

Nr 4 (14) kwiecień 2007

# APTEKARZ POLSKI

ISSN 1895-6041

Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej

[www.aptekarzpolski.pl](http://www.aptekarzpolski.pl)



- Argumenty schowane do szuflady
- HTZ - konieczność czy wybór?
- Receptura na co dzień - maści emulsje
- W numerze: Biuletyn Naczelnej Rady Aptekarskiej

egzemplarz bezpłatny

## ŚLĄSKIE TARGI FARMACEUTYCZNE WIOSNA 2007

**19 maja 2007 r.**

„Szafranowy Dwór”  
Czeladź, ul. Będzińska 82



Śląska Izba Aptekarska oraz Kolporter EXPO  
zapraszają na Śląskie Targi Farmaceutyczne  
WIOSNA 2007

**Zakres tematyczny:**

- leki gotowe • surowce farmaceutyczne • kosmetyki
- wyroby, sprzęt i materiały medyczne • wyposażenie aptek

**Partnerzy farmaceutyczni:**

- Hurtap • Itero • Medicare • Mini-Maxi • Prosper • Salus • Silfarm • Torfarm

**W programie:**

- środowiskowa konferencja służąca podnoszeniu kwalifikacji zawodowych w ramach ciągłych szkoleń punktowanych dla farmaceutów
- prezentacje firm i pokazy sprzętu organizowane przez wystawców
- jubileusz Śląskiej Izby Aptekarskiej

**Organizator**

**KOLPORTER** EXPO

Szczegóły oferty handlowej kierowanej przez producentów do aptekarzy uzgodnić należy ze Śląską Izbą Aptekarską:  
40-637 Katowice, ul. Kryniczna 15  
**Krzysztof Mańka** - dyrektor projektu  
tel. 32 608 97 57, fax 32 608 97 69  
kom. 668 220 318  
e-mail manka.krzysztof@farmacja.pl  
www.katowice.ola.pl

Warunki techniczne i finansowe uczestnictwa w Śląskich Targach Farmaceutycznych należy uzgodnić z **Kolporter Expo**:  
25-659 Kielce, ul. Strycharska 6  
**Henryk Skup** - dyrektor projektu  
tel. 41 367 86 60, fax 41 367 86 56  
kom. 510 031 665  
e-mail henryk.skup@kolporter.com.pl  
www.kolporterexpo.pl

Fot. archiwum redakcji



## Nieoczekiwany zakręt

**Przed Świątami Wielkanocnymi parlament Rzeczypospolitej zrobił nieoczekiwany zakręt i złożył z zaproponowanej ścieżki legislacyjnej związaną z nowelizacją Prawa Farmaceutycznego. Jestem pełen obaw, gdyż wydaje mi się, że wpłynęło na mieliznę.**

Wielomiesięczne prace nad tzw. dużą nowelizacją Prawa Farmaceutycznego (Pf) w efekcie przyniosły regulacje w sprawie implementacji prawa unijnego do polskich przepisów odnoszących się do wytwarzania produktów leczniczych. Przyjęto także „koślawe” zapisy dotyczące reklamy aptek i punktów aptecznych w powiązaniu z reklamą leku refundowanego (art. 94a), jak również budzące niepewność zachowania jakości produktów leczniczych zamawianych przez pacjenta korespondencyjnie, a dostarczanych drogą przesyłki pocztowej lub kurierskiej (art. 68 ust. 3). **Więcej szczegółów i uwag do tych tematów znajdziecie państwo na stronie internetowej Naczelnej Izby Aptekarskiej ([www.nia.org.pl](http://www.nia.org.pl)). W menu należy wybrać Kurier NRA nr 14, gdzie w korespondencji do Prezydenta RP Lecha Kaczyńskiego wypunktowane są nasze obawy i zastrzeżenia do przyjętych przez Sejm rozwiązań.**

Mimo wszystko są także, w tej już przyjętej ustawie nowelizującej Pf, pozytywne propozycje. A mianowicie w art. 104 dodano ust. 1a i 1b, w którym jest zapisane, iż w przypadku śmierci osoby fizycznej prowadzącej aptekę zezwolenie nie wygasa, jeżeli chociażby jeden z jej następców prawnych spełnia wymagania do jej prowadzenia. Taki spadkobierca ma na dokonanie stosownych zmian w zezwoleniu pełne 6 miesięcy. Natomiast w przepisach wprowadzających do ustawy Pf w art. 16 dodano ust. 2a dotyczący przedsiębiorców prowadzących apteki ogólnodostępne, którzy nie dostosowali swojej działalności do wymagań określonych w art. 97 Pf, a teraz mogą prowadzić apteki do czasu wygaśnięcia zezwolenia lub cofnięcia go z innych przyczyn niż określone w art. 97 Pf (tzw. gruba kreska). Dodano także w art. 16 ust. 5a dotyczący aptek szpitalnych, które muszą dostosować swoją działalność w zakresie i terminach określonych w przepisach wydanych w ustawie z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej.

Obecnie przygotowujemy w Sejmie proces legislacyjny związany z inicjatywami rządowymi w zakresie ponownej nowelizacji Prawa Farmaceutycznego, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach. Będą podejmowane m.in. sprawy cen zbytu, marż hurtowych i detalicznych produktów leczniczych. Mam nadzieję, iż wróci temat reklamy aptek oraz ich demograficznego rozmieszczenia.

Najbliższe tygodnie upłyną więc również pod znakiem walki o rozsądek polskich parlamentarzystów, stanowiących prawo, które bez wątpienia powinno służyć pacjentowi, ale również zapewnić możliwość godnego wypełniania aptekarskich obowiązków wobec społeczeństwa przez dwudziestopięciotysięczną rzeszę farmaceutów.

Na zakończenie z innej beczki... Marcowe uchwały Naczelnej Rady wprowadzają nas nieuchronnie w okres przygotowań do Krajowego Zjazdu Aptekarzy. Jego termin został wyznaczony na styczeń przyszłego roku. Warto przygotować się do niego bardzo solidnie. Nie popadajmy w skrajny pesymizm, że nie ma ludzi do pracy, konkurencja nas osacza, mamy zapaść finansową itp. Pomimo trudnej sytuacji polskiego aptekarstwa nasza aktywność zawodowa i niezbędność w życiu społecznym na pewno weźmie górę! Jedynie wolą walki i przetrwania, przekonując do naszych racji, będziemy mogli dotrzeć do lepszych czasów, bo przecież życie kołem się toczy. Raz jest lepiej, raz gorzej, ale zawsze można szukać nowych, innych rozwiązań i sposobów wykonywania naszego zawodu.

Andrzej Wróbel  
Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

Warszawa, kwiecień 2007 r.

EKSPERTYZY, RAPORTY	
Nowe listy leków refundowanych a rynek apteczny .....	4
AKTUALNOŚCI .....	4, 5, 6
Argumenty schowane do szuflady .....	6
FARMACJA SZPITALNA	
Gospodarowanie lekami i drobnym sprzętem medycznym w szpitalu. Cz. II .....	7
Programowa ofensywa .....	9
XX Zjazd Naukowy PTFarm .....	9
Przepustka do zawodu .....	10
Mieć czas dla pacjenta .....	11
Spotkać się w Krakowie .....	11
OPIEKA FARMACEUTYCZNA	
Hiszpański „Plan strategiczny dla opieki farmaceutycznej” .....	12
Komputer farmaceuty nie zastąpi .....	14
Wiosna, ach to ty! .....	16
LEX APOTHECARIORUM	
Prowadzenie aptek ogólnodostępnych a termin dostosowania się do ustawowych wymagań lokalowych .....	17
NOWE REJESTRACJE I NOWOŚCI NA RYNKU	
Nowe produkty lecznicze styczeń 2007 .....	19
NASZE TRADYCJE	
Tajemnicza apteka .....	26
WSZECHNICA APTEKARSKA	
Receptura na co dzień – maści emulsje .....	28
Farmacja na Wyspach .....	30
MANUAŁ APTEKARSKI	
Hormonalna terapia zastępcza – konieczność czy wybór .....	32
Leczące wsparcie .....	34
BIBLIOTEKA APTEKARZA	
Marley – sztuka bezwarunkowej miłości .....	35
SPORT TO ZDROWIE	
Rowerem do Bychawy, do Wiednia lub prosto przed siebie .....	36

**Aptekarz Polski** - Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej, [www.aptekarzpolski.pl](http://www.aptekarzpolski.pl)

**Wydawca:** Naczelna Izba Aptekarska, ul. Długa 16, 00-238 Warszawa, tel: 022 635 92 85, fax: 022 887 50 32, e-mail: [nia@nia.org.pl](mailto:nia@nia.org.pl); [www.nia.org.pl](http://www.nia.org.pl)

**Redakcja:** mgr farm. Michał Grzegorzczak - redaktor wydawca; Zbigniew Solarz - redaktor naczelny; dr n. farm. Tomasz Baj - z-ca redaktora naczelnego, konsultant farm.; Ewa Dębińska - sekretarz redakcji, tel. 022 635 02 39, e-mail: [redakcja@aptekarzpolski.pl](mailto:redakcja@aptekarzpolski.pl)

**Stali współpracownicy:** mgr farm. Joanna Marczak

**Marketing i reklama:** Olga Sierpniowska, Ewa Firlej

**Grafik:** Magda Sierocińska

**Korekta:** Halina Śnieżko

**Druk:** Miller Druk sp. z o.o., W-wa, ul. Jagiellońska 82

*Aptekarz Polski zawiera treści przeznaczone dla osób uprawnionych do wystawiania recept lub farmaceutów. Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń i materiałów sponsorowanych oraz zastrzega sobie prawo dokonywania skrótów w tekstach nadesłanych. Redakcja nie zwraca materiałów.*

AKTUALNOŚCI  
WYBÓR Z KURIERA NIA  
[www.nia.org.pl](http://www.nia.org.pl)

Nr 14 – 2007

**5 kwietnia:**

– Prezes NRA wystąpił do Prezydenta RP Lecha Kaczyńskiego o uwzględnienie postulatów środowiska aptekarskiego w sprawie nowelizowanej ustawy Prawo farmaceutyczne. „*Uprzejmie proszę* – napisał Prezes NRA – *o rozważenie możliwości wykorzystania przez Pana Prezydenta konstytucyjnych prerogatyw prowadzących do ustalenia zgodności przedkładanej ustawy z Konstytucją RP albo ponownego rozpatrzenia ustawy przez Sejm RP*”.

Cały tekst starannie umotywowanego wystąpienia do Prezydenta RP na internetowej stronie Kuriera NIA

[www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier\\_2007\\_14\\_zal3.pdf](http://www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier_2007_14_zal3.pdf)

– Prezes NRA wraz z wiceprezesem NRA Grzegorzem Kucharewiczem zostali przyjęci przez Bolesława Piechę, Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia. Spotkanie dotyczyło prac przy nowelizacji prawa farmaceutycznego.

