego prowadzenia apteki na stanowisku kierownika.

Rada rozważy także skierowanie spraw takich osób do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za zaniebdywanie ustawowych obowiązków i narażanie Izby na sankcje z tym związane.

Szczegóły w załączniku nr 3.

156 Składki na rzecz Izby Aptekarskiej

W imieniu naszej Rady przypominam Państwu o obowiązku terminowego płacenia składek zgodnie z uchwałą Zjazdu Delegatów.

Miło mi stwierdzić, że znakomita większość farmaceutów płaci składki systematycznie a do rzadkości należą osoby zalegające za dłuższy okres czasu.

Dziwi nas jednak fakt, że kierownicy niektórych aptek, a w szczególności większych sieci, opłacają takie składki, jakby firmy, do których należą te apteki były na książce przychodów i rozchodów a nie na pełnej księgowości.

Z uwagi na ten fakt proszę o zapoznanie się z wyciągiem z uchwały Zjazdu Aptekarzy, zorientowaniem się, jaką księgowość prowadzi właściciel apteki oraz **wypełnieniem i odesłaniem do Izby przez WSZYSTKICH kierowników należących do naszej Izby załączonego oświadczenia** oraz o opłacanie składek zgodnie z uchwałą.

Kierownicy, którzy nie przesłali poniższego oświadczenia do dnia 10 kwietnia 2005r. zostaną wezwani do stawienia się osobiście.

Kierowników, którzy dotychczas opłacali składki w niewłaściwej wysokości proszę o kontakt z biurem Izby w celu wyjaśnienia zaistniałej sytuacji i uregulowania zaległości.

Jednocześnie przypominam Państwu o przepisach art. 66 ustawy o izbach aptekarskich, które upoważniają Radę do ściągnięcia składek w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji, jednak Rada nie chce na razie uruchamiać tej przymusowej procedury. Należy jednak zważyć, że osoby, które nie płacą składek, korzystają z opłat wnoszonych przez innych.

Szczegóły w załączniku nr 4

157 Informacje ze spotkania ze Śląskim Wojewódzkim Inspektorem Farmaceutycznym.

W dniu 2005-02-28 spotkałem się z Śląskim WIF dr farm. Izabelą Majewską w celu poruszenia najważniejszych tematów dotyczących aptek, farmaceutów i współpracy WIF i OIA. Poniżej przedstawiam krótkie streszczenie:

1 - WIF będzie w trakcie kontroli mierzył wielkość lokali aptecznych i sprawdzał oryginały koncesji, co wynika z pojawiających się niezgodności pomiędzy wymiarami lokali podawanymi przez właścicieli podczas występowania o koncesje lub zezwolenia a stanem obecnym - faktycznym. Zdarzają się także przypadki posiadania przez właściciela apteki koncesji różnej (np. w składzie właścicieli) od tych, które posiada Ministerstwo Zdrowia lub WIF. Kontrole pod tym względem będą bardziej dokładne, gdyż WIF był



wprowadzany często w błąd.

2 - Coraz częściej w aptekach ekspediuja osoby, którym nie wolno podejmować takich czynności. Ma to miejsce głównie w aptekach z nielicznym personelem, kiedy pojawia się większa ilość pacjentów i wtedy zdarza się, że w ekspedycji staje księgowa, sprzątaczką lub właściciel nie farmaceuta.

Za tego typu działania WIF będzie kierował kierowników aptek do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej a także wszczynął postępowanie o odebranie prawa kierowania apteką.

Zgodnie z ustawą w aptekach ogólnodostępnych na wydzielonych stoiskach można sprzedawać produkty określone w art. 72 ust. 5 posiadające wymagane prawem atesty lub zezwolenia, pod warunkiem że ich przechowywanie i sprzedaż nie będą przeszkadzać podstawowej działalności apteki. Na tych wydzielonych stanowiskach dermokosmetycy mogą udzielać konsultacji i porad.

3 - Powinno pojawić się rozporządzenie MZ o dodatkowych czynnościach, które mogą być prowadzone w aptekach, które dokładnie określi, czym jeszcze można się zajmować. Do tego czasu nie będzie kwestionowane odpłatne lub darmowe mierzenie ciśnienia.