– odbyło się kolejne robocze spotkanie Komitetu Organizacyjnego Trzeciej Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Farmaceutów, Kraków 2007.

– Prezes NRA w piśmie skierowanym do Piotra Błaszczyka, dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia podtrzymał stanowisko samorządu aptekarskiego w sprawie uwag do projektu ustawy o zmianie ustawy Prawo farmaceutyczne oraz o zmianie niektórych innych ustaw.

[www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier\\_2007\\_14\\_zal2.pdf](http://www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier_2007_14_zal2.pdf)

– w piśmie skierowanym do Jarosława Pinkasa, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia Prezes NRA wyraził poparcie Prezydium NRA wobec kandydatur zaproponowanych do pełnienia funkcji konsultanta krajowego w dziedzinie farmacji przemysłowej. (Kandydatury MZ to: prof. dr hab. Małgorzata Sznitowska z AM w Gdańsku oraz prof. dr hab. Ryszard Glinka z UM w Łodzi.)

[www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier\\_2007\\_14\\_zal4.pdf](http://www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier_2007_14_zal4.pdf)

# Nowe listy leków refundowanych a rynek apteczny



**Tuż przed wprowadzeniem nowych list refundacyjnych tradycyjnie rynek apteczny wykazuje ożywienie. Sprzedaż leków się zwiększa.**

Tak też stało się w lutym bieżącego roku, kiedy średni obrót statystycznej apteki wyniósł ok. 141.000 złotych. Wynik ten był wyższy od rezultatu z lutego 2006 o 8,8%. W tygodniach poprzedzających zmiany odpłatności często pacjenci decydują się wykupić leki „na zapas” w obawie przed wzrostem kosztów leczenia. Dotyczy to głównie pacjentów leczących się przewlekle, dla których zmiana odpłatności może, i czasami oznacza wzrost kosztów terapii przez następne miesiące.

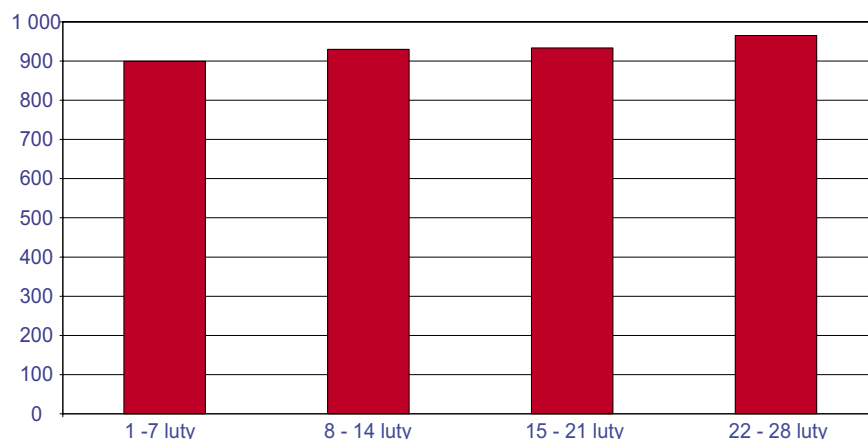
Poniższy wykres ilustruje rosnącą ilość pacjentów w ostatnich dniach lutego.

Pacjenci często proszą swoich lekarzy o przepisanie większych ilości leków, aby utworzyć ich zapas w określonej cenie. W sytuacji wzro-

stu kosztów leczenia danym specyfikiem, pacjent często ma możliwość wyboru tańszego odpowiednika, o czym ma obowiązek poinformować go sprzedający lek farmaceuta, lecz tylko część chorych skłonna jest skorzystać z możliwości zamiany na inny odpowiednik, w obawie, że skuteczność leczeniem lekiem o innej nazwie, innym wyglądzie opakowania czy tabletki będzie dla nich mniej skuteczna.

Zjawisko lojalności części pacjentów do danej marki leku, szczególnie przy długotrwałym jego przyjmowaniu dotyczy nie tylko leków receptowych, ale także leków w sprzedaży odroczonej. Nie rzadko spotkamy się z pacjentem, który przynosi do apteki stare opakowanie danego preparatu prosząc

**OBRAZ STATYSTYCZNEJ APTEKI OGÓLNODOSTĘPNEJ**  
Ilość pacjentów w poszczególnych tygodniach lutego



o to samo, lub też wzbrania się przed zakupem leku, który jest dokładnie tym samym lekiem, ale w międzyczasie zmienił np. kolor czy format opakowania lub tabletki. Zadaniem aptekarza jest uspokoić pacjenta, że ma do czynienia dokładnie z tym samym preparatem.

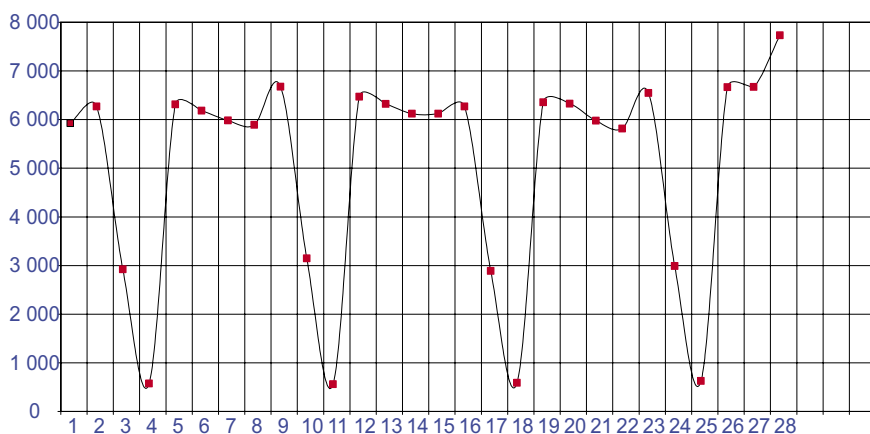
Opieka farmaceutyczna świadczona przez aptekarza ma również

przekroczenia dawek terapeutycznych poszczególnych składników leków.

Wracając do wzmożonych zakupów lutowych widzimy zwiększającą się sprzedaż w ostatnich dniach przed wprowadzeniem nowej listy.

Podsumowując wyniki miesiąca lutego 2007 średnia cena statystycznego leku wyniosła około:

**OBRAZ STATYSTYCZNEJ APTEKI OGÓLNODOSTĘPNEJ**  
Wielkość obrotu statystycznej apteki w poszczególnych dniach lutego



wymiar edukacyjny. Pacjent atakowany coraz większą ilością reklam telewizyjnych i prasowych, często obiecujących niemal natychmiastowe wyzdrowienie z najbardziej popularnych przypadłości (grypa, ból, gorączka, zgaga, niestrawność, biegunka itp.) może popełnić poważny błąd przyjmując kilka leków o podobnym działaniu i przez to przekraczać dawki bezpieczne dla jego zdrowia. Mając do czynienia z pacjentem kupującym kilka podobnych specyfików, nie możemy zapomnieć o uświadomieniu mu tego ryzyka, jak również powinniśmy zaproponować komplementarne leczenie alternatywne polepszające jego samopoczucie i eliminujące ryzyko

dla leku refundowanego około 23,66 złotych, dla preparatów dostępnych bez recepty - 7,84 złotych, a średnia wartość jednej transakcji około 15,93 złotych. Przeciętna apteka dokonała 8896 transakcji a ilość pacjentów wyniosła 3730 osób.

W związku z opisanymi powyżej faktami, możemy się spodziewać, że pierwsze dni marca będą stanowiły okres o znacząco mniejszych obrotach aptek. A dane z miesiąca marca i kwietnia wyjaśnią nam, jak najprawdopodobniej będą kształtowały się sprzedaże poszczególnych leków po wprowadzeniu nowych list.

**Piotr Kula**  
Prezes PharmaExpert

#### ► 4 kwietnia:

– odbyło się posiedzenie Prezydium NRA. Zaakceptowano kandydaturę Jerzego Łazowskiego, jako eksperta NIA do współpracy z krajowym koordynatorem Systemu Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym Unii Europejskiej oraz omawiano bieżące sprawy finansowe.

– Prezes NRA przyjął delegację Związku Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych: Andrzeja Tarasiewicza, Andrzeja Stachnika oraz Tadeusza Wesołowskiego. Rozmawiano na temat nowelizacji prawa farmaceutycznego w zakresie cen leków oraz kształtowania marży hurtowej i aptecznej.

– Prezes NRA wraz z wiceprezesami NRA Wojciechem Giermaziakiem i Grzegorzem Kucharewiczem odbyli spotkanie z Krzysztofem Łandą, dyrektorem Departamentu Gospodarki Lekami w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz Piotrem Rykowskim, głównym specjalistą Departamentu Gospodarki Lekami. Rozmowy dotyczyły refundacji leków recepturowych zawierających w składzie nie zarejestrowane w Polsce podłoża maściowe, systemu zbierania danych o lekach wydawanych z aptek oraz obsługujących go programach informatycznych.

#### Nr 13 – 2007

**30 marca** – Prezes NRA złożył w Ministerstwie Zdrowia pismo, w którym zgłosił uwagi samorządu aptekarskiego do projektu ustawy o zmianie ustawy Prawo farmaceutyczne oraz o zmianie niektórych innych ustaw.

[www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier\\_2007\\_13\\_zal1.pdf](http://www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier_2007_13_zal1.pdf)

**30-31 marca** – odbył się XVI Okręgowy Zjazd Aptekarzy Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej we Wrocławiu. W ramach paneli: „Apteki”, „Ekonomiczny”, „Nauki i szkolenia oraz etyki”, „Apteki szpitalne” obecni na Zjeździe delegaci dyskutowali o aktualnych problemach zawodowych. W Zjeździe uczestniczył wiceprezes NRA Wojciech Giermaziak.

#### Nr 12 – 2007

**24 marca** – Prezes NRA uczestniczył w XII Okręgowym Zjeździe Delegatów Izby Aptekarskiej w Łodzi. ►

## ROZLICZENIA

Po niesławnej sprawie CORHYDRONU nadszedł nareszcie czas rozliczeń. Chodzi o wyrównanie strat poniesionych przez apteki w związku z publicznym wezwaniem Ministra Zdrowia do zwrotu przez pacjentów do aptek tego leku.

Główny Inspektor farmaceutyczny poinformował, że w wyniku zawartego porozumienia Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne JELFA S.A. dokona, przez hurtownie farmaceutyczne, zwrotu odpowiednich ilości w/w leku do aptek-zgodnie z wykazami przekazanymi przez podmioty do wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych.

► **21–23 marca** – Janina Pawłowska, koordynator Departamentu Aptek Szpitalnych NRA oraz Anna Błasiak reprezentowały Naczelną Radę Aptekarską podczas 12 kongresu Europejskiego Stowarzyszenia Farmaceutów Szpitalnych (EAHP) w Bordeaux we Francji.

**21 marca:**

– w Kielcach odbył się IV Okręgowy Zjazd Aptekarzy Kieleckiej Okręgowej Izby Aptekarskiej IV kadencji. W Zjeździe uczestniczył prezes NRA Andrzej Wróbel, który wręczył wyróżnionym aptekarzom medale im. prof. Bronisława Koskowskiego.

– odbyło się posiedzenie Naczelnego Sądu Aptekarskiego

**20 marca** – Prezes NRA złożył pismo w Ministerstwie Zdrowia, w którym zgłosił uwagi samorządu aptekarskiego do projektu ustawy o sieci szpitali.

[www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier\\_2007\\_12\\_zal1.pdf](http://www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier_2007_12_zal1.pdf)

Nr 11–2007

**14 marca** – odbyło się posiedzenie Naczelnej Rady Aptekarskiej. Rozpatrzono sprawozdanie z wykonania preliminarza budżetowego NIA za 2006 r. oraz zatwierdzono roczne sprawozdanie finansowe NIA za 2006 r. Przewodniczący NKR Ryszard Jasiński przedstawił sprawozdanie z prac Naczelnej Komisji Rewizyjnej. Podjęto uchwałę przyjmującą projekt Kodeksu Etyki Farmaceuty-Aptekarza. Podjęto uchwały związane z organizacją V Krajowego Zjazdu Aptekarzy oraz podjęto uchwałę w sprawie wyrażenia poparcia wobec kandydatur do odznaczeń państwowych i resortowych oraz uchwałę upoważniającą Prezydium NRA do podejmowania dalszych działań w tej sprawie.

**13 marca:**

– odbyło się posiedzenie Prezydium NRA.

– w Muzeum Kolekcji Jana Pawła II w Warszawie odbyło się uroczyste spotkanie związane z wręczeniem zasłużonym aptekarzom odznaczeń państwowych i resortowych oraz nadaniem sztandaru Naczelnej Izby Aptekarskiej. ■

*Z notatnika rzecznika prasowego NRA*

# Argumenty schowane do szuflady

**O**bcenie w Polsce prawo nie zezwala na sprzedaż leków poprzez Internet. Niestety Sejm zmienił prawo pomimo szeregu argumentów przedstawianych przez Naczelną Radę Aptekarską i Państwową Inspekcję Farmaceutyczną przeciwko temu zapisowi. Przy uchwalaniu obecnie jeszcze obowiązującego prawa, brane było pod uwagę przede wszystkim dobro pacjenta, o czym teraz zapomniano, na pierwszym planie stawiając biznes.

Wprowadzanie zmiany do ustawy Prawo Farmaceutyczne wprowadzają możliwość określenia przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzenia warunków wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza oraz sposób dostarczania tych produktów do odbiorców, mając na względzie zapewnienie ich odpowiedniej jakości ale wyegzekwowanie tych przepisów może napotkać na trudności. **Po pierwsze**, forma wysyłkowa (np. przez pocztę lub kuriera) nie gwarantuje należytej jakości produktu leczniczego, stwarzając zagrożenie dla pacjentów, poprzez niedostosowany transport i brak możliwości kontroli jakości produktu leczniczego w drodze do pacjenta. **Po drugie**, istnieje zagrożenie wprowadzenia do dystrybucji podrobionych i sfalszowanych produktów leczniczych oraz substancji narkotykowych. **Po trzecie**, art. 96 Ustawy Prawo Farmaceutyczne stanowi, że produkty lecznicze wydaje z apteki farmaceuta lub technik farmaceutyczny aby zapewnić realny kontakt farmaceuty z pacjentem, dla umożliwienia w pewnych wypadkach korektę wydawanego produktu leczniczego, umożliwienie świadczenia usług farmaceutycznych, do których farmaceuta jest przygotowany poprzez studia. Farmaceuta ma kontrolę nad zdrowiem pacjenta, wie o innych używanych przez niego lekach, ma wiedzę dotyczącą możliwych interakcji z przyjmowanymi innymi lekami. Farmaceuta stanowi ważne ogniwo

w procesie korekty ewentualnych błędów mogących mieć wpływ na zdrowie pacjenta, **Po czwarte**, istnieje zagrożenie przekierowywania stron internetowych aptek i punktów aptecznych pod fałszywe portale internetowe sprzedające nielegalnie leki. **Niestety nikt nie chciał słuchać tych argumentów.**

Trzeba jeszcze dodać, że farmaceuci za niewłaściwe wydanie leku ponoszą odpowiedzialność zawodową przed samorządem zawodowym i sądem, co daje gwarancje pacjentowi, że otrzyma on właściwy lek odpowiedniej jakości. Tego nie może zapewnić sprzedaż wysyłkowa, gdyż traci się kontrolę nad jego jakością przekazując lek firmie wysyłkowej. Osoby pragnące kupować leki poza określonymi placówkami nie zawsze zdają sobie sprawę jak szybko lek przechowywany w niewłaściwych warunkach może wykazywać nawet inne działanie niż jest mu przypisywane (szczególnie wilgoć i wysoka lub niska temperatura). Ponadto pacjenci już teraz narażeni są na otrzymywanie informacji o możliwości zakupu leków niedopuszczonych do obrotu lub leków dopuszczonych do obrotu tylko na podstawie recept lekarskich. Po wejściu w życie przepisu o możliwości zakupu przez Internet leków bez recepty, w większości pacjenci nie będą umieli rozróżnić która informacja jest legalna a która nie.

**mgr farm. Maria Głowniak**

Artykuł jest kontynuacją tekstu opublikowanego w poprzednim numerze *Aptekarza Polskiego*. Dr Wojciech Giermaziak rozważa, jak zorganizować pracę oddziałów farmacji szpitalnej, aby przeciwdziałała nadmiernemu i nieuzasadnionemu wzrostowi kosztów?

# Gospodarka lekami i drobnym sprzętem medycznym w szpitalu

## Część II - Propozycje zmian organizacji gospodarki lekami w szpitalach

Zgodnie z rekomendowanym Radzie Europy dokumentem „Farmacja szpitalna we Wspólnocie Europejskiej” w szpitalach musi istnieć apteka szpitalna lub dział farmacji stanowiące wydzielony oddział szpitalny „*service pharmacie*” składający się z różnych specjalistycznych komórek organizacyjnych „*departments*”, w których pracować mają farmaceuci szpitalni. W systemach szpitalnych zachodniej Europy nie do pomyślenia jest stan, w którym szpital nie ma swojej apteki szpitalnej. Np. prawo belgijskie dotyczące szpitali, które często wskazywane jest w Europie jako najlepiej regulujące gospodarkę lekami w szpitalu mówi, że nie może być szpitali, które mają mniej niż 150 łóżek i w sposób jawny komentuje zapis, że jego treść ma skłonić organy założycielskie do łączenia mniejszych jednostek w „zespoły szpitalne”, dla których m.in. Serwis Farmaceutyczny ma zapewnić leki i sprawować kontrolę ich stosowania. Nawet w przypadku utworzenia takich „zespołów szpitalnych” Oddział Farmacji do pewnej ilości łóżek jest wspólny zgodnie z normami lokalowymi opracowanymi dla szpitalnictwa w Belgii. I tak, tylko w samej Brukseli 1 szpital na działających tam innych 17 przygotowuje przetarg dla wszystkich pozostałych, stając się automatycznie dobrym partnerem do współpracy dla producentów lub dużych hurtowni,

który może oczekiwać odpowiedniego do swoich obrotów traktowania i stosownych do wartości składanych planów zamówień rabatów.

Szpitalom opłaca się także specjalizacja w ramach Farmacji Szpitalnej. Stąd pojawienie się odpowiednich zapisów prawnych o farmaceutycznych serwisach specjalistycznych w zakresie: przygotowywania płynów do żywienia parenteralnego i enteralnego (TPN), cytostatyków, dodatków do płynów infuzyjnych, unit dose, produkcji aptecznej. Wszystkie z nich działają w systemie dawki jednostkowej, której koncepcja oparta jest na:

- Dostarczeniu indywidualnej recepty pacjenta do odpowiedniego serwisu
- Sprawdzeniu zapisów na recepcie pod kątem profilu pacjenta i możliwych interakcji oraz działań niepożądanych,
- Przygotowania przez Serwis zamówionego i odpowiednio opisanego zestawu leków przeznaczonych, dla konkretnego pacjenta,
- Przekazania na oddział przygotowanych dla pacjenta w podzielonych porcjach leków, w ilościach ograniczonych jedynie do aktualnych potrzeb (zwykle 24 godziny),
- Dostarczeniu dawek jednostkowych do oddziału tuż przed ich porą podania.

Zainteresowanie zarządów szpitali na zachodzie tworzeniem

i rozwojem serwisów wynika z przeprowadzonych wcześniej analiz ekonomicznych. Każdy z takich serwisów kierowany przez farmaceutów specjalizujących się w danej dziedzinie farmacji szpitalnej, żyje życiem swoim i odpowiednich jednostek klinicznych, z którymi ściśle współpracuje. Staje się partnerem dla klinicystów w dziedzinie doboru i przygotowania odpowiednich dla pacjenta leków, a także źródłem informacji o ich działaniu i statusie prawnym. Ogranicza to ilość pomyłek związanych z lekiem, a poprzez udział w przygotowaniu zlecenia i przygotowywania dobranego indywidualnie leku, np. w postaci dawek jednostkowych farmaceuta ma wpływ, w myśl reguły 6R (rys. 1), na optymalne zarządzanie lekiem z korzyścią dla pacjenta i finansów szpitala.

Ogólnie można powiedzieć, że zadaniem Farmacji Szpitalnej jest: zakup, wytworzenie, kontrola, przechowywanie i dyspensowanie (wydawanie) leków, materiałów medycznych i sprzętu, w stosunku, do których farmaceuta ma obowiązek dostarczyć informację oraz nadzorować ich użytkowanie na oddziałach szpitalnych przy pomocy narzędzi informatycznych.

Skuteczna i bezpieczna terapia zależy od trzech czynników: diagnozy, prawidłowego wyboru leków i odpowiedniego ich stosowania. Wszystkie trzy czynniki są jednakowo ważne, ▶

► gdyż nieprawidłowa diagnoza uniemożliwia zastosowanie odpowiedniego leku, a nieodpowiednie stosowanie skutecznego nawet leku uniemożliwia uzyskanie zakładanego efektu leczniczego.

Aby sprostać trzem wyżej wymienionym wymogom, w procesie farmakoterapeutycznym musi brać udział zespół składający się z lekarza, farmaceuty i pielęgniarki, którzy powinni ze sobą współpracować w celu wyboru optymalnego sposobu leczenia pacjenta. Taki model prowadzenia terapii coraz częściej jest zalecany w formie wytycznych UE, zarówno przez organizacje zrzeszające lekarzy, jak i farmaceutów.