4 - Apteka ma obowiązek dokładnie poinformować pacjenta o tym, co sprzedaje, niedopuszczalne jest sprzedając np. ciśnieniomierze, glukometry a w szczególności leki, by odpowiedzieć pacjentowi, że ma sobie to przeczytać w ulotce.

5 - Konieczność dostosowania aptek do wymagań Prawa farmaceutycznego czyli do 2007 roku.

Na wstępie zaznaczę, że NRA ustaliła, że zostaną podjęte działania mające na celu zapewnienie zachowanie tzw. praw nabytych przez apteki, które funkcjonowały przed wejściem ustawy lub przesunięcie terminu dostosowania o 10 lat.

Dr Majewska poinformowała mnie, że na Śląsku jest 137 aptek typu B, z których orientacyjnie 30% ze względu na koszty i brak następców do ich prowadzenia, nie zamierza się dostosowywać i chce się zlikwidować w 2007r. Kolejne 30-40% tych aptek to apteki nierentowne, które w obliczu konieczności dostosowania będą wołały się zlikwidować a ich właściciele przejdą do pracy w innych aptekach. Reszta aptek zgodnie z obecnym prawem musi się dostosować.

Apteki typu A są w znakomitej większości przystosowane do nowych wymagań i nie powinno być większych problemów, jednak znaczącym tematem dla wielu z nich będzie konieczność dostosowania się do **podjazdu dla niepełnosprawnych.** W tym temacie będzie jednak decydował Nadzór Budowlany i jeżeli apteka będzie miała odpowiednią zgodę z tej instytucji WIF uzna to za spełnienie wymagań.

W temacie **określonego rozłożenia pomieszczeń w aptece** nie ma żadnych wytycznych i jeżeli apteka potrafi się wykazać odpowiednią procedurą we właściwym funkcjonowaniu apteki przy obecnym rozkładzie to WIF będzie to akceptowała. Np. jeżeli obecnie zmywalnia nie jest bezpośrednio połączona z recepturą a apteka zapewni odpowiednią procedurę funkcjonowania takiego układu Inspekcja będzie to akceptowała.

Na pytanie, jak będzie postępował WIF, jeżeli podczas kontroli po okresie dostosowawczym apteka nie będzie spełniała norm, czy ją zamknie, czy wyznaczy określony termin, itd., nie otrzymałem odpowiedzi, gdyż będzie to decyzja GIF, do której zastosują się WIF.

Natomiast, jeżeli WIF wpisał aptecę podczas kontroli zalecenia do wykonania a apteka nie wykonała tego w uzgodnionym terminie to WIF na pewno skieruje kierownika apteki do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i sam podejmie dostępne sobie działania dyscyplinujące.

6 - coraz więcej leków apteki wydają bez recepty a przecież są recepty farmaceutyczne, z których może skorzystać magister farmacji, jeżeli wystąpi taka potrzeba.

Wydawanie leków, które wymagają recepty, bez recepty, skutkuje po każdej kontroli kierowaniem sprawy przez WIF do Rzecznika. Natomiast recepty farmaceutyczne można jak najbardziej wykorzystywać w razie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta art. 96 ust 2 i 3 ustawy prawo farmaceutyczne, trzeba tylko ich wydanie odpowiednio uzasadnić i właściwie opisać oraz ewidencjonować. **WAŻNE** by wystawiać je na prawdziwe dane pacjenta a nie wpisywać personel apteki lub psy i koty przy środkach antykoncepcyjnych. Nie wolno wykorzystywać tych recept do wydawania psychotropów lub narkotyków.

Recepty te mogą stosować **WYŁĄCZNIE** farmaceuci. Technikom nie wolno wystawiać tych recept.

Proszę pamiętać, że **ZAWSZE** i tak za wystawienie takiej recepty jest odpowiedzialny farmaceuta, który ją wystawił lub kierownik apteki. Jeżeli w aptecę recepty takie wystawiają technicy to WIF skieruje do Rzecznika kierownika apteki.