**Zawodowa działalność farmaceuty szpitalnego w dużym stopniu polegać powinna na dostosowaniu dystrybucji leku do indywidualnych potrzeb chorego, aby zapewnić możliwość dokładnego dawkowania leku i jego bezpiecznego zastosowania, gwarantującego uzyskanie pożądaných efektów leczniczych i bezpieczną farmakoterapię.**

Poniżej przedstawiam, jakie elementy w funkcjonowaniu szpitali i Farmacji Szpitalnej należy zmienić, aby gospodarka lekami w szpitalach mogła odbywać się, przynajmniej na poziomie zbliżonym do tego, jaki występuje w szpitalach zachodniej Europy: (zalecenia dla organów założycielskich i propozycje zmian legislacyjnych)

Należy doprowadzić do powstania ustawy o szpitalach lub jasno rozdzielić zadania szpitali w ustawie o ZOZ-ach, a następnie wprowadzić w drodze rozporządzeń normy ich funkcjonowania w tym:

1. Określić ich ilości (sieć) z uwzględnieniem potrzeb terytorialnych w zakresie ochrony zdrowia,
2. Ujednolicić organizację szpitali ze wskazaniem niezbędnych do prawidłowej organizacji zarządzania lekami i wyrobami medycznymi struktur i zespołów wielospecjalistycznych (Komitety Terapeutyczne, ds. Wyrobów Medycznych, ds. Zakupów itp.) oraz ich nazewnictwa i zadań,
3. Wprowadzić jednolity i przejrzysty sposób liczenia kosztów respektujący specyficzność jednostek medycznych w zakresie kosztów procedur obowiązujący wszystkie szpitale,

ze wskazaniem na konieczność rozliczania kosztów indywidualnych pacjentów,

4. Stworzyć prostą i przejrzystą kategoryzację przypadków diagnostycznych (DRG),
5. Precyzyjnie określić standardy postępowania klinicznego przy każdym przypadku diagnostycznym z wymogiem dostosowania się do zasad lokalnie wypracowanych przez Szpitalne Komitety ds. Leków, Wyrobów Medycznych, Zakupów,
6. Wprowadzić jednolite zasady wewnętrznego budżetowania jednostek szpitalnych oparte o planowanie usług i świadczeń, w tym również medycznych oraz odpowiedzialność za finanse ich kierowników,
7. Wprowadzić w trybie rozporządzenia jednolite wytyczne dotyczące postępowania przetargowego i poprzetargowego, a szczególnie w zakresie opracowywania specyfikacji i sposobu tworzenia do niej załączników, z uwzględnieniem specyfiki leków i wyrobów medycznych, zawierające również zasady ich kontroli,
8. Nałożyć obowiązek na szpitale raportowania do płatnika i MZ w ściśle określonej formie, kosztów procedur z rozbiciem rodzajowym, a także przekazywania danych i kosztów stosowanych w danej procedurze, u indywidualnego pacjenta lekach i wyrobach medycznych,
9. W ustawie o szpitalach umieścić zapisy o konieczności posiadania w strukturze szpitala Apteki Szpitalnej lub lepiej, zgodnie z wytycznymi europejskimi, odpowiednich dla potrzeb i profilu placówek szpitalnych Serwisów Farmaceutycznych stanowiących, zmienne i ruchome elementy Działu lub Oddziału Farmacji oraz delegacje ustawowe do wydania rozporządzeń określających ich zadania oraz normy lokalowe, organizacyjne, funkcjonalne i zatrudnieniowe w zależności od typu szpitala, jego wielkości i profilu.

Do rozporządzenia dotyczącego Farmacji Szpitalnej należy przenieść część zapisów art. 86 ust.2 Prawa Farmaceutycznego dotyczących zadań farmacji szpitalnej i uzupełnić je o zadania, które składają się na zakres rekomendowany Radzie Europy, a które nie zostały włączone do obo-

wiązującej ustawy, a także spowodować określenie norm lokalowych, organizacyjnych i zatrudnieniowych funkcjonowania serwisów farmaceutycznych w strukturach szpitalnych. Dodatkowo należy określić, które zapisy Prawa Farmaceutycznego i innych ustaw „około lekowych” dotyczą „stricte” farmacji szpitalnej, aby odejść od permanentnego deprecjonowania roli farmacji szpitalnej w szpitalu poprzez narzucanie jej rozwiązań nawet dobrych dla aptek ogólnodostępnych, ale nie koniecznie mających swoje zastosowanie w zupełnie innej specyfice i organizacji gospodarki lekami w szpitalu.

Do najpilniejszych zadań Farmacji Szpitalnej w zakresie gospodarki lekami, dla których trzeba znaleźć miejsce w nowych rozporządzeniach, a które szybko mogą przelożyć się na wymierne korzyści finansowe i jakościowe w zakresie świadczonych usług medycznych należy:

- Zagwarantowanie udziału farmaceutów w procesach wyszukania i minimalizacji błędów farmakoterapeutycznych (opieka farmaceutyczna),
- Umożliwienie pracownikom serwisów farmaceutycznych udziału w zespołach terapeutycznych (dokumentowanie: procesu farmakoterapii, interakcji, działań, niepożądanych), co jak wskazują doświadczenia krajów bogatszych ogranicza ilość błędów, zwiększa bezpieczeństwo stosowania leków, a także umożliwia sprawozdawczość, w tym również kosztów składowych procedur farmakoterapeutycznych,
- Zmiana organizacji dystrybucji leków w kierunku na konfekcjonowanie indywidualnych dla pacjenta dawek leku w systemie „unit dose” lub „single dose unit”, co w istotny sposób obniża koszty leków, ich magazynowania i dystrybucji na oddziałach (średnio literaturowo o 30%), a także zdecydowanie redukuje częstotliwość wystąpienia błędów farmakoterapeutycznych, o których pisze się, że są istotną przyczyną dodatkowych dużych kosztów ponoszonych niepotrzebnie przez szpitale. Zmiana organizacji dystrybucji wiąże się także, z rozpowszechnieniem specjalistycznych serwisów min farmacji onkologicznej, serwisów żywienia parente-



ralnego TPN, serwisów dodatków do płynów IV i ich mieszanin, które odpowiadają za indywidualne, (zgodne ze standardami GMP i np. QuapoS7 oraz koncepcją dawki jednostkowej), przygotowanie preparatów specjalistycznych,

- Określenie wymagań organizacyjnych i informatycznych, które umożliwiłyby prowadzenie standardowych, wielopłaszczyznowych analiz farmako-terapeutycznych oraz medycznych i ekonomicznych w oparciu o monitorowanie użytkowania leków (DUR),
- Stworzenie standardów farmaceutycznych w zakresie zbierania, przetwarzania i przekazywania informacji farmakoterapeutycznych do użytku personelu medycznego i chorych, standardów selekcji leków na potrzeby: Szpitalnej Listy Leków, Komitetu medyczno-terapeutycznego (i innych Komitetów) oraz standardów analiz na potrzeby oddziałów i zarządu szpitala. Obowiązująca obecnie wersja 3 – "Quality Standard for the Oncology Pharmacy Service" – powstała pod auspicjami ESOP (European Society of Oncology Pharmacy),
- Prawne usankcjonowanie (tak jak to jest w wytycznych i zapisach europejskich) udziału farmaceutów szpitalnych i klinicznych w doradztwie i nadzorze nad lekami stosowanymi w oddziale w określonych jednostkach chorobowych, udziału w multidyscyplinarnych zespołach klinicznych powołanych do rozwiązywania określonych problemów farmakoterapeutycznych, udziału w farmacovigilance (zapewnieniu czujności farmakoterapeutycznej – identyfikacja, dokumentowanie i zgłaszanie działań niepożądanych) oraz analizie recept lekarskich wchodzących w zakres zadań serwisu farmacji klinicznej, a także zapewnienie obligatoryjnego udziału (w myśl zapisów rozporządzeń o GCP i zasadach prowadzenia badań klinicznych) farmaceutów szpitalnych (qualify person) w badaniach klinicznych i aplikacyjnych nad lekami i wyrobami medycznymi. ■

**dr Wojciech Giermaziak**

*Opracowanie powstało przy współpracy dr n. farm. Mirosława Szeli-gowskiego i dr n. farm. Beaty Welk*

## Programowa ofensywa

**Departament Aptek Szpitalnych Naczelnej Rady Aptekarskiej organizuje cykl konferencji – APTEKA W SZPITALU – NIEWYKORZYSTANE MOŻLIWOŚCI. Inicjatywa ma zasięg ogólnopolski. Zakłada się, że uczestnikami spotkań będą dyrektorzy oraz kierownicy aptek szpitalnych. Zaproszenia dotrą na adresy wszystkich funkcjonujących w Polsce szpitali.**

Celem konferencji jest przedstawienie możliwości, jakie daje zaangażowanie farmaceuty szpitalnego w tworzenie i realizację procedur bezpiecznej farmakoterapii, aby przy określonych możliwościach finansowych szpitala osiągane były maksymalnie korzystne efekty dla pacjenta.

Szkolenia będą miały wspólny zakres tematyczny. W obszarze zainteresowania znalazły się następujące zagadnienia:

1. Racjonalizacja kosztów farmakoterapii
2. Bezpieczeństwo farmakoterapii dla pacjenta, dla lekarza oraz dyrektora szpitala
3. Odpowiedzialność prawna i finansowa dyrektora publicznej placówki służby zdrowia w zakresie zakupu produktów leczniczych i materiałów medycznych w ramach udzielanych zamówień publicznych
4. Współdziałanie dyrektora z kierownikiem apteki szpitalnej; procedury szpitalne związane z przetargami.

Cykl spotkań rozpoczął się 13 kwietnia w Krakowie. Uczestnikami konferencji byli przedstawiciele szpitali z województw: małopolskiego i świętokrzyskiego.

Do inicjatywy organizacji konferencji przystąpiła także Okręgowa Izba Aptekarska w Łodzi. W dniach 20-21 kwietnia łódzka Izba organizuje w Spale konferencję pn. „Funkcja apteki szpitalnej w gospodarce rynkowej”.

oprac. zs

## XX Zjazd Naukowy PTFarm

**Jeśli chodzi o polską farmację, to trudno szukać lepszej okazji na otwarcie sezonu naukowego jak XX Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, który rozpocznie się na progu roku akademickiego, 25 września i trwać będzie przez cztery kolejne dni. Miejsce Zjazdu - Katowice.**

Profesor Janusz Pluta, prezes PTFarm wystosował do farmaceutów zaproszenie do udziału w Zjeździe. Profesor Pluta przekonuje, że Zjazd „będzie okazją

dla środowiska akademickiego do prezentacji jego dorobku, dyskusji nad kierunkami i możliwościami rozwoju nauk farmaceutycznych, a dla Koleżanek i Kolegów pracujących w zawodzie do dyskusji nad zmieniającą się rolą farmaceuty w obecnej rzeczywistości”.

Zjazd przygotowują dwa zespoły: Komitet Organizacyjny, którym kieruje prof. Krystyna Olczyk oraz Komitet Naukowy, któremu przewodzi prof. Janusz Pluta.

Program Zjazdu oraz inne informacje dotyczące tej imprezy są udostępnione pod adresem internetowym: [www.ptfarmzjazd.pl](http://www.ptfarmzjazd.pl).

oprac. zs



# Przepustka do zawodu

**O** tym, że zostać farmaceutą nie jest łatwo mogą coś powiedzieć tegoroczni absolwenci Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Warszawie. Za nimi pięć lat wymagających „kucia” studiów. Do pełnego szczęścia, aby mogli rozpocząć praktykę w zawodzie potrzebny im był jeszcze jeden dokument – niewielka książeczka w ciemnoniebieskim „blue marin” kolorze – Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty. Stwierdzenie prawa wykonywania zawodu farmaceuty należy do kompetencji okręgowych izb aptekarskich.



W piątek, 13 kwietnia 2007 roku odbyła się w Warszawie radosna uroczystość związana z odebraniem przez magistrów farmacji książeczek z napisanym złotymi literami tytułem – PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY, będących przepustkami do zawodu. Okręgowa Rada Aptekarska w Warszawie stwierdziła, że prawo to nabyło 147 magistrów farmacji, którzy zdecydowali się na

podjęcie pierwszej pracy na obszarze podległym jurysdykcji izby warszawskiej. Do Zamku Ostrogskich, w którym odbywała się uroczystość przybyli niemal wszyscy zainteresowani. W wypełnionym po brzegi salonie recepcyjnym więcej było kobiet niż mężczyzn. Trudno się dziwić, wszak stało się już regułą, że wśród aptekarzy jest więcej kobiet. Na sali widać było wielu gości, wśród nich rodziców

i przyjaciół. Uroczystość zaszczylicili profesorowie Akademii Medycznej w Warszawie – nauczyciele świeżo upieczonych farmaceutów oraz goście oficjalni. Na spotkanie przybył m.in. Zbigniew Niewójt, zastępca Głównego Inspektora Farmaceutycznego.

Inspektor podzielił się z zebranymi refleksją związaną z zawodem aptekarza i farmaceuty. Oczekujemy na uchwalenie ustawy o zawodzie – powiedział.

Honory gospodarza uroczystości pełnili członkowie Okręgowej Rady Aptekarskiej w Warszawie. Prezesowi Rady, dr n. farm. Włodzimierz Hudemowiczowi, przypadła rola swoistego pasowania na farmaceutę, które w tym zawodzie przybiera formę wręczenia dokumentu „Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty” połączonego z życzeniami doskonalenia umiejętności zawodowych i satysfakcji z pracy.

Finałem spotkania był recital Chopinowski w wykonaniu pianistki Ewy Beaty Ossowskiej.

**Zbigniew Solarz**

**Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty wręczał dr n. farm Włodzimierz Hudemowicz, Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Warszawie.**



Fot. archiwum OIA w Warszawie

# Mieć czas dla pacjentów

**Z** magister farmacji Martą Szalaj, absolwentką rocznika 2007 Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Warszawie rozmawia Zbigniew Solarz

– Co zdecydowało, że wybrała Pani zawód farmaceuty?

– Zawsze chciałam pomagać ludziom. Doszłam do przekonania, że w tym zawodzie odnajdę się, dlatego jako kierunek studiów wybrałam farmację. Moi rodzice pochwalali ten wybór. Jestem pierwszym farmaceutą w rodzinie.

– Czy znalazła już Pani pracę?

– Tak, z ogłoszenia w internecie. Odwiedziłam aptekę w Warszawie, do której poszukiwano magistra farmacji. Spodobało mi się i zdecydowałam się podpisać umowę. Wkrótce rozpocznę pracę.

– Czy zaskoczy Pani koleżanki i kolegów z apteki jakimś nowym pomysłem?

– Być może. Wiele rzeczy można zmienić. Gdyby to zależało ode mnie, to zlikwidowałabym karty lojalnościowe. Uważam, że marketing, prowadzony przez wiele aptek, jest nadmierny. Źle oceniam formy marketingu, których celem jest przyciąganie klientów. Są one natarczywe, wręcz agresywne. Apteka nie jest supermarketem.

Pole rozwoju apteki dostrzegam w poszerzeniu oferty związanej z opieką farmaceutyczną. Chciałabym w aptece, z którą się związałam wprowadzić karty pacjenta.

Aptekarz powinien więcej rozmawiać z pacjentami. Zwłaszcza starsi ludzie lubią radzić się aptekarza. Niestety, często rozmowa trwa zbyt

krótko, bo inni czekają w kolejce. Muszę coś wymyślić, aby mieć czas dla moich pacjentów. Nie podobają mi się kolejki w aptekach.

– Odnoszę wrażenie, że nie boi się Pani wyzwań

– Podobnie, jak koleżanki i koledzy z roku mam sporą wiedzę i świeże spojrzenie. Przyjrzałam się „mojej” aptece i na dzień dobry zaproponuję zmianę rozmieszczenia leków.

– Jaką radę dali Pani profesorowie na zakończenie studiów?

– Zapadło mi w pamięć przesłanie, żebyśmy przestrzegali zasad etyki i reguł zawodu mając potrzeby pacjenta w centrum uwagi.

– Dziękuję za rozmowę i życzę powodzenia.

## Spotkać się w Krakowie

**W** ubiegłym roku Aptekarz Polski przyjął patronat medialny nad Międzynarodową Konferencją Naukowo-Szkoleniową Farmaceutów. Wysłaliśmy do Krakowa dziennikarza, który opowiadając w redakcji o tym wydarzeniu konkludował mniej więcej tymi słowami – *Jeśli chodzi o możliwość wymiany doświadczeń zawodowych, to konferencja jest nie do pobicia. Dzięki temu, że tam byłem, to sam, jako farmaceuta skorzystałem – skwitował z uśmiechem magister farmacji, redaktor Michał Grzegorzcyk.*

Jakie oceny zbierze tegoroczna konferencja, to się okaże, ale już dzisiaj wiemy kogo skierujemy do dziennikarskiej obsługi krakowskiej konferencji. Oczywiście, redaktora Grzegorzcyka. Sam się zgłosił.

Chyba nieźle wywiązałyśmy się jako redakcja z obowiązków patrona medialnego, bo także w tym roku zostaliśmy poproszeni o przyjęcie podobnego zadania.

Trzecia Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Farmaceutów – Kraków 2007 odbędzie się pomiędzy siedemnastym a dwudziestym dniem października. Do grona organizatorów tegorocznej konferencji dołączył czwarty, jakże dostojny i wiel-

ki pod każdym względem partner. Jest nim królewski Uniwersytet Jagielloński, matecznik polskiej nauki. Włączenie się „Jagiellonki” stawia krakowską konferencję w rzędzie prestiżowych spotkań naukowych farmaceutów.

Sądzę, że argumentem silnie motywującym do udziału w krakowskiej konferencji jest możliwość znalezienia się międzynarodowym towarzystwie osób reprezentujących ten sam zawód. Nie lada gratką będą spotkania „face to face” i zadzierzgnięte znajomości.

Do naszej redakcji docierają informacje, że chętnych do udziału w krakowskim spotkaniu przybywa. Zgłoszenia uczestnictwa napływają nie tylko z Polski, ale także z Niemiec

oraz innych krajów europejskich. Kto jest zainteresowany nie ma problemu. Wystarczy wybrać w Internecie adres: [www.nia.org.pl](http://www.nia.org.pl) lub [www.salusint.com.pl](http://www.salusint.com.pl), aby dotrzeć do szczegółowych informacji o konferencji i pobrać dokument zgłoszeniowy.

Przed trzema laty Polska przystąpiła do Unii Europejskiej. Dzięki temu powstały warunki do szeroko zakrojonej międzynarodowej współpracy ludzi, środowisk i reprezentujących ich organizacji. Jak się wydaje farmaceutom nie trzeba tego powtarzać. Wtajemniczeni wiedzą gdzie się spotkać. W Krakowie.

Zbigniew Solarz





# Hiszpański „Plan strategiczny dla opieki farmaceutycznej”

**Krajem, z którego można brać przykład jak należy wprowadzać opiekę farmaceutyczną do codziennej praktyki jest bez wątpienia Hiszpania.**

Hiszpanie stosunkowo późno, bo w roku 1986 przystąpili do Unii Europejskiej, jednak w wielu dziedzinach z olbrzymią starannością i niebywałą konsekwencją skutecznie wykorzystali szansę, jaką dała im Wspólnota Europejska.

Jedną z dziedzin, która w Hiszpanii przed przystąpieniem do Unii była niesłuchanie zaniedbana i opóźniona w stosunku do innych krajów, była ochrona zdrowia, w tym przede wszystkim aptekarstwo. Głównym elementem kompleksowej reformy w zakresie ochrony zdrowia i zaopatrzenia w leki Hiszpanów, był „**Plan strategiczny dla opieki farmaceutycznej**”. Dokument ten opracował hiszpański samorząd aptekarski wraz z Ministerstwem Zdrowia tego kraju. Na uwagę zasługuje fakt, iż działania tamtejszego samorządu zmierzające do poprawy zaopatrzenia ludności w produkty lecznicze, zwiększenia bezpieczeństwa związanego z ich stosowaniem, oraz zmiany wizerunku aptekarstwa od samego początku

uzyskały ogromną przychylność i poparcie rządu a w szczególności ministerstwa zdrowia.

W tym miejscu dodam, że członkowie Zespołu powołanego przez PTFarm. i NIA, opracowując strategię wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce w dużej mierze skorzystali z doświadczeń, jakie mają za sobą Hiszpanie. Warto, zatem przybliżyć najistotniejsze elementy hiszpańskiego planu i poznać miejsce, jakie zajmują aptekarz i apteka w Hiszpanii w obecnie funkcjonującym w tym kraju systemie ochrony zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia Hiszpanii wraz z samorządem definiując aktywność zawodową farmaceutów w aptece, szczególną uwagę społeczeństwa zwrócili na opiekę farmaceutyczną uznając, że tradycyjna działalność, polegająca na wydawaniu leków, osiąga bardziej dynamiczne i zobowiązujące działania przy znaczącym wzroście wzajemnych relacji z pacjentem, ale także z pozostałymi pracownikami opieki zdrowotnej – szczególnie z lekarzami. Ta nowa rola aptekarzy przewiduje szereg nowych do tej pory niespotykanych w aptece metod postępowania, takich jak konsultacje farmaceutyczne lub porady dotyczące wyboru produktu leczniczego czy sposobu i drogi jego

zastosowania. Staje się to możliwe dzięki personalizowanym (ukierunkowanym na konkretnego pacjenta) badaniom farmakoterapeutycznym, stanowiącym cel z punktu widzenia zawodowego jak i całości opieki zdrowotnej.