7 - poruszyliśmy temat programów lojalnościowych i przesłanego opracowania naszej OIA.

Temat ten jest jeszcze opracowywany przez WIF i niebawem powinny zapaść ostateczne ustalenia.

8 - omówiliśmy współpracę OIA i WIF w zakresie zapobiegania wykorzystywaniu w reklamie nazw leków wydawanych wyłącznie na receptę. Szczegóły opisałem powyżej.

157 - Lokalne punktowane posiedzenia naukowo szkoleniowe już w dwóch rejonach odbywają się systematycznie.

Organizują je Delegaci wybrani przez lokalne środowiska mi. w tym celu, by koordynować lokalną aktywność i konsolidację farmaceutów.

A co w innych powiatach? Kiedy wszędzie będą się odbywały punktowane posiedzenia? Co na to inni Delegaci?

Jeżeli gdzieś jest kłopot z aktywnością Delegatów, to może się skontaktować z naszą OIA dowolna osoba, która pomoże zorganizować takie posiedzenia. Jest to także bardzo dobra okazja by pokazać się w lokalnym środowisku i w przyszłości zostać Delegatem reprezentującym farmaceutów.

158 - OIA w Katowicach wymienia zaświadczenia na Prawa Wykonywania Zawodu.

Rozpoczynamy wydawanie PWZ i zapraszamy wszystkich, którzy otrzymali PWZ tylko w postaci zaświadczenia, do kontaktu z Izbą w celu ustalenia terminu wydania oryginału PWZ. Proszę o wcześniejszy kontakt telefoniczny i ustalenie wymaganych dokumentów + 2 zdjęcia legitymacyjne + 15zł. Z uwagi na fakt, że wydawanie PWZ dotyczy farmaceutów od 2002 roku, będą one wydawane systematycznie według kolejności zgłoszeń w ustalonych telefonicznie terminach.

Ewentualne pytania proszę przesyłać faxem - 6089769 lub emailem katowice@oia.pl do OIA.

www.kalendarz.farmacja.pl - czyli najważniejsze wydarzenia.

- 2005-03-09 Lokalne posiedzenie N-S dla okolic Siemianowic i Piekar Śląskich;
 - 2005-03-15 Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach;
 - 2005-03-16 Posiedzenie Prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej w Warszawie;
 - 2005-03-19 Dolnośląska OIA po raz piąty organizuje Mistrzostwa Narciarskie Farmaceutów. Tym razem odbędą się w Karpaczu.
 - 2005-03-22 Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach;
 - 2005-03-30 Posiedzenie Naczelnej Rady Aptekarskiej w Warszawie;
 - 2005-03-30 Posiedzenie naukowo szkoleniowe PTF / OIA w Katowicach;
 - 2005-04-06 Lokalne posiedzenie N-S dla okolic Tarnowskich Gór;
- Planowane terminy kolejnych posiedzeń N-S w Domu Lekarza w 2005r. - 30 III, 27 IV, 25 V, 22 VI, 28 IX, 26 X, 30 XI, 14 lub 21 XII**

Prezes ORA - dr farm. Stanisław Piechula

**Żeby śmiały się pisanki,
uśmiechały się baranki,
mokry śmigus zraszał skronie,
dużo szczęścia sypiąc w dłonie.
Z okazji Świąt Wielkanocnych życzy wszystkim
Okręgowa Rada Aptekarska w Katowicach**



Załącznik nr 1

Reklama leków wydawanych wyłącznie na receptę jest zabroniona!