W kontekście opieki farmaceutycznej w Hiszpanii można wyróżnić szereg konkretnych celów działania. Deklaracja Ministerstwa Zdrowia, wydana w specjalnym dokumencie „**Deklaracja wyrażenia zgody na opiekę farmaceutyczną**” obejmuje następujące kierunki działań, jakie mogą być prowadzone w aptekach w Hiszpanii:

## 1. Wydawanie produktów leczniczych

- Wydawanie produktów leczniczych i/lub produktów medycznych w optymalnych warunkach i zgodnie z obowiązującym prawem;
- Ochrona pacjenta przed wystąpieniem potencjalnych i rzeczywistych problemów lekowych.

## 2. Konsultacje lub wskazania farmaceutyczne

- Instruowanie pacjentów w zakresie optymalnego rozwiązywania ich problemów zdrowotnych wraz z wyborem wymaganego produktu leczniczego, a jeżeli to możliwe;
- Rozstrzyganie wątpliwości, które powstały u pacjenta lub uzupełnianie niedoborów informacji wykrywanych przez farmaceutę;



Fot. archiwum redakcji

- Ocena sytuacji, czy dany problem zdrowotny jest konsekwencją jakiegoś problemu lekowego.

### 3. Obserwacje farmakoterapeutyczne

- Poszukiwanie maksymalnej efektywności leczenia farmakologicznego;
- Minimalizacja zagrożeń, związanych ze stosowaniem leku, przyczyniająca się do zwiększonego bezpieczeństwa farmakoterapeutycznego;
- Przyczynianie się do racjonalnego stosowania leków, stanowiących zasadnicze narzędzie terapeutyczne w społeczeństwie;
- Polepszenie jakości życia pacjenta.

Dla osiągnięcia tych celów, farmaceuta musi – w niektórych przypadkach – zmodyfikować, a w innych, skonsolidować podejście, metody i środki, co wymaga ustawicznego szkolenia i olbrzymiego wsparcia ze strony samorządu aptekarskiego zarówno w odniesieniu do zdefiniowanego modelu opieki farmaceutycznej jak i wypracowanych profesjonalnych narzędzi postępowania (baz danych, publikacji. itd.).

Wdrażanie opieki farmaceutycznej w Hiszpanii było i pozostaje odpowiedzią na propozycję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), przedstawioną w roku 1985, stwierdzającą, że „**racjonalne stosowanie leku oznacza przyjmowanie produktów leczniczych odpowiednich dla potrzeb klinicznych pacjenta oraz w dawkach, przystosowanych do indywidualnych wymagań i w okresie, uwarunkowanym potrzebami klinicznymi, wszystko to przy możliwie najniższych kosztach dla pacjentów i dla społeczeństwa**” (WHO, Nairobi, 1985). Przeto, opieka farmaceutyczna stanowi rodzaj reakcji środowiska zawodowego farmaceutów na wyzwania dotyczące zawodu farmaceuty zgodnie z wytycznymi WHO.

Zdaniem WHO, niewłaściwe lub niedostateczne wydawanie produktów leczniczych może zniweczyć wiele korzyści, które zapewnia system opieki zdrowotnej. Stąd też, niezależnie od innych parametrów,

takich jak edukacja zdrowotna i właściwe rozpoznanie choroby, terapia farmakologiczna musi być właściwie stosowana, co polega na właściwym wydawaniu przepisanych produktów leczniczych, zaś sam pacjent musi postępować zgodnie z uzyskanymi zaleceniami.

Procedura wydawania leków jest często pomijana przez decydentów przy opracowywaniu planów opieki zdrowotnej, którzy z góry zakładają jej wtórne znaczenie w stosunku do diagnostyki, dostaw, dystrybucji lub kosztów.

Definicja opieki farmaceutycznej według Hiszpańskiej Kolegialnej Organizacji Farmaceutycznej jest następująca:

*„Opieka farmaceutyczna jest aktywnym uczestnictwem farmaceuty w procesie leczenia pacjenta w odniesieniu do wydawania leków i monitorowania skutków ich działania, a więc rodzajem współpracy z lekarzem i innymi pracownikami opieki zdrowotnej dla uzyskania wyników poprawiających jakość życia pacjenta. Opieka farmaceutyczna zakłada również działalność farmaceutów, mającą na celu zapewnienie dobrego zdrowia i zapobieganie chorobom. W ramach opieki farmaceutycznej, farmaceuta przyjmuje szereg odpowiedzialności w odniesieniu do wyników terapii farmakologicznej, zastosowanej u danego pacjenta w celu wyleczenia choroby, wyeliminowania lub ograniczenia związanych z chorobą objawów, zatrzymanie lub opóźnienie rozwoju zmian patologicznych oraz profilaktyki. Stosując założenia opieki farmaceutycznej, spełniany jest cel personalizowanego monitoringu farmakoterapeutycznego, gwarantującego racjonalizację stosowania leków”.*

Hiszpańscy farmaceuci tak jak to wynika z ogólnie przyjętych na świecie założeń opiekę farmaceutyczną ściśle łączą z dobrą praktyką farmaceutyczną, narzucając kontrolę nad przepisaniem leczeniem farmako-



Fot. archiwum redakcji

logicznym, zakładając odpowiedzialność w stosunku do leczenia i jego wyników, a wreszcie wprowadzając mechanizmy profesjonalnej interwencji w celu identyfikacji, oceny i skorygowania problemów lekowych, prowadząc pełną rejestrację i dokumentację zastosowanych środków.

Zgodnie ze specyfikacjami, zdefiniowanymi przez WHO, Hiszpańska definicja opieki farmaceutycznej zostaje dodatkowo wzmocniona podejściem ze strony farmaceuty, mającym na celu zapewnienie, że:

- Przepisanie leku jest właściwe;
- Przepisany lek jest właściwy;
- Właściwe jest zalecane stosowanie, dawka i okres podawania;
- Każdy konkretny pacjent może otrzymać wymagany lek;
- Informacja dla pacjenta jest właściwa i zrozumiała;
- Istnieje możliwość dokonania oceny aktywności zawodowej.

Ponadto, hiszpański farmaceuta może podejmować działania, mające na celu kierowanie pacjentów z ukrytymi zaburzeniami na konsultacje medyczne jak również identyfikację czynników, predysponujących do występowania konkretnych patologii.

Jest, bowiem oczywiste, że wadliwe lub niekontrolowane wydawanie leków może wywołać negatywne skutki w całym systemie opieki zdrowotnej. W rzeczywistości, wszelkie wysiłki ze strony systemu opieki zdrowotnej na rzecz dostarczenia pacjentom produktów leczniczych mogą się okazać zmarnowane, jeżeli nie zostaną zachowane odpowiednie pro- ▶

►cedury postępowania, zapewniające dostarczenie właściwych leków właściwym pacjentom, a w niektórych przypadkach, uzupełniające czynność wydania leku stosowną i przejrzystą informacją, a następnie obserwacją skutków działania wydanego leku. Ponieważ farmaceuta jest ostatnią osobą z kręgu profesjonalistów opieki zdrowotnej, z którą pacjent kontaktuje się przez przyjęciem leku, proces jego wydawania musi być właściwie zrealizowany.

Do ogromnego znaczenia, jakie wiąże rząd hiszpański z opieką farmaceutyczną przyczynił się fakt uzyskania w skali kraju, tylko w czasie pilotażowego programu opieki farmaceutycznej dla chorych z nadciśnieniem w ciągu jednego roku, oszczędności w wydatkach budżetowych rzędu jednego miliarda euro.

W rozwiniętym świecie, rola farmaceuty w opiece zdrowotnej, a szczególnie w wydawaniu leków pacjentom, staje się szczególnie istotna. Farmaceuci w Hiszpanii przyczyniają się do bezpiecznego i skutecznego stosowania leków, odgrywając przy tym istotną rolę w zakresie racjonalnego stosowania leków – promując informowanie pacjentów i prowadząc badania nad wykorzystaniem leków”. Opieka farmaceutyczna w Hiszpanii widzi pacjenta jako centralny cel swojej aktywności zawodowej, monitorując zgodność postępowania, ustosunkowując się do uzyskiwanych wyników i rejestrując całość procesu. **Wdrażając opiekę farmaceutyczną Hiszpanie realizują maksymę, że leki przestają być celem samym w sobie, stając się środkiem dla osiągnięcia zaplanowanych celów farmaceutycznych, w których farmaceuta przyjmuje odpowiedzialność za związane z lekiem potrzeby pacjenta oraz za wszelkie konsekwencje z tytułu tejże odpowiedzialności. ■**

**dr n. farm. Tadeusz Bąbelek**

Przewodniczący Zespołu Ekspertów NRA ds. Wprowadzania Opieki Farmaceutycznej do Aptek Ogólnodostępnych

# Komputer farmaceuty nie zastąpi

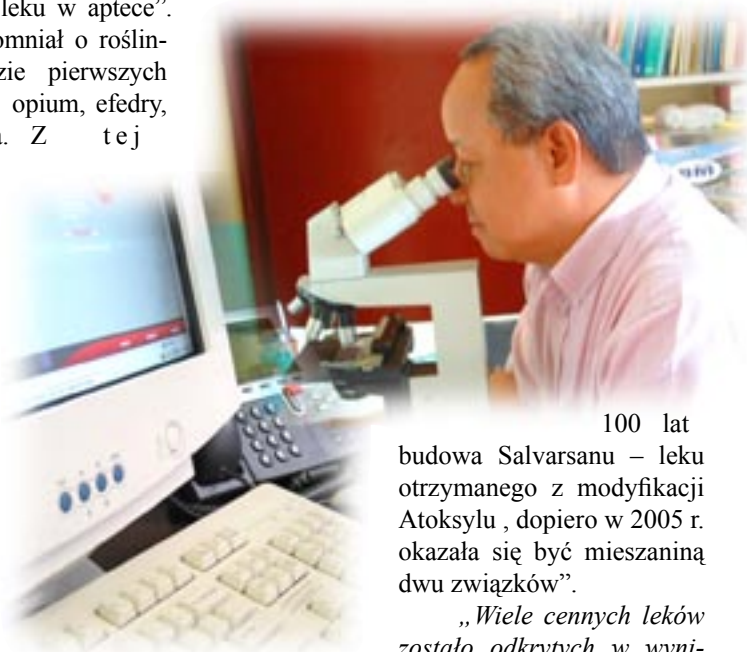
**W**iele cennych leków zostało odkrytych w wyniku szczęśliwego przypadku.

W siedzibie Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych 4 kwietnia br. odbyła się konferencja w ramach społecznej kampanii pn. „Bezpieczny Lek”.

Prawdziwą ozdobą konferencji okazał się wykład **prof. dr hab. n. farm. Andrzeja Stańczaka** z Wydziału Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Krótkie, acz pełne treści wystąpienie profesora opowiadało o drodze „Od cząsteczki chemicznej do leku w aptecze”. Profesor przypomniał o roślinnym rodowodzie pierwszych farmaceutyków: opium, efedry, kory chinowca. Z tej ostatniej po raz pierwszy w 1820 roku Joseph Pelletier i Jean-Bien-Aimé Caventou wyodrębnili substancję czystą – chininę. O właściwościach przeciwo-rączkowych kory wierzbowej wiadano od dawno, ale dopiero nieco ponad 100 lat temu (dzięki Felixowi Hoffmannowi i firmie Friedrich Bayer) zsyntetyzowano aspirynę o tych samych właściwościach, lecz bez drażniących przewod pokarmowy efektów ubocznych kory. „A po ustaleniu mechanizmu działa-

nia i określeniu celu, jakim są cyklooksygenazy, powstały kolejne cenne leki, jak ibuprofen, naproksen, voltaren”. – opowiadał A. Stańczak.

„Pierwsze racjonalne sposoby projektowania leków wprowadził znany mikrobiolog, Paul Erlich, próbując zmodyfikować strukturę Atoksylu, stosowanego w leczeniu syfilisu. W krótkim czasie otrzymano ponad 600 związków. Co ciekawe, nie kwestionowana przez



100 lat budowa Salvarsanu – leku otrzymanego z modyfikacji Atoksylu, dopiero w 2005 r. okazała się być mieszaniną dwu związków”.

„Wiele cennych leków zostało odkrytych w wyniku szczęśliwego przypadku. – mówił dalej profesor. – W języku angielskim występuje słowo „serendipity”, oznaczające zdolność do dokonywania odkryć przypadkowo”. Prof. Stańczak przypomniał historię penicyliny oraz nieco mniej znane odkrycie Barneya Rosenberga, który

przepuszczając prąd przez roztwór z bakteriami, „niechący” wynalazł hamujące działanie platyny na komórki rakowe, w wyniku czego powstały leki takie jak Cisplatyna.

„Metody stosowane dzisiaj w poszukiwaniu leków są całkiem inne. Obecne sposoby przede wszystkim starają się ustalić przyczynę choroby, którą niejednokrotnie może być wada genetyczna. – kontynuował prof. Stańczak. – To może utrudnić odnalezienie celu lub skierować poszukiwania na łagodzenie lub zahamowanie objawów (np. cukrzyca I typu). Kolejny etap to odnalezienie struktury „wiodącej” – jest to najczęściej substancja chemiczna. Następnie, na podstawie znanej budowy, syntetyzuje się „biblioteki związków”, bądź buduje je wirtualnie. Dochodzi do wysoko wydajnego screeningu (HTS) w trakcie, którego zostaje wybrany związek (lub ich grupa) o najlepszych parametrach – kandydaci na potencjalny lek”. Screening to badania przesiewowe dużych grup związków.

Jakie są metody znalezienia właściwego związku wśród kilku, czy kilkudziesięciu tysięcy struktur? „Jedną z takich metod – mówił profesor. – jest synteza kombinatoryczna, która ma na celu otrzymanie dużej liczby związków z tej samej grupy, różniących się elementami budowy. Następny krok to wirtualne (komputerowe) budowanie cząsteczek potencjalnych leków i „dokowanie” ich do hipotetycznych miejsc działania, np. receptorów; kolejny etap to projektowanie leków w oparciu o strukturę; rzeczywistą strukturę związków pozwala ustalić m.in. krytalografia, w przypadku białek i enzymów umożliwia ona ustalenie hipotetycznego miejsca oddziaływania.”

QSAR – droga w projektowaniu leków? „QSAR, czyli Quantitative Structure-Activity Relationship określa ilościowe zależności między działaniem związków a wynikającymi z ich struktury właściwościami fizykochemicznymi. Ustalenie takiej zależności pozwala opisać grupę związków równaniami matematycznymi i – z dużym prawdopodobieństwem – zaprojektować ich właściwą strukturę.

Teraz przychodzi pora na proleki? „Proleki stanowią pewną che-

miczną modyfikację struktury już odkrytych leków, mającą na celu poprawę parametrów farmakokinetycznych leku (przedłużenia działania, lepsze dotarcie do właściwego narządu). Opiera się to na zasadzie „zbuduj i dopasuj”.

Jakie są podstawowe cele oddziaływania leków? „Inhibitory enzymów (odwracalne i nieodwracalne) – leki hamujące działanie enzymów – to większość niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) jak: ibuprofen, naproksen, diklofenak, a także inhibitory pompy protonowej – leki stosowane w chorobie wrzodowej. Z kolei agoniści receptorów, a więc leki wyzwalające działanie receptora, np. popularne krople do nosa, obkurczające śluzówkę Antagoniści receptorów hamują ich działanie, np. antagoniści receptorów  $H_1$  mają działanie przeciwalergiczne. Kanaly jonowe mogą modyfikować przepływ jonów przez błony komórkowe. Blokery kanału wapniowego – amlozepina, czy nitrendypina powodują obniżenie ciśnienia. Białka transportujące mogą przechodzić przez błonę komórkową, wprowadzając do wnętrza komórki związki polarne, jak np. znany lek przeciwdepresyjny Prozac czyli fluoksetyna. Leki oddziałujące z DNA to głównie leki przeciwnowotworowe, modyfikujące, bądź hamujące biosyntezę białek”.

W końcu zapytaliśmy: **Panie Profesorze, czy to komputery tworzą dziś leki?**

Odpowiedź brzmiała: „Nie słyszałem jeszcze o leku zrobionym przez komputer. To tylko maszyna, która pomaga badaczom w poszukiwaniach nowych struktur. Zastosowanie CADD – Computer Assisted Drug Design, czyli zastosowanie chemii komputerowej pozwala na szybsze wyeliminowanie nietrafionych rozwiązań, skraca czas badań i obniża ich koszt”.

Na jeszcze jedno stwierdzenie profesora Andrzeja Stańczaka koniecznie trzeba zwrócić uwagę: „Stworzenie nowego leku to dziś koszt rzędu 1 miliarda dolarów, przy czym 70 % kosztów wprowadzenia leku ponosi się już po jego stworzeniu, a więc w czasie badań klinicznych”.

oprac. j.świd.



# XIV Ogólnopolskie Spotkanie Aptekarzy

**Jurata  
24-26 maja 2007**

**23 punkty  
edukacyjne**

**Solidna porcja wiedzy,  
znakomici wykładowcy,  
miła atmosfera,  
profesjonalna obsługa,  
ciekawe imprezy  
towarzyszące**

ORGANIZATOR

**INTERSERVIS**  
BIURO TARGOW Sp. z o.o.

PL 90-537 Łódź, ul. Stefanowskiego 24,  
tel. 0-42 637 12 15, fax 0-42 639 79 80  
e-mail: barbara.urban@interservis.pl

**www.interservis.pl**

# Wiosna, ach to ty!

**W** jaki sposób farmaceuta nie wyglądając przez okno może stwierdzić, że nadchodzi koniec zimy? To proste! Wystarczy, że zacznie baczniej przyglądać się swoim pacjentom...

W naszej aptece nadejście wiosny sygnalizują wierzbowe bazy, które co roku przynosi nam własnoręcznie zebrane wierny pacjent oraz fiołki i stokrotki, które namiętnie zrywają przed budynkiem odwiedzający nas „milusińscy”.

To jednak nie wszystko. Wyrażnie zmieniają się potrzeby chorych, a asortyment zaczyna rotować w kierunku produktów sezonowych typowych dla ciepłej pory roku.

Wiosna przynosi wzrost zainteresowania pacjentów, (choć należałoby podkreślić, iż chodzi głównie o panie...) specyfikami służącymi upiększaniu ciała zarówno od zewnątrz, jak i od „środka”. Zwiększoną popularnością cieszą się produkty, które nawilżają i ujędrniają skórę, wzmacniają włosy, odtruwają organizm, walczą z trądzikiem, cellulitem, rozstępami lub pękającymi piętami. Pierwsze ciepłe i słoneczne dni wymuszają zmianę garderoby na lżejszą, jednocześnie obnażają bolesną prawdę o zgromadzonych w postaci fałdek tłuszczu „zimowych zapasach”. Słońce uwypukla błądźcę cery i intensyfikuje wszelkie niedoskonałości, a kiedy do tego wszystkiego dołączy się jeszcze „wiosenne zmęczenie” – zapada decyzja, iż czas najwyższy skierować swoje kroki do... apteki.

Panie sprytnie obliczają, że aby zdążyć „odmłodzić” przed latem i zgrabnie wyglądać na plaży muszą zacząć dbać o siebie już wczesną wiosną. I chociaż trochę się z tego „sezonowego upiększania” podśmiewam, bo przecież o ciało należy dbać cały rok, to z zawstydzeniem muszę

przyznać, że jako konsument powiedziałam dokładnie te same wzorce.

Najtrudniej jest doradzić pacjentom, którzy pragną odzyskać idealną sylwetkę. Sama kilka lat temu walczyłam z nadwagą, więc temat diet i odchudzania jest mi

ważniejsze - długotrwałe. Niestety według moich obserwacji odsetek udanych kuracji jest znikomy. Niewątpliwie w ramach rozwijającej się opieki farmaceutycznej powinien zmieścić się blok poradnictwa dietetycznego. Wiedza pacjentów o faktycznej wartości kalorycznej produktów spożywczych i wielkości koniecznego wydatku energetycznego jest nikła. Podczas tradycyjnej konsultacji poprzedzającej sprzedaż nie ma zwykle dość czasu, aby uczulić pacjenta na najczęstsze przyczyny niepowodzeń, czy w wybranych przypadkach udzielić pełnych informacji o możliwościach farmakologicznego leczenia otyłości. W wielu przypadkach istotną rolę odgrywa aspekt psychologiczny – rozmowa, podtrzymanie na duchu, podzielenie się własnymi doświadczeniami.