**Uchwała Nr 2-IV-2005 Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach z dnia 1 lutego 2004 roku
w sprawie podjęcia działań w związku z łamaniem przez apteki
Art. 57 ustawy Prawo farmaceutyczne.**



Na podstawie art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o izbach aptekarskich (Dz. U. Nr 9 z 2003 roku poz. 108 z późn. zm.) Okręgowa Rada Aptekarska w Katowicach podjęła następująca uchwałę:

W związku z coraz szerszym łamaniem przez apteki ustawy Prawo farmaceutyczne, polegającym na reklamowaniu leków wydawanych wyłącznie na receptę (Art. 57. ustawy Prawo farmaceutyczne), Okręgowa Rada Aptekarska w Katowicach postanawia:

- kierować do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej kierowników aptek, które będą łamały w/w zapisy ustawy;
- występować do Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego o cofnięcie zgody dla magistra farmacji na kierowanie apteką w oparciu o łamanie lub dopuszczanie do łamania w/w zapisów, ewentualnie brak kontroli nad funkcjonowaniem apteki;
- wnioskować do Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego o przeprowadzanie kontroli w aptece łamiącej w/w przepisy oraz o odebranie zezwolenia w oparciu o brak rękopisami należytego jej prowadzenia przez właściciela.

Okręgowa Rada Aptekarska w Katowicach

Zdaniem Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach, nazwy leków wydawanych wyłącznie na receptę (co określa Prawo farmaceutyczne poniżej), mogą się pojawić wyłącznie na paragonie fiskalnym i w pełnej liście cenowej wszystkich pozycji znajdujących się w aptece (nie wybranych jej fragmentów), bez jakichkolwiek elementów wyróżniania czy reklamy. Za reklamę uznamy także działania wykraczające poza obowiązki wynikające z ustaw i rozporządzeń.

Wybrane fragmenty - *Prawo farmaceutyczne, Rozdział 4 Reklama produktów leczniczych*

Art. 52. 1. Reklamą produktu leczniczego jest działalność polegająca na informowaniu i zachęcaniu do stosowania produktu leczniczego mająca na celu zwiększenie liczby przepisywanych recept, dostarczania, sprzedaży lub konsumpcji produktów leczniczych. 2. Działalność, o której mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności: 1) reklamę produktu leczniczego kierowaną do publicznej wiadomości.

Art. 52. 3. Za reklamę produktów leczniczych nie uważa się: 3) ogłoszeń o charakterze informacyjnym dotyczących w szczególności zmiany opakowania, ostrzeżeń o działaniach niepożądanych, katalogów handlowych i list cenowych, pod warunkiem że nie zawierają treści o charakterze reklamowym;

Art. 57. 1. Zabrania się kierowania do publicznej wiadomości reklamy dotyczącej produktów leczniczych: 1) wydawanych wyłącznie na podstawie recepty; 2) zawierających środki odurzające i substancje psychotropowe; 3) umieszczonych na wykazach leków refundowanych, zgodnie z odrębnymi przepisami, oraz dopuszczonych do wydawania bez recept o nazwie identycznej z umieszczonymi na tych wykazach.

Rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie szczegółowych zasad uwidaczniania cen towarów i usług oraz sposobu oznaczania ceną towarów przeznaczonych do sprzedaży, mówi w § 5. 1. Ceny towarów przeznaczonych do sprzedaży, lecz umieszczonych w miejscu niedostępnym i niewidocznym dla kupujących, a w szczególności na zapleczu, uwidacznia się w zestawieniach cen, zwanych dalej „cennikami”. 2. Cenniki wywiesza się, wyklada lub w inny sposób udostępnia w miejscu sprzedaży towarów tak, aby były one czytelne dla kupujących.



OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA

w Katowicach

40-637 Katowice ul. Kryniczna 15

tel.+48 (32) 6089760, fax 6089770 , www.katowice.oia.pl, katowice@oia.pl



Nasz znak: OIAKat-136-2005

Katowice 2005-03-07

Sz.P.

dr n. farm. Izabela MAJEWSKA

Śląski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny

Szanowna Pani Inspektor

Zwracam się z prośbą o przeprowadzenie kontroli w EuroAptekach w Chorzowie, Jastrzębiu Zdroju, Rudzie Śląskiej oraz Zabrze.

Z informacji, które otrzymałem od farmaceutów z tamtych miast wynika, że pomimo naszej dokładnej informacji o przepisach Prawa farmaceutycznego w tym zakresie oraz dodatkowej uchwały, apteki te z końcem zeszłego tygodnia ponownie wywiesiły plakaty i wprowadziły ulotki zawierające wiele leków wydawanych wyłącznie na receptę.

Zgodnie z Prawem farmaceutycznym leków wydawanych wyłącznie na receptę nie wolno reklamować (Art. 57), stąd ich nazwy mogą się pojawiać wyłącznie w cennikach leków i to bez dodatkowych elementów reklamy (Art. 52.3.). Naszym zdaniem plakaty i kolportowane ulotki tzw. wyciągi z cenników, to typowe reklamowanie leków wydawanych wyłącznie na receptę w celu zwiększenia ich sprzedaży (Art. 52.1.).

Po otrzymaniu potwierdzenia powyższych informacji przez Wojewódzką Inspekcję Farmaceutyczną, podejmiemy działania, które Okręgowa Rada Aptekarska określiła w Uchwale Nr 2-IV-2005 z dnia 1 lutego 2004 roku w sprawie podjęcia działań w związku z łamaniem przez apteki Art. 57 ustawy Prawo farmaceutyczne (uchwała w załączeniu).

Dodam, że zdaniem Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach, nazwy leków wydawanych wyłącznie na receptę, zgodnie z Prawem farmaceutycznym, mogą pojawić się wyłącznie na paragonie fiskalnym i w pełnej liście cenowej wszystkich pozycji znajdujących się w aptece (nie wybranych jej fragmentów), bez jakichkolwiek elementów wyróżniania czy reklamy.

Z uszanowaniem

dr n. farm. Stanisław Piechula
Prezes ORA w Katowicach

W załączeniu:

- uchwała ORA w Katowicach nr 2-IV-2005 z dnia 1 lutego 2004;
- zdjęcie EuroApteki z Jastrzębia Zdroju z dnia 2005-03-05 z wywieszonym plakatem zawierającym leki wydawane wyłącznie na receptę.
- ulotka EuroAptek z marca 2005r. zawierająca leki wydawane wyłącznie na receptę;

Załącznik nr 2

Za właściwe wystawianie recept finansowo odpowiada lekarz lub świadczeniodawca!

Szanowni Członkowie OIA w Katowicach



Proszę zwracać się do Prawnika naszej Izby w sprawach, w których Państwa zdaniem kontrole prowadzone przez NFZ są zbyt restrykcyjne i nastawione na odebranie refundacji w oparciu o mało znaczące uchybienia lub dotyczą sposobu wystawiania recept.

Interesują nas też sytuacje, w których bez Państwa zgody są samowolnie potrącane z refundacji kwoty naliczane do zwrotu po kontrolach.

Na podstawie prawomocnego wyroku Naczelnego Sadu Administracyjnego w Warszawie zostało jednoznacznie orzeczone, że NFZ jest podmiotem cywilnoprawnym i nie przysługują mu żadne władcze kompetencje w stosunku do aptek. Konsekwencją tego jest, że NFZ nie ma prawa bez Państwa zgody pobrać cokolwiek z bieżącej refundacji a swoich roszczeń powinien dochodzić na drodze cywilno-prawnej. Oznacza to, że jeżeli Państwo uznacie, że NFZ nie ma racji w naliczeniu refundacji do zwrotu, to odmawiacie oficjalnie zwrotu refundacji i NFZ chcąc jej dochodzić powinien skierować sprawę do sądu, gdzie mamy szansę udowodnienia, że refundacja ubezpieczonemu pacjentowi i aptece się należała.

Jeżeli Państwo będziecie godzić się na wszystko, co jest Państwu narzucane to apteka zawsze będziemy uważana za miejsce, z którego można łatwo wyciągnąć pieniądze, niezależnie czy się ma rację czy nie.

Posiadamy opracowanie mogące bronić naszych racji i jesteśmy gotowi reprezentować Państwa interesy tym bardziej, że wszelkie przepisy a nawet umowy stosowane przez NFZ wskazują na fakt, że to lekarz jest odpowiedzialny za prawidłowe wystawianie recept i ponosi za to odpowiedzialność finansową.

Proszę zauważyć, że lekarze i świadczeniodawcy podpisali z NFZ umowy, które zawierają:

Załącznik nr 20 do zarządzenia Nr 5/2004 Prezesa NFZ - Załącznik nr 2 do umowy - fragment.

WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ - § 18.

1 - Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za ordynowanie leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych leczonym przez niego osobom, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z uwzględnieniem zasady nie przekraczania granic koniecznej potrzeby.

2 - Lekarz Świadczeniodawcy powinien wystawiać recepty zgodnie z obowiązującymi przepisami określającymi sposób i tryb wystawiania recept oraz ich wzory.

4 - Kosztami refundacji recept wystawionych niezgodnie z zasadami, określonymi w ust. 3, Fundusz obciąża Świadczeniodawcę, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji. Wysokość i termin zwrotu kosztów refundacji Oddział Funduszu określa w pisemnym wezwaniu do zapłaty.

Zarządzenie Nr 41/2004 z dnia 25 listopada 2004 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie wprowadzenia nowego wzoru umowy zawieranej pomiędzy oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia a lekarzem lub felczerem niebędącym lekarzem lub felczerem ubezpieczenia zdrowotnego na wystawianie recept na leki i wyroby medyczne objęte refundacją.

Załącznik do Zarządzenia § 4. 1. Lekarz zobowiązany jest wystawiać recepty zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2004r: w sprawie recept lekarskich (Dz. U Nr 213, poz. 2164). itd..

§ 5. 1. Lekarz zobowiązany jest do zwrotu Oddziałowi Funduszu kosztów refundacji leków i wyrobów medycznych realizowanych na podstawie recept zawierających dane Lekarza w przypadku:

3) wystawienia recepty niezgodnie z przepisami zawartymi w § 4 niniejszej umowy;

Jeszcze raz zachęcam wszystkich, którzy uważają, że padli ofiarą nadużywania lub naciągania prawa do dochodzenia swoich racji.

Okręgowa Izba Aptekarska w Katowicach służy Państwu swoją pomocą.

Załączam także Państwu pismo, które możecie kserować i przekazywać lekarzom nieprawidłowo wystawiającym recepty.

Może tą drugą drogą pomożemy pacjentom, którzy z powodu złego wypisywania recept cierpią a także aptekom, które ponoszą konsekwencje za nieprawidłowe wystawianie recept i przede wszystkim tym aptekom, które idąc na rękę pacjentom ponoszą dotkliwie konsekwencje.



OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA

w Katowicach

40-637 Katowice ul. Kryniczna 15

tel.+48 (32) 6089760, fax 6089770, www.katowice.oia.pl, katowice@oia.pl



Nasz znak: OIAKat-129-2005

Katowice 2005-03-02

**Śląska Izba Lekarska
Katowice, ul. Grażyńskiego 49a**

W imieniu Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach zwracam się z prośbą o przekazanie wszystkim lekarzom naszej prośby i stanowiska.

Z uszanowaniem
dr n. farm. Stanisław Piechula
Prezes ORA w Katowicach

Za właściwe wystawianie recept finansowo odpowiada lekarz lub świadczeniodawca!

Szanowni Państwo

W związku restrykcyjnymi kontrolami NFZ, nastawionymi na ściąganie pieniędzy z aptek za realizację nieprawidłowo wystawianych recept, informujemy, że naszym zdaniem w wielu przypadkach dochodzi do rażącego łamania prawa a nawet umów podpisywanych przez NFZ z lekarzami i świadczeniodawcami.

Z uwagi na powyższe zwracamy się z prośbą do wszystkich lekarzy o zwracanie szczególnej uwagi na prawidłowe wystawianie recept, gdyż **to Państwo ponosicie odpowiedzialność finansową.**

Aptekarze nie mogą stale ponosić konsekwencji finansowych za realizację nieprawidłowo wystawionych recept, kiedy nie mają nawet znaczących podstaw by odmawiać choremu wydania leku.

Każda apteka z pewnością chętnie służy Państwu pełną informacją i pomocą w zakresie prawidłowego wystawiania recept, jednak będziemy zdecydowanie bronić aptek przed obciążaniem ich odpowiedzialnością finansową, którą zgodnie z wszelkimi zapisami ponoszą lekarze i świadczeniodawcy.

Podstawy prawne:

1 rozporządzenie w sprawie recept lekarskich nie odnosi się ani do aptek ani do farmaceutów a w § 27. określa u kogo kontroluje się wystawianie recept: **1. Kontrola wystawiania recept na refundowane leki i wyroby medyczne obejmuje badanie i ocenę prawidłowości działań osób wystawiających recepty, a w szczególności: 2) prawidłowość wystawienia recepty.**

2 - Proszę zauważyć, że lekarze i świadczeniodawcy podpisali z NFZ umowy, które zawierają:
WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ - § 18.

1 - Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za ordynowanie leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych leczonym przez niego osobom, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z uwzględnieniem zasady nie przekraczania granic koniecznej potrzeby.

2 - Lekarz Świadczeniodawcy powinien wystawiać recepty zgodnie z obowiązującymi przepisami określającymi sposób i tryb wystawiania recept oraz ich wzory.

4 - Kosztami refundacji recept wystawionych niezgodnie z zasadami, określonymi w



ust. 3, Fundusz obciąża Świadczeniodawcę, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji. Wysokość i termin zwrotu kosztów refundacji Oddział Funduszu określa w pisemnym wezwaniu do zapłaty.

Podobne zapisy dotyczą lekarzy lub felczerów niebędących lekarzami lub felczerami ubezpieczenia zdrowotnego

- do wiadomości Śląski Oddział Wojewódzki NFZ

Załącznik 3

Rejestr farmaceutów

Wybrane fragmenty prawa:

Ustawa o izbach aptekarskich :

Art. 8.

1. Osoba, która uzyska prawo wykonywania zawodu farmaceuty, podlega wpisowi do rejestru farmaceutów prowadzonego przez właściwą okręgową radę aptekarską.

2. Rejestr farmaceutów zawiera następujące dane: 1) imię i nazwisko, datę i miejsce urodzenia, imiona rodziców, obywatelstwo oraz miejsce zamieszkania; 2) dane dotyczące wykształcenia, w tym: a) numer dyplomu szkoły wyższej, b) nazwę ukończonej szkoły wyższej, jej siedzibę i wydział, c) rok ukończenia studiów, d) datę i miejsce ukończenia rocznej praktyki w aptece, e) rodzaj i stopień posiadanej specjalizacji, datę jej uzyskania oraz nazwę jednostki szkolącej, f) rodzaj i datę uzyskania stopnia i tytułu naukowego oraz nazwę jednostki nadającej ten stopień i tytuł; 3) dane dotyczące prawa wykonywania zawodu, w tym: a) numer prawa wykonywania zawodu, b) numer uchwały rady aptekarskiej przyznającej prawo wykonywania zawodu, c) informację o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie, d) informację o ograniczeniach w wykonywaniu zawodu.

3. Farmaceuta ma obowiązek informować niezwłocznie okręgową izbę aptekarską, o której mowa w ust. 1, o danych objętych rejestrem farmaceutów i każdej zmianie tych danych.

Art. 15.

2. Wpisowi na listę członków okręgowej izby aptekarskiej podlegają wszystkie osoby wykonujące zawód farmaceuty na terenie danej izby.

3. Osoba, która uzyskała zezwolenie na prowadzenie apteki lub hurtowni, lub kierownik państwowej jednostki organizacyjnej prowadzącej aptekę lub hurtownię są obowiązani zawiadomić właściwą okręgową izbę aptekarską, najpóźniej w ciągu 7 dni, o rozpoczęciu i zaprzestaniu pracy przez osobę wymienioną w ust. 2.

Uchwała nr 7-IV- 2004

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach z dnia 22.06.2004 r.

Okręgowa Rada Aptekarska w Katowicach **zobowiązuje kierowników aptek i hurtowni farmaceutycznych do systematycznego informowania** listem poleconym lub drogą elektroniczną Okręgowej Izby Aptekarskiej w Katowicach **w terminie 7 dni od zdarzenia o wszelkich zmianach w ewidencji osób zatrudnionych w aptece lub hurtowni farmaceutycznej posiadających prawo wykonywania zawodu farmaceuty.** Kierownicy zobowiązani także zostają do weryfikowania ważności prawa wykonywania zawodu farmaceutów pracujących i zatrudnianych.

Jednocześnie Rada zobowiązuje wszystkich Członków Izby do bezzwłocznego



przesłania pełnych danych i systematycznego informowania kierownika o wszelkich zmianach dotyczących danych rejestrowanych przez Izbę zgodnie z przesłanym załącznikiem.

Powyższa uchwała została podjęta na podstawie art. 7 u.1 p.5 i 6 oraz art.7 u. 2 p. 1, i 7 w związku z art. 15 p.2 i 3 ustawy z dnia 19.04.1991 o Izbach Aptekarskich Dz. U. z 1991 r. Nr. 41 poz 179 ze zmianami, oraz art.88 ust.5 p. 6 i 7 ustawy Prawo Farmaceutyczne Dz. U. z 2004r. Nr. 52 poz. 533 ze zmianami.

Wszystkie potrzebne druki były przesyłane wcześniej a także dostępne na stronach internetowych www.katowice.oia.pl w Bibliotece.

Załącznik 4

Składki w OIA Katowice

Wysokość składek w OIA w Katowicach określa uchwała nr 7 z 2002 roku, którą podjął X Okręgowy Zjazd Aptekarzy.

Płacenie składek powinno odbywać się co miesiąc lub można wpłacić z góry za jakiś okres, natomiast opóźnienia w ich płaceniu może spowodować naliczanie odsetek.

Składka dla kierownika apteki, w której prowadzona jest pełna księgowość, wynosi 110 zł i proszę o zweryfikowanie tej informacji w prowadzonych aptekach i w izbie, gdyż pomimo płacenia składek niższych, brakująca ich część się nagromadza i w którymś momencie może powstać kłopot z jej uzupełnieniem.

Wyciąg z uchwały :

Członkowie Okręgowej Izby Aptekarskiej w Katowicach mają obowiązek opłacania miesięcznej składki członkowskiej w następującej wysokości:

- 1) kierownik apteki lub punktu aptecznego 60 zł jeżeli dla danej apteki albo punktu którym kieruje prowadzona jest podatkowa księga przychodów i rozchodów albo po 110 zł, jeżeli dla apteki albo punktu którym apteka kieruje prowadzone są księgi rachunkowe,**
- 2) kierownik hurtowni farmaceutycznej po 110 zł,**
- 3) farmaceuta posiadający prawo samodzielnego wykonywania czynności zawodowych w aptece nie będący jej kierownikiem i zatrudniony w aptece ogólnodostępnej, punkcie aptecznym lub hurtowni farmaceutycznej po 20 zł,**
- 4) farmaceuta posiadający prawo samodzielnego wykonywania czynności zawodowych w aptece szpitalnej lub zakładowej po 15 zł**
- 6) osoby, które zawiesiły prawo wykonywania zawodu aptekarza, za wyjątkiem osób wymienionych w § 2 po 10 zł.**

Proszę wypełnić załączone do tej korespondencji oświadczenie i przesłać listem poleconym do OIA w Katowicach a potwierdzenie wysłania zachować.

Kierownicy, którzy nie załączonego do dnia 10 kwietnia 2005r. zostaną wezwani do stawienia się osobiście.



.....
NAZWISKO Imię

.....
Numer Prawa Wykonywania Zawodu



Oświadczenie kierownika apteki w sprawie wysokości składek w OIA Katowice

Ja niżej podpisany, kierując apteką

.....
(pełny adres apteki lub wyraźna pieczęć)

.....

oświadczam, że księgowość w aptece którą kieruję, prowadzona jest na podstawie

.....
(wpisać księgi przychodów i rozchodów albo ksiąg rachunkowych)

Data i czytelny podpis kierownika apteki:

.....

Przesłać listem poleconym na adres i zachować potwierdzenie wysłania.

Okręgowa Izba Aptekarska w Katowicach, 40-637 Katowice, ul. Kryniczna 15