Wraz z nadejściem lepszej pogody zmniejsza się zdecydowanie ilość wydawanych antybiotyków i środków tradycyjnie stosowanych w zakażeniach wirusowych i bakteryjnych. I choć chorych jest mniej, to wyróżniają się spośród nich pacjenci, którzy biegając „z gołą głową” i w rozpiętych kurtkach narzekają, że nie mogą „doleczyć” zimowych infekcji. Niekiedy trudno cokolwiek doradzić, ponieważ – jak twierdzą – nic już nie pomaga. Czasami można sobie pozwolić na mały żarcik i zasugerować berecik albo apaszkę do kompletu z kolejnym lekiem przeciw przeziębieniu...

szczególnie bliski. Ponieważ dobrze zdają sobie sprawę jak trudne i pełne wyrzeczeń jest zrzucenie choćby jednego kilograma dla osoby z natury pulchnej, staram się zawsze stawiać sprawę uczciwie. Mianowicie przedstawiam korzyści, jakie przynoszą preparaty wspomagające odchudzanie, ale podkreślam jednocześnie, iż bez zmiany trybu życia i przyzwyczajzeń żywieniowych żaden specyfik nie będzie miał szansy działać skutecznie, a co





Wiosna jest ciężkim okresem dla alergików, co widać również po charakterystyce realizowanych recept. Niestety coraz większa ich część jest przepisywana najmłodszym pacjentom. Z niepokojem stwierdziłam także pierwsze zapotrzebowania na środki owadobójcze i po ukąszeniach. Po tak lekkiej zimie owady mogą dać nam się we znaki. Jako właścicielka czworonożna muszę potwierdzić, iż obudziły się już najgroźniejsze z owadów – kleszcze. Niestety miałam okazję obserwować efekty choroby pokleszczowej zarówno u człowieka, jak i u zwierzęcia i jest to straszny widok. Kiedy tylko temperatura wzrasta powyżej zera zabezpieczam repelentami siebie i swoją rodzinę podczas spacerów. O niebezpieczeństwie staram się też przypominać tym pacjentom, którzy dali się poznać jako działkowicze, spacerowicze lub „leśnicy”.

Pojawiły się także pierwsze prośby o dobór preparatów z filtrami przeciwsłonecznymi. Z jednej strony cieszy zwiększająca się świadomość zagrożeń, jakie niesie ze sobą promieniowanie słoneczne, a drugiej – martwi rosnąca liczba osób bardzo źle znoszących opalanie. To właśnie najbardziej wrażliwi już teraz szukają kosmetyków z wysokimi czynnikami i preparatów z beta-karotenem, dlatego warto mieć choćby niewielki wybór tych produktów także przed „pełnią sezonu”.

Na zakończenie wiosenny akcent humorystyczny. Niedawno do apteki dosłownie tuż przed zamknięciem wpadł zasapany młody człowiek. Miał dosyć „nietypową sprawę”. Nie zdążył do lekarza, a potrzebował... zwolnienia lekarskiego z zajęć szkolnych. W moim odczuciu chodziło raczej o zakamuflowanie wagarów, bo wyglądał całkiem zdrowo. Kiedy stanowczo stwierdziłam, że nie jestem uprawniona ani do stwierdzania chorób, ani do wypisywania dokumentów za lekarza, usłyszałam rozbijający wręcz argument: „To może by Pani tak... nieoficjalnie... z dobrego serca wypisała...”.

**mgr farm. Olga Sierpniowska**  
 fot. autorki

# Prowadzenie aptek ogólnodostępnych a termin dostosowania się do ustawowych wymagań lokalowych

**Ustawa Prawo farmaceutyczne obowiązuje od 1 października 2002 r. Przyjęcie tego aktu normatywnego nałożyło na podmioty prowadzące apteki ogólnodostępne w dniu wejścia jej w życie obowiązek dostosowania swojej działalności do wymogów zawartych w tym akcie**

Przypomnijmy, że prawo do uzyskania zezwolenia na prowadzenie takiej apteki przysługuje osobie fizycznej, osobie prawnej oraz niemającej osobowości prawnej spółce prawa handlowego. Co do zasady przedsiębiorcy prowadzący apteki ogólnodostępne w dniu 1 października 2002 r. zobowiązani byli do dostosowania swojej działalności do przepisów tej ustawy w ciągu roku od przywołanej daty. Dodajmy, iż termin ten nie dotyczył wymogu zatrudnienia w aptecce ogólnodostępnej, w pełnym wymiarze czasu pracy, przynajmniej jednego farmaceuty posiadającego specjalizację z zakresu farmacji aptecznej. Niniejszy obowiązek należało spełnić w terminie 5 lat od dnia wejścia w życie Prawa farmaceutycznego.

Zauważmy także, iż ustawodawca był „laskawszy” w zakresie dostosowania funkcjonujących aptek ogólnodostępnych do ustawowych wymagań lokalowych. Termin przeznaczony na implementację tych konkretnych regulacji ustawy wynosił 5 lat od dnia wejścia jej w życie. Z przepisów ustawy wprowadzającej Prawo farmaceutyczne wynikało niezbicie, iż przedsiębiorcy prowadzący apteki ogólnodostępne mają właśnie 60 miesięcy na przystosowanie się do reguł określonych w art. 97 Prawa farmaceutycznego.

Zgodnie z tymi regułami apteka ogólnodostępna może stano-

wić odrębny budynek lub może być usytuowana w obiekcie o innym przeznaczeniu, pod warunkiem wydzielenia od innych lokali obiektu i innej działalności. Dodajmy, że lokal takiej apteki obejmuje powierzchnię podstawową i powierzchnię pomocniczą, a izba ekspedycyjna wchodząca w skład powierzchni podstawowej musi stwarzać warunki zapewniające dostęp osób niepełnosprawnych. Z kolei w przypadku sporządzania produktu homeopatycznego powierzchnia podstawowa apteki w zależności od asortymentu tych produktów musi być odpowiednio zwiększona. Minister Zdrowia wydał 26 września 2002 r. rozporządzenie w sprawie wykazu pomieszczeń wchodzących w skład powierzchni podstawowej i pomocniczej apteki (Dz. U. Nr 161, poz. 1338).

Rozwiązaniem zawartym w przywołanym art. 97 rodzącym największe obiektywne problemy natury dostosowawczej był wymóg, w świetle którego powierzchnia podstawowa apteki ogólnodostępnej nie może być mniejsza niż 80 m<sup>2</sup>. Dopuszczono przy tym, aby w aptekach ogólnodostępnych zlokalizowanych w miejscowościach liczących do 1.500 mieszkańców oraz na terenach wiejskich powierzchnia podstawowa była nie mniejsza niż 60 m<sup>2</sup>.

W związku z ostatecznym uchwaleniem 30 marca 2007 r. przez ▶

► Sejm, po uwzględnieniu części poprawek Senatu, nowelizacji Prawa farmaceutycznego przyjęto przepisy, z których wynika, iż przedsiębiorcy, którzy nie dostosowali swojej działalności do wymagań określonych w art. 97 Prawa farmaceutycznego, mogą prowadzić apteki do czasu wygaśnięcia zezwolenia lub cofnięcia go z innych przyczyn niż określone w art. 97 Prawa farmaceutycznego. Innymi słowy, podmioty prowadzące apteki ogólnodostępne, które nie zostały dostosowane – w pierwotnym terminie - do określonych powyżej wymogów lokalowych mogą dalej funkcjonować.

W tym kontekście zasadnym wydaje się przypomnienie kiedy wspomniane wyżej sytuacje tj. wygaśnięcie i cofnięcie zezwolenia, mogą mieć miejsce. Otóż, zezwolenie na prowadzenie apteki wygasa w przypadku:

1. śmierci osoby, na rzecz której zostało wydane zezwolenie, jeżeli zezwolenie zostało wydane na rzecz podmiotu będącego osobą fizyczną. Jednakże takie zezwolenie nie wygasa w przypadku śmierci osoby fizycznej, jeżeli chociażby jeden z jej następców prawnych spełnia odpowiednie ustawowe wymagania. Nadto, następca prawny prowadzący aptekę jest obowiązany wystąpić do wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego o doko-

nanie zmian w zezwoleniu w zakresie określenia podmiotu, na rzecz którego zostało wydane, w terminie 6 miesięcy od dnia śmierci;

2. rezygnacji z prowadzonej działalności;
3. likwidacji osoby prawnej, o ile odrębne przepisy nie stanowią inaczej.

Stwierdzenie wygaśnięcia zezwolenia następuje w drodze decyzji organu, który ją wydał, czyli w drodze decyzji wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego.

Na mocy przepisów Prawa farmaceutycznego cofnięcie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej może mieć charakter obligatoryjny (wojewódzki inspektor nie ma „pola manewru”, musi cofnąć zezwolenie) bądź fakultatywny (decyzja o cofnięciu leży w gestii inspektora, może on cofnąć zezwolenie, ale nie musi). Ten pierwszy charakter będzie miało cofnięcie zezwolenia przez wojewódzkiego inspektora w sytuacji, gdy apteka prowadzi obrót produktami leczniczymi niedopuszczonymi do obrotu. Z kolei cofnięcie fakultatywne może mieć miejsce, jeżeli:

1. nie usunięto w ustalonym terminie uchybień wskazanych w decyzji wojewódzkiego inspektora, wydanej na podstawie Prawa farmaceutycznego;
2. pomimo uprzedzenia, uniemożliwiono lub utrudniono wykonywa-

nie czynności urzędowych przez Inspekcję Farmaceutyczną lub Narodowy Fundusz Zdrowia;

3. apteka nie zaspokaja w sposób uporeczywy potrzeb ludności w zakresie wydawania produktów leczniczych;
4. apteka nie została uruchomiona w ciągu 4 miesięcy od dnia uzyskania zezwolenia lub w aptece nie jest prowadzona działalność objęta zezwoleniem przez okres co najmniej 6 miesięcy;
5. nie wykonano decyzji wojewódzkiego inspektora o zaprzestaniu prowadzenia reklamy działalności aptek lub punktów aptecznych;
6. nie wykonano decyzji Głównego Inspektora Farmaceutycznego o: zaprzestaniu ukazywania się lub prowadzenia reklamy produktów leczniczych sprzecznej z obowiązującymi przepisami; nakazującej publikację wydanej uprzednio decyzji w miejscach, w których ukazała się reklama sprzeczna z obowiązującymi przepisami, oraz publikację sprostowania błędnej reklamy; nakazującej usunięcie stwierdzonych naruszeń. ■

dr n. prawnych Jędrzej Bujny

Dr Krystian Ziemiński & Partners  
Kancelaria Prawna

**NOVERBAN®**  
**Syrop z dziewanny**

pomocniczy w schorzeniach górnych dróg oddechowych i stanach zapalnych gardła (np. grypa z objawami chrypki i suchego kaszlu). Środek tradycyjnie stosowany jako wykrztuśny, osłaniający (pociekający)

*Skład:*  
verbasci floris extractum fluidum  
15,0g w 100,0g preparata  
*Postać/dawka:*  
syrop; 958mg/5ml

*Św. Rej. MZ nr 9020*

**LANCETAN®**  
**Syrop z babki lancetowatej**

pomocniczy w schorzeniach górnych dróg oddechowych z utrudnionym odkaszczaniem (np. grypa), w stanach zapalnych gardła.

*Skład:*  
plantaginis lanceolatae extractum fluidum  
10,0g w 100,0g preparata  
*Postać/dawka:*  
syrop; 648mg/5ml

*Św. Rej. MZ nr 9021*

Producent: EFPA „PROLAB” Patryk, ul. Promienna 3, 01-140 Nalbe k. Szt., www.prolab.pl

Przed użyciem zapoznaj się z ulotką, która zawiera wskazania, przeciwwskazania, dane dotyczące działań niepożądanych, dawkowanie oraz informacje dotyczące produktu leczniczego, bądź skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą.