



Farmacja Wielkopolska

WIELKOPOLSKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA FARMACEUTOM

nr 1/2 (10/11) styczeń-czerwiec 2020 • ISSN 2545-2290

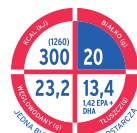


**APTEKA
W CZASACH
ZARAŻY**



Żywienie ma znaczenie w chorobie nowotworowej

Supportan
DRINK



Duża dawka białka i energii,
aby dodać sił do walki z chorobą

Obecność kwasów omega 3, które
przeciwdziałają utracie masy ciała
i stymulują układ odpornościowy

Kompletna dieta specjalistyczna do postępo-
wania dietetycznego u osób zagrożonych
niedożywieniem lub niedożywionymi,
w szczególności z nowotworami, przewlekłymi
chorobami katabolicznymi i/lub z zespołem
wyniszczenia nowotworowego (kacheksja).
Nie zawiera glutenu, syropu glukozowego,
klinicznie wolna od laktozy.

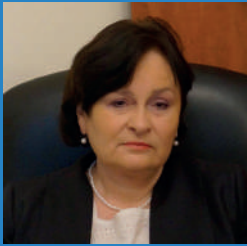
Dostępne smaki: cappuccino, owoce tropikalne.

więcej na www.zywieniemaznaczenie.pl



**FRESENIUS
KABI**

caring for life



mgr farm. **ALINA GÓRECKA**
Prezes Wielkopolskiej
Okręgowej Rady Aptekarskiej

O jedności słów kilka

Jesteśmy jednym z zawodów zaufania publicznego. Nasza korporacja jest niezbyt liczna na tle innych. Każdy z nas chce, aby była korporacją silną, aktywną. Taką, która potrafi skutecznie działać w interesie farmaceutów, jest widoczna dla społeczeństwa, w którego interesie każdy jej członek jest zobowiązany wykonywać zawód farmaceuty z najwyższą starannością.

Siła izb aptekarskich wynika z aktywności każdego z jej członków. Zależy od aktywnego udziału w wyborach, rzetelnego wywiązywania się ze zobowiązań wynikających z pełnionych funkcji w samorządzie, niezależności poglądów i stanowisk w różnych sprawach ważnych dla zawodu i jego samorządu.

Każdy dyskurs ludzi dojrzałych odbywa się z poszanowaniem odrębności poglądów i myślenia każdego z interlokutorów. Dyskurs ma służyć poznaniu opinii różnych osób dla wypracowania rozwiązania lub stanowiska najlepszego z możliwych, z wykorzystaniem wiedzy i doświadczenia wszystkich biorących w nim udział.

Wypracowanie konsensusu w kwestiach spornych, przyjęcie wspólnego stanowiska dla działań jest niezwykle ważne dla skuteczności działania. Ale nie ma powodu, aby odmawiać komukolwiek prawa do zaznaczenia stanowiska odrębnego. Każdy z dyskutujących i zabierających głos w sprawie działa w dobrej wierze, chce podzielić się właśnie w dyskusji swoją wiedzą i doświadczeniem, bo zależy mu na znalezieniu najlepszego rozwiązania, zależy mu na skuteczności działania. To swoboda wypowiedzi, różnorodność poglądów, szacunek dla wszystkich biorących udział w dyskusji czy pracy nad konkretnym problemem buduje siłę między innymi samorządu aptekarskiego.

Twórczej i motywującej, choć nawet ostrej wymiany poglądów nigdy nie należy mylić w ordynarnym hejtem, najczęściej praktykowanym anonimowo lub pod pseudonimem. Hejt niszczy nie tylko tego, przeciw któremu jest skierowany, ale degradowuje też samego hejtera. Doświadczamy tego niszczącego hejtu w dyskusjach na portalach branżowych, a nawet, niestety, na użytek wyborów samorządowych.

Nie może być zgody na hejt przeciw koledze, koleżance. Hejt nie może być narzędziem wymiany poglądów. Jest złem samym w sobie, niszczącym środowisko, niszczącym wzajemne zaufanie i godność. Ludzie godni zaufania, ludzie honoru hejtem się nie zajmują.

Cechą zawodu zaufania publicznego jest niezależność, także w poglądach i ocenach. Dyskurs farmaceutów to dyskurs ludzi niezależnych w sprawach ważnych, których celem jest dobro środowiska. Taki dyskurs buduje siłę i jedność tego środowiska. Prawdziwej jedności nie zbuduje się na jednomyślności. Jedność i jednomyślność to dwa zupełnie różne pojęcia. Jedność buduje i wzmacnia. Jednomyślność jest najczęściej bezmyślna, bezrefleksyjna. Doświadczenie i historia uczy, jak bardzo może być niszcząca.

Zapraszam wszystkich nie tylko do czytania, ale także do wypowiedzi, udziału w dyskusji, podzielenia się swoimi poglądami na łamach „Farmacji Wielkopolskiej”. Tak budujemy prawdziwą jedność środowiska aptekarskiego.

spis treści



10

Eugeniusz Jarosik

10 Dobra atmosfera dla farmaceutów | Rozmowa z dr. n. med. WALDEMAREM KRASKĄ, wiceministrem zdrowia, sekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia

18 Apteka w czasach zarazy

19 Rola apteki w szpitalu jednoimiennym

22 Sposób na koronawirusa

24 Chronologia zmian w przepisach prawa, mających wpływ na funkcjonowanie aptek i pracę farmaceutów, wprowadzonych w związku z Covid-19

30 Przetrwać pandemię

32 Wydział Farmaceutyczny UMP w czasie epidemii

34 Pierwsza dekada

36 Nieobiektywne refleksje z VIII Krajowego Zjazdu Aptekarzy



18

www.stock.adobe.com



36

Izabela Podolec

42 Projekty uchwał Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej na VIII Krajowy Zjazd Aptekarzy

48 Czekaając na lepsze lata

50 Polski rynek farmaceutyczny w 2019 roku

56 Nadzór nad obrotem środkami kontrolowanymi

60 Rynek, środowisko i moja farmacja bez końca

62 Zarząd sukcesyjny w aptece

66 Farmaceutka, która bywa artystką

71 Pieprz w farmakopei, czyli szczypta Orientu

76 Aromatyczna kawa z apteki

82 Pasja i zaangażowanie

86 Warsztaty w poznańskim muzeum

88 Dar serca

90 Dagerotypia i aptekarze

94 Apteka „Pod Orłem” w Łabiszynie



Archiwum Elizabeth Kuc



www.stock.adobe.com



Wydawca
Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska
60-273 Poznań, ul. Palacza 87
www.woia.pl

Redakcja
60-273 Poznań, ul. Palacza 87
www.farmacjawiakopolska.pl
e-mail: redakcja@woia.pl
Tel. +48 798 192 957
Tel. 61 861 96 93 wew. 105

Redaktor naczelny
Eugeniusz Jarosik

Koncepcja czasopisma
mgr farm. Alina Górecka i Eugeniusz Jarosik

Koncepcja redakcyjna i graficzna (współautor projektu)
Eugeniusz Jarosik

Rada Programowa
mgr farm. Alina Górecka (przewodnicząca Rady Programowej), Eugeniusz Jarosik, prof. dr hab. Anna Jelińska, dr n. farm. Wojciech Musiał, dr n. farm. Stefan Piechocki

Okładka
Igor Morski

Projekt graficzny i skład
Wiesław Wiszowaty

Autorzy
dr n. farm. Michał Cichoński, dr Hanna Cytryńska, mgr farm. Alina Górecka, mgr farm. Weronika Guzenda, Eugeniusz Jarosik, prof. dr hab. Anna Jelińska, dr n. farm. Marek Jędrzejczak, prof. dr hab. Ilona Kaczmarczyk-Sedlak, Anna Kopras-Fijotek, mgr farm. Danuta Kurasz, mgr farm. Konstancja M. Majewska, dr n. farm. Jan Majewski, dr n. farm. Wojciech Musiał, dr n. farm. Hanna Piechocka-Koczwaro, dr n. farm. Stefan Piechocki, Henryk Sawka, mgr farm. Zbigniew Skotnicki, mgr farm. Anna Stachowska, mgr farm. Mateusz Szamatek, Magdalena Tamborska

Prezentowane przez autorów prace są wyrazem ich poglądów naukowych i redakcja nie ponosi za nie odpowiedzialności. Redakcja dołożyła wszelkich starań, aby publikowane artykuły były obiektywne i na najwyższym poziomie merytorycznym. Prezentowane interpretacje przepisów nie stanowią wykładni prawa i nie mogą być podstawą roszczeń wobec ich autorów. Wszelkie publikacje nie mogą być kopiowane w żadnej formie ani żadnymi metodami mechanicznymi ani elektronicznymi, łącznie z wykorzystaniem systemów przechowywania i odtwarzania informacji bez pisemnej zgody redaktora naczelnego.

REDAKCJA „FARMACJI WIELKOPOLSKIEJ” udostępnia: pismo Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego z 26 maja 2020 r., którego adresatem są starostowie, rady powiatów oraz podmioty prowadzące apteki na terenie województwa wielkopolskiego; pismo, które 31 marca 2020 roku zostało skierowane przez prezesa Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej w Poznaniu do starostów i rad powiatów działających na terenie Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej; pismo przewodniczącej Rady Powiatu Nowotomyskiego z 20 kwietnia 2020 r. do Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej.



Starostowie i rady powiatów funkcjonujący w ramach województwa wielkopolskiego

Podmioty prowadzące apteki na terenie województwa wielkopolskiego

■ *Mając na uwadze aktualną sytuację związaną z ogłoszonym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stanem epidemii wywołanym wirusem SARS-CoV-2, przez wzgląd na wątpliwości prawne dotyczące kwestii egzekwowania realizacji dyżurowania przez apteki ogólnodostępne funkcjonujące na terenie województwa wielkopolskiego oraz przede wszystkim – z uwagi na konieczność zapewnienia dostępu do produktów leczniczych, Wielkopolski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny zwraca się ze szczególną prośbą do wszystkich Starostów i Rad Powiatów, jak również do wszystkich podmiotów prowadzących apteki ogólnodostępne zlokalizowane w Wielkopolsce, o podjęcie działań mających na celu wypracowanie konsensusu w zakresie możliwości realizowania dyżurów nocnych i świątecznych.*

W tym trudnym dla wszystkich czasie bezspornie uwzględnienia wymaga, że farmaceuci pracujący w aptekach obciążeni są nie tylko stresem związanym z zagrożeniem zarażenia się koronawirusem, znaczną liczbą pacjentów odwiedzających apteki, ale przede wszystkim brakami kadrowymi, skutkującymi brakiem możliwości zapewnienia profesjonalnej obsady aptecze. Tutejszy organ ma świadomość, że organy samorządu terytorialnego działające w poszczególnych powiatach starają się zabezpieczyć społeczność lokalną przed sytuacją, która skutkowałaby brakiem dostępności do opieki farmaceutycznej i jest to wysoce szlachetne ze strony Powiatów. Zdaniem Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego, rozwiązywanie problemów z dyżurami winno uwzględniać faktyczne możliwości i sytuację zarówno przedsiębiorców, jak też personelu fachowego zatrudnionego w aptekach.

Doniesienia z innych regionów wskazują, że współpraca pomiędzy organami samorządu terytorialnego, właściwymi miejscowo okręgowymi izbami aptekarskimi a przedsiębiorcami prowadzącymi apteki, przynosi realne efekty. Dlatego Wielkopolski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny, mając na uwadze zdrowie i bezpieczeństwo pacjentów oraz pracowników aptek, jak również konieczność przestrzegania przepisów prawa, apeluje do wszystkich Państwa o podjęcie stosownych działań, które powinny stanowić podstawę do budowania współpracy w oparciu o istniejące przepisy prawa.

*dr n. farm. GRZEGORZ PAKULSKI
Wielkopolski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny*

Do starostów i rad powiatu z terenu Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej

Szanowni Państwo!

Obecna sytuacja epidemiczna, w której znajduje się Polska, w znaczący sposób wpłynęła na pracę aptekarzy i aptek z terenu działania Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej. Przyczyny i konsekwencje zostały trafnie opisane w interpelacji nr 3290 z 17 marca 2020 r., skierowanej przez panią poseł Martę Wcisło na ręce prezesa Rady Ministrów Mateusza Morawieckiego.

Szanowny Panie Premierze!

W marcu 2020 roku do Polski dotarła epidemia choroby COVID-19 wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2, zwanej powszechnie koronawirusem. Konieczność powzięcia zdecydowanych działań w celu ograniczenia jej skutków doprowadziła do poważnych zmian w codziennym życiu obywateli oraz w funkcjonowaniu niektórych segmentów gospodarki. Powstała sytuacja ma widoczny wpływ m.in. na działalność aptek (...). Mieszkańcy Polski masowo ruszyli do nich – czy to w celu prewencyjnego zaopatrzenia się w leki dla osób przewlekle chorych, czy w celu uzupełnienia domowych apteczek w środki codziennego użytku. Nie ulega wątpliwości, że farmaceuci i osoby zatrudnione w aptekach pracują obecnie na ponad 100% swoich możliwości. Szczególną uwagę należy zwrócić na to, że część pracowników aptek skorzystała z tzw. dodatkowego zasiłku opiekuńczego wprowadzonego ustawą z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 374). Powoduje to braki kadrowe w aptekach wpływające na ich działanie. Nie można też zapomnieć o tym, że osoby pracujące w aptekach są dodatkowo narażone na bezpośredni kontakt z osobami zarażonymi koronawirusem, a co za tym idzie – na możliwość zainfekowania.

Powyższy mechanizm przyczynowo-skutkowy dotyczy wszystkich aptek w kraju. Oznacza to, że pilną koniecznością staje się zawieszenie lub unieważnienie uchwał rad powiatu w sprawie ustalenia rozkładu godzin pracy aptek, zwłaszcza w części dotyczącej dyżurów nocnych, niedzielnych i świątecznych. W bardzo wielu wypadkach załączniki do tych uchwał ustalają niemożliwe do wykonania dni i godziny pracy aptek, zwłaszcza w obecnej sytuacji epidemicznej. W godzinach nocnych obecność farmaceuty w aptece i jego gotowość do pracy nie jest wykorzystywana, prowadzi jedynie do pogłębienia jego zmęczenia i ogranicza możliwości pracy w dzień, kiedy istnieje rzeczywiste zapotrzebowanie społeczne na usługi farmaceutyczne. Prezydium Wlkp. ORA z całą mocą podkreśla, że przemęczenie aptekarza zagraża zdrowiu i życiu nie tylko jego, ale i pacjentów odwiedzających apteki. Zwiększone ryzyko pomyłki jest czymś, czego wszyscy chcielibyśmy uniknąć.

Zmniejszająca się liczba magistrów farmacji oraz personelu pomocniczego to kluczowy powód już następującego w wielu wypadkach skrócenia godzin pracy aptek. Samorząd aptekarski wie także o zwiększającej się liczbie aptek, które zawiesiły działalność nie tylko ze względu na brak farmaceutów, ale i z powodu dezynfekcji oraz kwarantanny będącej skutkiem zarażenia lub podejrzenia zarażenia pracowników koronawirusem.

Wlkp. OIA uprzejmie przypomina, że w swych negatywnych opiniach dotyczących projektów uchwał rad powiatu w sprawie określenia rozkładu godzin pracy aptek wielokrotnie podkreślała brak potrzeby społecznej w zakresie dostępu do usług farmaceutycznych w porze nocnej, niewykonalność ww. uchwał oraz nadmiar nakładanych przez nie obowiązków w okresie pracy poza stanem epidemicznym.

Prezydium Wlkp. ORA uprzejmie informuje, że funkcjonowanie aptek jest uzależnione od liczby pracujących w nich magistrów farmacji oraz uwarunkowań ekonomicznych. W sytuacji drastycznego zmniejszenia się liczby farmaceutów w okresie stanu epidemicznego (opieka na dzieci, zwolnienia

lekarskie, ewentualna kwarantanna) właściciel lub kierownik apteki będą musieli zdecydować, zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne, o ograniczeniu godzin czynności lub zamknięciu apteki. Zrobią to po ocenie wytrzymałości i stanu zdrowia pracującego w olbrzymim stresie personelu. Według powszechnie dostępnych danych, przez 8 dni marca polskie apteki odwiedziło aż 21 mln pacjentów.

Prezydium Wlkp. ORA uważa, że w interesie społecznym jest utrzymanie czynności wszystkich aptek, nawet w skróconych godzinach, tak aby obywatele w stanie epidemicznym mogli się zaopatrzyć w niezbędne leki najbliżej swojego miejsca zamieszkania. Załatwianie wszystkich niezbędnych do funkcjonowania spraw jak najbliżej miejsca zamieszkania, w tym zaopatrzenia w leki, jest zgodne z zaleceniami władz sanitarnych kraju oraz ministra zdrowia. Dzisiejsza sytuacja epidemiczna po raz kolejny udowadnia, że apteka jest niezbędnym elementem systemu opieki zdrowotnej.

W obecnej sytuacji istnieje potrzeba racjonalnego i oszczędnego gospodarowania zasobami farmaceutów, tak aby zapewnić funkcjonowanie wszystkich aptek w powiecie. Dlatego prosimy o wsparcie dla utrzymania ich działalności poprzez zawieszenie nocnych dyżurów aptek mieszczących się na terenie powiatu. Za organizację ochrony zdrowia na terenie powiatu odpowiada samorząd terytorialny. Zatem od Państwa inicjatywy i wielopłaszczyznowej koordynacji działań zależy zakres oraz termin zawieszenia dyżurów nocnych i świątecznych aptek, tak aby mogły bezpiecznie funkcjonować oraz zachować ciągłość w dostarczaniu mieszkańcom produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

Decyzję o czasowym zawieszeniu nocnych dyżurów aptek od 31 marca 2020 r. podjął już powiat wrocławski. Informacja o tym fakcie została zamieszczona w formie komunikatu na stronie internetowej powiatu wrocławskiego.

mgr farm. ALINA GÓRECKA

Prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej



■ Nawiązując do Państwa pisma (Wlkp. OIA/767/2020 z 31 marca 2020 r., data wpływu 6 kwietnia br.) informuję, że Rada Powiatu Nowotomyskiego, podejmując uchwałę w sprawie określenia rozkładu godzin aptek ogólnodostępnych na terenie Powiatu Nowotomyskiego w 2020 r., zrealizowała zadanie wynikające z art. 94 ust. 1 i 2 ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 499 ze zm.). Ze względu na brak podstaw prawnych nie ma możliwości zawieszenia lub unieważnienia uchwały Rady Powiatu Nowotomyskiego w sprawie określenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie Powiatu Nowotomyskiego w 2020 r. Jednocześnie informuję, że Uchwała nr XIV/145/2019 Rady Powiatu Nowotomyskiego z 18 grudnia 2019 r. zobowiązuje do pełnienia dyżurów nocnych, niedzielnych i świątecznych wyłącznie telefonicznie, w przypadku konieczności wydania leków na receptę.

RENATA GRUSZKA

Przewodnicząca Rady Powiatu Nowotomyskiego

KORONE
ZA
MASECZKĘ!



[Handwritten signature]

DOBRA ATMOSFERA DLA FARMACEUTÓW

„Chcemy, żeby rola farmaceuty była rolą doradczą, żeby nie był zainteresowany tylko sprzedażą leków, lecz swoją wiedzą i kwalifikacjami wspierał system leczenia pacjenta. Mam nadzieję, że kwestie związane z opieką farmaceutyczną uda się uporządkować w obecnej kadencji parlamentu” – mówi wiceminister zdrowia dr n. med. **WALDEMAR KRASKA**, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, w rozmowie z Eugeniuszem Jarosikiem, redaktorem naczelnym „Farmacji Wielkopolskiej”.

EUGENIUSZ JAROSIK, „Farmacja Wielkopolska”: Od kilku miesięcy polski system ochrony zdrowia poddawany jest szczególnemu testowi. Wybuch epidemii COVID-19 stanowi wyzwanie organizacyjne nie tylko dla poszczególnych ogniw tego systemu, ale i dla całego państwa. Służby medyczne stanęły wobec nieznanych dotychczas zagrożeń zdrowotnych. Nie ulega wątpliwości, że celów wynikających z sytuacji epidemicznej nie udałoby się osiągnąć, gdyby nie wiedza, doświadczenie i ofiarność tych, którzy na co dzień ratują i chronią ludzkie zdrowie.

WALDEMAR KRASKA: Obecna pandemia to czas niezwykle ofiarnej pracy wielu tysięcy pracowników medycznych – lekarzy, farmaceutów, pielęgniarek, diagnostów laboratoryjnych, ratowników, salowych... Wszyscy pracują w trudnych warunkach, wykonując zawody, którym ludzie ufają. To oni pomagają w cierpieniu, ratują zdrowie pacjentów, walczą o życie osób

zakażonych wirusem SARS-CoV-2. Dzięki profesjonalnym działaniom pracowników medycznych udało się skutecznie wdrożyć niezbędne procedury związane z sytuacją epidemiczną w naszym kraju. Należy podkreślić, że szybkie i zdecydowane działania rządu, w tym ministra zdrowia, przyniosły pozytywne efekty. Na tle wielu krajów pandemia koronawirusa w Polsce przebiega łagodnie, krzywa zachorowań jest cały czas wyplaszczana, a nowych zachorowań jest obecnie stosunkowo niewiele, co napawa optymizmem. Polska służba zdrowia zdała egzamin.

Czas pandemii pokazał dobitnie, jak ważnym ogniwem systemu opieki zdrowotnej są farmaceuci wykonujący zawód w aptekach ogólnodostępnych i szpitalnych. Ponad 90% Polaków ufa farmaceutom – tak wynika z raportu



przeprowadzonego przez agencję badawczą Biostat. Apteki, najbardziej dostępne placówki ochrony zdrowia publicznego, nieprzerwanie świadczą usługi farmaceutyczne. Apteki szpitalne, zwłaszcza w szpitalach jednoimiennych, szybko dostosowały się do szczególnych rygorów sanitarnych.

Dla prawidłowego funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia ogromnie ważne jest, że farmaceuci

**CHCIAŁBYM PODZIĘKOWAĆ WSZYSTKIM
FARMACEUTOM I TECHNIKOM
FARMACEUTYCZNYM Z APTEK OTWARTYCH
I SZPITALNYCH ZA ICH OPIEKĘ NAD PACJENTAMI
W TYCH SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH, JAKIE
ZWIĄZANE SĄ Z OBECNYMI ZAGROŻENIAMI
ZDROWOTNYMI W NASZYM KRAJU.
JESTEM PEWIEN, ŻE NAJBLIŻSZE LATA BĘDĄ
DOBRE DLA POLSKIEJ FARMACJI**

codziennie wydają leki, udzielają porad i konsultacji. Wobec utrudnionego dostępu do lekarzy rodzinnych i specjalistów w związku z sytuacją epidemiczną apteki stają się pierwszym miejscem, gdzie pacjenci poszukują specjalistycznej porady. Chciałbym podziękować wszystkim farmaceutom i technikom farmaceutycznym z aptek otwartych i szpitalnych za ich opiekę nad pacjentami w tych szczególnych warunkach, jakie związane są z obecnymi zagrożeniami zdrowotnymi w naszym kraju.

Jest Pan senatorem z dużym doświadczeniem. To już piąta Pana kadencja w Senacie Rzeczypospolitej Polskiej. Jest Pan też lekarzem chirurgiem, praktykiem. Jak mógłby Pan podsumować zmiany w systemie ochronie zdrowia, jakie udało się wprowadzić w ostatnich latach?

Miniona kadencja parlamentu, w której pełniłem funkcję przewodniczącego senackiej Komisji Zdrowia, była bardzo owocna. Obfitowała w wiele



wydarzeń, posiedzeń Komisji Zdrowia poświęconych różnym aspektom funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, ale także konferencji, podczas których poruszano problemy istotne dla pacjenta i pracowników służby zdrowia. Gromadziły one wybitnych specjalistów z różnych obszarów ochronę zdrowia, były bardzo merytoryczne, a nie polityczne. Uważam, że o problemach służby zdrowia należy rozmawiać ponad politycznymi podziałami. Warto zaznaczyć, że w wielu obszarach udało się wypracować wspólną linię z przedstawicielami wielu środowisk zawodowych, fachowcami mającymi przecież różne poglądy polityczne. Cieszę się, że mogłem współpracować z marszałkiem Senatu Stanisławem Karczewskim. Obaj jesteśmy chirurgami, a chirurdzy są bardzo praktyczni. Ta nasza czteroletnia praca w parlamencie zaowocowała wieloma ważnymi zmianami w polskiej służbie zdrowia.



Które z tych zmian uważa pan za najistotniejsze z punktu widzenia pacjenta?

Niezwykle istotny jest znaczący wzrost nakładów na polską służbę zdrowia w ostatnich latach. Zgodnie z uchwaloną w poprzedniej kadencji parlamentu ustawą nakłady na ten cel mają stopniowo wzrastać i do 2024 roku sięgnąć 6 proc. PKB, czyli około 160 mld zł. Chcemy poprawić pozycję Polski na tle pozostałych krajów Unii Europejskiej pod względem wydatków na ochronę zdrowia. W ubiegłym roku nakłady na naszą służbę zdrowia po raz pierwszy w historii przekroczyły pułap 100 mld zł i sięgnęły niemal 104 mld zł. Tegoroczna pula środków na służbę zdrowia to już 112 mld zł. Chcemy, żeby te dodatkowe pieniądze przynosiły realną korzyść dla polskiego pacjenta. Pieniądze na ochronę zdrowia są ważne, ale duże znaczenie ma także, w jaki sposób ten system funkcjonuje, jak te środki są spożytkowane. To sprawa fundamentalna,

PROBLEM DYŻURÓW APTEK NALEŻY ROZWIĄZAĆ SYSTEMOWO, UWZGLĘDNIAJĄC ZARÓWNO INTERES PACJENTA, JAK I REALIA FUNKCJONOWANIA APTEKI

ponieważ wielu specjalistów twierdzi, iż nawet duże pieniądze nie sprawią, że pacjent zauważy efekty. Konieczne są zatem zmiany systemowe, które wraz ze wzrostem nakładów zapewnią istotną poprawę jakości.

Pandemia uświadomiła nam, jak ważna jest cyfryzacja ochrony zdrowia, rozmaite e-rozwiązania, które stopniowo wdrażane są w różnych obszarach opieki zdrowotnej. Warto przy tym podkreślić, że polskie apteki są w pełni zinformowane, a aptekarze odegrali istotną rolę we wdrażaniu

trzech dużych projektów cyfryzujących procesy dystrybucyjne. Stanowiło to dla nich nie tylko wyzwanie finansowe, ale i wymagało gigantycznej pracy.

Jednym z najważniejszych zrealizowanych projektów cyfryzacyjnych w ochronie zdrowia jest system e-recepty, który w ostatnim trudnym czasie bardzo ułatwił pacjentom zaopatrzenie w leki. System ten jest też fundamentem usługi telemedycznej. Epidemia COVID-19 unaoczniała nam konieczność posiadania alternatywy dla tradycyjnych wizyt lekarskich. Dzięki szybkim decyzjom podejmowanym przez Ministerstwo Zdrowia i prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia udało się uruchomić rozliczanie teleporad. Usprawniono również istniejące narzędzia, dostosowując je do potrzeb personelu medycznego i trwającej epidemii; na przykład eWUŚ (Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców) zyskał nowy znacznik, dzięki któremu personel medyczny wie, czy pacjent objęty jest obowiązkową kwarantanną.

STOPNIOWO WZRASTA ŚWIADOMOŚĆ, ŻE JEDYNI ZESPOŁOWE DZIAŁANIA LEKARZY, FARMACEUTÓW I PIELEŃNIAREK PRZYNOŚĄ REZULTATY, CZYLI WYLECZENIA CHORYCH CZY POPRAWIENIE ICH WARUNKÓW ZDROWOTNYCH

Jakie główne cele Ministerstwo Zdrowia chce osiągnąć w zakresie polityki lekowej?

Lista leków refundowanych ciągle ewoluuje, poszerza się, wprowadzamy na nią nowe produkty lecznicze, ponieważ wiemy, że farmacja nie stoi w miejscu. Firmy ciągle wchodzą na rynek z nowymi lekami, zmieniającymi podejście do leczenia pewnych chorób, co oczywiście wiąże się z dodatkowymi kosztami. Staramy się jednak, aby nowe leki, które przynoszą ewidentną poprawę długości i jakości życia, były dostępne dla polskich pacjentów. Tak było między innymi z lekami stosowanymi w leczeniu raka piersi, które wprowadziliśmy na listę refundacyjną. Na program Leków 75+ wydajemy ponad 800 mln zł rocznie i w kolejnych latach te kwoty będą wzrastać. To niezmiernie ważne dla osób w starszym

wieku, których przybywa, ponieważ polskie społeczeństwo się starzeje. Leczenie chorób przewlekłych pochłania znaczną część budżetu przeciętnego emeryta czy rencisty. Te choroby można skutecznie leczyć lekami, jeśli przyjmuje się je systematycznie, a względy finansowe nierzadko były przyczyną rezygnacji z realizacji recepty. Jako lekarz wielokrotnie miałem do czynienia z pacjentami, którzy trafiali do szpitala tylko dlatego, że zaprzestali przyjmowania leków, ponieważ nie było ich na nie stać. Powodowało to dodatkowe koszty dla systemu, ponieważ leczenie szpitalne jest kosztowne.

Te same cele, ale w odniesieniu do wszystkich pacjentów, można by osiągnąć poprzez wykorzystanie w pełni wiedzy farmaceutów i możliwości, jakie stwarza rozwój opieki farmaceutycznej, która powinna być szczególnym rodzajem świadczenia zdrowotnego. W wielu krajach Europy docenia się konkretne korzyści, zarówno dla pacjenta, jak i dla systemu, wynikające ze świadczenia przez farmaceutę usługi opieki farmaceutycznej. W niektórych państwach jest to świadczenie refundowane.

W wielu przypadkach farmaceuta może udzielić bardzo dobrej, profesjonalnej porady dla pacjenta. To istotne dla funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej. Są kraje, nie tylko w Europie, w których opieka farmaceutyczna jest bardzo szeroka, a porady udzielane przez aptekarzy pozwalają odciążać system wizyt u lekarza rodzinnego czy też lekarza specjalisty. Rozwój opieki farmaceutycznej to dobry kierunek. Potrzebne są też odpowiednie regulacje, precyzujące, jakie konkretne czynności i w jakich warunkach powinny być świadczone przez farmaceutę w ramach opieki farmaceutycznej. Chodzi o to, by pacjent mógł swobodnie, najlepiej w specjalnym pomieszczeniu, porozmawiać z aptekarzem o swoich dolegliwościach, a farmaceuta mógł udzielić fachowej pomocy, zaproponować produkt leczniczy, zasugerować wizytę u lekarza lub dokonać przeglądu leków stosowanych przez chorego. Nie bez znaczenia jest tu dalsza informatyzacja całego rynku farmaceutycznego, dostęp do różnych baz danych, na przykład lekarza rodzinnego czy lekarza specjalisty, co pozwoli zmniejszyć liczbę leków, jakie ma przyjąć pacjent. Chcemy, żeby rola farmaceuty była rolą doradczą, żeby nie był zainteresowany tylko sprzedażą leków, lecz swoją wiedzą i kwalifikacjami wspierał system leczenia pacjenta. Mam nadzieję,

W WIELU PRZYPADKACH FARMACEUTA MOŻE UDZIELIĆ BARDZO DOBREJ, PROFESJONALNEJ PORADY DLA PACJENTA. TO ISTOTNE DLA FUNKCJONOWANIA CAŁEGO SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

że kwestie związane z opieką farmaceutyczną uda się uporządkować w obecnej kadencji parlamentu.

W wielu krajach, na przykład w Wielkiej Brytanii czy Stanach Zjednoczonych, farmaceuta z apteki szpitalnej jest stałym członkiem zespołów terapeutycznych, podejmujących decyzje dotyczące leczenia, a przede wszystkim ustala indywidualną dawkę leku dla pacjenta. Tymczasem w Polsce farmaceuta, często z dala od oddziału szpitalnego, z reguły pełni rolę dystrybutora leków i zaopatrzeniowca, który zamawia leki dla szpitala. Czy jest szansa, że także w naszym kraju farmaceuta z apteki szpitalnej będzie wykorzystany zgodnie ze swoim wykształceniem i kompetencjami?

Farmacja, wiedza na temat działania leków, interakcji lekowych rozwija się w szybkim tempie, podobnie jak medycyna. Ciągłe pojawiają się też nowe produkty lecznicze. Największą płaszczyzną, na której lekarze powinni współpracować z farmaceutami, jest wspólna analiza farmakoterapii. Powodzenie terapii niejednokrotnie zależy przecież nie tylko od doboru odpowiedniego leku, ale także od sposobu podania, od dawki. Ta informacja jest bardzo istotna, żeby uzyskać dobry efekt końcowy. Stopniowo wzrasta świadomość, że jedynie zespołowe działania lekarzy, farmaceutów i pielęgniarek przynoszą rezultaty, czyli wyleczenia chorych czy poprawienie ich warunków zdrowotnych.

Wiele miesięcy trwały prace zespołu powołanego przez ministra zdrowia nad przygotowaniem projektu ustawy o zawodzie farmaceuty. W zeszłym roku projekt trafił do Sejmu, został jednak zmieniony w niektórych kwestiach, zasadniczych dla zawodu, w porównaniu z wersją przyjętą przez zespół ministerialny. Pojawiają się opinie, że stało się tak między innymi na skutek działań organizacji



reprezentujących przedsiębiorców. Istnieje uzasadniona obawa, że regulacje zawarte w skierowanym do Sejmu projekcie ustawy nie będą chroniły niezależności farmaceuty wykonującego zawód zaufania publicznego. A przecież cele biznesowe, narzucane aptekarzowi przez menedżera sieci czy właściciela apteki niebędącego farmaceutą, często są sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej. Dlatego farmaceuta, a przede wszystkim kierownik apteki musi mieć zagwarantowaną niezależność. Na pierwszym miejscu zawsze powinno być dobro pacjenta.

Stanowczo muszę zaprzeczyć. Projekt nie został zmieniony w zasadniczych kwestiach, to nie jest prawda. Ale należy podkreślić, że niezależność farmaceuty w wykonywaniu zawodu jest ważna, niemniej jednak trzeba znaleźć złoty środek, tak aby współpraca między na przykład właścicielem apteki a farmaceutą była bezkonfliktowa. Należy pogodzić dwie kwestie – apteka musi zarówno funkcjonować

**NALEŻY POGODZIĆ DWIE KWESTIE –
APTEKA MUSI ZARÓWNO FUNKCJONOWAĆ
NA ZDROWYCH ZASADACH EKONOMICZNYCH,
JAK I BYĆ ZORIENTOWANA NA POTRZEBY
PACJENTA JAKO NAJBARDZIEJ DOSTĘPNA
PLACÓWKA OCHRONY ZDROWIA. CZASEM
ŁATWIEJ I SZYBCIEJ DOJŚĆ DO APTEKI
NIŻ DO GABINETU LEKARZA RODZINNEGO
I UZYSKAĆ FACHOWĄ POMOC FARMACEUTY**

na zdrowych zasadach ekonomicznych, jak i być zorientowana na potrzeby pacjenta jako najbardziej dostępna placówka ochrony zdrowia. Czasem łatwiej i szybciej dojść do apteki niż do gabinetu lekarza rodzinnego i uzyskać fachową pomoc farmaceuty. Niemniej jednak aspekt finansowy jest bardzo ważny w działalności każdej placówki ochrony zdrowia publicznego. Ten aspekt ekonomiczny z etycznego punktu widzenia jest dla mnie, jako dla lekarza, nie

do przyjęcia, ale niestety, takie są realia. Nie wszystkie leki możemy refundować, ponieważ naszego państwa na to nie stać. Wielu technologii medycznych istniejących w świecie nie możemy jeszcze wprowadzać do Polski, ponieważ są za drogie.

W uzasadnieniu projektu tzw. ustawy „apteka dla aptekarza”, uchwalonej w 2017 roku, wskazano: „dualizm celów prowadzonej działalności, tj. zarobkowego celu (...) oraz społecznego (...) w postaci ochrony zdrowia publicznego, stanowi źródło i przyczynę wszelkich nieprawidłowości w funkcjonowaniu aptek i punktów aptecznych”. Nowelizacja ustawy Prawo farmaceutyczne miała wprowadzić mechanizmy prawne gwarantujące harmonijne godzenie tych celów, zabezpieczające przed niebezpieczeństwem monopolizacji rynku usług farmaceutycznych i likwidacji małych przedsiębiorców prowadzących apteki. Interpretacje przepisów tej ustawy, pozwalające na nabywanie całych przedsiębiorstw prowadzonych przez farmaceutów spółkom prawa handlowego, nabywanie udziałów w spółkach prowadzonych przez farmaceutów przez duże podmioty, w sposób oczywisty wypaczają cele wspomnianej nowelizacji, prowadząc do dalszej koncentracji rynku detalicznego.

Rozmawiam z wieloma aptekarzami, którzy sygnalizują ten problem, wskazując, że ustawę „apteka dla aptekarza” trzeba poprawić, uzupełnić. Konieczna jest całościowa analiza skutków przyjętych regulacji, aby rzeczywiście gwarantowały właściwą hierarchię realizacji celów apteki i eliminowały zjawiska niekorzystne ze względu na interes publiczny i dobro pacjenta.

Aptekarze od wielu lat czekają na systemowe, racjonalne i spójne z całym systemem ochrony zdrowia rozwiązanie problemu pełnienia przez apteki dyżurów w porze nocnej, niedziele, święta i inne dni wolne od pracy. Obecnie obowiązujące przepisy są anachroniczne i dyskryminują farmaceutów, zmuszając ich do pracy w interesie publicznym bez prawa do wynagrodzenia.

Ten temat często pojawia się w rozmowach z przedstawicielami środowiska aptekarskiego. Wielokrotnie poruszany jest przez moich kolegów farmaceutów. Na pewno całodobowa dostępność pacjenta do leków w powiecie czy w jakimś innym okręgu terytorialnym powinna być zapewniona. Do sprzedanego leku w trakcie dyżuru dolicza się opłatę 3,20 zł. Choroba nie wybiera przecież pory dnia. Przedmiotem debaty powinna być kwestia, jak ten problem



REDAKTOR NACZELNY „FARMACJI WIELKOPOLSKIEJ” EUGENIUSZ JAROSIK I WICEMINISTER ZDROWIA WALDEMAR KRASKA

PIENIĄDZE NA OCHRONĘ ZDROWIA SĄ WAŻNE, ALE DUŻE ZNACZENIE MA TAKŻE, W JAKI SPOSÓB TEN SYSTEM FUNKCJONUJE, JAK TE ŚRODKI SĄ SPOŻYTKOWANE

rozwiązać systemowo, uwzględniając zarówno interes pacjenta, jak i realia funkcjonowania apteki. Wierzę, że w końcu znajdzie się jakieś dobre rozwiązanie, które spotka się z akceptacją środowiska aptekarskiego.

Jak ocenia Pan współpracę Ministerstwa Zdrowia ze środowiskiem aptekarskim?

Uważam, że w Ministerstwie Zdrowia jest dobra atmosfera dla farmaceutów. Ja osobiście mam dobre relacje z całym środowiskiem. Farmaceuci to ludzie, którzy rzeczywiście chcą współpracować dla dobra pacjenta, którym zależy, by był on podmiotem, a nie przedmiotem wszelkich działań w ochronie

zdrowia. Wierzę, że w wielu sprawach istotnych dla środowiska aptekarskiego uda się wypracować konsensus. Potrzebny jest, rzecz jasna, stały dialog, merytoryczna dyskusja. Nie wszystkie postulaty zgłaszane przez środowisko uda się zrealizować, ale jestem pewien, że najbliższe lata będą dobre dla polskiej farmacji.

Serdecznie dziękuję Panu Ministrowi za rozmowę.

Rozmawiał EUGENIUSZ JAROSIK
„Farmacja Wielkopolska”

Współpraca ANNA JAROSIK
Zdjęcia EUGENIUSZ JAROSIK



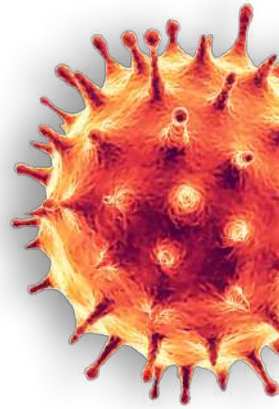
APTEKA W CZASACH ZARAŻY

O życiu codziennym w aptece szpitalnej i aptekach ogólnodostępnych w stanie epidemii piszą farmaceuci: mgr farm. Danuta Kurasz, dr n. farm. Michał Cichocki i dr n. farm. Hanna Piechocka-Koczwara



mgr farm. **DANUTA KURASZ**
Wiceprezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej,
kierownik apteki szpitalnej w Szpitalu Miejskim
im. Józefa Strusia w Poznaniu.

Rola apteki w szpitalu jednoimiennym



Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym powstał z połączenia dwóch szpitali decyzją prezydenta miasta Poznania z 1 stycznia 2009 r. Do połowy marca 2020 r. szpital posiadał 17 oddziałów, 18 poradni specjalistycznych i gabinety lekarzy rodzinnych; rocznie hospitalizowano w nim około 80 tysięcy pacjentów.

W związku z ogłoszeniem w Polsce stanu zagrożenia epidemicznego (20 marca został zastąpiony przez stan epidemii) wojewoda wielkopolski podjął decyzję z dnia 16 marca o przemianowaniu szpitala w placówkę jednoimienną z bazą łóżkową 406 łóżek (szpital miał już oddział zakaźny, który przyjął pierwszą zakażoną pacjentkę 8 marca ze szpitala w Puszczykowie). W ciągu sześciu dni musiano uporać się z rozlokowaniem pacjentów po różnych szpitalach w Poznaniu i okolicach. Pacjentów oddziału oparzeń transportowano do Gryfic. Najgorsza sytuacja była na oddziale kardiologii, gdzie ze względu na stan pacjentów przeniesienie nastąpiło kilka dni później. W związku z tym wszystkie przyjęcia pacjentów ambulatoryjnych do poradni specjalistycznych (diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej, stomatologicznej) oraz na oddziały zostały odwołane.

Niezwłocznie wszczęto prace związane ze stawianiem śluz, które dzieliły oddziały na strefy brudną i czystą, tworzone ciągi komunikacyjne, przygotowano bloki operacyjne na wypadek

konieczności przeprowadzenia zabiegów operacyjnych u pacjentów zakażonych lub podejrzanych o zakażenie. Dyrekcja wydała zarządzenie o bezwzględnym zakazie poruszania się pracowników po terenie szpitala bez wyraźnej potrzeby (a w razie konieczności w maseczce, rękawiczkach i odzieży ochronnej). W wielu miejscach zamontowano pojemniki do odkażania rąk. Kontakty z dyrekcją były możliwe za pomocą telekonferencji, telefonu, intranetu. Wąskim gardłem okazało się oczekiwanie na wyniki badań testów z Warszawy, a także niedostateczna ilość środków ochrony osobistej (kombinezony, maski, przyłbice, rękawiczki, gogle, środki do odkażania skóry i powierzchni). Z pomocą przyszło społeczeństwo Poznania i Wielkopolski, które spontanicznie przekazywało darowizny w postaci wody pitnej, żywności, środków ochrony osobistej i płynów do odkażania. Różne instytucje przekazywały darowizny w postaci środków finansowych, które wpłacały na konto szpitala.

Apteka szpitalna, komórka organizacyjna szpitala, która realizuje swoje ustawowe zadania zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne, poddana została takim samym rygorom jak szpital. Personel apteki został podzielony na dwa zespoły, które wymieniają się co tydzień. W okresie przejściowym dało się odczuć bałagan organizacyjny związany z brakiem wiadomości, jak leczyć nową chorobę. Dochodziły do nas informacje od różnych ośrodków naukowych, akademickich z propozycjami i zaleceniami farmakoterapii w przebiegu infekcji SARS-CoV-2.



Zalecano leki przeciwwirusowe i modyfikujące przebieg choroby, ale przede wszystkim preferowano leczenie objawowe, płynoterapię, leczenie przeciwgorączkowe (w żadnym przypadku nie zalecano modyfikacji przyjmowania leków przyjmowanych przewlekle, takich jak leki wziewne, przeciwnadciśnieniowe, glikokortykosteroidy).

Pierwszym sugerowanym lekiem była chlorochina w tabl. 250 mg. W połowie marca Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych dopisał do CHPL chlorochiny wskazanie do leczenia wspomagającego w zakażeniach koronawirusem (zapalenie górnych dróg oddechowych, zapalenie płuc w przebiegu COVID-19). Innym sugerowanym lekiem była hydroksychlorochina, niezarejestrowana w Polsce. Z mniejszym ryzykiem działań niepożądanych, bez zarejestrowanych wskazań, można ją stosować po uzyskaniu zgody komisji bioetycznej u pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19. Zdobyć obu leków było trudne. Pierwszy już wcześniej zniknął z rynku farmaceutycznego. Apteka po pewnym czasie otrzymała go w znacznej ilości z Agencji Rezerw Terenowych, a następnie sukcesywnie od producenta, w obu przypadkach nieodpłatnie. Wydajemy od 50 do 70 opakowań

miesięcznie. W leczeniu zakażeń SARS-CovV-2 wydajemy też duże ilości antybiotyków (azytromycyna 500 mg tabl., piperacylina + tazobactam 4,5 mg inj, meropenem 1 g inj., imipenem inj., linezolid 300 mg inj., w zależności od wyników posiewów; wszystkie są w szpitalnej liście leków).

Poszczególne szpitale zakaźne wymieniały się doświadczeniami w leczeniu zakażeń koronawirusem. Ośrodek wrocławski wskazał lek lopinawir + ritonawir w tabletkach, dotąd stosowany w leczeniu pacjentów z nabytym zespołem braku odporności. Udało się również sprowadzić ten lek do apteki. W dalszym ciągu poszukiwano ratunku dla pacjentów z ciężkim przebiegiem zapalenia płuc w wyniku zakażenia. Reumatolodzy zaproponowali przeciwciała monoklonalne, na przykład tocilizumab inj. Takie leczenie zastosowano u pacjentów, których stan zdrowia się znacznie pogorszył; niezwłocznie należało przygotować lek w aptece i wydać na oddział nawet w dni świąteczne. Obiecujące wyniki badań *in vitro* posiada lek remdesivir inj. w połączeniu z chlorochiną, który jest dostępny w trybie importu docelowego; obecnie czekamy na dostawę tego leku. Oddział zakaźny będzie wkrótce testował ten lek.

Nie wszystkie leki, które ordynują lekarze, znajdują się na szpitalnej liście leków. Jeśli leku



Lukasz Góral/Polska Press

16 MARCA 2020 ROKU WOJEWODA WIELKOPOLSKI PODJĄŁ DECYZJĘ O PRZEMIANOWANIU SZPITALA MIEJSKIEGO PRZY ULICY SZWAJCARSKIEJ W POZNANIU W PLACÓWKĘ JEDNOIMIENNA

oczekiwanego przez lekarzy nie ma na tej liście, wtedy korzystamy z procedury zakupu w trybie doraźnym. Dotyczy to często leków psychotropowych, leków w postaci zawiesin i syropów w przypadku, gdy chory nie połknie tabletki.

Znacznie większe zapotrzebowanie oddziałów obserwujemy na środki do pielęgnacji chorych. Przygotowujemy więcej maści regeneracyjnych z witaminami, wydajemy dużo opatrunków specjalistycznych. Intensywnie działa zespół ds. żywienia, który codziennie zleca dla chorych żywienie pozajelitowe i dojelitowe, przygotowywane przez aptekę w boksie aseptycznym. Ciągłe wydajemy dużo masek tlenowych różnego typu, rękawiczek chirurgicznych, zamkniętych systemów do odsysania, worków do zbiórki wydaliny. Wiele firm farmaceutycznych i innych przekazało darowizny leków i środków do dezynfekcji. W minionym okresie otrzymaliśmy duże ilości spirytusu czystego i skażonego, który sukcesywnie przerabiamy na płyny do dezynfekcji rąk i powierzchni, a następnie wydajemy na oddziały.

Szpital prowadzi leczenie niektórych chorób w ramach programów lekowych; dotyczy to niektórych chorób reumatologicznych, spastyki i dystonii, stwardnienia rozsianego, AMD, WZW typu B i C, immunoglobulin stosowanych w niektórych chorobach neurologicznych, AIDS. Sytuacja epidemiologiczna szpitala spowodowała konieczność zmniejszenia do minimum liczby pacjentów przychodzących do szpitala w celu konsultacji i po odbiorze leków w ramach programów lekowych. Wprowadzono teleporady medyczne, a apteka została zobligowana do wysyłki leków za pomocą kurierów do pacjenta. Jest to dla nas duże wyzwanie logistyczne i generuje dodatkowe dokumenty.

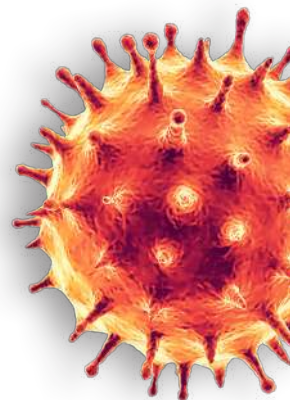
Obecnie wśród pacjentów ze zdiagnozowanym zakażeniem COVID-19 notujemy dużą liczbę pensjonariuszy domów pomocy społecznej, którzy dodatkowo potrzebują specjalnej opieki. Przebieg choroby u niektórych pacjentów jest na tyle dobry, że nie wymaga hospitalizacji w szpitalu - wymaga izolacji. Do tego celu został wyznaczony hotel „Ikar”, gdzie utworzono tzw. izolatorium, które zabezpiecza w leki apteka szpitalna. Przebywa tam na tzw. kwarantannie od 30 do 50 pacjentów. Szpital jest obiektem zamkniętym, chronionym przez policję. Wejście dla personelu szpitala jest możliwe wyłącznie po

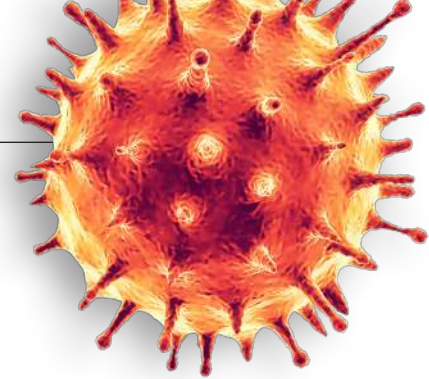


APTEKA SZPITALNA W SZPITALU PRZY ULICY SZWAJCARSKIEJ W POZNANIU

okazaniu identyfikatora, a każdy pracownik przy wejściu do budynku ma mierzoną temperaturę. Wjazdy pojazdów ograniczono do koniecznych; dostawcy leków i żywności muszą być wyposażeni w środki ochrony osobistej.

Wszyscy zadajemy sobie pytanie, jak to długo potrwa. Szpital intensywnie przygotowywał się do akredytacji. Termin ostatecznej wizyty akredytacyjnej był wyznaczony na 1 i 2 kwietnia, ale został odroczony do odwołania. Przywracanie szpitala do stanu sprzed 16 marca 2020 r. będzie długie, trudne i zapewne kosztowne. Personelowi placówki, także farmaceutom, zostanie doświadczenie pracy w stanie pandemii w szpitalu, którego wszystkie działy, w tym apteka, musiały w trybie natychmiastowym przeorganizować swoją pracę. 🌿





dr n. farm. **MICHAŁ CICHOCKI**
Współwłaściciel apteki ogólnodostępnej w Śremie.

Sposób na koronawirusa

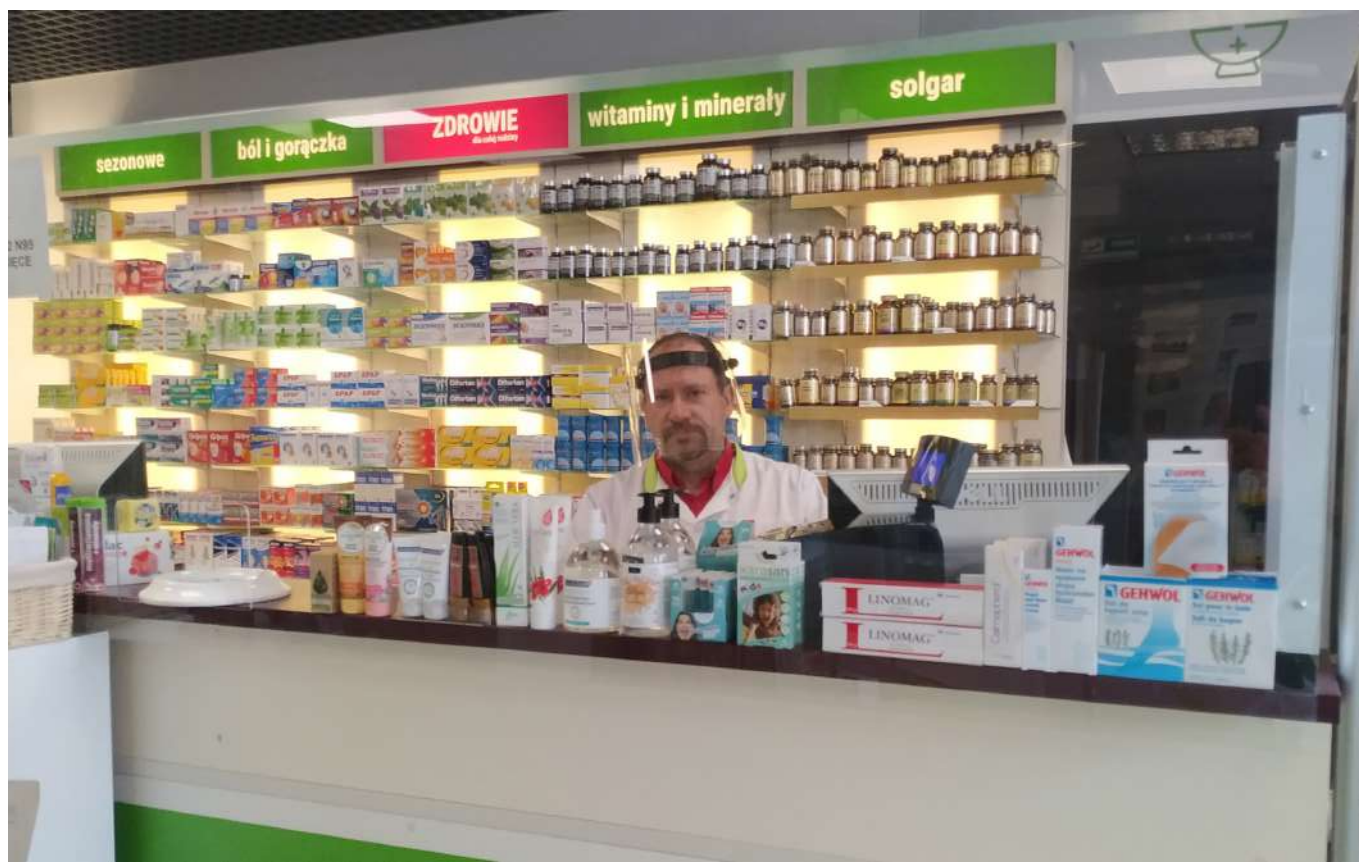
Wybuch pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 zmienił radykalnie nasze życie osobiste, w tym funkcjonowanie kierowanych przez nas placówek. Posiadamy wraz z żoną aptekę, która jest umiejscowiona w lokalnej galerii handlowej, punkt apteczny na wsi oraz sklep zielarsko – medyczny. Na początku zaznaczę, że wszystkie te punkty powstawały w czasach, gdzie dominowała maksyma „frontem do pacjenta”, a stosowanie szyb oddzielających farmaceutę było zdecydowanie passe.

MOJE DOŚWIADCZENIA Z CZASÓW, KIEDY PRACOWAŁEM JAKO ASYSTENT NA UCZELNI I ZAJMOWAŁEM SIĘ HODOWLĄ KOMÓREK W WARUNKACH ASEPTYCZNYCH, PRZYDAŁY SIĘ, ABY WDROŻYĆ DO APTEKI ZASADY ASEPTYKI, UŻYWANIA RĘKAWICZEK, ODKAŻANIA POWIERZCHNI ROBOCZYCH I ZACHOWANIA CZYSTOŚCI MIKROBIOLOGICZNEJ

Kiedy pod koniec lutego zaczęło się coraz głośniejsze mówić o możliwości epidemii koronawirusa w Europie, w tym w Polsce, zauważyliśmy stopniowy wzrost zainteresowania preparatami zwiększającymi odporność, które ostatecznie na początku marca przerosło nasze możliwości zaspokajania potrzeb pacjentów. Dało się przy tym zaobserwować fale zainteresowania różnymi rodzajami

preparatów – począwszy od leków na gorączkę, poprzez preparaty stosowane w chorobach wirusowych (inozyna), na witaminie D3 i C skończywszy. Dość ciekawie rozkładał się też popyt na preparaty pochodzenia naturalnego, z działości tzw. medycyny alternatywnej. Na przemian była moda na dzieżwanę, jeżówkę, korzeń lukrecji oraz L-argininę, przy czym w przypadku tej ostatniej substancji niebagatelną rolę odegrał pewien znany profesor z amerykańskiej uczelni w stanie Ohio, wywodzący się z naszego miasteczka, który swoim znajomym rekomendował użycie właśnie takiego sposobu na uodpornienie się przed nowym patogenem. Oczywiście o problemach z zaopatrzeniem się w środki ochrony osobistej oraz preparaty antyseptyczne nie warto wspominać, bo na pewno każdy w swojej aptece zetknął się z maseczkami w „okazyjnej” cenie po 9,90 zł za sztukę czy termometrach, które można jak najbardziej zamówić, pod warunkiem, że kupi się jednocześnie inne niepotrzebne produkty zalegające w aptece.

Największy nawał pacjentów przeżywalismy w osłabieniu personalnym, ponieważ jedna z pracownic została zmuszona pozostać w domu przez dwa tygodnie, ze względu na zamknięte w tym czasie przedszkola, podczas gdy druga wykorzystywała wcześniej zaplanowany urlop. Jak już pojawił się „pacjent zero” i został oficjalnie ogłoszony stan epidemii, postanowiliśmy stopniowo wprowadzać różne zabezpieczenia apteki i pracowników, aby ustrzec się przed zarażeniem koronawirusem. Na początku wprowadziliśmy ograniczenie przebywania ludzi w aptece, wpuszczając do środka po jednej osobie. Zastosowaliśmy też oznaczenia na podłodze, wyznaczające dystans od okienka



Archiwum autora

MICHAŁ CICHOCKI: „JAKIMŚ CUDEM UDAŁO NAM SIĘ ZDOBYĆ JEDEN Z TOWARÓW DEFICYTOWYCH – SZYBY Z PLEKSI ORAZ PRZYŁBICE”

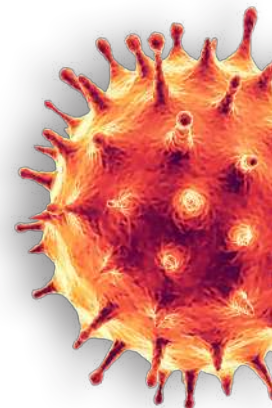
sprzedażowego, co jednak dla większości pacjentów, którzy odruchowo pragnęli raczej zacieśnić nasze wzajemne relacje, okazało się niewystarczające. Skończyło się na zastosowaniu słupków z taśmą ograniczającą, choć i do dziś zdarzają się do wielce pomysłowi pacjenci, którzy obchodzą zabezpieczenia i przedostają się dzielnie pomiędzy taśmę a okienko sprzedażowe. Od początku byliśmy bardzo sceptyczni wobec sprzedaży przez okienko dyżurowe, rozwiązanie to pozostawiając jako ostateczność, zarówno ze względu na niechęć naszego personelu do takiego sposobu obsługi, jak i własne doświadczenia z czasów dyżurów nocnych, kiedy często wracaliśmy z nich z obolałym gardłem.

Jakimś cudem udało nam się zdobyć jeden z towarów deficytowych – szyby z pleksi oraz przyłbice.

Moje doświadczenia z czasów, kiedy pracowałem jako asystent na uczelni i zajmowałem się hodowlą komórek w warunkach aseptycznych, przydały się, aby wdrożyć do apteki zasady aseptyki, używania rękawiczek, odkażania powierzchni roboczych i zachowania czystości mikrobiologicznej,

na tyle, na ile to oczywiście możliwe w aptece, do której jednak wciąż przychodzą pacjenci. Gdy dotarł do nas wreszcie wyczekiwany długo słynny „płyn z Orlenu”, wykonany w recepturze roztwór „skażalca” mogliśmy zastąpić profesjonalnym antyseptykiem.

Aby nie doprowadzić do zamknięcia apteki z powodu kwarantanny całej naszej ekipy, podzieliliśmy się na dwa oddzielne zespoły, nie stykające się ze sobą, pracujące w systemie po 12 godzin co drugi dzień. Wszelkie wzajemne uwagi i zalecenia przekazujemy sobie na karteczkach, tylko jeszcze nie mamy pomysłu, co zrobimy, jak ktoś wreszcie zapragnie pojechać na wytęskniony urlop. Za poradą znajomych zainwestowaliśmy w ozonator, który w nocy „odkaża” nasze kitle, buty, przyłbice i inne elementy garderoby w specjalnie wyznaczonym pomieszczeniu. Skuteczność tego rozwiązania pozostaje wprawdzie pod znakiem zapytania, jednak świadomość, że zrobiło się jak najwięcej, aby zmniejszyć ryzyko zarażenia, jest do pewnego stopnia budująca; zarówno nas, jak i morale personelu – bo to też istotny element przetrwania ciężkiego okresu pandemii. 🌿



CHRONOLOGIA ZMIAN W PRZEPISACH PRAWA, MAJĄCYCH WPŁYW NA FUNKCJONOWANIE APTEK I PRACĘ FARMACEUTÓW, WPROWADZONYCH W ZWIĄZKU Z COVID-19

13 lutego – obwieszczenie ministra zdrowia: lista leków zagrożonych brakiem dostępności

Minister zdrowia opublikował zaktualizowany wykaz produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 499, z późn. zm.).

26 lutego – zalecenia Ministerstwa Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Głównym Inspektorem Sanitarnym przygotowało zalecenia dotyczące podstawowych środków ochronnych przeciwko nowemu koronawirusowi, wywołującemu chorobę COVID-19. Komunikat zawiera istotne informacje dla osób powracających z regionów północnych Włoch, Korei Południowej, Iranu, Japonii, Tajlandii, Wietnamu, Singapuru i Tajwanu oraz zalecenia dotyczące higieny osobistej i stosowania maseczek ochronnych w prewencji zakażenia koronawirusem.

2 marca – ustawa o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych

- Dodano art. 37azg, uprawniający ministra zdrowia do wydania rozporządzenia nakładającego dodatkowe obowiązki informacyjne na producentów i importerów wyrobów medycznych, między innymi podłączenia Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi i raportowania stanów magazynowych.
- Dodano art. 85a, zgodnie z którym hurtownie farmaceutyczne są obowiązane do zbywania produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wyłącznie do innych hurtowni farmaceutycznych, aptek, punktów aptecznych oraz zakładów leczniczych podmiotów leczniczych, działających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; podobnie producenci lub importerzy wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego są obowiązani do zbywania takich

wyrobów wyłącznie do hurtowni farmaceutycznych. Dotyczy to środków określonych w wykazie ogłoszonym obwieszczeniem ministra zdrowia.

- Dodano art. 127ba, przewidujący sankcję karną za naruszenie powyższego zakazu zbywania.

5 marca – obwieszczenie ministra zdrowia: zaktualizowana lista leków zagrożonych brakiem dostępności

10 marca – obwieszczenie ministra zdrowia: zaktualizowana lista leków zagrożonych brakiem dostępności

10 marca – apel Naczelnej Rady Aptekarskiej o podjęcie dodatkowych działań w celu zwiększenia bezpieczeństwa personelu aptek w związku ze zwiększającą się liczbą przypadków zakażenia wirusem SARS-CoV-2

Na podstawie art. 39 ust. 1 zdanie wprowadzające do wyliczenia w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1, 2, 5, 6 i 9 oraz ust. 2 pkt 7 i 11 ustawy z 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (tj. Dz. U. z 2019 r., poz. 1419) Naczelna Rada Aptekarska wyraziła stanowisko, w którym zwróciła się z apelem do podmiotów prowadzących apteki o podjęcie dodatkowych działań w celu zwiększenia bezpieczeństwa personelu aptek.

11 marca – komunikat Głównego Inspektora Farmaceutycznego w sprawie sprzedaży w aptekach środków dezynfekujących na podstawie art. 86 ust. 8 ustawy Prawo farmaceutyczne

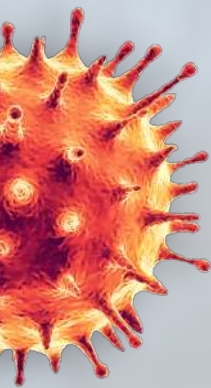
Wobec zagrożenia epidemiologicznego oraz ze względu na możliwe braki opakowań o małej pojemności Główny Inspektor Farmaceutyczny informuje, że apteki posiadające izby recepturowe mogą wydawać środki dezynfekujące do higieny osobistej oraz służące do dezynfekcji sprzętów codziennego użytku, w opakowaniach własnych bądź dostarczonych przez pacjentów.

11 marca – wytyczne dla aptek wydane przez Naczelną Izbę Aptekarską

W związku z dynamicznym wzrostem liczby zachorowań na COVID-19 Naczelna Izba Aptekarska rekomendowała wdrożenie działań zapobiegawczych celem zabezpieczenia personelu aptek.

11 marca – materiały Naczelnej Izby Aptekarskiej dla farmaceutów

W związku z nadzwyczajną sytuacją potencjalnego rozwoju epidemii NIA przesłała farmaceutom materiały zawierające





www.stock.adobe.com

informacje na temat wirusa, choroby COVID-19 oraz zaleceń odnośnie postępowania oraz udzielania informacji pacjentom odwiedzającym apteki. Wszystkie informacje zostały zatwierdzone przez Ministerstwo Zdrowia oraz Główny Inspektorat Farmaceutyczny.

12 marca – rekomendacje Naczelnej Izby Aptekarskiej

Naczelna Izba Aptekarska na swojej stronie internetowej zamieściła rekomendacje dla aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych w sprawie wydawania pacjentom wszystkich produktów w wyznaczonych strefach lub za pośrednictwem okienek do sprzedaży nocnej.

13 marca – rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego

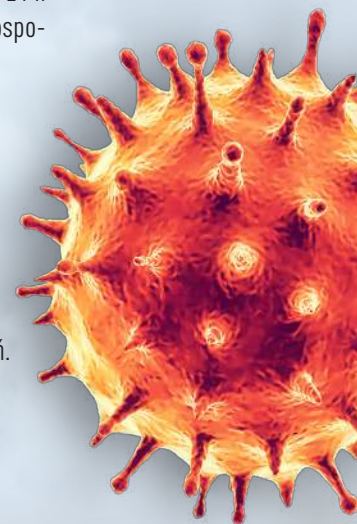
1. W okresie od 14 marca 2020 r. do odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej ogłoszono stan zagrożenia epidemicznego (20 marca zastąpiony przez stan epidemii).

2. Wprowadzono obowiązek powiadomienia wojewody, na 24 h wcześniej, o zamiarze zbycia poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

- 1) gogli ochronnych,
- 2) kombinezonów typu TYVEK,
- 3) masek typu FFP2/FFP3,
- 4) maseczek chirurgicznych,
- 5) ochraniaczy na buty (obuwie),
- 6) rękawiczek lateksowych,
- 7) rękawiczek nitrylowych,
- 8) środków do dezynfekcji rąk, powierzchni i pomieszczeń.

16 marca – obwieszczenie ministra zdrowia: zaktualizowana lista leków zagrożonych brakiem dostępności

17 marca – obwieszczenie ministra zdrowia: zaktualizowana lista leków zagrożonych brakiem dostępności



20 marca – rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii

1. Ogłoszono stan epidemii od 20 marca 2020 r. do odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Wprowadzono obowiązek powiadomienia wojewody o zamiarze zbycia poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, identyczny z tym wprowadzonym w zastępowanym rozporządzeniu z 13 marca 2020 r.:

- 1) gogli ochronnych,
- 2) kombinezonów typu TYVEK,
- 3) masek typu FFP2/FFP3,
- 4) maseczek chirurgicznych,
- 5) ochraniaczy na buty (obuwie),
- 6) rękawiczek lateksowych,
- 7) rękawiczek nitrylowych,
- 8) środków do dezynfekcji rąk, powierzchni i pomieszczeń.

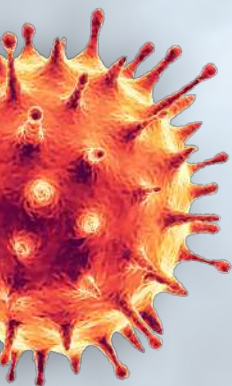
31 marca – ustawa o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19

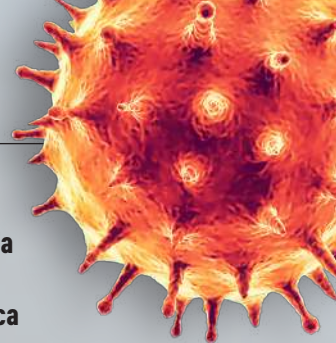
- Dodano art. 37av ust. 9a i art. art. 37aw, zgodnie z którymi Główny Inspektor Farmaceutyczny może poinformować przedsiębiorcę zgłaszającego zamiar wywozu produktów leczniczych o niewniesieniu sprzeciwu wobec wywozu.
- Zmianie uległ art. 37azg ust. 1, według którego minister zdrowia może wydać rozporządzenie, w którym nakłada na wytwórców, autoryzowanych przedstawicieli, dystrybutorów i importerów produktów leczniczych importerów środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego obowiązek zaspokajanie zapotrzebowania podmiotów uprawnionych do obrotu detalicznego produktami leczniczymi, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobami medycznymi sprzedawanymi bez recepty oraz produktami biobójczymi.
- Zmianie uległ art. 37azg ust. 2, według którego minister zdrowia może wydać rozporządzenie, w którym ograniczy ilość produktu leczniczego na jednego pacjenta w danej jednostce czasu.
- Zmianie uległ art. 37azg ust. 3, według którego w przypadku nałożenia obowiązku na wytwórców, autoryzowanych przedstawicieli, dystrybutorów i importerów wyrobów medycznych, producentów i importerów obowiązku muszą oni podłączyć się do Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi.
- Dodano art. 37azg ust. 3a, według którego, jeśli ww. podmioty mają się podłączyć do Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi, a nie mają możliwości technicznych, to mogą to zrobić, za zgodą GIF, w terminie późniejszym.

- Dodano art. 37azg ust. 5, który ustalił elementy obwieszczenia GIF w ww. sprawie.
- Dodano art. 37azg ust. 6, zgodnie z którym – dla wydawania produktów leczniczych, wyrobów medycznych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i produktów biobójczych objętych takim obwieszczeniem dokument realizacji recepty jest wystawiany również dla produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych sprzedawanych bez recepty oraz dla produktów biobójczych.
- Zmianie uległ art. 85a, zgodnie z którym wytwórcy, autoryzowani przedstawiciele, dystrybutorzy i importerzy wyrobów medycznych oraz producenci i importerzy środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego są obowiązani do zbywania produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, wymienionych w wykazie ministra zdrowia, wyłącznie do hurtowni farmaceutycznych działających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Dodano art. 85a ust. 4 i 5, zgodnie z którym nie dotyczy to tworzenia albo odtwarzania rezerw strategicznych, zaś minister zdrowia może wyrazić zgodę na zbycie produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, określonych w wykazie, do innego podmiotu.
- Zmianie uległ art. 92, zgodnie z którym w godzinach pracy apteki w jej lokalu musi znajdować się zatrudniony w niej farmaceuta, a niekoniecznie już kierownik apteki.
- Zmianie uległ art. 96 ust. 4, zgodnie z którym farmaceuta posiadający prawo wykonywania zawodu może wystawić receptę pro familiae, także papierową i na produkty lecznicze o kategorii dostępności Rp, ale nie na środki odurzające i substancje psychotropowe.
- Dodano art. 96 ust. 4b, ustalający obowiązek i elementy wykazu recept pro familiae farmaceuty.
- Dodano i zmieniono art. 107f ust. 11a, art. 107g ust. 2a, 107h ust. 2, 107p ust. 7, 107w ust. 2a-2c, przesuwające termin szkolenia specjalizacyjnego.
- Dodano art. 126c, zawierający sankcję karną za wywóz leków poza granicę bez zgłoszenia lub wbrew sprzeciwowi, tudzież sprzedaż leku podmiotowi nieuprawnionemu.

31 marca/1 kwietnia – rozporządzenie Rady Ministrów z 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii

Rozporządzenie Rady Ministrów z 1 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń,





nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii z 31 marca 2020 r.

1. Wprowadzono ograniczenia co do liczby osób obsługiwanych w aptece/punkcie aptecznym.

- W aptecce w tym samym czasie mogą przebywać nie więcej niż trzy osoby na jedno stanowisko kasowe, z tym że w godzinach 10.00 – 12.00 mogą to być wyłącznie osoby powyżej 65. roku życia.

- Ograniczenie w zakresie dotyczącym osób powyżej 65. roku życia nie stosuje się, jeżeli wydanie z apteki lub punktu aptecznego produktu leczniczego, wyrobu medycznego lub środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego innym osobom jest konieczne ze względu na nagłe zagrożenie życia lub zdrowia.

2. Wprowadzono obowiązek noszenia rękawiczek jednorazowych/ stosowania środków do dezynfekcji rąk/dezynfekcja:

- właściciele aptek są obowiązani zapewnić klientom rękawiczki jednorazowe lub środki do dezynfekcji rąk,

- wprowadzono obowiązek dokonywania po każdym kliencie dezynfekcji stanowiska obsługi lub stanowiska kasowego.

3. Wprowadzono obowiązek powiadomienia wojewody o zamiarze zbycia poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, identyczny z uchylonym z rozporządzenia ministra zdrowia z 20 marca 2020 r.

1) gogli ochronnych,

2) kombinezonów typu TYVEK,

3) masek typu FFP2/FFP3,

4) maseczek chirurgicznych,

5) ochraniaczy na buty (obuwie),

6) rękawiczek lateksowych,

7) rękawiczek nitrylowych,

8) środków do dezynfekcji rąk, powierzchni i pomieszczeń.

4. Zakazano przemieszczania się osób na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, z wyjątkiem między innymi wykonywania czynności zawodowych lub zadań służbowych bądź zaspokajania niezbędnych potrzeb związanych z bieżącymi sprawami życia codziennego, w tym uzyskania opieki zdrowotnej.

1 kwietnia – obwieszczenie ministra zdrowia: zaktualizowana lista leków zagrożonych brakiem dostępności

1 kwietnia – obwieszczenie ministra zdrowia: ograniczenia w ordynowaniu i wydawaniu produktów leczniczych

Minister zdrowia opublikował, na podstawie ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 499, z późn. m.), obwieszczenie o ograniczeniu w ordynowaniu i wydawaniu produktów leczniczych na jednego pacjenta.

7 kwietnia – rozporządzenie Rady Ministrów zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii z 31 marca 2020 r.

Obowiązek powiadomienia wojewody o zamiarze zbycia lub wywozu środków do dezynfekcji rąk, powierzchni i pomieszczeń zamieniono na tożsamy wobec produktów biobójczych, wyrobów medycznych oraz produktów leczniczych, które są przeznaczone do dezynfekcji.

10 kwietnia – rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii

Utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniami z 31 marca, 1 i 7 kwietnia 2020 r.



www.stock.adobe.com

15/16 kwietnia – rozporządzenie Rady Ministrów zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii z 10 kwietnia 2020 r.

Utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniem z 10 kwietnia 2020 r.



www.stock.adobe.com

16 kwietnia – obwieszczenie ministra zdrowia: zaktualizowana lista leków zagrożonych brakiem dostępności

17 kwietnia – rozporządzenie ministra zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie recept

- Wydłużono stosowanie druków recept zgodnych ze wzorem obowiązującym przed dniem wejścia w życie rozporządzenia z 24 do 36 miesięcy.
- Zmieniono sposób budowy numeru e-recepty.

19 kwietnia – rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii

- Ograniczono listę produktów – objętych nakazem zgłoszenia zamiaru wywozu do wojewody – do:
 - 1) kombinezonów typu TYVEK,
 - 2) masek typu FFP2/FFP3,
 - 3) ochraniaczy na buty (obuwie),
 - 4) rękawiczek lateksowych,
 - 5) rękawiczek nitrylowych.
- Zwiększono dopuszczalną liczbę klientów na jedno stanowisko kasowe do czterech, jeśli apteka ma 100 m² powierzchni, zaś w przypadku placówek mających więcej niż 100 m² dopuszczono jedną osobę na 15 m² powierzchni – począwszy od 20 kwietnia 2020 r.
- Wprowadzono obowiązek zakrywania, za pomocą odzieży lub jej części, maski, maseczki lub kasku ochronnego, ust i nosa, w obiektach handlowych, w tym w aptekach.

26 kwietnia – rozporządzenie Rady Ministrów zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii z 19 kwietnia 2020 r.

Dopuszczono zakrywanie ust i nosa przez pracowników aptek za pomocą przyłbicy, jeżeli stanowisko kasowe bądź miejsce prowadzenia sprzedaży lub świadczenia usług, lub inne stanowisko pracy, na którym wykonują czynności zawodowe czy służbowe, jest oddzielone od klientów dodatkową przesłoną ochronną.

2 maja – rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii

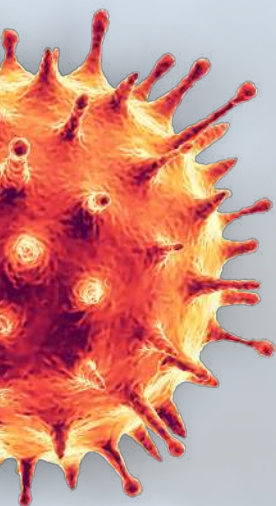
- Od 4 maja zwiększono dopuszczalną liczbę klientów na jedno stanowisko kasowe – dopuszczono jedną osobę na 15 m² powierzchni; zniesiono też zakaz obsługi klientów poniżej 65. roku życia w godzinach 10.00-12.00.
- Nakaz dezynfekcji stanowiska kasowego po każdym kliencie zmieniono na nakaz dezynfekcji raz na godzinę.
- Zniesiono nakaz zgłoszenia do wojewody zamiaru wywozu określonych w poprzednich rozporządzeniach produktów.
- Zniesiono zakaz przemieszczania się.

16 maja – rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii

Zezwolono na wystawianie zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

27 maja – ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

1. Wprowadzono zmiany w ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U. z 2019r. poz. 1373, z późn. zm.).
- Po art. 43a dodano art. 43b, który reguluje, iż świadczeniodawcom w okresie ciąży przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki określone w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustaw o refundacji, ustalonym w sposób określony w ust. 6.
- Podstawą nabycia uprawnienia jest ciąża stwierdzona przez lekarza posiadającego tytuł specjalisty z dziedziny położnictwa i ginekologii lub lekarza w trakcie odbywania specjalizacji w tej dziedzinie lub położoną podstawowej opieki zdrowotnej lub położoną wykonującą świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradni położniczo-ginekologicznej.



- Podstawą bezpłatnego wydania leków z apteki lub punktu aptecznego jest recepta wystawiona przez:
 - lekarza lub położną, o których mowa w ust. 2 lub
 - innego lekarza – na podstawie zaświadczenia wystawionego przez lekarza lub położną, o których mowa w ust. 2 (zaświadczenie jest ważne przez okres ciąży, jednak nie dłużej niż 15 dni po planowanej dacie porodu wskazanej w tym zaświadczeniu).

2. Wprowadzono zmiany w ustawie z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 357):

- w art. 37 po ust. 2a dodano ust. 2b w brzmieniu: „Leki przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43b ust. 1 ustawy o świadczeniach, minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza w obwieszczeniu, o którym mowa w ust. 1.”;
- po art. 44a dodano art. 44b w brzmieniu: „W przypadku recepty wystawionej dla świadczeniobiorcy w okresie ciąży przez osoby wskazane w art. 43b ust. 3 ustawy o świadczeniach, osoba wydająca leki, oprócz obowiązków wynikających z art. 44, ma obowiązek poinformować świadczeniobiorcę o możliwości nabycia leku innego niż lek przepisany na receptce, o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych, i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, objętego wykazem, o którym mowa w art. 37 ust. 1, w części dotyczącej bezpłatnego zaopatrzenia świadczeniobiorców w okresie ciąży oraz ma obowiązek na żądanie świadczeniobiorcy wydać ten lek” (nie dotyczy sytuacji, gdy osoba uprawniona umieściła odpowiedni wpis w receptce – w przypadku recepty w postaci elektronicznej, lub adnotację na druku recepty – w przypadku recepty w postaci papierowej, wskazując na niemożność dokonania zamiany przepisanego leku).
- w art. 45a,
 - w pkt 4 w lit. f średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. g w brzmieniu: „kod uprawnienia dodatkowego pacjenta określony symbolem «C», a w przypadku braku uprawnienia dodatkowego symbol «X».”;
 - w pkt 8 w lit. i:
 - tiret pierwsze otrzymuje brzmienie: „0 – dla leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego wydanego bezpłatnie, w przypadku gdy realizacja recepty nastąpiła na podstawie uprawnienia innego niż uprawnienie, o którym mowa w art. 43a ust. 1 i 1a albo art. 43b ust. 1 ustawy o świadczeniach”;
 - tiret trzecie otrzymuje brzmienie: „20 – dla leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego wydanego

bezpłatnie na podstawie uprawnienia, o którym mowa w art. 43a ust. 1 i 1a albo art. 43b ust. 1 ustawy o świadczeniach, świadczeniobiorcy uprawnionemu również na podstawie art. 43 ust. 1 albo art. 45 ust. 1 pkt 1-3 ustawy o świadczeniach.”;

– tiret piąte otrzymuje brzmienie:

„21 – dla leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego wydanego za odpłatnością ryczałtową, wydanego bezpłatnie na podstawie uprawnienia, o którym mowa w art. 43a ust. 1 i 1a albo art. 43b ust. 1 ustawy o świadczeniach.”;

– tiret siódme otrzymuje brzmienie:

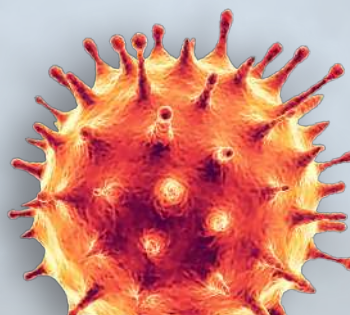
„22 – dla leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego wydanego za odpłatnością w wysokości 30% limitu finansowania, wydanego bezpłatnie na podstawie uprawnienia, o którym mowa w art. 43a ust. 1 i 1a albo art. 43b ust. 1 ustawy o świadczeniach.”;

– tiret dziewiąte otrzymuje brzmienie:

„23 – dla leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego wydanego za odpłatnością w wysokości 50% limitu finansowania, wydanego bezpłatnie na podstawie uprawnienia, o którym mowa w art. 43a ust. 1 i 1a albo art. 43b ust. 1 ustawy o świadczeniach.”;

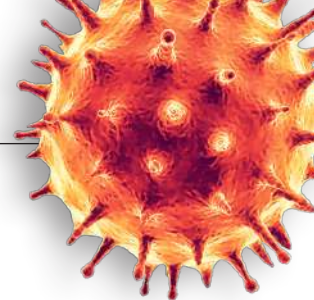
29 maja – rozporządzenie Rady Ministrów zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii

- Podtrzymano zezwolenie na wystawianie zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.
- Podtrzymano obowiązek zapewnienia rękawiczek jednorazowych lub środków do dezynfekcji rąk przez klientów.
- Podtrzymano obowiązek zapewnienia przez zakład pracy dla pracowników rękawiczek jednorazowych lub środków do dezynfekcji rąk.
- Podtrzymano nakaz dezynfekcji stanowisk kasowych raz na godzinę.
- Podtrzymano obowiązek zakrywania ust i nosa przez osoby zajmujące się bezpośrednią obsługą interesantów lub klientów w czasie jej wykonywania.





dr n. farm. **HANNA PIECHOCKA-KOCZWARA**
Kierownik apteki ogólnodostępnej w Świnoujściu.



Przetrwac pandemię

W aptekach w okresie zimowym zwiększa się zapotrzebowanie na leki i suplementy diety stosowane w przeziębieniach, stanach grypopodobnych i anginach. W tym roku od początku lutego, kiedy zanotowano pierwszy przypadek COVID-19 we Włoszech, można było zauważyć większe zainteresowanie środkami zwiększającymi odporność (głównie suplementami) oraz lekami przeciwwirusowymi. Ponieważ był to okres ferii zimowych i niektórzy mieszkańcy Polski pojechali do Włoch na narty, zaczęto stawiać pytania, czy nie zostali tam zakażeni koronawirusem.

**PRZYCHODNIE PRZYJMUJĄ PACJENTÓW
W RAMACH TELEPORAD, BRAKUJE JEDNAK
DOSTĘPU DO SPECJALISTÓW. NAJBARDZIEJ
DOSKWIERA BRAK DERMATOLOGÓW.
PACJENCI CZĘSTO POSZUKUJĄ PORADY
W APTEKACH, PROSZĄC FARMACEUTĘ O POMOC**

W połowie marca w aptekach zostały powieszone plakaty informujące o koronawirusie. Rozpoczęły się także zwiększone zakupy preparatów z paracetamolem, substancjami przeciwzapalnymi i zawierającymi duże ilości witaminy C. Kupowano również leki i suplementy diety mające w swym składzie jeżówkę, bez czarny, żeń-szeń, witaminy i cynk. Obserwowano zwiększone zapotrzebowanie na leki zawierające inozynę o działaniu przeciwwirusowym.

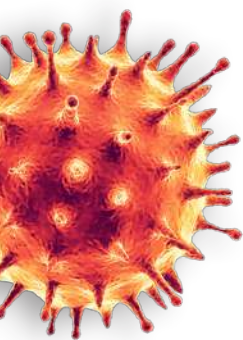
Od 16 marca, kiedy wprowadzono możliwość opieki nad dziećmi do ósmego roku życia,

zarówno apteki, jak i hurtownie farmaceutyczne zaczęły borykać się z brakami kadrowymi. W aptekach, które posiadały szyby przy pierwszym stole (często wyśmiewane i nazywane reliktem dawnych czasów), wprowadzono limity osób przebywających w pomieszczeniu. W gorszej sytuacji były apteki bez zabezpieczenia personelu szybami, ponieważ zaczęto w nich obsługiwać pacjentów przez okienko dyżurne. Nie wiadomo, czy było to lepsze rozwiązanie. Pojawił się nawet apel wystosowany przez Związek Zawodowy Techników Farmaceutycznych RP do Ministerstwa Zdrowia, mówiący o tym, że sprzedaż przez okienko ekspedycyjne to „pocałunek śmierci”.

Pacjenci często kierowali się wiadomościami wyczytanymi na stronach internetowych, między innymi na temat ibuprofenu i paracetamolu – zaobserwowano wzmożone zakupy tego leku, na opakowaniu musiał jednak widnieć napis paracetamol. Zaproponowanie preparatu z paracetamolem, ale o innej nazwie, spotykało się z odmową pacjenta.

18 marca na stronach internetowych dla farmaceutów pojawiło się oświadczenie Europejskiej Agencji ds. Leków (EMA), mówiące, że obecnie brak jest naukowych dowodów potwierdzających związek pomiędzy ibuprofenem a pogorszeniem przebiegu choroby COVID-19. Również prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych Grzegorz Cessak wskazywał, że na podstawie dostępnych danych nie ma powodu, aby pacjenci przyjmujący ibuprofen przerywali leczenie.

20 marca przedstawiciele zawodów medycznych wystosowali do rządu pismo dotyczące zapewnienia środków ochrony osobistej, szczególnie przeznaczonych dla pracowników aptek.



Zmiany w zarządzaniu personelem aptecznym (dotyczące tzw. niezazębiania się zmian oraz możliwości opieki nad małymi dziećmi) spowodowały, że wiele aptek ograniczyło godziny otwarcia. Aptekarze zwracali się także do samorządów terytorialnych o zwolnienie z dyżurów nocnych. Niestety, rady powiatów nie zwolniły aptek z tego obowiązku, tłumacząc to brakiem przesłanek, a wiele wręcz straszło właścicieli aptek odebraniem przez wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego zezwolenia na ich prowadzenie.

23 marca pojawił się komunikat Głównego Inspektora Farmaceutycznego wystosowany do pacjentów, aby nie kupowali poprzez strony internetowe preparatów łagodzących objawy czy leczących COVID-19, oferowanych przez niewiarygodnych sprzedawców.

W związku z dalszymi obostrzeniami uregulowano kwestię możliwości wystawiania recept farmaceutycznych. Przepis wprowadza dla farmaceutów posiadających prawo wykonywania zawodu dodatkowe uprawnienie do wystawienia recepty farmaceutycznej, o której mowa w art. 96 ust. 4 ustawy Prawo farmaceutyczne, nie tylko w razie nagłego zagrożenia zdrowia pacjenta, ale również w przypadku zagrożenia zdrowia pacjenta związanego z COVID-19.

Ustanowiono tzw. godziny seniora, jednak w stosunku do aptek wprowadzono wyjątek, stanowiąc, że w czasie dwóch „godzin senioralnych” będą mogły one obsługiwać także tych pacjentów, dla których nabycie leku lub środka spożywanego specjalnego przeznaczenia jest konieczne ze względu na nagłe zagrożenie życia lub zdrowia. Zakaz obsługi klientów poniżej 65. roku życia w godzinach 10.00-12.00 zniesiono 4 maja. Jednocześnie pojawiły się apele, aby seniorzy obsługiwani byli poza kolejnością.

W czasie epidemii zmienił się zakres zakupów pacjentów, którzy nadal chętnie kupują preparaty z witaminą C, ale w marcu i kwietniu wzrosło zainteresowanie produktami zawierającymi witaminę D i specyfikami z cynkiem, a także maseczkami i rękawiczkami.

Przychodnie przyjmują pacjentów w ramach tzw. teleporad, brakuje jednak dostępu do specjalistów. Najbardziej doskwiera brak dermatologów i często pacjenci poszukują porady w aptekach, prosząc farmaceutę o pomoc.



Archiwum autorki

HANNA PIECHOCKA-KOCZWARA: „O ILE W MARCU I KWIECIU RUCH W APTEKACH BYŁ ZWIĘKSZONY, O TYLE W MAJU ZMNIJSZYŁO SIĘ ZAINTERESOWANIE MEDYKAMENTAMI”

O ile w marcu i kwietniu ruch w aptekach był zwiększony, o tyle w maju zmniejszyło się zainteresowanie medykamentami. Czym to jest spowodowane? Nadal wielu pacjentów pozostaje w domu, unikając zbędnych kontaktów. Widać to zresztą na ulicach naszych miast i miasteczek. 🌿



prof. dr hab. **ANNA JELIŃSKA**
Prodziekan ds. studenckich kierunków farmacja, inżynieria farmaceutyczna, analityka kryminalistyczna i sądowa Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

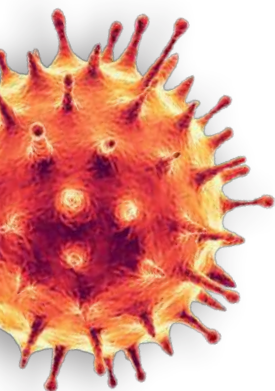
Wydział Farmaceutyczny UMP w czasie epidemii

W związku z ograniczeniami wynikającymi z wprowadzenia przez ministra zdrowia najpierw stanu zagrożenia epidemiologicznego, a następnie stanu epidemii wszystkie zajęcia dydaktyczne na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (UMP) zostały zawieszane. Nie oznaczało to jednak zaprzestania nauczania i decyzją władz uczelni czas ten został przeznaczony na pracę własną studenta z wykorzystaniem zdalnych metod dydaktycznych. Realizacja zajęć odbywała się z pomocą dostępnych na uniwersytecie systemów e-learningu, a wykładowcy mieli obowiązek przedstawienia telefonicznych i e-mailowych terminów dyżurów. Od 23 marca został wprowadzony obowiązek realizacji zajęć zdalnych z wykorzystaniem między innymi technik e-learningowych, Studia Nagrań UMP, systemu AKSON, aplikacji Teams i platformy OLAT. Nauczyciele akademicy najczęściej prowadzili zajęcia z wykorzystaniem aplikacji Teams, która umożliwia kontakt ze studentem. Z wykorzystaniem tej aplikacji część wykładowców przeprowadza także kolokwia w formie ustnej. Zaliczenia i egzaminy są prowadzone zdalnie na platformie OLAT lub za pomocą aplikacji Teams.

Jednocześnie działalność rozpoczęli studenci-wolontariusze, którzy uczestniczą w działaniach medycznych związanych z ograniczeniem epidemii koronawirusa, zarówno w szpitalach, jak i w Stacji

Sanitarно-Epidemiologicznej. Studenci Wydziału Farmaceutycznego UMP bardzo aktywnie włączyli się do akcji wolontariatu, pracowali i nadal pracują w aptekach szpitalnych, laboratoriach, Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej, a także zajmowali się na przykład mierzeniem temperatury ciała pacjentów, informowaniem pacjentów czy prowadzeniem opieki farmaceutycznej dla osób starszych. Osoby, które pracowały jako wolontariusze, będą miały, w zależności od wykonywanej pracy, zaliczone całkowicie lub częściowo praktyki wakacyjne i częściowo sześciomiesięczną praktykę zawodową po V roku studiów na kierunku farmacja. Studenci ci są zwolnieni z zajęć e-learningowych, a ich zaliczenie zostanie im umożliwione w terminie późniejszym. Pragnę dodać, że Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu uruchomił laboratorium diagnostyczne wykonujące badania PCR w kierunku wirusa SARS-CoV-2 oraz wprowadził serologiczne badania identyfikujące przeciwciała IgA i IgG, specyficzne dla koronawirusa SARS-CoV-2, w których również pracują nasi wolontariusze.

Zarówno studenci, jak i pracownicy są na bieżąco informowani o obowiązujących przepisach oraz o zmianach w przepisach. Od początku epidemii e-tygodnik „Dzień Dobry UMP” został przekształcony w „Nie damy się w UMP. Dziennik stanu epidemii koronawirusa”, w którym co kilka dni przekazywane są informacje o funkcjonowaniu





www.adobestock.pl

naszej uczelni w dobie koronawirusa, a także działaniach członków naszej społeczności na rzecz ograniczenia epidemii. 15 maja ukazał się 13. numer „Nie damy się w UMP”.

W zakresie dydaktyki bardzo pomocny był wydawany regularnie przez Dział Spraw Studenckich i Dydaktycznych „NEWSLETTER DYDAKTYCZNY NA TRUDNE CZASY”. W każdym numerze społeczność akademicka była informowana o możliwościach pracy i pomocy na rzecz innowacyjnej dydaktyki, a nauczyciele akademicy dzielili się swoimi spostrzeżeniami i osiągnięciami w zakresie nauczania zdalnego.

30 marca 2020 r. odbyła się na UMP pierwsza obrona pracy magisterskiej w trybie on-line. Obrona przeprowadzona została z wykorzystaniem systemu Teams, za pośrednictwem oficjalnych kont UMP umożliwiających weryfikację tożsamości uczestników. Obrony prac licencjackich i magisterskich na Wydziale Farmaceutycznym do dnia 31 maja 2020 r. także mogły odbywać się wyłącznie on-line; od czerwca możliwe jest przeprowadzanie obron w systemie mieszanym, na przykład część członków komisji może być on-line.

Każdy koordynator przedmiotu zobowiązany był do prowadzenia zajęć w formie zdalnej, ale mógł

także zadeklarować liczbę godzin zajęć, które muszą odbyć się udziałem studentów. Zajęcia te zostaną przeprowadzone po powrocie studentów na uczelnię z zachowaniem obowiązujących przepisów w zakresie stosowania środków ochrony osobistej i liczby osób, które mogą przebywać w pomieszczeniu.

Można zadać sobie pytanie, czy nauczanie zdalne może zastąpić formy nauczania z udziałem studentów i prowadzącego. Zdaniem nauczycieli akademickich ta forma zajęć wymagała od nas zdecydowanie więcej czasu na przygotowanie. Na kierunku farmacja i analityka medyczna obowiązują standardy nauczania, w których określone są także możliwości i formy realizacji zajęć. Z uwagi na zaistniałą sytuację Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego umożliwiło w czasie epidemii realizację części zajęć praktycznych w formie zdalnej.

Prowadząc w ostatnim czasie zajęcia w formie zdalnej, uświadamiamy sobie, jak ważny jest bezpośredni kontakt ze studentami. Jest nam niezmiernie miło, kiedy studenci oświadczają, że także tęsknią za tym, aby spotkać się z prowadzącymi. Cała ta sytuacja z koronawirusem nauczyła nas pokory, skorygowała nasze plany życiowe i wakacyjne, ale żyjemy w przekonaniu, że wkrótce wrócimy silniejsi do „normalności”. 🌿

PIERWSZA DEKADA



Rozmowa z dr n. farm. **MAGDALENĄ WASZYK-NOWACZYK**, opiekunem Studenckiego Koła Naukowego Opieki Farmaceutycznej przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Archiwum autorki

WERONKA GUZENDA: W ubiegłym roku minęło 10 lat od utworzenia z Pani inicjatywy Studenckiego Koła Naukowego Opieki Farmaceutycznej.

MAGDALENA WASZYK-NOWACZYK: Jestem z tego jubileuszu bardzo dumna. Najbardziej cieszy mnie ciągle i niesłabnące zainteresowanie studentów, którzy nadal powiększają grono członków Studenckiego Koła Naukowego Opieki Farmaceutycznej.

A jakie były początki?

W roku 2009, po kilkunastu miesiącach pracy w Katedrze i Zakładzie Technologii Postaci Leku Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, przedstawiłam pomysł utworzenia koła naukowego kierownikowi katedry prof. dr hab. n. farm. Janinie Lulek oraz dr n. farm. Arlecie Matschay, kierownikowi Pracowni Farmacji Praktycznej. Spotkał się on z pełną aprobatą i tak zaczęliśmy działać w gronie studenckim. Przewodniczącą koła została, wtedy jeszcze studentka, a obecnie doktor nauk farmaceutycznych Magdalena Cerbin-Koczorowska. Studenci byli bardzo zainteresowani działalnością koła naukowego, zaczęliśmy więc organizować regularne spotkania poświęcone problemom i zagadnieniom związanym z opieką farmaceutyczną. Równolegle uzyskaliśmy także pierwsze granty na projekty w ramach programu Studenckie

Badania Naukowe, dzięki którym zaczęliśmy realizować pionierskie przedsięwzięcia w zakresie wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce. Pod koniec pierwszego roku działalności podjęliśmy się nawet zorganizowania ogólnopolskich Warsztatów Opieki Farmaceutycznej. Było to duże przedsięwzięcie, w którym uczestniczyli studenci z różnych kierunków kształcenia, w tym z Wydziału Lekarskiego i Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Były już cztery edycje tych warsztatów. Warto zaznaczyć, że bywały lata, kiedy koło miało współopiekunów: dr n. farm. Arletę Matschay (lata 2014-2016), dr n. farm. Magdalenę Cerbin-Koczorowską (lata 2011-2014 oraz 2016-2017) oraz dr. n. farm. Marcina Skotnickiego (2009-2010).

Jakie aspekty obejmuje działalność naukowo-badawcza Studenckiego Koła Naukowego Opieki Farmaceutycznej?

Działalność naukowo-badawcza członków naszego koła skupia się głównie wokół zagadnień związanych z opieką farmaceutyczną i profesjonalnym doradztwem. Jej efektem są liczne publikacje, których współautorami są studenci. Realizujemy także projekty w ramach Studenckich Badań Naukowych. Cieszy mnie, że studenci aktywnie biorą udział w sesjach posterowych i konferencjach, podczas których prezentują dotychczasowe wyniki

prowadzonych badań. Ostatnim sukcesem jest zdobycie wyróżnienia w sesji Pharmacy (studentka Weronika Guzenda) podczas 19th International Congress of Young Medical Scientists oraz podczas kilku edycji Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Farmakoekonomika szansą na zbilansowanie wydatków systemu opieki zdrowotnej w Polsce” (studenci: Agnieszka Bajsert, Zuzanna Bętkowska, Klaudia Błaszczuk, Aleksandra Bordzio, Weronika Guzenda, Agata Frankiewicz). Zajęliśmy też X miejsce w Rankingu Kół Naukowych w roku akademickim 2018/2019. Warto dodać, że zostaliśmy wyróżnieni spośród ponad 100 zarejestrowanych kół naukowych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Jakie można by jeszcze wymienić aktywności studentów działających w kole naukowym?

Staramy się cyklicznie organizować spotkania z osobami ważnymi dla farmacji. Poza tym mamy w swoim dorobku warsztaty pierwszej pomocy oraz z zakresu psychodietetyki, a także akcje charytatywne. Organizujemy spotkania z pacjentami, na przykład podczas festynów w przedszkolach czy szkołach. Współpracujemy również z innymi organizacjami studenckimi, na przykład z Polskim Towarzystwem Studentów Farmacji, dla którego w ubiegłym roku przeprowadziliśmy warsztaty z zakresu prawidłowego pomiaru nadciśnienia tętniczego i poziomu glukozy we krwi (akcja „Skonsultuj z Farmaceutą”). Wspólnie z mgr farm. Aliną Górecką, prezesem Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej, zorganizowaliśmy spotkanie, w trakcie którego odpowiedziała ona na pytania zadane przez studentów farmacji, dotyczące praktycznych aspektów wykonywania ich przyszłego zawodu. Studenci działający w kole naukowym mają także możliwość uczestniczenia w codziennej pracy farmaceutów – od kilku lat prof. dr hab. n. med. Marek Simon zaprasza nas do swojej apteki. Jedną z większych cyklicznych akcji jest Akademia Małego Farmaceuty. Podczas tego wydarzenia staramy się przekazać dzieciom z przedszkoli oraz szkół podstawowych, na czym polega zawód farmaceuty. Dodatkowo przeprowadzamy liczne zabawy dotyczące profilaktyki zdrowotnej oraz wykonujemy wspólnie maści, proszki i syropy! Na podstawie obserwacji własnych mogę stwierdzić, że rośnie nam mądre pokolenie, które może w przyszłości zasilić grono

farmaceutów. Dla dzieci jest to niesamowita przygoda, a dla studentów – doskonała lekcja, jak rozmawiać i przekazywać wiedzę najmłodszym.

Jakie są plany Studenckiego Koła Naukowego Opieki Farmaceutycznej?

Chcemy się nadal rozwijać i prężnie działać, przynosząc korzyść otoczeniu. Naszą ideą jest prowadzenie właściwego profesjonalnego doradztwa oraz praktyczne wdrażanie opieki farmaceutycznej. Ardua prima via est, jednak to zaangażowanie studentów, poszukiwanie nowych wyzwań i ogromna pasja sprawiają, że codzienna praca staje się przyjemnością i przygodą, dla których warto działać. Korzystając z okazji, chciałabym bardzo podziękować współopiekunom, przewodniczącym oraz wszystkim studentom zaangażowanym w działalność koła, licząc na kolejne lata owocnej działalności.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiała mgr farm. WERONIKA GUZENDA (przewodnicząca Studenckiego Koła Naukowego Opieki Farmaceutycznej w latach 2017-2019)



AKADEMIA MAŁEGO FARMACEUTY

Archiwum SKMDF

dr n. farm. WOJCIECH MUSIAŁ

NIEOBIEKTYWNE REFLEKSJE Z VIII KRAJOWEGO ZJAZDU APTEKARZY

Informacji na temat ostatniego Krajowego Zjazdu Aptekarzy (obradował od 24 do 26 stycznia 2020 r. w Warszawie) właściwie próżno szukać. Poza nielicznymi zdawkowymi czy poprawnymi politycznie felietonami nie znajdziemy niczego na ten temat. To zrozumiałe. Im mniej informacji się przedostanie do opinii publicznej, tym lepiej dla tych, którzy mają coś do ukrycia.

Przewodnicząca VIII KZA mgr farm. Dorota Smółkowska już po zjeździe skierowała pismo do delegatów, w którym prosiła o udostępnianie w siedzibach okręgowych izb aptekarskich

protokołu do wglądu delegatom na VIII KZA oraz osobom uczestniczącym w dyskusji podczas zjazdu. Ciekawe, czy naniesiono jakiegokolwiek uwagi zgłoszone do treści tego dokumentu (protokół nie jest dostępny na stronach Naczelnej Izby Aptekarskiej). Mając w pamięci wydarzenia, jakie zaobserwowałem na KZA, nie jestem zdziwiony jego ogólnikowością. Przebieg samego zjazdu pozbawił mnie złudzeń, w jakim kierunku zawód aptekarza będzie zmierzał przez kolejne cztery lata. Pozbawił mnie też złudzeń co do zdecydowanie większej aktywności nowych władz NIA w nadchodzącej kadencji.

Wydarzenie, w którym uczestniczy wiele osób, przez każdego uczestnika najczęściej jest

odbierane w sposób niepowtarzalny i wyjątkowy. Przedstawię zatem swoją relację i odczucia z VIII KZA. Relację subiektywną osoby na co dzień pracującej w aptece i borykającej się z problemami, których władze NIA, mam wrażenie, że oderwane od realiów aptecznych, zdają się nie zauważać. Relację delegata, który bardzo sceptycznie ocenia aktywność NIA w minionej kadencji i nie ma żadnych złudzeń, w jakim kierunku zawód aptekarza będzie przez kolejne cztery lata zmierzał przy kontynuacji takiej aktywności. Sceptycyzm lub wręcz negatywna ocena wielu działań przez delegatów na KZA powinna być przyczynkiem do dyskusji na temat działalności NIA w celu pochylenia się nad rzeczywistymi



GOŚCIEM APTEKARZY BYŁ PODSEKRETARZ STANU MACIEJ MIŁKOWSKI



PRZEWODNICĄCY SEJMOWEJ KOMISJI ZDROWIA TOMASZ LATOS PODCZAS UROCZYSTOŚCI OTWARCIA VIII KRAJOWEGO ZJAZDU APTEKARZY

problemami i oczekiwaniami środowiska. Ale na tym zjeździe sceptycy i oponenci nie byli mile widziani. W zjazdowej układance można ich było zlekceważyć, a nawet dać do zrozumienia, że nie są nikomu do niczego potrzebni.

Ponad 3100 aptekarzy z Wielkopolski nie ma, poza swoim prezesem, wchodzącym w skład Naczelnej Rady Aptekarskiej z urzędu, żadnej reprezentacji we władzach NIA VIII kadencji. Kara za zdanie odrębne w wielu sprawach, za zbytnią samodzielność w myśleniu i aktywność w działaniu? A przecież wystarczyło siedzieć cicho i głosować zawsze „za”. Ale czy o taką reprezentację okręgowych izb aptekarskich w Naczelnej Radzie Aptekarskiej tak naprawdę chodzi? Czy takiej reprezentacji oczekuje środowisko

w tych tak trudnych dla zawodu czasach? Czy wystarczy tylko kibicować? Czy jednak szeregowi członkowie samorządu aptekarskiego oczekują rzetelnej pracy, działań i twórczej dyskusji od członków NRA, w tym każdego prezesa okręgowej rady aptekarskiej, przez cały okres kadencji?

Tego sporu merytorycznego, dyskusji zabrakło na tym zjeździe. Z tyłoma problemami się borykamy, tyle spraw nie zostało załatwionych, a nawet nie przedstawiono, moim zdaniem, rzetelnego sprawozdania z działań NRA na przestrzeni całej kadencji. W sprawozdaniu nie było słowa o tym, co się nie udało i z jakiego powodu. Szkoda. Zmarnowany czas.

W mojej subiektywnej opinii cały scenariusz zjazdu był

perfekcyjnie i w najdrobniejszych szczegółach „dogadany” i napisany. Na podstawie tego, co widziałem i słyszałem, śmiem twierdzić, że zanim się zjazd rozpoczął, prezes i wszystkie pozostałe stanowiska w organach NIA zostały już nieoficjalnie obsadzone. Postarano się o wystarczające poparcie dla jedynie słusznych kandydatów. Zgłaszanie się spontaniczne delegatów, nawet do prac organów zjazdu, było bardzo źle widziane i odbierane. Burzyło scenariusz. Wszelkie wybory były farszą, a właściwie kpina z szeregowych aptekarzy – pracowników aptek. Kpina, ale okraszona show wodzi-reja. Jak bowiem inaczej nazwać prawie taneczne popisy pana reprezentującego firmę zajmującą się wyjątkowo archaicznym i niesprawnym systemem liczenia

elektronicznego głosów? Machał rękami, mocno gestykulował, ciągle rozkręcał i skręcał psujące się wciąż pudełko do głosowania. Delegaci stale biegali, by je wymienić. Biegał i ten pan. Nie tylko on, jego współpracownicy też. I tak przez trzy dni! Ale zacznijmy od początku.

Dzień pierwszy – było kurtuazyjnie i słodko

Od tej słodczy lejącej się z ust zaproszonych polityków aż mdliło. Szczególnie gdy pamiętało się o ostatnich czterech latach, w jakich przyszło nam pracować. Usłyszeliśmy więc o roli farmaceuty, jego znaczeniu w systemie, misji, powołaniu, ogromnej pracy, jaką wykonują etc. Gościom się nie przeszkadza w wypowiedziach, więc poszło bez problemu. Słuchano, klaskano. Niektórzy o słabszych nerwach wychodzili z sali. Nacieszyć się obecnością polityków było jednak trudno. Większość gości szybciotko popędziła dalej. Pewnie na kolejne spotkania z kolejnymi ważnymi grupami zawodowymi. Obecny minister zdrowia – choć nie był jeszcze zajęty sprawami związanymi z epidemią - nie znalazł tym razem miejsca w kalendarzu, aby przybyć na KZA osobiście.

Po części oficjalnej zjazd rozpoczął się zgodnie z porządkiem regulaminowym i planem zawartym w zaproszeniu dla delegatów. Wybierano przewodniczącego i wiceprzewodniczących zjazdu oraz sekretarzy. Już wtedy przekonałem się, że o istnieje przygotowany wcześniej scenariusz, przewidujący również określone propozycje personalne. Przyszła kolej na wybory poszczególnych komisji. Komisje zostały wybrane,



WŁAŚCIWI PYTAJĄCY ZADAWALI KANDYDATCE WŁAŚCIWE PYTANIA

a ich skład był zgodny z sekretnymi ustaleniami, zgłoszeniami przygotowanymi na kartkach dla zgłaszających. Osoby zgłoszone spontanicznie z sali w komisjach się nie znalazły.

Doszliśmy do sprawozdania z działalności Naczelnej Rady Aptekarskiej. Świetnie prezentował się baner za stołem prezydialnym. Można było na nim znaleźć hasła będące pobożnymi życzeniami; był raczej dowodem na porażkę, a nie zwycięstwo odchodzących władz. Uwag do sprawozdań i dyskusji nie było. A przecież był to kluczowy moment oceny pracy najważniejszego organu samorządu aptekarskiego!!! Żadnych wątpliwości? Żadnej refleksji? Żadnych pytań? Jeśli ktoś łudził się nadzieją na merytoryczną dyskusję czy spieraniem na poglądy, to tych złudzeń został szybciotko pozbawiony. Jednym słowem, ustępująca i kandydatka w jednej osobie nie wspomniała o spektakularnych porażkach kadencji, chociażby o przywróceniu kształcenia techników. Nie uznała za stosowne przeprosić

aptekarzy za niedopełnione obietnice poprzedniego KZA (zjazd po dwóch latach kadencji, podobnie jak marże na leki refundowane) i niezrealizowane obietnice, na przykład wycofanie leków z obrotu pozaaptecznego. Dowiedzieliśmy się o licznych sukcesach ostatniej kadencji. Jednym z motywów przewodnich monologu pani prezes było podawanie ilości odbytych spotkań. No cóż. Ilość nie przechodzi w jakość. Ważna jest skuteczność, o czym chyba większość delegatów nie wiedziała lub zapomniała. A jak skutecznie działała NRA, przekonywaliśmy się na swojej skórze codziennie w aptekach. Ja słuchałem tego wywodu z zażenowaniem.

Okolo 80 osób głosowało za odrzuceniem tego sprawozdania. Nie było delegatów, którzy widzieli sens dyskusji nad tym sprawozdaniem. Czy można wysnuć wniosek, że całe środowisko aptekarskie nie ma żadnych zastrzeżeń i uwag do pracy NIA w minionej kadencji? Ci, którzy mieli zastrzeżenia, wyrazili tylko swoją niemą dezaprobatę przez oddanie głosu przeciwnego



BYŁY PREZES OKRĘGOWEJ RADY APTEKARSKIEJ DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY APTEKARSKIEJ MGR FARM. PIOTR BOHATER KANDYDOWAŁ NA STANOWISKO PREZESA NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ

w głosowaniu nad zatwierdzeniem tego sprawozdania.

Już na tym etapie tajemnicą poliszynela były nazwiska prezesa, wiceprezesów i członków NRA, mimo że wybory miały się odbyć dopiero dnia następnego.

Dzień drugi – wybory

To był przynębiający spektakl. Smutny, a wręcz żałosny. Nie do przyjęcia w swej formie było wystąpienie ustępującej i kandydującej pani prezes, przedstawiającej swój program na następną kadencję. Forma przekazu przypominająca wcześniejsze wypowiedzi. O roli, znaczeniu, świetnym przygotowaniu, misji i o czym tam jeszcze. Musimy, zrobimy. Dla każdego coś miłego. Żadnych konkretów. Cóż się dziwić. Pani prezes mogła mówić, co chciała – kontrkandydata i tak nie było. Proporcja głosów i postawa przechadzających się z zadowolonymi minami niektórych delegatów wyraźnie dawała do zrozumienia,

że wybór już został dokonany, zgodnie z zaplanowanym scenariuszem. No i jak piorun z jasnego nieba pojawił się kontrkandydat – były prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej mgr farm. Piotr Bohater. Siedziałem z przodu – grymas niezadowolenia i wściekłości na twarzach siedzącej przede mną grupy śni mi się czasem po nocach. Niewybredne komentarze, napięta atmosfera i wiszące nad salą pytanie: „Jak ktoś ośmielił się zburzyć naszą sielankę i zabawę, nasz misterny plan”? Dzięki stanowisku prawników udało się jednak kontrkandydata wyeliminować. Wyczuć można było od razu ulgę. No bo jeszcze w dyskusji zadałby jedynej właściwej kandydatce jakieś niewygodne pytanie, na przykład o sprawozdanie finansowe lub współpracę z firmą, której na sercu wybitnie leży pozycja społeczna farmaceutów i gotowa jest wydać miliony na promocję naszego zawodu.

Nie, to nie tak, że pytań do kandydatki nie było. Były, ale w stylu przypominającym pytania obywateli Rosji do Władimira Władimirowicza zadawane na corocznym show Putina. Właściwi pytający zadawali właściwe pytania. Właściwie większość czytała je z kartek, a udzielane odpowiedzi były słowotokiem. Jak wspomniałem, jako negatywnie oceniający mijającą kadencję, siedzieliśmy i nie wierzyliśmy w to, co widzimy i słyszymy. Ja czekałem, kiedy usłyszę kultowe „pomożecie?”. I odpowiedź z sali: „pomożemy”. Podczas wyboru prezesa, po oddaniu głosu na „nie”, wyszedłem. To była kpina, a nie wybory prezesa.

Potem były kolejne wybory: rada, rzecznik, sąd etc. Aż przykro się robiło, gdy niektórzy wciskali przyciski i instruowali się głośno, nawet się z tym nie kryjąc: „teraz wciskaj «tak»”, „na tego nie głosujemy”. To mrużąc i ciągnąc się

aż do ostatniego oddanego głosu. Dyscyplina w głosowaniach? Odniosłem wrażenie, że nie miało znaczenia, kto kandydował, co sobą reprezentował, co faktycznie mógł wnieść swoją pracą w działania NIA. Ważne było „nasz” – „nie nasz”. Delegatów z Wielkopolski jako kandydatów do organów NIA w misternym projekcie personalnym nie było. Ja sam, jako kandydat do Naczelnego Sądu Aptekarskiego, zostałem poinformowany ustnie, że „ciężko będzie”. I rzeczywiście dostałem najmniej głosów. Ile? Tak, dobrze zgadujecie – około 80. Ale nie żałuję, że kandydowałem, chociaż wiedziałem, iż jestem na przegranej pozycji.

NIE MIAŁO ZNACZENIA, KTO KANDYDOWAŁ I CO SOBĄ REPREZENTOWAŁ. WAŻNE BYŁO „NASZ” – „NIE NASZ”

Pycha uderza do głowy. My wiemy, co dla was, „doły”, jest dobre. My mamy monopol – zdawały się mówić napuszone twarze zaopatrzone w cyniczne uśmiešky.

Tak odebrałem przebieg tego zjazdu. Zamiast normalnych wyborów aptekarzy mających reprezentować interesy swej grupy zawodowej w samorządzie, mamy czystą politykę w nie najładniejszym wydaniu. Dziwne, że większość delegatów uwierzyło tym politykom. Może jednak nie wszyscy i nie do końca. Przyczyna takiego stanu tkwi w zjazdach okręgowych, na które większości aptekarzy przyjść się nie chciało.

Tych, którzy narzekają na samorząd, skarżą się na niezadowalające efekty działań lub ich brak na zjazdach okręgowych nie było. Nie można oczekiwać dużo od samorządu, jeżeli nie stać nas nawet na uczestnictwo raz na cztery lata w zebraniu wyborczym lub zjeździe. Brak naszej powszechnej obecności i udziału w wyborach osłabia samorząd aptekarski od dołu do góry. A naprzeciw nas coraz mocniejsze lobby techników żądających uprawnień farmaceuty, a także dobrze zorganizowanego dużego kapitału, który ma coraz większy wpływ na kształt rynku detalicznego leków. Nie wspomnę o pokrętnych interpretacjach przepisów tzw. ustawy „apteka dla aptekarza”, pozwalających na dalszą konsolidację rynku i umacnianie się na nim kilku największych graczy wbrew celom, dla których nowelizacja została uchwalona.

Dołóżmy nasze również wątpliwości dotyczące współpracy NIA z czołowym producentem suplementów na wszystkie dolegliwości oraz obawy o projekt ustawy o zawodzie farmaceuty, w którego przygotowaniu uczestniczyło bardzo niewielu praktyków zawodu, lecz do którego ochoczo zgłaszają poprawki ci, którzy tego zawodu nie wykonują, ale w aptekach mają ulokowany kapitał. Czy stare/nowe władze NRA znajdują w sobie motywację, siłę i umiejętności, aby kolejna ustawa, na którą czekamy od tylu lat, nie stała się tylko kartką papieru i wydumką?

Dzień trzeci – uchwały zjazdowe

Z pamięci zacytuję „Misia”: „Może pan pisać, co chce. My teraz mamy komputer. On się i tak zawsze

myli”. Tak skwitować można ten dzień. Cóż bowiem rzec, jeżeli po raz kolejny głosujemy te same uchwały co cztery lata wcześniej? Znowu marże, znowu dyżury... I tak NRA robi to, co uzna za stosowne. Najważniejsze uchwały ze zjazdu w Jachrance nie zostały zrealizowane. Dlaczego wobec tego tegoroczne miałyby być wiążące dla prezesa i wiceprezesów, którzy nie wywiązali się z wcześniejszych zobowiązań?

Pojawiła się nowa praktyka – propozycje uchwał zjazdowych, które okręgowe izby aptekarskie przesłały do Naczelnej Izby Aptekarskiej, zostały poddane tam wstępnej obróbce. Przedstawiono je delegatom wraz z rekomendacjami prawników NIA. Tego wcześniej nie było. Żadna niewygodna czy też niewłaściwa z punktu widzenia starej/nowej władzy propozycja nie została przegłosowana z pozytywnym wynikiem. Przypadek? Dokonującym obróbki umknęły jednak ewidentnie bezsensowne zwroty w przygotowanych projektach uchwał, godzące w dobro aptekarzy. Na przykład uporczywe używanie terminu „abolicja”, który odnosi się do przestępców, osób postępujących niezgodnie z prawem, a za takich w jednej z propozycji uchwały zjazdowej najwyraźniej nas uznano.

Niezrozumiałe dla mnie było też zachowanie przewodniczącej i sekretarzy zjazdu. Uporczywie pojawiał się apel do delegatów w trakcie prowadzenia obrad: „rekomendujemy przyjęcie uchwały”. Jakim prawem organ zjazdowy sugeruje delegatom, jak mają głosować?! Czyżby nie wierzone, że delegaci byli wystarczająco, zacytuję, „ogarnięci”?

Nie jestem w stanie tego pojąć. Nadmierna troska i opiekuńczość czy brak wiary w zdolności poznawcze i inteligencję delegatów?

Podsumowanie

Biorąc pod uwagę osobisty udział ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła w zjeździe w Jachrance w 2016 roku, jego obszerne wystąpienie i deklaracje, straciliśmy cztery lata, stracimy i kolejne. Nie wierzę bowiem, patrząc na dokonania opisane w artykule „Stracone złudzenia” [„Farmacja Wielkopolska” nr 4 (9/2019)], w jakiegokolwiek zmiany na lepsze w polskiej farmacji i aptekarstwie pod przewodnictwem obecnego prezydium NRA. Cały czas postępuje konsolidacja rynku w rękach wielkiego kapitału. My aptekarze jesteśmy ciągle nikomu do niczego niepotrzebni, a nasza rola jest marginalizowana. Czy naprawdę jesteśmy grupą zawodową niezdolną do jakiegokolwiek protestu? Czy naprawdę nie mamy odwagi na wypowiedzenie głośno tego, co naprawdę myślimy? Czy naprawdę straciliśmy instynkt samozachowawczy, potrzebę niezależności i umiejętność przewidywania? Kochani, czy zdajecie sobie sprawę z tego, że jak stracimy samodzielność w wykonywaniu zawodu, samodzielność w tworzeniu swojego samorządu, jak już nie będziemy nikomu potrzebni, to korporacje nas wypłują jak przetrutą gumę? A może liczyacie na spokojną posadę do emerytury? W takim razie życzę powodzenia.

Przecucie, że będzie źle, miałem już po zjeździe w Jachrance. Teraz mam pewność. Refleksja, jaka mi się nasuwa, to ta, że jako grupa zawodowa jesteśmy na dnie.

Dzisiaj chciałbym znaleźć to miejsce, z którego będzie można się odbić.

Szanowne koleżanki i koledzy, którzy odpuściliście sobie uczestnictwo w zebraniach wyborczych i zjazdach izb aptekarskich. To, że tak wyglądał VIII KZA, to w ogromnym stopniu wasza „zasługa”. Dobitnie o tym świadczy frekwencja na zjazdach – co najwyżej kilkunastoprocentowa. Nawet połowa członków okręgowych izb aptekarskich nie pofatygowwała się, by wziąć udział w wyborach SWOJEGO SAMORZĄDU!

Teraz możecie opluwać samorząd, wyzywać i wieszać na nim psy. Jednak to swoim lenistwem i biernością doprowadziliście do wyboru władz okręgowych izb aptekarskich i Naczelnej Izby Aptekarskiej, które nie spełniają waszych oczekiwań. Nie biorąc udziału i nie głosując – zagłosowaliście. Analizując przebieg KZA, śmiało można twierdzić, że o naszych losach decydują już inni.

Czy naprawdę dla delegatów na KZA Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska jest nieistotna? Komu zależy na marginalizacji Włkp. OIA, która jako jedna z największych izb okręgowych nie ma, poza prezesem, żadnego reprezentanta we władzach NIA? Za to część składki każdego z nas odprowadzana jest do NIA. I tu już jesteśmy istotni. Na ostatni, VIII Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Aptekarzy Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej zaproszenie do

władz NIA zostało wysłane z kilkutygodniowym wyprzedzeniem. Niestety, nikt nie pofatygował się na zjazd izby aptekarskiej, która zrzesza przeszło 3000 aptekarzy. Nie jesteśmy potrzebni? To właśnie te władze NRA zostały wybrane na następną kadencję.

Macie pretensje? Macie żale? Z bierności, bezmyślności i samego narzekania niczego się nie stworzy i nie zbuduje. Czy zdążymy w sobie zbudować świadomość,



że samorząd będzie tylko wtedy odpowiadał naszym potrzebom jako grupy zawodowej, jeśli każdy z nas wykaże się aktywnością? Potrzeba nam uznania wartości dyskursu i szacunku dla merytorycznej różnicy zdań, która będzie dążyła zawsze do uzgodnienia tego co najlepsze dla nas wszystkich. Różnica zdań nie może wykluczać i marginalizować, musi za to prowadzić do mądrego kompromisu dla wspólnego dobra aptekarstwa i aptekarzy. 🍀

Zdjęcia IZABELA PODOLEC

Projekty uchwał Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej na VIII Krajowy Zjazd Aptekarzy

W dniach 24-26 stycznia 2020 r. odbył się VIII Krajowy Zjazd Aptekarzy (KZA). Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska (Wlkp. OIA) zgłosiła do Naczelnej Izby Aptekarskiej (NIA) kilka projektów uchwał na KZA, które miały między innymi przyczynić się do poprawy przejrzystości, efektywności pracy oraz obiektywizmu podejmowanych decyzji przez organy izb aptekarskich. NIA zaopiniowała te projekty negatywnie. Przedstawiamy projekty uchwał Wlkp. OIA wraz z naszym komentarzem, w którym odnosimy się do argumentów podnoszonych przez prawników NIA

PIERWSZYM zaproponowanym projektem uchwały zjazdowej zgłoszonej do Naczelnej Izby Aptekarskiej była **nowelizacja Regulaminu Prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej** poprzez dodanie zapisu: „Protokoły posiedzeń Prezydium NRA są udostępnione okręgowym radom aptekarskim drogą elektroniczną do wewnętrznego użytku w ciągu (...) dni po ich podpisaniu”.

Celem proponowanej zmiany było zwiększenie transparentności bieżącej pracy Prezydium NRA dla okręgowych rad aptekarskich.

Zaproponowany projekt uchwały spotkał się z negatywną opinią Naczelnej Izby Aptekarskiej. W uzasadnieniu swojej decyzji NIA podniosła, iż zgodnie z art. 38 ust. 1 ustawy o izbach aptekarskich, w skład Naczelnej Rady Aptekarskiej wchodzi oprócz prezesa NRA oraz członków wybranych przez Krajowy Zjazd Aptekarzy także prezesi okręgowych rad aptekarskich. Prezes okręgowej rady jako członek NRA posiada pełny dostęp do informacji o przebiegu posiedzeń i decyzji podejmowanych przez Prezydium NRA. Zgodnie bowiem z § 24 ust. 3 zd. trzecie Regulaminu NRA, „przyjęte protokoły oraz podjęte przez Prezydium uchwały udostępnia się członkom NRA na ich wniosek, w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku”. NIA jako argument uzasadniający negatywne zaopiniowanie projektu Wlkp. OIA podniosła także, iż zmiana stawiałaby pod znakiem zapytania podstawę prawną i uzasadniony cel przetwarzania określonych danych osobowych przez wszystkich członków każdej okręgowej rady aptekarskiej.

Odnosząc się do przedstawionej argumentacji NIA, nie sposób się z nią zgodzić. Jak słusznie zostało wskazane w uzasadnieniu prawnym,

zgodnie z § 24 ust. 3 zd. trzecie Regulaminu NRA, „przyjęte protokoły oraz podjęte przez Prezydium uchwały udostępnia się członkom NRA na ich wniosek, w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku”. Treść tego paragrafu nie zawiera warunków, wykazania podstawy uzasadniającej złożenie wniosku przez członka NRA, którym jest prezes danej okręgowej rady, o udostępnienie treści protokołu posiedzenia Prezydium NRA. Co więcej, przepis ten nie przewiduje możliwości odmowy spełnienia wniosku członka NRA czy też wskazania, w jakim zakresie członek NRA może przetwarzać dane osobowe objęte protokołem posiedzenia Prezydium NRA. Zaproponowana zmiana miała przyczynić się do poprawienia szybkości przepływu informacji dotyczących decyzji i uchwał podejmowanych przez Prezydium NRA i przekazywania ich do członków okręgowych rad aptekarskich, które kierują działalnością okręgowych izb aptekarskich pomiędzy zjazdami. Należy zauważyć, iż proponowana zmiana dotyczyła udostępnienia protokołów posiedzeń Prezydium NRA określonej grupie osób wchodzących w skład okręgowej rady, a nie wszystkim członkom danej



DELEGACI WIELKOPOLSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ PODCZAS OBRAD VIII KRAJOWEGO ZJAZDU APTEKARZY W WARSZAWIE

okręgowej izby aptekarskiej. W dobie elektronizacji i informatyzacji działalności organów samorządów zawodowych proponowane rozwiązanie pozostawało w zgodzie z dążeniem do szybkiego przepływu informacji dotyczących działalności samorządu zawodowego farmaceutów. Stanowiło jednocześnie zagwarantowanie przejrzystości działania Prezydium NRA przy zapewnieniu poszanowania zasad bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych, uregulowanych w rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

DRUGIM zaproponowanym projektem uchwały skierowanym do Naczelnej Izby Aptekarskiej była **nowelizacja Regulaminu Krajowego Zjazdu Aptekarzy** poprzez dodanie zapisu: „Naczelna Rada Aptekarska jest zobowiązana do zwołania zjazdu sprawozdawczego po dwóch latach od rozpoczęcia kadencji”.

Celem proponowanej zmiany było zagwarantowanie możliwości, aby zjazd jako najwyższy organ samorządu aptekarskiego udzielał absolutorium prezesowi NRA i Naczelnej Radzie Aptekarskiej za wykonywanie planowe uchwał zjazdu sprawozdawczego oraz za działalność w ciągu minionych dwóch lat. Potrzeba takiego zjazdu była już wskazywana podczas VII Krajowego Zjazdu Aptekarzy w 2016 r.

Przedstawiony projekt spotkał się z negatywną opinią Naczelnej

Izby Aptekarskiej. W uzasadnieniu swojego stanowiska NIA podniosła, iż na podstawie art. 36 ust. 4 i 5 ustawy o izbach aptekarskich istnieje możliwość zwołania w każdym czasie Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Aptekarzy przez Naczelną Radę Aptekarską. Decyzja NRA podjęta może być z własnej inicjatywy rady, dodatkowo, NRA zobowiązana jest zwołać Nadzwyczajny KZA na wniosek Naczelnej Komisji Rewizyjnej albo na wniosek co najmniej jednej trzeciej okręgowych rad aptekarskich. Nadzwyczajny zjazd powinien być zwołany w ciągu trzech miesięcy od dnia wpłynięcia wniosku o jego zwołanie. Ponadto NIA podniosła, iż obowiązek zwoływania zjazdu sprawozdawczego po dwóch latach od rozpoczęcia kadencji nie jest praktykowany wśród innych samorządów zawodowych.



PREZES WIELKOPOLSKIEJ OKRĘGOWEJ RADY APTEKARSKIEJ MGR FARM. ALINA GÓRĘCKA I DR N. FARM. HANNA JANKOWIAK - GRACZ

Istnieje wiele argumentów przemawiających za koniecznością podjęcia uchwały o powyższej treści. Pierwszym, o którym należy wspomnieć w kontekście uzasadnienia, jest fakt, iż potrzeba takiego zjazdu została wyartykułowana już podczas VII Krajowego Zjazdu Aptekarzy, który odbył się w styczniu 2016 r. Konieczność kontynuacji raz zaakceptowanych działań winna pozostawać w kręgu uwagi obradujących. Z punktu widzenia uregulowań prawnych dotyczących zwoływania zjazdu należy wskazać, że w ustawie nie ma zakazu zwoływania zjazdu co 2 lata. Owszem, ustawa o izbach aptekarskich wyraża obowiązek zwołania zjazdu co 4 lata, niemniej z przepisu art. 36 ust. 3 ustawy nie można wywodzić zakazu zwoływania zjazdu częściej. Fakt, że nie istnieje taka praktyka innych

samorządów zawodowych, nie stanowi jeszcze, iż intencją ustawodawcy było wprowadzenie zakazu częstszego odbywania zjazdu. Za taką interpretacją przepisu przemawia fakt, iż samorząd zawodowy nie jest organem administracji publicznej, tylko powołanym ustawą samorządem zawodowym, stosującym procesowe prawo administracyjne tylko w szczegółowo określonych wypadkach, nie stosującym zaś ustrojowego prawa administracyjnego poza zakresem wprost określonym w ustawie. Tym samym może on stosować zasadę *quod lege non prohibetur, licitum est* (czego prawo nie zakazuje, jest dozwolone) także w zakresie spraw ustrojowych. Należy przy tym zauważyć, iż w szczególności nie ma w ustawie zapisu, jakoby rozpatrywanie i zatwierdzanie sprawozdań pomiędzy

zwyczajnymi zjazdami było wyłączną kompetencją NZA. Jest kompetencją, owszem, ustawa nie zawiera jednak normy statującej kompetencję wyłączną. Interpretując przepisy ustawy funkcjonalnie, należy zauważyć, iż skoro Krajowy Zjazd Aptekarzy jest najwyższą władzą, to żeby skutecznie wykonywać swoje funkcje kontrolne, może zbierać się częściej niż co 4 lata. Jest to bowiem niewątpliwie element sprawowania funkcji kontrolnej, będącej jednym z gwarantów prawidłowości działania organów samorządu. Umożliwia komunikowanie koordynacyjno-kontrolne pomiędzy członkami samorządu zawodowego. Zwoływany częściej niż co 4 lata zjazd sprawozdawczy stanowi podstawę do realizacji pryncypiów komunikacji politycznej. Jest bowiem okazją do wyartykułowania



REPREZENTANCI WIELKOPOLSKICH APTEKARZY NA WARSZAWSKIM ZJEJŹDZIE: MGR FARM. BEATA OWCZARSKA, DR N. FARM. STEFAN PIECHOCKI I MGR FARM. JAROSŁAW JANUSIK

komunikatów we wszystkich kierunkach – między podmiotami sprawującymi władzę (NIA) a członkami samorządu zawodowego. Podobnie częstszy zjazd stanowi też sposób pozyskiwania informacji zwrotnych z docelowych grup odbiorczych przez podmioty polityczne sprawujące władzę, dając NIA okazję do bieżącego porównania zakresu i celów prowadzonych działań z rzeczywistymi, zmieniającymi się w czasie oczekiwaniami i celami samorządu zawodowego. Co więcej, częstszy zjazd staje się wysokiej rangi kanałem komunikacyjnym, umożliwiającym artykulację politycznych interesów, potrzeba i oczekiwań. Antycypując zastrzeżenia co do legalności i konieczności proponowanej zasady, według których zgodnie z obowiązującymi obecnie przepisami art. 36 ust. 4 i 5 ustawy

o izbach aptekarskich, istnieje możliwość zwołania w każdym czasie Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Aptekarzy przez Naczelną Radę Aptekarską należy zauważyć, że zjazd zwoływany na wniosek nie stanowi gwarancji regularnej kontroli, bowiem kompetencję złożenia wniosku mają inne podmioty niż Krajowy Zjazd Aptekarzy, tym samym odbierając możliwość faktycznej decyzji najważniejszemu organowi samorządu.

KOLEJNY, TRZECI projekt uchwały przekazany przez Wlkp. OIA do NIA dotyczył **zmiany uchwały w sprawie wysokości składek odprowadzanych przez okręgowe izby aptekarskie do Naczelnej Izby Aptekarskiej**. Zaproponowano zapis: „Wysokość składki odprowadzanej do Naczelnej Izby Aptekarskiej jest

stawką stałą ustalaną przez Zjazd Krajowy Aptekarzy i nie ulega zmianie pomiędzy Zjazdami”.

Uzasadnieniem proponowanej zmiany był brak waloryzacji wysokości składki członkowskiej dla aptekarzy na okres kadencji okręgowej rady aptekarskiej o współczynnik inflacji przy jednoczesnej waloryzacji o wskaźnik inflacji składki odprowadzanej do NIA. W efekcie dochodzi do wzrostu obciążeń finansowych okręgowych izb aptekarskich bez możliwości pokrycia ich ze zwiększanych o ten współczynnik składek od członków izby.

Negatywnie opiniując projekt uchwały, NIA podniosła, iż na przestrzeni 11 lat obowiązywania uchwały Nr V/28/2008 V Krajowego Zjazdu Aptekarzy z 19 stycznia 2008 r. w sprawie ustalenia wysokości części składki członkowskiej odprowadzanej



PROPOZYCJE UCHWAŁ ZJAZDOWYCH WIELKOPOLSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ PO WSTĘPNEJ OBRÓBCE W NIA PRZEDSTAWIONE ZOSTAŁY DELEGATOM WRZĄD Z REKOMENDACJAMI

przez okręgowe izby aptekarskie na rzecz Naczelnej Izby Aptekarskiej, wzrost składki z powodu jej urealnienia o wskaźnik inflacji wyniósł 1,90 zł (średni roczny wzrost składki nie przekracza 18 gr). Naczelna Izba Aptekarska przyznała jednak, iż problem, czy wysokość składki powinna podlegać corocznie urealnieniu poprzez podwyższenie o wskaźnik inflacji (wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych) ogłoszony przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, wymaga szerszej analizy ekonomicznej, uwzględniającej skutki dla funkcjonowania organów NIA.

Zupełnie inaczej wygląda kwestia różnicy pomiędzy

wysokością składki członkowskiej uiszczanej przez członka do okręgowej izby aptekarskiej i stałego wzrostu składek odprowadzanych na rzecz NIA, jeśli uwzględnia się wszystkich członków danej okręgowej izby aptekarskiej. Należy pamiętać, iż niektóre okręgowe izby aptekarskie liczą do kilku tysięcy członków. Tym samym faktyczny wzrost obciążenia finansowego z tytułu stałego wzrostu wysokości składek członkowskich odprowadzanych przez okręgowe izby aptekarskie na rzecz Naczelnej Izby Aptekarskiej w skali roku będzie miał istotne znaczenie dla sytuacji finansowej izb. Nie można zapomnieć, iż obowiązek odprowadzania składki

członkowskiej przez okręgowe izby aptekarskie na rzecz NIA nie stanowi jedyne zobowiązania finansowego, jaki ciąży na każdej okręgowej izbie aptekarskiej.

OSTATNIA propozycją zmiany zawartą w projekcie uchwały przedstawionej NIA było **wprowadzenie zmiany w regulaminie przyznawania Medalu im. prof. Bronisława Koskowskiego i tytułu Strażnika Wielkiej Pieczęci Aptekarstwa Polskiego**, uzupełniając go o zapisy: „W przypadku odrzucenia wniosku o przyznanie medalu złożonego przez okręgową radę aptekarską na podstawie podjętej uchwały Rady, Kanclerz

Kapituła jest zobowiązany przesłać pisemnie decyzję odmowną Kapituły do prezesa okręgowej rady aptekarskiej wraz z uzasadnieniem odmowy przyznania tego wyróżnienia. Kanclerz Kapituły, przedstawiając wniosek Kapituły Naczelnej Radzie Aptekarskiej jako projekt uchwały NRA, przedstawia listę osób, które Kapituła wskazuje do wyróżnienia oraz listę kandydatów, dla których wnioski o przyznanie wyróżnienia zostały odrzucone przez Kapitułę”.

Uzasadnieniem zaproponowanej zmiany było wzmocnienie transparentności decyzji podejmowanych przez kapitułę, zgodnie z pozostałymi zapisami regulaminu. Wprowadzenie przedmiotowej zmiany do regulaminu przyznawania Medalu im. prof. Bronisława Koskowskiego i tytułu Strażnika Wielkiej Pieczęci Aptekarstwa Polskiego także spotkało się z negatywnym oddźwiękiem ze strony NIA. Uzasadniając swoją decyzję, NIA podniosła, iż regulamin został uchwalony przez Naczelną Radę Aptekarską i ten organ podejmuje decyzje w sprawie zasad i trybu przyznawania. Osoby proponowane do odznaczeń i wyróżnień samorządowych uważane są przez podmioty desygnujące do odznaczenia za najlepsze. Przedstawiając uzasadnienie, kapituła musiałaby odnosić się do cech kontrkandydatów, których dla wiarygodności uzasadnienia przywoływać powinna z imienia i nazwiska, co z punktu widzenia obowiązujących przepisów jest niedopuszczalne.

Także i w tym przypadku przedstawione uzasadnienie negatywnej opinii NIA co do

zaproponowanej przez Wlkp. OIA zmiany pomijało istotę zaproponowanej zmiany. Zgodnie z §6 ust. 1 regulaminu przyznawania Medalu im. prof. Bronisława Koskowskiego i tytułu Strażnika Wielkiej Pieczęci Aptekarstwa Polskiego, stanowiącego załącznik do uchwały NRA Nr VI/26/2012 z 13 września 2012 r.: „Wniosek o przyznanie albo pozbawienie Medalu lub Tytułu do Kapituły Medalu i Tytułu składa okręgowa rada aptekarska albo Kanclerz Kapituły Medalu i Tytułu”. Następnie na podstawie §8 ust. 1 regulaminu kapituła medalu i tytułu po rozpatrzeniu przedstawionych jej wniosków podejmuje odpowiednią uchwałę. Na końcu na wniosek kapituły medalu i tytułu Naczelna Rada Aptekarska potwierdza uchwałę przyznanie albo pozbawienie medalu lub tytułu osobom wskazanym w decyzji podjętej przez kapitułę. Tym samym kapituła, podejmując uchwałę o stwierdzeniu, że przedstawiony przez daną okręgową izbę aptekarską wniosek nie uzasadnia przyznania medalu bądź tytułu i nie przedstawiając NRA swojej decyzji w tym zakresie, powoduje, iż ma ona charakter ostateczny. Decyzje te nie podlegają zatem żadnej weryfikacji ze strony organu, który powołał kapitułę do życia. Co więcej, brak przedstawienia uzasadnienia swojej decyzji powoduje, iż wnioskodawca nie ma nawet możliwości poznania uzasadnienia takiej decyzji kapituły.

Wprowadzenie zmiany w regulaminie poprzez zapis o obowiązku przesłania przez kapitułę do prezesa okręgowej

rady aptekarskiej, która skierowała wniosek o przyznanie medalu, pisemnej decyzji odmownej kapituły wraz z uzasadnieniem odmowy przyznania tego wyróżnienia, miało gwarantować możliwość zapoznania się przez daną okręgową radę aptekarską z motywami negatywnej decyzji. Tymczasem decyzja kapituły może być obciążona subiektywnymi spostrzeżeniami jej członków. Zaproponowana zmiana nie miała w żaden sposób na celu ingerowanie w proces decyzyjności członków kapituły, ale zminimalizowanie subiektywizacji procesu rozpatrywania wniosku o uhonorowanie zasłużonego farmaceuty.

Proponowana zmiana regulaminu miała też dać NRA możliwość weryfikacji podejmowanych przez kapitułę decyzji nie tylko co do przyznania, ale także odmowy przyznania odznaczenia lub tytułu. Naczelna Rada Aptekarska, otrzymując do potwierdzenia uchwałę w zakresie przyznania medalu lub tytułu osobom wskazanym w decyzji podjętej przez kapitułę, nie jest nią związana i może podjąć decyzję odmienną niż kapituła. Tym samym NRA, rozpatrując listę osób, którym kapituła odmówiła przyznania medalu lub tytułu, miałyby możliwość dokonania weryfikacji decyzji kapituły i ewentualnie podjęcia decyzji o uznaniu, iż zasługi osoby przedstawionej przez okręgową radę aptekarską do uhonorowania, uzasadniają jednak przyznanie jej Medalu im. prof. Bronisława Koskowskiego lub tytułu Strażnika Wielkiej Pieczęci Aptekarstwa Polskiego. 🍃

Zdjęcia IZABELA PODOLEC



EUGENIUSZ JAROSIK

Redaktor naczelny
„Farmacji Wielkopolskiej”

Czekając na lepsze lata

Wiceminister zdrowia dr n. med. Waldemar Kraska, absolwent Akademii Medycznej w Białymstoku, świetny chirurg i wieloletni senator, w rozmowie, którą przeprowadziłem z nim w Ministerstwie Zdrowia (wywiad „Dobra atmosfera dla farmaceutów” w bieżącym wydaniu „Farmacji Wielkopolskiej”), pokazał się jako przyjaciel farmaceutów i polityk dobrze znający problemy trapiące środowisko aptekarskie w naszym kraju.

Jego życzliwość dla farmaceutów okazała się bezcenna w grudniu 2015 roku, kiedy z ówczesnym prezesem Naczelnej Rady Aptekarskiej dr. Grzegorzem Kucharewiczem spotkaliśmy się z dr. Waldemarem Kraską w Senacie RP (senator pełnił wówczas funkcję przewodniczącego senackiej Komisji Zdrowia) i przedstawiliśmy mu wcześniej skonsultowany z marszałkiem Senatu Stanisławem Karczewskim, też chirurgiem, pomysł specjalnego posiedzenia Komisji Zdrowia, poświęconego wyłącznie problemom polskiego aptekarstwa. Z marszałkiem Karczewskim miałem okazję rozmawiać na ten temat na spotkaniu opłatkowym, które dla pracowników służby zdrowia zorganizował arcybiskup warszawsko-praski Henryk Hoser, absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie, a w latach 60. między innymi lekarz prowadzący oddział internistycznego w szpitalu rejonowym w Ziębicach. Coroczne „opłatki medyczne” w podziemiach bazyliki katedralnej w połowie grudnia gromadziły dziesiątki przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego, świata nauki i polityki, dzięki temu stwarzały możliwość rozmów i nieformalnych ustaleń.

Tempo prac organizacyjnych było bardzo szybkie, bo dzięki przychylności dr. Kraski już 13 stycznia 2016 r. odbyło się posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia, na którym przedstawiciele Naczelnej Izby Aptekarskiej mogli przedstawić główne problemy polskiej farmacji, a także postulaty samorządu aptekarskiego („PAKT DLA FARMACJI”), zmierzające do uporządkowania rynku aptecznego i uzdrowienia sytuacji ekonomicznej aptek, zwłaszcza tych, które prowadzone są przez niezależnych aptekarzy. Zaprezentowano również pakiet zmian w prawie farmaceutycznym, w tym projekt ustawy o izbach aptekarskich i zawodzie farmaceuty (prace legislacyjne nad kolejną wersją ustawy o zawodzie farmaceuty utknęły w sejmowej Komisji Zdrowia). Efektem tego posiedzenia i rozmów prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia było wystąpienie ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła (także był stałym uczestnikiem spotkań opłatkowych w podziemiach bazyliki katedralnej św. Michała Archanioła i Floriana Męczennika w Warszawie) na uroczystości otwarcia VII Krajowego Zjazdu Aptekarzy w Jachrance i obietnica uchwalenia takich regulacji, jak „apteka dla aptekarza” czy przepisów wprowadzających ograniczenia demograficzne i geograficzne przy wydawaniu zezwoleń na otwieranie nowych aptek.

Kilka tematów poruszonych w rozmowie z wiceministrem zdrowia Waldemarem Kraską zasługuje na szczególną uwagę. Ważny jest wątek dotyczący analizy skutków regulacji znanej jako „apteka dla aptekarza”. Z uzasadnienia do projektu nowelizacji ustawy Prawo farmaceutyczne, uchwalonej w 2017 roku, wynika, że ustawodawca chciał wprowadzić mechanizmy prawne

zabezpieczające przed niebezpieczeństwem monopolizacji rynku usług farmaceutycznych i likwidacji małych przedsiębiorców prowadzących apteki. Interpretacje przepisów tej ustawy przez organy odpowiedzialne za nadzór nad rynkiem farmaceutycznym pozwalają na przeniesienie zezwolenia na prowadzenie apteki właściwie na dowolny podmiot. Ta praktyka w sposób oczywisty wypacza cele wspomnianej nowelizacji, prowadząc do dalszej koncentracji rynku detalicznego i likwidacji małych aptek rodzinnych. Z raportu o rynku farmaceutycznym w Polsce w roku 2019, przygotowanego przez firmę IQVIA, wynika, że pod koniec grudnia ubiegłego roku w Polsce funkcjonowało 13 776 aptek. Całkowita liczba tych placówek ochrony

zdrowia publicznego spadła o 595 w stosunku do grudnia 2018 roku. W tej grupie było 489 aptek prowadzonych przez niezależnych aptekarzy. Wiceminister zdrowia przyznaje, że konieczna jest całościowa analiza skutków przyjętych regulacji, aby rzeczywiście gwarantowały właściwą hierarchię realizacji celów apteki i eliminowały zjawiska niekorzystne ze względu na interes publiczny i dobro pacjenta. Warto zatem przygotować propozycje zmian w prawie farmaceutycznym – to zadanie dla samorządu aptekarskiego!

Waldemar Kraska podkreśla też, że rola farmaceuty powinna być rolą doradczą, że swoją wiedzą i kwalifikacjami powinien wspierać system leczenia pacjenta. Wiceminister ma nadzieję, że kwestie związane z opieką farmaceutyczną uda się uporządkować w obecnej kadencji parlamentu. „Rozwój opieki farmaceutycznej to dobry kierunek. Potrzebne są też odpowiednie regulacje, precyzujące, jakie konkretne czynności i w jakich warunkach powinny być świadczone przez farmaceutę w ramach opieki farmaceutycznej” – mówi dr Kraska. Tak więc i w tym wypadku niezbędne jest zdecydowane działanie samorządu, a okazją będą prace w Sejmie nad projektem ustawy o zawodzie farmaceuty (26 maja 2020 r. odbyło się pierwsze czytanie rządowego



Archiwum autora

ARCYBISKUP HENRYK HOSER CO ROKU ORGANIZOWAŁ SPOTKANIA OPŁATKOWE W PODZIEMIACH PRASKIEJ BAZYLIKI KATEDRALNEJ. OD LEWEJ: EUGENIUSZ JAROSIK, WIELOLETNI WICEPREZES NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ MAREK JĘDRZEJCZAK, ELŻBIETA PUACZ (PREZES KRAJOWEJ RADY DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH W LATACH 2010-2018), KONSTANTY RADZIWIŁŁ (MINISTER ZDROWIA W LATACH 2015-2018) I GRZEGORZ KUCHARIEWICZ (PREZES NRA W LATACH 2008-2016)

projektu tej ustawy; posiedzenie Komisji Zdrowia było prowadzone z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, umożliwiających porozumiewanie się na odległość; powołano podkomisję nadzwyczajną).

Niezmiernie ważne są również słowa uznania dla farmaceutów za ich ofiarną pracę w czadach pandemii. „Dla prawidłowego funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia ogromnie ważne jest, że farmaceuci codziennie wydają leki, udzielają porad i konsultacji. Wobec utrudnionego dostępu do lekarzy rodzinnych i specjalistów w związku z sytuacją epidemiczną apteki stają się pierwszym miejscem, gdzie pacjenci poszukują specjalistycznej porady. Chciałbym podziękować wszystkim farmaceutom i technikom farmaceutycznym z aptek otwartych i szpitalnych za ich opiekę nad pacjentami w tych szczególnych warunkach, jakie związane są z obecnymi zagrożeniami zdrowotnymi w naszym kraju” – powiedział wiceminister zdrowia Waldemar Kraska, który wyznał też, że jest pewien, iż „najbliższe lata będą dobre dla polskiej farmacji”.

Eugeniusz Jarosik



www.stock.adobe.pl

POLSKI RYNEK FARMACEUTYCZNY W 2019 ROKU

Raport o rynku farmaceutycznym w Polsce w roku 2019 przygotowany został przez firmę IQVIA, która jest wiodącym, globalnym dostawcą informacji, innowacyjnych rozwiązań technologicznych oraz badań klinicznych, wykorzystującym dane oraz osiągnięcia nauki do wspierania klientów w systemie ochrony zdrowia, w poszukiwaniu lepszych rozwiązań dla ich pacjentów.

Wartość i struktura rynku farmaceutycznego

W 2019 r. całkowita wartość rynku farmaceutycznego (segmenty: apteczny Rx i CH, szpitalny oraz

sprzedaże wysyłkowe e-aptek)¹, liczona w cenach detalicznych², wyniosła 44,6 mld zł, co oznacza wzrost o 6,5% rok do roku (rdr) (+2,7 mld zł). Całkowita wartość sprzedaży na rynku aptecznym (sprzedaże wysyłkowe oraz kanał stacjonarny) wzrosła o 5,1%, osiągając poziom 36,4 mld zł.

W 2019 r. na rynek istotnie wpłynęło znaczące obniżenie dostępności niektórych produktów. W odróżnieniu od lat poprzednich, kiedy braki dotyczyły głównie drogich produktów oryginalnych, w ubiegłym roku większość leków, w przypadku których zaobserwowano spadek dostępności, stanowiły produkty generyczne. Listę produktów leczniczych zagrożonych brakiem dostępności sukcesywnie

rozszerzano, szczególnie w drugiej połowie roku, kiedy po raz pierwszy wpisano na nią leki na choroby tarczycy i infekcje wirusowe, a liczba SKU (ang. *stock keeping unit* – jednostka magazynowa, identyfikator służący do zarządzania danym towarem)³ zagrożonych brakiem dostępności w cukrzycy znacząco wzrosła. Dane wskazują, że zjawisko spadku dostępności było szersze niż wskazywałaby oficjalna lista. Na poziomie obszarów terapeutycznych największy spadek dostępności widoczny był w schorzeniach tarczycy, a także chorobach serca i cukrzycy.

W roku 2019 doszło do wdrożenia nowych regulacji. Pierwszą z nich była e-recepta. Do końca 2018 r. wszystkie apteki musiały zgłosić gotowość do obsługi e-recepty. Od 2020 r. e-recepta stała się obowiązkową formą wystawiania recept. Ponadto na kształt rynku aptecznego wpływały również regulacje wprowadzone w 2017 r., mianowicie nowelizacja określana jako „Apteka dla Aptekarza”. W 2019 r. liczba aptek wyraźnie spadła. Nowelizacja zahamowała rozwój sieci, które odnotowały spadek liczby aptek o 1,7%, ale nie wpłynęła pozytywnie na rozwój segmentu aptek niezależnych, które odnotowały ponadtrzykrotnie większy spadek (-6,0%).

Rynek aptek otwartych

Rynek aptek otwartych (kanał stacjonarny, segmenty Rx i CH) z dynamiką na poziomie 4,8% przyniósł ponad 1,6 mld zł więcej w porównaniu do 2018 r., osiągając wartość 35,7 mld zł. Kwota wzrostu rozłożyła się równomiernie pomiędzy segment leków i produktów dostępnych bez recepty oraz segment leków na receptę, wynosząc odpowiednio 821,6 mln zł i 825,6 mln zł.

Segment leków dostępnych na receptę

Wzrost wartości sprzedaży w 2019 r., zarówno w segmencie leków Rx nierefundowanych, jak i refundowanych pozwolił zwiększyć tempo wzrostu w segmencie do 4,2%. Łączna wartość rynku leków Rx osiągnęła poziom 20,3 mld zł. Na wzrost wartości rynku Rx największy wpływ miały następujące klasy ATC₁: A – przewód pokarmowy i metabolizm (+152,9 mln zł), C – układ sercowo-naczyniowy (+150,8 mln zł), B – krew i układ krwiotwórczy (+128,5 mln zł). Za wzrost rynku odpowiedzialny był głównie segment leków Rx nierefundowanych.

Trzy klasy: K – płyny stosowane w lecznictwie szpitalnym, P – parazytologia, J – leczenie zakażeń, zanotowały spadek wartości (-12,8 mln zł). Segment leków Rx refundowanych nadal odpowiadał za istotnie większą wartość sprzedaży (64,5%) niż segment leków Rx nierefundowanych. Należy jednak zwrócić uwagę, że pomimo pewnych istotnych rozszerzeń listy refundacyjnej, to leki Rx nierefundowane stanowiły główną siłę napędową rynku produktów dostępnych na receptę w 2019 r.

Segment leków dostępnych na receptę refundowanych

Wartość segmentu leków Rx refundowanych sięgnęła kwoty 13,1 mld zł. Dopłata pacjenta w segmencie leków refundowanych wyniosła 31,9% i była niższa o 1,0 p.p. w porównaniu do 2018 r. Leki refundowane osiągnęły relatywnie niski wzrost, wynoszący 1,1% (+140 mln zł). Obszarami o największym wzroście wartościowym były: nadciśnienie tętnicze (+48,6 mln zł), schizofrenia (+37,0 mln zł) i choroba zakrzepowa (+31,2 mln zł).

Wśród częstoczek stosowane w leczeniu nadciśnienia o największym wzroście wartościowym znalazły się telmisartan, kombinacja hydrochlorothiazide + telmisartan oraz nebivolol. W leczeniu schizofrenii dodano kolejną opcję terapeutyczną – Xeplion (palmitynian paliperidonu), lek wprowadzony do refundacji w lipcu 2018 r. Stanowi on alternatywę dla pacjentów leczących się dotychczas rysperydonem. W chorobie zakrzepowej wzrost wygenerowała głównie molekula enoxaparin sodium (Clexane). Zaobserwowano nieznaczny wzrost liczby ordynacji produktu Clexane (+5%) przy jednoczesnym wzroście zrealizowanych preskrypcji z wydanym Clexane (ponad 50%). Oznaczało to rzadszą substitucję tańszym zamiennikiem. Istotne zmiany wprowadzono w leczeniu cukrzycy typu 2, w którym to obszarze refundacją objęto flozyny [produkty Forxiga (dapagliflozyna), Jardiance (empagliflozyna) oraz Invokana (kanagliflozyna)], udostępniając pacjentom nową opcję terapeutyczną. Flozyny zaczęto refundować w listopadzie, dlatego ich wpływ na wzrost rynku w 2019 r. był ograniczony (+7,0 mln zł). Istotnym czynnikiem było wprowadzenie na listy insuliny degludec (Tresiba) oraz wzrost w obrębie insuliny lispro i glargine. W obszarze terapii alergii i astmy refundacją objęto produkt Novo+Helisen

Depot (wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego do leczenia podtrzymującego), który wrócił na listę leków refundowanych w listopadzie.

Segment leków dostępnych na receptę refundowanych – lista „S”

Segment produktów dla seniorów rósł nadal szybciej niż rynek produktów Rx refundowanych oraz cały rynek Rx. Jednak wpływ listy „S” na wzrost rynku leków Rx refundowanych był dużo niższy niż w 2018 r., gdy konsumpcja 75+ wygenerowała 64% wartości wzrostu całego rynku Rx (w 2019 r. było to już „tylko” 19%). Jednym z powodów tego stanu rzeczy był brak istotnych rozszerzeń oraz usunięcie z listy niektórych produktów. Refundację utraciła molekula indacaterol (Onbrez Breezhaler), stosowana w terapii podtrzymującej POChP. Indacaterol był jedyną molekulą, do której pacjenci 75+ utracili dostęp w ramach listy „S”. Na liście nadal znajdują się jednak dwie inne substancje stosowane w tym wskazaniu. Lista „S” zapewniła seniorom istotne oszczędności – dla leków z listy było to niemal 0,6 mld zł. Oznacza to, że lista „S” pozwoliła obniżyć seniorom wydatki na leki Rx o ponad jedną piątą.

Segment leków dostępnych na receptę nierefundowanych

W segmencie leków nierefundowanych widoczna jest wyraźna kontynuacja trendu wzrostowego. Segment przekroczył wartość 7 mld zł (wzrost o 10,5%). Segment leków nierefundowanych napędzany był głównie terapiami nadciśnienia tętniczego (113,2 mln zł) oraz choroby zakrzepowej (+81,8 mln zł). W leczeniu nadciśnienia ponad połowę wzrostu wartościowego wygenerowały 3 molekuly. Największą osiągnęła molekula bisoprolol (+25 mln zł). Zmiana ceny spowodowała wzrost wartości sprzedaży o 16,7 mln zł (dwie trzecie całkowitego wzrostu wartościowego molekuly). Dwie pozostałe cząsteczki (kombinacja molekul amlodipine, indapamide i perindopril oraz molekula torasemide) wygenerowały wzrost spowodowany niemal wyłącznie wolumenem konsumpcji.

Za niemal połowę kwoty wzrostu w choroby zakrzepowej odpowiadała pojedyncza molekula apixaban [Eliquis (+40 mln zł)]. Eliquis był produktem, który w 2019 r. osiągnął największy wzrost sprzedaży wynikający ze zwiększenia się wolumenu konsumpcji

w całym segmencie leków Rx nierefundowanych. Liczba ordynacji lekarskich wzrosła o 115,8%. Tym samym produkt podwoił swój udział wartościowy w segmencie leków Rx nierefundowanych stosowanych w chorobie zakrzepowej. Wzrost wolumenu konsumpcji, zaobserwowany w obszarze nadciśnienia i choroby zakrzepowej, stanowił główny czynnik wzrostu całego segmentu leków Rx nierefundowanych (70% całkowitego wzrostu w segmencie).

Segment leków i produktów dostępnych bez recepty

Wartość rynku CH wyniosła 15,4 mld zł. Rynek rósł nieznacznie szybciej niż w roku ubiegłym (5,6% w 2019 r. vs. 4,8% w 2018 r.). W segmencie tym duży wpływ na wzrost wartości sprzedaży miały produkty z następujących klas CHC1: 03 – układ pokarmowy (+127,1 mln), 04 – witaminy i minerały (+107,6 mln) i 02 – preparaty przeciwbólowe (+105,6 mln). Klasy te przyniosły łącznie 340,3 mln zł wzrostu. Na wzrost rynku CH (kanał stacjonarny) złożyły się trzy czynniki: wprowadzenie nowych produktów i paczek (37,7% wzrostu), wzrost cen (34,5% wzrostu) oraz wzrost wolumenu konsumpcji istniejących produktów (27,8% wzrostu).

Liczba i struktura aptek oraz profil statystycznej apteki

Pod koniec grudnia 2019 r. w Polsce funkcjonowało 13 776 aptek. Całkowita liczba aptek spadła o prawie 600 w stosunku do grudnia 2018 r. Apteki niezależne i małe sieci (do czterech aptek) stanowiły 55,2% wszystkich aptek (7 598 aptek). Trzy największe pod względem liczby aptek sieci to: DOZ Apteka, Apteki Dr. Max oraz Apteki Cef@rm 36,6. Średni miesięczny obrót apteki w 2019 r. wyniósł 212 tys. zł. Średnia miesięczna wartość sprzedaży leków Rx refundowanych w tym okresie wyniosła 77,5 tys. zł. (+5,0% rdr), co stanowiło 36,6% jej całkowitego obrotu.

Wydatki pacjenta i ordynacje lekarskie

Średni wydatek pacjenta na jedno opakowanie produktu (Rx i CH) wyniósł 14,13 zł i wzrósł o 5,5% rdr. Udział wydatków pacjenta w całkowitym koszcie leków na receptę (refundowanych i nierefundowanych) wyniósł 55,5% i wzrósł w porównaniu do 2018 r. o 0,7 p.p.



www.stock.adobe.pl

Analizując rynek leków na receptę, warto odnieść się do całkowitej liczby pojedynczych ordynacji lekarskich. W 2019 r. wyniosła ona prawie 511 mln, co oznacza wzrost o 12,5 mln (+2,5%) w stosunku do 2018 r. Spośród klas ATC1 top3 klasy odpowiadały za ponad trzy czwarte całego wzrostu. Najwyższy przyrost liczby ordynacji lekarskich dotyczył klasy C (układ krążenia), szczególnie w klasie C07A (betablokery - preparaty proste) oraz C09B (ACE- inhibitory w połączeniach). Klasa N (układ nerwowy) rosła głównie dzięki antydepresantom (N06A), spośród których najwyższy wzrost zanotowały leki z grupy SSRI. Ostatnia klasa z grupy top3 – A (przewód pokarmowy i metabolizm) - rosła głównie za sprawą biguanidyn, doustnych leków przeciwcukrzycowych (A10J).

Zjawisko substytucji leków w 2019 r. osiągnęło poziom 3,9% (w ujęciu ilościowym) i zmieniło się w porównaniu do 2018 r. o 0,9 p.p. Wśród top 10 molekuł Rx pod względem sprzedaży wartościowej w 2019 r. najwyższy poziom substytucji odnotowano w molekułach atorvastatin (9,9%) i enoxaparin sodium (8,8%). W przypadku tej ostatniej należy zwrócić uwagę na istotny spadek

poziomu substytucji o ponad 11 p.p. w porównaniu z 2018 r.

Rynek sprzedaży wysyłkowych e-aptek

Całkowita wartość rynku sprzedaży wysyłkowych e-aptek, liczona w cenach detalicznych w 2019 r., wyniosła ponad 729,4 mln zł; to o 107,4 mln zł więcej niż w 2018 r. Oznacza to wzrost na poziomie 17,3%. Było to mniej niż w 2018 r., kiedy kwota wzrostu wyniosła 126,3 mln zł. Oznacza to spowolnienie tempa wzrostu w segmencie, wynikające z postępującego nasycenia rynku e-aptek i niższego wzrostu wolumenu konsumpcji. Jednym z czynników, który nadal napędzał wzrost rynku www, był poziom cen. Cena pojedynczego opakowania w aptece internetowej pozostawała niższa niż w kanale tradycyjnym – średnio o 5,6%.

Rynek szpitalny

Całkowita wartość rynku szpitalnego w 2019 r. wyniosła ponad 8,2 mld zł; to o 955,7 mln zł więcej niż w 2018 r. Oznacza to wzrost na poziomie 13,2%.



www.stock.adobe.pl

Głównym czynnikiem wzrostu w segmencie było wprowadzanie nowych opcji terapeutycznych w ramach programów lekowych. Kluczowe było wprowadzenie nowego programu lekowego „Leczenie rdzeniowego zaniku mięśni” i objęcie refundacją cząsteczki nusinersen (Spinraza). Na wzrost rynku wpływ miały istotne rozszerzenia istniejących programów lekowych. Nowe opcje terapeutyczne udostępniono w programie leczenia raka piersi, obejmując nim leczenie ribociclibem (Kisqali) i palbociclibem (Ibrance). Do programu leczenia raka płuca włączono atezolizumab (Tecentiq), udostępniając pacjentom w drugiej linii leczenia refundowany lek immunokompetentny oraz osimeritinib (Targrisso). W leczeniu opornego lub

nawrotowego szpiczaka plazmocytozowego pojawiły się dwie nowe opcje terapeutyczne – daratumumab (Darzalex) i karfilzomib (Kyprolis). Rozszerzono populację pacjentów z przewlekłą białaczką limfocytową, którzy w ramach programu lekowego mogą skorzystać z leczenia wenetoklaksem (Venclyxto) w skojarzeniu z rytuksymabem. Kolejnym czynnikiem wzrostu programów lekowych był zwiększenie się wolumenu konsumpcji leków wprowadzonych do refundacji przed 2019 r. Wśród trzech molekuł o największym wzroście na rynku szpitalnym, oprócz wspomnianego wcześniej nusinersenu, znalazły się będące już wcześniej w refundacji nivolumab (Opdivo) i pembrolizumab (Keytruda). Silny wzrost zanotowano również w terapiach pangentowych WZW C (Maviret, Eplusa).

Na rynek szpitalny negatywnie oddziaływał komponent ceny, co wynikało z objęcia refundacją pierwszych lub kolejnych leków biopodobnych w terapii raka piersi (trastuzumab), RZS (adalimumab) i chemioterapii (rituximab).

SŁOWNIK SKRÓTÓW I DEFINICJI:

rdr – zmiana do analogicznego okresu roku poprzedniego

p.p. – zmiana o punkt procentowy

rynek aptek otwartych – definiowany jako segment Rx i segment CH

segment Rx – leki Rx refundowane (ATC1 A-V, Rx) według kolejnych obwieszczeń ministra zdrowia (A1, A2, A3) i leki Rx nierefundowane (ATC1 A-V, Rx)

segment CH – leki i produkty dostępne bez recepty (CHC1 1-97)

pojedyncza ordynacja lekarska – każdorazowe zalecenie zastosowania leku wystawione za pomocą recepty lekarskiej, niezależne od liczby przepisanych opakowań

¹ Rynek Rx – leki i produkty refundowane podlegające refundacji według kolejno obowiązujących obwieszczeń ministra zdrowia oraz leki nierefundowane; w zawężeniu do klas ATC1 A-V; rynek CH – leki i produkty dostępne bez recepty w aptece w zawężeniu do klas CHC1 1-97; rynek szpitalny – leki w zawężeniu do klas ATC1 A-V; rynek sprzedaży wysyłkowej e-aptek – leki i produkty dostępne bez recepty w zawężeniu do klas CHC1 1-97

² Rynek szpitalny liczony w cenach producenta netto

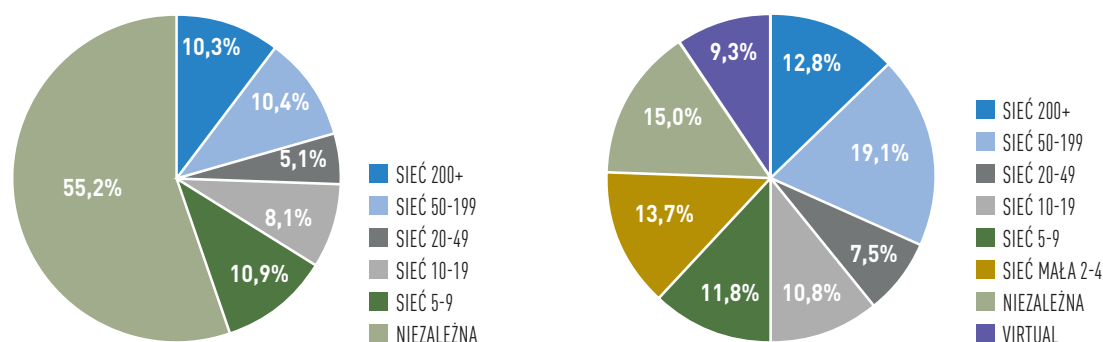
³ Handlowcy odnoszą SKU do każdego produktu, który można sprzedać (w przeciwieństwie do numerów EAN lub GTIN – kodu kreskowego, który dotyczy produktów wytwórcy, a nie sprzedawcy). To właśnie SKU używana jest do zlokalizowania i zarządzania produktem.

LICZBA I STRUKTURA APTEK ORAZ PROFIL STATYSTYCZNEJ APTEKI

13 776	-595	-106	-489
Liczba aptek na koniec 2019	Zmiana całkowitej liczby aptek (rdr)	Zmiana liczby aptek sieciowych 5+ (rdr)	Zmiana liczby aptek indywidualnych 1-4 (rdr)

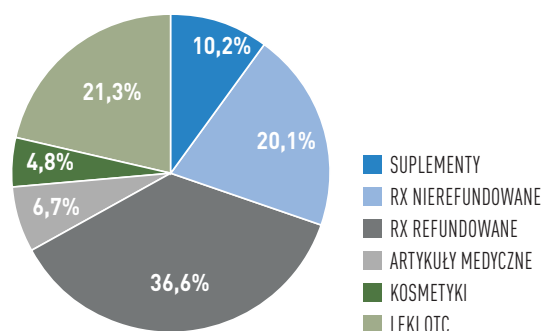
APTEKI W PODZIALE NA TYP

Liczba aptek – struktura (grudzień 2019) Wartość sprzedaży – struktura (2019)



Źródło: IQVIA Kompendium Aptek – 2019/12, IQVIA Pharmascope – 2019/12

STRUKTURA SPRZEDAŻY STATYSTYCZNEJ APTEKI W PODZIALE NA SEGMENTY (2019, WARTOŚCIOWO)



Źródło: IQVIA Raport Aptek – 2019/12

RYNEK SPRZEDAŻY WYSYŁKOWYCH E-APTEK

729,4 mln zł	+17,3%	107,4 mln zł
Wartość rynku sprzedaży wysyłkowych	Zmiana rok do roku (rdr)	Wzrost (zł) rok do roku (rdr)

mgr farm. ANNA STACHOWSKA
mgr farm. MATEUSZ SZAMAŁEK

NADZÓR NAD OBROTEM ŚRODKAMI KONTROLOWANYMI

Szczególnym rodzajem leków są produkty zawierające środki odurzające, substancje psychotropowe i prekursory. Do ich obrotu detalicznego uprawnione są apteki na podstawie art. 41 ustawy z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. System prawny nie wymaga od aptek posiadania żadnego dodatkowego zezwolenia na dystrybucję tych preparatów, określa jednak szczegółowe warunki, jakie muszą zostać spełnione, aby zapewnić należyte bezpieczeństwo.

Rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii I i preparatów zawierających te środki lub substancje określa między innymi sposób przechowywania tych leków w aptece oraz zasady prowadzenia ewidencji przychodów i rozchodów, obowiązku należącego do kierownika apteki, który

może być pisemnie przekazany farmaceucie posiadającemu co najmniej dwuletni staż pracy. Choć coraz trudniej jest sobie wyobrazić prowadzenie apteki bez obrotu środkami kontrolowanymi, rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki przewiduje możliwość zwolnienia placówki z prowadzenia środków odurzających grupy I-N i substancji psychotropowych

grupy II-P na wniosek kierownika skierowany do wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego.

Apteki prowadzące obrót środkami kontrolowanymi dokonują ich zakupu w hurtowniach farmaceutycznych. Na poziomie dystrybucji hurtowej produkty te mają swojego „osobistego opiekuna” – farmaceutę ds. środków kontrolowanych. Obrót hurtowy środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi wymaga



www.stock.adobe.com

posiadania zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego, wydawanego niezależnie od zezwolenia na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej. W przypadku obrotu prekursorami kategorii 1 (w praktyce dotyczy to efedryny do receptury) niezbędne jest również uzyskanie licencji wydawanej zgodnie z rozporządzeniem Komisji (WE) nr 1277/2005.

Szczegółowe warunki prowadzenia hurtowej dystrybucji środkami kontrolowanymi określa odrębne rozporządzenie ministra zdrowia. W tym akcie prawnym zdefiniowano kilka nadrzędnych wymagań, które hurtownia farmaceutyczna musi spełniać:

- posiadanie stosownych procedur i systemu kontroli prowadzonej działalności;

- zatrudnienie osoby odpowiedzialnej za nadzór nad obrotem środkami kontrolowanymi;

- posiadanie systemu zabezpieczenia pomieszczeń służących do przechowywania środków kontrolowanych przed dostępem osób nieupoważnionych, w sposób zabezpieczony przed kradzieżą, pod alarmem i infrastrukturą spełniającą wymogi bezpieczeństwa;

- prowadzenie ewidencji przychodów i rozchodów, a także dokumentacji dotyczącej przechowywania i zabezpieczenia.

Nietrudno zauważyć, że osobą spinającą wszystkie te wymagania jest właśnie zatrudniona do tego celu zgodnie z przepisami osoba odpowiedzialna za nadzór nad obrotem środkami kontrolowanymi.

Zgodnie z przepisami osobą tą w hurtowni farmaceutycznej może być wyłącznie magister farmacji, legitymujący się co najmniej dwuletnim stażem pracy w hurtowni lub aptece. Jednocześnie osoba ta nie może zajmować stanowiska Osoby Odpowiedzialnej (kierownika) w hurtowni, w której jest zatrudniona. Czym dokładnie zajmuje się specjalista?

Po pierwsze, jest to szeroko rozumiana organizacja pracy hurtowni farmaceutycznej związana z obrotem tymi szczególnymi preparatami. Poza opisanym wyżej zapewnieniem właściwych warunków zabezpieczenia i przechowywania, specjalista ds. środków kontrolowanych organizuje i nadzoruje właściwą pracę personelu hurtowni. Nie jest

operacyjnie wykonalne, ani też prawnie wymagane, by poszczególne operacje logistyczne, takie jak przyjmowanie i wydawanie dostaw, kompletowanie i pakowanie czy transport, były wykonywane osobiście przez farmaceutę. Specjalista tworzy jednak stosowny system pracy, opisany szczegółowo w dedykowanych procedurach. Na ich podstawie szkoli personel magazynowy do prowadzenia określonych

czynności. System szkoleń obejmuje nie tylko wstępne zapoznanie się ze specyfiką obrotu środkami kontrolowanymi, ale polega także na ciągłym doskonaleniu personelu w ramach szkoleń okresowych, zaplanowanych w opracowanym przez specjalistę harmonogramie. W ślad za szkoleniami i dopiero po ich przeprowadzeniu oraz zaliczeniu stosownych wewnętrznych testów weryfikujących wiedzę

i umiejętności może zostać wydane pracownikowi upoważnienie. Przy czym rozróżnia się zarówno upoważnienia do różnych czynności wykonywanych ze środkami kontrolowanymi (przyjmowanie, kompletowanie, wydawanie, obsługa reklamacji i zwrotów itp.), jak i upoważnienia do dostępu do poszczególnych stref kontrolowanych.

Drugą grupą czynności należących do obowiązków specjalisty ds. środków kontrolowanych jest prowadzenie dokumentacji. Należy do niej przede wszystkim określona przepisami prawa ewidencja przychodów i rozchodów, obejmująca wszystkie grupy środków kontrolowanych wskazane w zezwoleniu i będące przedmiotem obrotu hurtowni. Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie wydawania zezwoleń na obrót hurtowy środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub prekursorami kategorii 1, ewidencja środków odurzających grup I-N, II-N, IV-N oraz substancji psychotropowych grupy I-P i II-P musi uwzględniać zapis każdej pojedynczej transakcji, odrębnie dla każdego środka odurzającego lub substancji psychotropowej. Biorąc pod uwagę skalę realizowanych przez hurtownie wydań tych produktów, przełomową w tej kwestii była zmiana przepisów umożliwiająca odejście od papierowych, ręcznie wypełnianych ksiąg kontroli na rzecz prowadzenia zapisów w formie elektronicznej. W postaci bardziej ogólnych, comiesięcznych zestawień prowadzona jest ewidencja środków odurzających grupy III-N, środków psychotropowych



grup III-P i IV-P oraz prekursorów kategorii 1. Poza tym, na mocy odrębnych przepisów, specjalista każdego roku zobowiązany jest złożyć do Głównego Inspektora Farmaceutycznego roczne sprawozdanie z obrotu środkami kontrolowanymi.

Warto wspomnieć również o dokumentach związanych stricte z nadzorem nad obsługą magazynową środkami kontrolowanymi, takich jak karty przeprowadzonych szkoleń czy upoważnienia. Ponadto, w razie niezgodności w tym zakresie z przepisami prawnymi lub wewnętrznymi procedurami, podejmowane są stosowne działania korygujące i zapobiegawcze w ramach obowiązującego w hurtowni systemu zarządzania jakością. Działania te także muszą zostać przez specjalistę odpowiednio udokumentowane.

Po trzecie, specjalista podejmuje niektóre szczególne czynności osobiście. I tak, pomimo że specjalista może przeszkolić i upoważnić personel do czynności związanych z kwalifikacją środków kontrolowanych do utylizacji, pewne czynności w zakresie samego przekazania do utylizacji musi, zgodnie z rozporządzeniem, wykonać osobiście. Należą do nich:

- prowadzenie ewidencji produktów przeznaczonych do utylizacji,
- sporządzenie i przesłanie do wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego zawiadomienia dotyczącego zniszczenia substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1, środków odurzających,
- odpowiednie zabezpieczenie produktów w obecności wojewódzkiego inspektora,

- przekazanie produktów przeznaczonych do zniszczenia upoważnionemu przedsiębiorcy,
- skompletowanie dokumentacji z procesu utylizacji, w tym protokołu z zabezpieczenia, dokumentu zdjęcia ze stanu oraz protokołu ze zniszczenia.

Ważne miejsce zajmują również czynności związane z procesem reklamacyjnym. Pomimo że środki kontrolowane podlegają szczególnemu nadzorowi, a ich wydania realizowane są wyłącznie przez odpowiednio przeszkolony i upoważniony personel, należy jasno powiedzieć, iż całkowite wyeliminowanie błędów podczas kompletacji zleceń nie jest możliwe. Specjalista, sprawując bezpośredni nadzór nad procesem reklamacyjnym, gromadzi stosowną dokumentację umożliwiającą weryfikację zgłoszonych przez klientów reklamacji i podejmuje decyzję odnośnie zasadności zgłoszenia. Dokumentacja ta obejmuje między innymi dane systemowe odnośnie kompletacji i pakowania danego zlecenia, materiał dowodowy w postaci nagrań z systemu kamer, wyniki weryfikacji stanów magazynowych czy też potwierdzenie prawidłowego wydania towaru z hurtowni. Należy dodać, że kontrola stanów magazynowych środków odurzających, substancji psychotropowych oraz prekursorów kategorii 1 odbywa się nie tylko doraźne, w trakcie prowadzonego postępowania reklamacyjnego, lecz również regularnie, zgodnie z harmonogramem opracowanym przez specjalistę. W tym zakresie odpowiada on za

podjęcie odpowiednich działań zmierzających do wyjaśnienia ewentualnych rozbieżności.

Niezależnie od bieżącej kontroli stanów magazynowych środków kontrolowanych przeprowadzana jest także inwentaryzacja, która odbywa się cyklicznie. Różnice inwentaryzacyjne środków odurzających, substancji psychotropowych oraz prekursorów przed rozliczeniem i zaksięgowaniem podlegają weryfikacji i akceptacji ze strony specjalisty.

Przytoczony powyżej, niewątpliwie szeroki i odpowiedzialny zakres pracy, stawia specjalistę – farmaceutę ds. środków kontrolowanych w hurtowni farmaceutycznej – w partnerskiej relacji z kierownikiem apteki, w celu zapewnienia należytej jakości i spełnienia obowiązków prawnych w obrocie tymi szczególnymi produktami leczniczymi. 🍃



mgr farm.
ANNA STACHOWSKA
Od niemal 10 lat pracuje w hurtowni farmaceutycznej, obecnie na stanowisku specjalisty ds. obrotu środkami psychotropowymi i odurzającymi.



mgr farm.
MATEUSZ SZAMAŁEK
Od 2010 roku zawodowo związany z przemysłem i hurtem farmaceutycznym. Inicjator Sekcji Pracowników Hurtowni Farmaceutycznych WOIA. Autor branżowej bazy informacyjnej pharmalogica.pl. Członek Zarządu Stowarzyszenia na Rzecz Dobrej Praktyki Regulacyjnej GRP.



dr n. farm. **MAREK JĘDRZEJCZAK**
Aptekarz, specjalista w dziedzinie farmacji aptecznej,
były wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Rynek, środowisko i moja farmacja bez końca

Człowiek nie jest zawieszony w próżni. Nie jest niezależny od otoczenia, w którym funkcjonuje i którego jest elementem. On sam, świadomie bądź nie, wpływa na swoje środowisko, dostosowując poszczególne jego elementy do własnych potrzeb. Środowisko staje się żywym organizmem, mocnym siłą intelektu i woli poszczególnych jego elementów (podmiotów). Koloryt środowisku nadaje zbiorowość indywidualności, mnogość emocji i przekuwanie tego, co w głowie, w teorii lub/i w materialną wartość.

Rynek jako zespół mechanizmów umożliwiający kontakt producentów, przedsiębiorców z konsumentami pragnie wyprzedzać wszystko, co staje mu na drodze. Jest niestabilny, choć pragnie równowagi. Człowiek funkcjonujący na rynku szuka i chce spotkać się z akceptacją – kogoś bogatszego, przedsiębiorczego, decyzyjnego, któremu w danej chwili będzie potrzebny, na dłużej, na krócej lub tylko na próbę. Jednostka powinna być trybem o dużej wytrzymałości, łatwo poddawać się obróbce, jeżeli chce stanowić element działającej zgodnie z instrukcją maszyny-ryнку.

Codziennie po trudzie dnia, po wielu rozmowach z pacjentami, którzy przychodzą ze swoimi lub swoich bliskich problemami zdrowotnymi, siadam w fotelu i analizuję informacje przekazywane przez doświadczonych komentatorów – tych, którzy nie poddali się poprawności nowego świata, stawiają rzetelną wiedzę i prawdę na pierwszym miejscu. Zaglądam również na portale

farmaceutyczne na przykład „mgr.farm”. Dzięki temu dobrze zredagowanemu, informatycznemu medium dostaję syntezę tygodniowych wydarzeń dotyczących farmacji. Red. mgr Łukasz Waligórski zwraca się do nas, farmaceutów: „Cześć. Dzięki, że oglądacie farmaceutyczne podsumowanie tygodnia. Za nami kolejne siedem dni na rynku aptecznym, na rynku farmaceutycznym...”. W dalszej treści komentarza również wielokrotnie pojawią się słowa „rynek farmaceutyczny, apteczny”. A gdzie jestem JA – aptekarz, moje troski, trudy, wiedza i wieloletnie doświadczenia środowiska farmaceutycznego? Rynek farmaceutyczny, apteczny to coraz powszechniejsze określenie naszego (i nie tylko) miejsca na ziemi i nas samych w wielu branżowych przekąźnikach. Tak więc stoję na rynku i czekam z lękiem. „Nikt cię nie podda obróbce. Nie nadajesz się nawet na recykling” – mówi jakiś decydent.

Nasiąkłem wiedzą, doświadczeniem. Mam swoje zdanie, jak trzeba – bronię swojej aptekarskiej OJCZYZNY. Kiedy jestem pośród aptekarzy, nabieram sił, rumieńców, rozpiera mnie radość. Czuję, jak mi serce bije, kiedy słyszę farmaceutyczny język, którym porozumiewam się od niemal czterdziestu lat. Musimy się szanować i wspierać. Farmaceuci sami tworzą swoje miejsce w coraz bardziej świadomym swoich praw społeczeństwie. Nie zwracajmy uwagi na uzurpatorów, którzy osiadają na różnych stanowiskach i przez kadencje polerują swoje ego, a na co dzień pozorują statutowe działania, tworzą naukowe



Nasiąknę wiedzą, doświadczeniem. Mam swoje zdanie, jak trzeba – bronię swojej aptekarskiej OJCZYZNY. Kiedy jestem pośród aptekarzy, nabieram sił, rumieńców, rozpira mnie radość

wydmuszki, puszczają bańki mydlane – kolorowe, ale w środku puste.

Studiuję na portalach medycznych wypowiedzi młodych farmaceutów, ciekawe opracowania, często stanowiące przegląd literatury fachowej. Czasami wdaję się w polemikę z moimi młodymi koleżankami i kolegami farmaceutami. Powiem szczerze, czuję dumę z dojrzałości tych wypowiedzi, na szczęście nie recenzowanych przez „specjalistów” od naukowej poprawności. Dzisiejsze odmłodzone środowisko farmaceutyczne, zróżnicowane zainteresowaniami i doświadczeniami zawodowymi, umocowane poprzez swych mistrzów w historii niesienia pomocy cierpiącemu, godne jest stworzenia płaszczyzny dającej możliwość przekuwania tego, co w głowie, na

wartość gwarantującą autorytet społeczny. Trochę wzniośle i patetycznie? Nie szkodzi.

Potrzebne jest nam miejsce, platforma, może nawet spokojna oaza na nasze dyskusje o farmacji bez końca. Płaszczyzną wymiany poglądów, merytorycznej dyskusji nad nowymi teoriami terapeutycznymi, poglądami natury etycznej, a może nawet filozoficznej, może stać się „Farmacja Wielkopolska”. Po dwóch latach udostępniania kolejnych wydań (już się zgłaszam do komitetu organizacyjnego). Konferencję nie tylko naukową, ale przede wszystkim integrującą nasze niedoceniane środowisko, któremu na froncie, za pierwszym stołem nawet COVID-19 niestraszny. 🌿

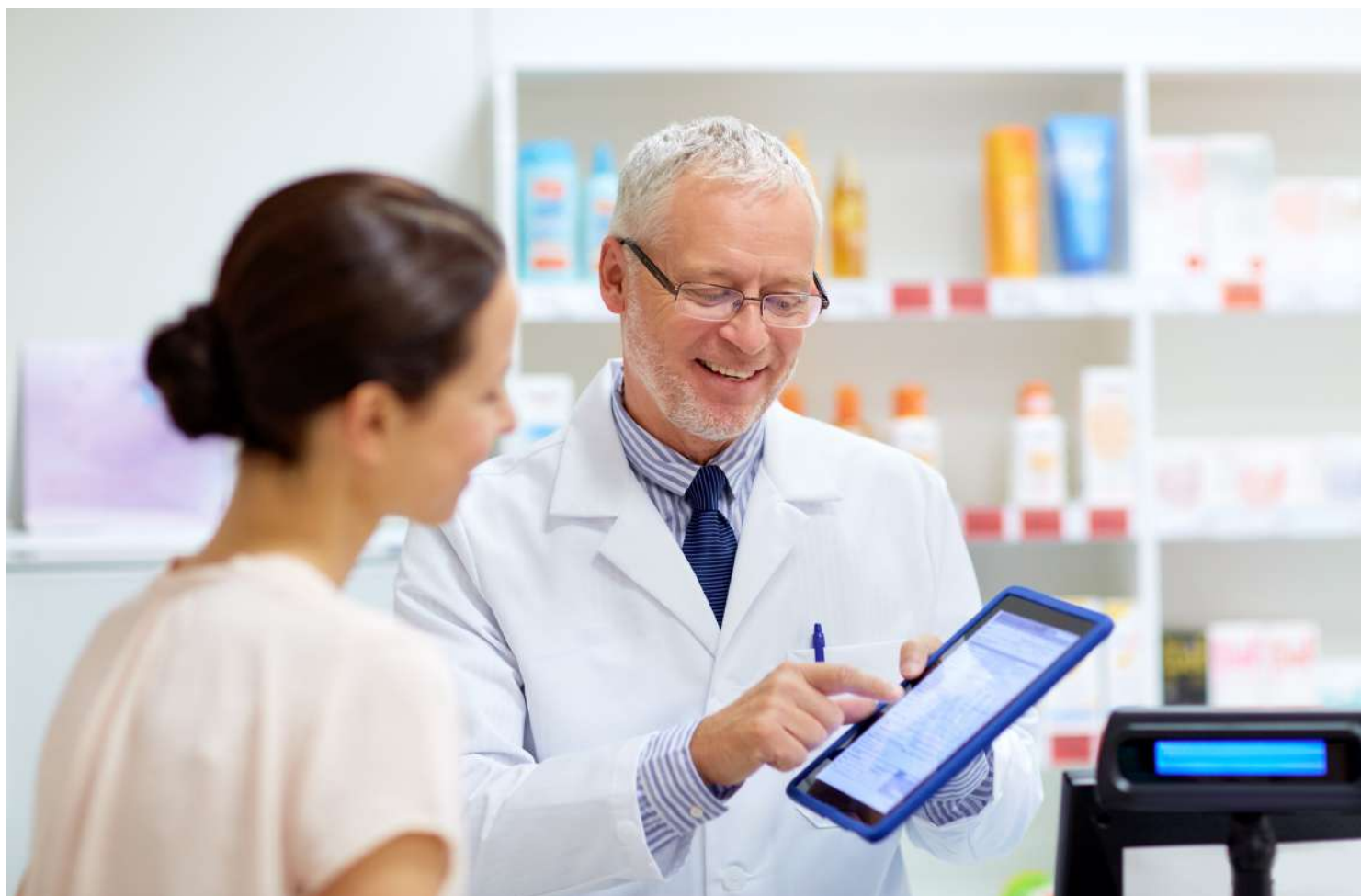
ZARZĄD SUKCESYJNY W APTECE

Prowadzący aptekę we własnym imieniu na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (czyli jako przedsiębiorca) zastanawiają się czasem, co się stanie z apteką po ich śmierci. Kto zajmie się jej prowadzeniem, kto dopilnuje wszystkich zobowiązań wobec pracowników, hurtowni czy Narodowego Funduszu Zdrowia? Czy ktoś zatroszczy się, aby zezwolenie na prowadzenie apteki nie wygasło i przedsiębiorstwo przetrwało tak poważne zakłócenie w jego funkcjonowaniu dla dobra lokalnej społeczności?

Prowadzenie apteki nie stanowi „zwyczajnej” formy prowadzenia działalności gospodarczej, ale jest obostrzone wieloma ograniczeniami, zarówno podmiotowymi, które regulują, kto może uzyskać zezwolenie na prowadzenie apteki, jak i ograniczeniami przedmiotowymi, określającymi, jakie towary i usługi można nabyć w aptece. Wskazać należy na dodatkowe ograniczenie, które sprowadza się do tego, że po wielu latach prowadzenia działalności gospodarczej właściciel apteki

może podjąć decyzję o odpłatnym lub nieodpłatnym zbyciu apteki (przedsiębiorstwa) za życia, ale koniecznym jest spełnienie ustawowych przesłanek dla realizacji takiej czynności prawnej. Czynność taka w formie sprzedaży czy też darowizny prowadzonego przez nas przedsiębiorstwa wraz z przeniesieniem zezwolenia na prowadzenie apteki musiałaby oczywiście być dokonana na rzecz podmiotu, który sam posiada zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej i spełnia wymagania, o których mowa w art. 99 ust. 3,

3a, 4-4b i art. 101 pkt 2-5 ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. 22 lutego 2019 r. Dz. U. z 2019r. poz. 499 ze zm.). Wśród wymagań jest wymóg podstawowy, aby przejmującym był farmaceuta posiadający prawo wykonywania zawodu bądź spółka osobowa (spółka jawna lub spółka partnerska), której przedmiotem działalności jest wyłącznie prowadzenie apteki i w której wspólnikami (partnerami) są wyłącznie farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu. Sama czynność „przeniesienia apteki” byłaby



www.stock.adobe.com

czynnością przeniesienie przedsiębiorstwa lub jego zorganizowanej części w rozumieniu art. 551 ustawy z 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. z 16 maja 2019 r. Dz. U. z 2019 r. poz. 1145 ze zm.).

Pojawia się jednak zagadnienie, co w przypadku, gdy właściciel apteki nie ma osoby, której mógłby przekazać prowadzoną aptekę za życia lub też uważa, że zagadnienie to nie jest dla niego aż tak istotne, by się nim zajmować. Nie trzeba przekonywać, że brak uregulowania kwestii kontynuowania prowadzenia apteki w razie niespodziewanej śmierci może przysporzyć wiele problemów bliskim, którzy potencjalnie mogą stać się

spadkobiercami. Należy pamiętać, iż w chwili śmierci przedsiębiorcy, który prowadził działalność gospodarczą na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG), jego firma podlega wykreśleniu z tego rejestru.

Tym samym, niezależnie od tego, jak długo prowadzi się aptekę w ramach działalności gospodarczej, warto zastanowić się nad ustanowieniem tzw. zarządcy sukcesyjnego, instytucji prawa, która od niedawna pojawiła się w polskim systemie prawnym. Pojawia się zatem pytanie: kim jest zarządca sukcesyjny, jaką rolę może pełnić w przypadku prowadzenia apteki,

a także czym jest instytucja zarządu sukcesyjnego?

Instytucja zarządcy sukcesyjnego została uregulowana w ustawie z 5 lipca 2018 r. o zarządzie sukcesyjnym przedsiębiorstwem osoby fizycznej i innych ułatwieniach związanych z sukcesją przedsiębiorstwa (Dz. U. z 2018 r. poz. 1629 ze zm.). Ustanowienie zarządcy sukcesyjnego pozwala na kontynuowanie działalności przedsiębiorstwa po śmierci farmaceuty i zachowanie przez dwa lata zezwolenia na prowadzenie apteki, w którym to czasie spadkobiercy mogą podjąć decyzję o sprzedaży przedsiębiorstwa, przekazaniu czy też zakończeniu działalności gospodarczej



www.adobe.stock.com

prowadzonej przez farmaceutę w formie apteki.

Farmaceuta, mając na uwadze dobro prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej, konieczność zabezpieczenia ciągłości prowadzenia apteki i zachowania zezwolenia na jej prowadzenie, może sam za życia ustanowić zarząd sukcesyjny i wybrać osobę, która według niego najlepiej wypełni obowiązki zarządcy sukcesyjnego. Do ustanowienia zarządu sukcesyjnego wymagane jest powołanie zarządcy sukcesyjnego, wyrażenie zgody przez osobę powołaną na zarządcę sukcesyjnego do pełnienia tej funkcji oraz dokonanie wpisu zarządu sukcesyjnego do CEIDG. Powołanie zarządcy sukcesyjnego jest to konstytutywne oświadczenie woli przedsiębiorcy, które należy złożyć przy zachowaniu zwykłej formy pisemnej, skuteczne pod warunkiem dokonania wpisu do CEIDG. Analogicznie wyrażenie zgody osoby powołanej na zarządcę sukcesyjnego do pełnienia tej funkcji wymaga także zachowania formy zwykłej pisemnej.

Samo dokonanie wpisu (jako czynności technicznej) zarządcy sukcesyjnego do CEIDG można dokonać online, poprzez dokonanie zmiany wpisu w swoim aktualnym wpisie do rejestru CEIDG i załączeniu formularza CEIDG-ZS, który zawiera dane ustanawianego zarządcy sukcesyjnego. Wymagania, jakie musi spełniać osoba, która może zostać ustanowiona zarządcą sukcesyjnym przedsiębiorstwa prowadzącego aptekę, to:

- posiadanie pełnej zdolności do czynności prawnych
- brak orzeczonego wobec tej osoby zakazu prowadzenia działalności gospodarczej
- spełnianie wymagań do prowadzenia apteki, z wyłączeniem obowiązku posiadania statusu farmaceuty z prawem wykonywania zawodu.

W chwili śmierci farmaceuty ustanowiony przez niego zarządca sukcesyjny będzie stanowił nieocenioną pomoc dla spadkobierców w tym jakże dla nich trudnym czasie i w sposób płynny przejmie prowadzenie działalności gospodarczej. Od tego momentu przez

Ustanowienie zarządcy sukcesyjnego pozwala na kontynuowanie działalności przedsiębiorstwa po śmierci farmaceuty i zachowanie przez dwa lata zezwolenia na prowadzenie apteki

okres dwóch lat przedsiębiorstwo zmarłego farmaceuty będzie prowadzone pod dotychczasową firmą z dopiskiem „w spadku”. W terminie 12 miesięcy od dnia śmierci osoby, na rzecz której zostało wydane zezwolenie na prowadzenie apteki, zarządca sukcesyjny musi złożyć wniosek do wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego o dokonanie zmiany wpisu w zezwoleniu w zakresie podmiotu posiadającego zezwolenie. W przeciwnym razie zezwolenie wygaśnie po upływie wspomnianego okresu.

Jeśli właściciel apteki nie podjął kroków w celu ustanowienia zarządcy sukcesyjnego za życia, do ustanowienia zarządcy sukcesyjnego może dojść również po jego śmierci. W takim przypadku zarządcą sukcesyjnym może zostać małżonek farmaceuty, któremu przysługuje udział w przedsiębiorstwie w spadku, spadkobierca ustawowy przedsiębiorcy, który przyjął spadek, spadkobierca testamentowy przedsiębiorcy, który przyjął spadek, albo zapisobierca windykacyjny, który przyjął zapis

windykacyjny, jeżeli zgodnie z ogłoszonym testamentem przysługuje mu udział w przedsiębiorstwie w spadku.

Co ważne, do ustanowienia zarządcy sukcesyjnego osoby powyżej wskazane mają tylko 2 miesiące liczone od dnia śmierci przedsiębiorcy. Do ustanowienia zarządcy sukcesyjnego wymagana jest zgoda osób, którym łącznie przysługuje udział w przedsiębiorstwie (w spadku) większy niż 85%. Powołanie w takim przypadku zarządcy sukcesyjnego wymaga zachowania formy aktu notarialnego. Następnie powołany zarządca sukcesyjny składa przed notariuszem oświadczenie o braku przeciwwskazań do objęcia tej funkcji pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Tak powołany zarządca sukcesyjny zostaje zgłoszony przez notariusza do rejestru CEIDG.

Patrząc na procedurę ustanowienia zarządcy sukcesyjnego, może się pojawić myśl, że skoro proces ten wydaje się tak prosty, to po co zawracać sobie głowę zarządem sukcesyjnym jeszcze za życia. Niestety, ustanowienie zarządcy sukcesyjnego, tak jak każda sprawa spadkowa, z uwagi na krąg osób uprawnionych do spadku, wzajemne relacje pomiędzy nimi, odległości pomiędzy ich miejscami zamieszkania może okazać się procesem bardzo skomplikowanym lub całkowicie niemożliwym do przeprowadzenia.

Należy pamiętać, iż na wykonanie czynności ustanowienia zarządcy sukcesyjnego ustawodawca dał tylko 2 miesiące liczone od śmierci osoby prowadzącej

aptekę. Wprowadzony limit upływu czasu może okazać się warunkiem, który w realiach wymiaru sprawiedliwości może być nie do spełnienia. Pojawia się także kwestia ustalenia kręgu osób, którym przysługuje udział w przedsiębiorstwie (w spadku) w wielkości ponad 85%. Przeprowadzenie sądowego postępowania zakończonego prawomocnym postanowieniem sądu o stwierdzeniu nabycia spadku po zmarłym w terminie dwóch miesięcy od śmierci spadkobiercy ze względu na obciążenie sądów może okazać się po prostu niemożliwe. Innym rozwiązaniem jest tzw. poświadczenie dziedziczenia przed notariuszem, do którego przeprowadzenia konieczna jest jednakże obecność wszystkich spadkobierców ustawowych w przypadku dziedziczenia ustawowego, a w razie pozostawienia przez zmarłego testamentu, także osób powołanych

- w testamencie. Proces ten również może okazać się trudnym do zrealizowania w tak krótkim czasie, co ostatecznie może sprawić, iż brak będzie osoby uprawnionej do złożenia
- w terminie 12 miesięcy od dnia śmierci farmaceuty wniosku do wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego o dokonanie zmiany danych w zezwoleniu na prowadzenie apteki. Skutkiem tego będzie wygaśnięcie zezwolenia na prowadzenie apteki.

Można pokusić się o stwierdzenie, że to właśnie farmaceuta prowadzący przez lata działalność gospodarczą w formie apteki ogólnodostępnej, znający doskonale realia i wyzwania, jakie niesie ze sobą jej funkcjonowanie na rynku, najlepiej wie,

kto sprawdzi się w jakże trudnej sytuacji, jaką będzie wsparcie jego bliskich w poprowadzeniu przedsiębiorstwa, gdy jego już zabraknie. Decyzja o powołaniu zarządcy sukcesyjnego nie jest decyzją nieodwracalną. W każdej chwili może ona zostać zmieniona przez farmaceutę poprzez złożenie oświadczenia woli o odwołaniu zarządcy sukcesyjnego i dokonanie odpowiedniej zmiany w rejestrze CEIDG. Warto także podkreślić, że można ustanowić rezerwowego zarządcę sukcesyjnego, na wypadek, gdyby zarządca sukcesyjny powołany w pierwszej kolejności zrezygnował z pełnienia tej funkcji lub też zaistniały okoliczności uniemożliwiające mu pełnienie tej funkcji (na przykład jego śmierć, ograniczenie lub utrata zdolności do czynności prawnych).

Powołanie zarządcy sukcesyjnego może wydawać się procesem niepotrzebnym, czymś na co w danym momencie nie mamy czasu, mając na uwadze wielość spraw, jakimi musimy zajmować się każdego dnia, które przecięż są ważniejsze, pilniejsze niż zastanawianie się, co stanie się z apteką w przyszłości. Mając jednakże świadomość, ile pracy i czasu poświęciliśmy i poświęcamy każdego dnia na prowadzenie apteki, warto właśnie zabezpieczyć dorobek naszego życia, aby to, co tworzyliśmy całe życie, gdy będziemy musieli pożegnać się z tym światem, nie odeszło bezpowrotnie razem z nami. 🌿



**MAGDALENA
TAMBORSKA**

Radca prawny Wielkopolskiej
Okręgowej Izby Aptekarskiej.



Archiwum Elisabeth Kuc

FARMACEUTKA, KTÓRA BYWA ARTYSTKĄ

„W Austrii działają prywatne apteki koncesyjne. Jeden farmaceuta może posiadać tylko jedną koncesję. Właścicielem apteki może być tylko farmaceuta” – mówi mgr farm. **ELISABETH KUC**, kierownik apteki szpitalnej w Austrii, w rozmowie z Aliną Górecką, przewodniczącą Rady Programowej „Farmacji Wielkopolskiej”.

ALINA GÓRECKA, „Farmacja Wielkopolska”: Wyemigrowała Pani z Polski wiele lat temu z dyplomem magistra farmacji. Jest Pani absolwentką...

ELISABETH KUC: ...Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej Śląskiej Akademii Medycznej w Sosnowcu.

Czy od razu mogła Pani rozpocząć pracę w zawodzie, czy wymagano od Pani nostryfikacji dyplomu? Jakie warunki musiały Pani spełnić, aby móc wykonywać zawód w Austrii?

To dość długa historia. W Austrii, gdy przyjechałam do tego kraju, wymagano nostryfikacji dyplomów w zawodach medycznych. Na decyzje Komisji Nostryfikacyjnej, dotyczącej ilości egzaminów, które muszę zdać, musiałam czekać prawie dwa lata. W tym czasie zaczęłam pracować jako PKA (technik apteczny) w aptece otwartej. Z pewnością nie był to stracony czas, a wręcz przeciwnie. Bardzo dużo się wtedy nauczyłam i poznałam dużo nowych leków. Miałam też okazję nauczyć się języka „austriackiego”. Muszę przyznać, że nie było to najłatwiejsze. Trudność polegała na tym, że w Austrii występuje dużo różnych dialektów, których nie można było znaleźć w żadnych książkach.

W jakich miejscach Pani pracowała? Czy może to właśnie apteka szpitalna od początku była Pani pasją i drogą rozwoju zawodowego?

Tak naprawdę moją pasją była praca naukowa, badania nad nowymi lekami. W tamtych czasach paleta leków dopuszczonych do obrotu w Polsce była skromna i jako młoda farmaceutka chciałam przyczynić się do zmiany tej sytuacji. Dlatego też rozpoczęłam pracę w Katedrze i Zakładzie Biofarmacji. Perspektywa pracy za granicą sprawiła jednak, że opuściłam Polskę. Moim pierwszym miejscem pracy była otwarta apteka w miasteczku Vöcklabruck w Górnej Austrii. Nostryfikacja dyplomu w części teoretycznej nie sprawiła mi żadnych problemów. W ciągu trzech tygodni zdałam pięć egzaminów oraz zaliczyłam laboratorium z farmakognozji. Po zakończonej części teoretycznej nostryfikacji musiałam odbyć roczną praktykę w aptece otwartej. Rok praktyki zakończył się pięcioma egzaminami, praktycznymi i teoretycznymi, które uprawniliły mnie do wykonywania pracy w zawodzie aptekarza.

Wykształcenie, jakie otrzymałam w Polsce, było bardzo dobre i umożliwiło mi szybkie „wypłynięcie na powierzchnię” w moim zawodzie. Po głębszej

analizie swojej sytuacji zawodowej stwierdziłam, że wykonywanie zawodu w aptece otwartej nie dawało mi pełnej satysfakcji. Postanowiłam szukać pracy w aptece szpitalnej. Los pokierował mnie do miejscowości Ried im Innkreis. W tym miasteczku, w którym mieszka około 14 000 mieszkańców, znajduje się nowoczesny, prywatny szpital Schwerpunkt Krankenhaus, liczący 430 łóżek. Z wyjątkiem psychiatrii, pulmonologii i dermatologii znajdują się w nim wszystkie inne oddziały medyczne. Szczególnie dobrze rozwinięta jest onkologia, chirurgia naczyniowa oraz oddział okulistyki.

**JESTEM JEDYNĄ
Kobietą w Austrii
na stanowisku
kierownika
apteki, która
urodziła się
za granicą,
w Europie
wschodniej**



Archiwum Elisabeth Kuc

Jaka jest droga rozwoju podyplomowego farmaceutów w Austrii? Jest odmienna dla farmaceutów z aptek ogólnodostępnych i szpitalnych? Czy są dostępne jakieś specjalizacje, kursy podyplomowe?

Dla farmaceutów, którzy pracują w aptekach szpitalnych, jest możliwość ukończenia studiów podyplomowych, trwających co najmniej trzy lata. Po zdaniu egzaminów i napisaniu pracy dyplomowej otrzymuje się tytuł aHPh (approved Hospital Pharmacist). Od tego roku możliwe jest ukończenie rocznego kursu farmacji klinicznej i otrzymania certyfikatu w Austrii. Kursy podyplomowe w tym zakresie organizowane są także w Niemczech i Szkocji.

W Polsce jest obecnie procedowana ustawa o zawodzie farmaceuty, na którą czekamy od 30 lat. Jedną z ważnych regulacji będzie możliwość świadczenia usług z zakresu farmacji klinicznej, które zostaną zapisane jako świadczenia zdrowotne. Czy farmaceuci kliniczni w Austrii funkcjonują

w aptece szpitalnej, czy też są to osobne serwisy farmacji klinicznej przypisane do oddziałów szpitalnych?

Farmacja kliniczna w Austrii jest tematem, o którym się dużo mówi. Niestety, nie jest ona w wystarczający sposób prawnie zakotwiczona. Oferowana jest prawie we wszystkich szpitalach i klinikach w Austrii, a od roku 2019 wpisana została do katalogu oferowanych świadczeń. Farmaceuci kliniczni są zatrudnieni w aptekach szpitalnych i pracują na oddziałach szpitalnych. Lekarze mogą, ale nie muszą korzystać z ich ekspertyz i rekomendacji. W tym wypadku bardzo dużo zależy od osoby, która wykonuje tę pracę. Oprócz wiedzy fachowej niezbędne jest posiadanie dużej socjalnej kompetencji, wytrwałość i umiejętność wzbudzenia zaufania lekarzy. Obecnie lekarze mogą zamówić usługę farmacji klinicznej drogą elektroniczną. Farmaceuci po konsultacji w zakresie doboru leków z lekarzami domowymi i szpitalnymi wpisują wyniki analizy (MUR) oraz swoje rekomendacje do dokumentacji medycznej pacjentów. Lekarze domowi otrzymują wypis ze szpitala łącznie z komentarzem farmaceuty klinicznego.

Miejmy nadzieję, że wprowadzana obecnie elektroniczna karta pacjenta umożliwi regularną implantację świadczenia zdrowotnego, jakim jest opieka farmaceuty klinicznego.

Jest Pani kierownikiem apteki szpitalnej. Czy może Pani opowiedzieć, jakie są Pani zadania? Co udało się wdrożyć do praktyki apteki szpitalnej i z czego jest Pani szczególnie dumna?

W Austrii stanowisko kierownika apteki jest zdominowane przez kobiety. Tak więc nie ma nic szczególnego w tym, że jako kobieta pełnię tę funkcję. Interesujące jest może to, że jestem jedyną kobietą na tym stanowisku, która urodziła się za granicą, w Europie Wschodniej. Kierownictwo apteki szpitalnej objęłam w roku 2002. Moje sukcesy zawodowe możliwe były i nadal są dzięki wspaniałym pracownikom, którzy razem ze mną poszli drogą takiego rozwoju farmacji, którą wybrałam dla naszego zespołu. Dużym sukcesem było przebudowanie i unowocześnienie apteki (1000 m kw.). Wydawać by się mogło, że „zamknięta” apteka szpitalna jest



Archiwum Elizabeth Kuc

jednostką odizolowaną od reszty szpitala. Tak na szczęście nie jest. Dzięki ciągłej i owocnej współpracy z lekarzami, pielęgniarkami, informatykami, technikami udało mi się zrealizować wiele idei i pomysłów. Przygotowane przeze mnie projekty zyskały akceptację zarządu i zostały zaimplementowane do praktyki szpitala. Oto kilka przykładów moich projektów, które zostały zrealizowane w naszym szpitalu:

- Centralne Przygotowywanie Cytostatyków w roku 1993. Byliśmy wtedy pierwszą apteką w Górnej Austrii i trzecią w Austrii, która w ten sposób przygotowywała leki cytostatyczne.
- Stworzenie - oficjalnie od 2005 roku – stanowiska farmaceuty klinicznego w szpitalu.
- Przygotowanie Elektronicznej Książki Dokumentacji Narkotyków (w 2010 roku) w SAP (jedynym „papierem” jest recepta, nie ma żadnych książek czy zeszytów do dokumentacji zleczanych i podawanych opiatów).
- Przygotowywanie mieszanin do żywienia pozajelitowego indywidualnie dla pacjenta od roku 2002.
- „Apotheken Ordner” (od 2002 roku), który najpierw jako skoroszyt znajdował się na każdym oddziale, a obecnie funkcjonuje w formie elektronicznej. Zawiera zbiór tabel oraz informacji dotyczących antybiotyków, cytostatyków i narkotyków. Zawiera również zestaw informacji dotyczących wszystkich możliwych usług i świadczeń dostępnych z apteki szpitalnej dla pacjentów i pracowników medycznych szpitala.
- Od 2006 roku działa interdyscyplinarna grupa robocza z udziałem lekarzy rodzinnych, farmaceutów z aptek otwartych oraz lekarzy i farmaceutów pracujących w szpitalu.
- Od 2013 roku apteka przejęła standardowe przygotowywanie kroplówek (wlewów) na podstawie listy uwzględniającej rozpuszczalniki (na przykład sól fizjologiczną), szybkości wlewów, pH i ciśnienie osmotyczne. Dla pacjentów, którym podaje się kilka wlewów dziennie, po przygotowaniu ich w aptece na oddział wydajemy je włącznie z wydrukiem schematu wskazującego kolejność ich podawania. W schemacie tym uwzględniamy wartości PH przygotowanych wlewów.
- Od 2012 roku apteka wykonuje analizę składu kamieni nerkowych. Żadna apteka w Austrii poza naszą nie świadczy tej usługi. Zaletą tego świadczenia jest to, że pacjent po usunięciu kamienia

nerkowego może iść do domu z informacją, jak ma się dalej odżywiać, żeby znowu nie doszło tworzenia się kamieni. Kiedyś pacjent musiał czekać na wynik około czterech tygodni.

- Asystent zaopatrzenia na oddziale (od roku 2016) – jest to świadczenie, które wykonują technicy farmaceutyczni na oddziałach szpitala. Regularny kontakt z oddziałem umożliwia nam dużo lepszy nadzór nad lekami, a w czasach problemów z dostawami jest to szczególnie korzystne. Na dobrą sprawę nie ma żadnych leków, które by uległy w szpitalu przeterminowaniu.

W 2019 ROKU FARMACJA KLINICZNA ZOSTAŁA WPISANA DO KATALOGU ŚWIADCZEŃ OFEROWANYCH W AUSTRIACKICH SZPIATALACH I KLINIKACH. FARMACEUCI KLINICZNI SĄ ZATRUDNIENI W APTEKACH SZPITALNYCH I PRACUJĄ NA ODDZIAŁACH. LEKARZE MOGĄ KORZYSTAĆ Z ICH EKSPERTYZ I REKOMENDACJI

Ponadto pracownicy apteki regularnie uczestniczą w kongresach międzynarodowych i krajowych, dzieląc się swoim doświadczeniem z innymi farmaceutami szpitalnymi. Przygotowujemy również wykłady dla lekarzy i personelu medycznego szpitala. Elementem mojej działalności edukacyjnej jest także nauczanie farmakologii w szkole dla pielęgniarek. Działalność edukacyjną w ramach opieki farmaceutycznej prowadzimy też dla grup pacjentów chorych na cukrzycę czy reumatyzm.

Ile osób zatrudnionych jest w aptece szpitalnej, którą Pani kieruje?

Zespół apteki składa się z sześciu aptekarzy, siedmiu techników aptecznych i jednej pomocy aptecznej. Jako kierownika apteki szpitalnej jestem wszędzie obecna, jak nie ciałem to myślami. Zarządzanie, zakup leków, praca w różnych komisjach szpitalnych (komisja leków, komisja ds. antybiotyków, komisja etyczna, komisja ds. żywienia klinicznego, komisja bezpieczeństwa

pracy), a dodatkowo praca naukowa i wykłady. Oprócz realizowania zadań administracyjnych wykonują to, co najbardziej lubię - praktykuję farmację kliniczną.

Jak umocowany jest i postrzegany przez zarząd szpitala kierownik apteki szpitalnej?

Kierownik apteki podlega bezpośrednio dyrektorowi medycznemu i należy do grupy zarządzającej szpitalem.

Właścicielem apteki może być tylko farmaceuta. W Austrii nie ma aptek sieciowych.

Czy zakres usług farmaceutycznych dostępnych dla pacjenta apteki ogólnodostępnej jest szerszy niż w Polsce?

Trudno mi na to pytanie odpowiedzieć. W Austrii dyskutuje się o rozszerzeniu zakresu usług świadczonych w aptekach o podawanie szczepionek, pomiar poziomu cukru, ciśnienia itp. Kiedy jestem w Polsce, z dużym zainteresowaniem oglądam szeroki asortyment leków oraz suplementów diety, które są oferowane w aptekach ogólnodostępnych. Jak zawsze kupuję krople żołądkowe i spirytus salicylowy, który jest dobry na wszystko, jak mawiała moja babcia.

Czy jest duże zainteresowanie studiami farmaceutycznymi w Austrii?

Obecnie mamy raczej farmaceutyczny niż. Brakuje nam dobrze wykształconych fachowców. Ja na przykład zatrudniam dwóch magistrów z Niemiec i Hiszpanii.

Jaka jest rola samorządu zawodowego, czyli izb aptekarskich?

Austriacka Izba Aptekarska reprezentuje i promuje interesy swoich członków, w szczególności prowadzi dialog z politykami, opiniuje projekty ustaw i rozporządzeń dotyczących farmaceutów, leków i aptek oraz organizuje kampanie informacyjne w kwestiach zdrowotnych, akcje profilaktyczne itp.

Dziękuję za interesującą rozmowę. Niezwykła Pani aktywność i kreatywność w zakresie rozwoju usług farmaceuty szpitalnego będzie niewątpliwie inspiracją dla tych naszych koleżanek i kolegów, którzy rozwijają swoją działalność w polskich szpitalach. Na koniec pozwolę sobie wspomnieć o Pani niezwykłej pasji pozazawodowej – jest Pani artystką, która pięknie maluje. Jest Pani prawdziwym człowiekiem renesansu w farmacji europejskiej. Mam nadzieję, że w spokojniejszych czasach uda mi się przygotować wystawę Pani prac w Muzeum Farmacji w Poznaniu, którego właścicielem jest Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska.

Rozmawiała ALINA GÓRECKA
„Farmacja Wielkopolska”

W ramach jakich organizacji farmaceuci szpitalni w Austrii się integrują, rozwijają swoje umiejętności?

Obecnie w Austrii działają dwie duże organizacje farmaceutyczne. Verband Angestellter Apotheker Österreichs (VAAÖ) jest stowarzyszeniem reprezentującym interesy wszystkich farmaceutów zatrudnionych w Austrii, między innymi przy zawieraniu zbiorowych układów pracy. Stowarzyszenie Austriackich Farmaceutów Szpitalnych (Arbeitsgemeinschaft österreichischer Krankenhausapotheker) jest organizacją branżową. Promuje farmację szpitalną, organizuje doksztacanie, opiniuje akty prawne, przygotowuje propozycje zmian w prawie dotyczących aptek szpitalnych, a także wspiera różne projekty i ich realizację.

Jaka jest struktura własnościowa aptek ogólnodostępnych w Austrii?

W Austrii działają prywatne apteki koncesyjne. Jeden farmaceuta może posiadać tylko jedną koncesję.



Archivum Elizabeth Kuc



prof. dr hab. ILONA KACZMARCZYK-SEDLAK
mgr farm. ZBIGNIEW SKOTNICKI

PIEPRZ W FARMAKOPEI

CZYLI SZCZYPTA ORIENTU

Na ziola patrzymy przez pryzmat wiedzy, jaką posiadliśmy w czasie studiów, znamy ich skład, ale tylko część działań i zastosowań, głównie zgodnych z kanonami medycyny zachodniej.

Tymczasem istnieją jeszcze dwa wielkie systemy medyczne mające po kilka pochodnych, a wszystkie one wielowiekową tradycję. Są one uznane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), pomagają setkom milionów chorych!

Zapoznanie się z nimi poszerza w sposób wręcz nie do przecenienia nasze horyzonty i zwiększa skuteczność porad. Tradycyjna medycyna chińska (TCM) i ajurweda są systemami empirycznymi, bazującymi na dokładnej

obserwacji objawów, dynamiki chorób i wpływu wszystkich czynników na zdrowie. Mając elementarną wiedzę z zakresu TCM i ajurwedy odkrywamy nowe możliwości bardzo skutecznego poradnictwa, otwieramy się na ciekawe i mające kilka tysięcy lat systemy filozoficzne – inne sposoby myślenia i postrzegania rzeczywistości. Warto podkreślić, że rządy Chin i Indii, a także Korei

umieszczenie w jednym miejscu informacji o działaniu, zastosowaniu i dawkowaniu surowców zamieszczonych w farmakopeach: europejskiej, polskich (FP II-X), Indii, Chin, Korei Południowej i Japonii. W FP X znajdujemy ponad 40 substancji stosowanych w TCM, opisanych w monografiach, co oznacza, że teoretycznie mogą wchodzić w skład leków recepturowych. Roślinne surowce

podającą właściwości lecznicze w monografiach była FP VI. Natomiast Farmakopea Ludowej Republiki Chin (PPRC) i Ajurwedyjska Farmakopea Indii (API) zawierają monografie wzbogacone o podanie informacji o cechach surowców specyficznych odpowiednio dla TCM i ajurwedy. Dla lekarzy i farmaceutów stosujących je w praktyce to bardzo ważne informacje.

Wspólną dla wszystkich trzech systemów substancją roślinną jest owoc pieprzu czarnego – przyprawa, bez której nikt nie wyobraża sobie polskiej kuchni. Skupimy się na podstawach termodynamicznych: zimnie i gorąco.

Owoc pieprzu – *Piperis fructus* FP XI; *Maricha (Fruit)* API 3; *Hujiao* PPRC 2015.
Dawkowanie: 0,6-1,5g

Charakter termiczny

Pieprz ma charakter termiczny gorący, który należy rozumieć jako wpływ na przemianę materii. Inne charaktery termiczne to: rozgrzewający, neutralny, ochładzający i zimny. Charakter termiczny (natura termiczna, termika) w TCM to jakość opisująca właściwości substancji leczniczych i pokarmów, wzmocnienia lub spowolnienia procesów fizjologicznych i metabolicznych. W tym przypadku „gorący” pieprz pobudza krążenie, wywołuje przekrwienie i przyspiesza metabolizm. Znalazł zastosowanie jako lek poprawiający trawienie poprzez poprawę perystaltyki i ukrwienia błon śluzowych głównie żołądka. Substancje



www.stock.adobe.com

Południowej i Japonii (medycyna kampo) przeznaczają niebagatelne kwoty na badania naukowe nad skutecznością surowców i receptur ziołowych stosowanych od stuleci.

Pod koniec 2018 r. ukazał się „Leksykon naturalnych surowców leczniczych”, opracowany z myślą o zebraniu w jednym miejscu praktycznych informacji o ziołach oraz innych surowcach naturalnych, unikatowy w skali światowej ze względu na

ajurwedy również znajdziemy w FP X, choć jeszcze nie te najważniejsze, ale przypuszczam, iż w kolejnych edycjach farmakopei europejskiej znajdzie się miejsce i dla nich. Natomiast ich obecność na rynku jest faktem (na przykład *Withania somnifera* – witania ospała znana jako aśwaganda), stanowią składniki suplementów diety, są dostępne w aptekach i sklepach zielarskich. Co o nich wiemy? Ostatnią farmakopeą

lecznicze mogą mieć tylko jedną naturę termiczną, która jest wypadkową działań składników chemicznych, a więc jednym ze sposobów zdefiniowania farmakodynamiki leku. Dla uściślenia czasami podaje się określenie „z tendencją” lub „lekko”. Może ona ulegać zmianie pod wpływem obróbki termicznej. Substancje lecznicze zimne i ochładzające najczęściej mają smak słony, gorzki lub kwaśny. Substancje neutralne dostarczają „paliwa”, mają działanie odżywcze i wzmacniające, są smaku słodkiego (cukry proste i złożone) lub mdłe (oleiste).

Smak

Pieprz czarny ma smak ostry. Jest to dość oczywiste stwierdzenie i tej oczywistości nie należy się dziwić, ani faktowi, że smak został odnotowany jako cecha godna farmakopei. Smak w TCM (w ajurwedzie rasa) – to właściwość charakteryzująca pokarmy i substancje lecznicze, którą należy rozumieć jako obraz chemiczny wynikający z zawartości związków chemicznych aktywnych biologicznie o typowym działaniu leczniczym lub składników odżywczych, takich jak węglowodany czy tłuszcze. Przyjęcie takiego terminu wiąże się z wrażeniami odczuwanymi przez kubki smakowe języka: dla kwasów charakterystyczny jest smak kwaśny; dla alkaloidów, terpenoidów, związków goryczowych – smak gorzki; dla soli, związków mineralnych, białek – smak słony; dla olejków eterycznych, kapsaicyny, piperyny – smak ostry; dla węglowodanów, tłuszczów – smak słodki, mdły; dla garbników – smak ściągający. W skład

leku naturalnego wchodzi wiele związków chemicznych i mogą one nadać kilka smaków. Badanie smaku jako badanie organoleptyczne jest najstarszą metodą analizy chemicznej i jedyną dostępną w czasie, gdy tworzono podstawy wszystkich systemów medycznych. Obserwując zależności pomiędzy smakiem a działaniem konkretnych substancji leczniczych wyciągnięto ogólne wnioski, nadając smakom określone spektrum działania. Dlatego wielu lekom przyporządkowano kilka smaków lub smak inny niż ten, który jest odbierany przez kubki smakowe. W piśmiennictwie często używa się skrótów myślowego „smak pobudza, wywołuje itd.”, jednak smak nie działa jako taki, ale jest jedną z informacji o sposobie oddziaływania leku, pożywienia czy napoju na organizm poprzez związki chemiczne. Smak/smaki są wypadkową składu chemicznego i należy też rozumieć je jako możliwe działania.

Obieg (meridian)

Jako kolejną informację, o charakterze – nazwijmy ją – „anatomicznym”, podaje się obieg czynnościowy. Dla pieprzu czarnego są to obiegi płuc, żołądka, jelita grubego. Obiegi (systemy, meridiany) są nazwane od narządu mięszowego (serca, osierdza, płuc, nerek, wątroby, śledziony) albo jamistego (żołądka, pęcherzyka żółciowego, jelita cienkiego, jelita grubego i pęcherza moczowego). Nie wolno ich utożsamiać z anatomicznymi narządami i ich funkcjami, ale należy je rozumieć jako pogrupowane procesy fizjologiczne, do których

też może należeć fizjologia samego narządu w rozumieniu medycyny zachodniej. Właśnie to przyjmowanie nazwy obiegu za jednoznaczne z nazwą narządu wywołuje nieporozumienia. Człowiek z usuniętą śledzioną ma nadal obieg „śledziony”, gdyż de facto jest to zauważony zespół funkcji fizjologicznych różnych organów, szlaków metabolicznych, odruchów i procesów nerwowych, a nawet funkcji psychicznych. Przyjęte tu określenie „obieg” będzie można lepiej zrozumieć, uświadamiając sobie zależności funkcji różnych narządów, tkanek czy nawet grup komórek w rozumieniu medycyny zachodniej. Wszystko, co wprowadzamy do organizmu, krąży, czyli obiega po uporządkowanych szlakach metabolicznych i wpływa kolejno i w konkretny sposób na różne narządy.

Działanie

Pieprz rozprasza zimno (obiegu) żołądka i usuwa śluz, rozumiany jako nadmiar wydzielin gruczołów śluzowych i ich zastój. Zasada pierwsza: zimno ogrzewaj, gorąco ochładzaj. Prosta i logiczna, ponieważ zarówno w TCM, jak i w ajurwedzie dąży się do prostego i racjonalnego postępowania terapeutycznego, zawsze obejmującego cały organizm.

Opisane wyżej cechy wiążą się z sobą wzajemnie w sposób spójny i konsekwentny. Smak ostry pobudza przemianę materii, poprawia krążenie krwi i ogólnie usprawnia katabolizm, zwiększając procesy spalania. Obieg żołądka zajmuje się pierwszym etapem trawienia. Atak zimna, potocznie nazywany przeziębieniem, daje objawy

LEKSYKON NATURALNYCH SUROWCÓW LECZNICZYCH



■ „Leksykon naturalnych surowców leczniczych. Medycyna Zachodu, tradycyjna medycyna chińska, ajurweda” (Wydawnictwo Zielone) to efekt 25 lat pracy badawczej autorów: prof. dr hab. n. med. Ilony Kaczmarczyk-Sedlak, farmaceutki, kierownika Katedry Farmakognozji i Fitochemii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, specjalisty I stopnia

z zakresu farmakologii, eksperta w dziedzinie molekularnych podstaw działania leków i substancji pochodzenia naturalnego oraz mgr. farm. Zbigniewa Skotnickiego, farmaceuty, praktyka z dwudziestopięcioletnim doświadczeniem zawodowym w bezpośredniej pracy z pacjentami, kierownika apteki w Myszkowie specjalizującego się w doradztwie z fitoterapii.

Oprócz bardzo bogatego zbioru haseł w postaci monografii podstawowych surowców leczniczych pochodzenia naturalnego (793 surowce pozyskiwane z prawie 900 gatunków roślin, 23 gatunków zwierząt i 12 minerałów), stosowanych w medycynie konwencjonalnej, ajurwedzie (AY) i medycynie chińskiej (TCM), wydawnictwo zawiera słownik wybranych terminów medycznych i filozoficznych z zakresu ajurwedy i TCM, opis zastosowania terapeutycznego surowców naturalnych w wybranych jednostkach chorobowych i objawach, przygotowanie preparatów leczniczych z surowców naturalnych w warunkach domowych oraz rozbudowany indeks, pomocny w korzystaniu z publikacji.

W leksykonie wykorzystano ze wszystkich wydań Farmakopei Polskiej od FP II do FP X – przede wszystkim w celu ustalenia dawkowania i poprawnego nazewnictwa. Dla surowców wspólnych z ajurwedą, tradycyjną medycyną chińską, koreańską i kampo (japońską) oraz stosowanych tylko przez nie podano sposoby dawkowania i podstawowe wskazania zamieszczone w aktualnie obowiązujących farmakopeach Chin, Indii, Japonii i Korei Południowej. Literatura źródłowa obejmuje ponad 100 naukowych opracowań książkowych. Ogromna większość opisanych surowców wchodzi w skład preparatów dostępnych w Polsce.



bólu w nadbrzuszu, nudności i niestrawności z wymiotami lub biegunkami zawierającymi resztki niestrawionego pokarmu. Śluz jest jednym z patogenów powstających w organizmie z różnych przyczyn, między innymi z powodu złej gospodarki płynami (gdyż zimno wywołuje zastój, zwolnienie metabolizmu), obciąża obieg płuc, daje objawy „zaflegmienia”: angina i inne stany zapalne gardła, przewlekły, mokry kaszel, duszność i ból w klatce piersiowej. Zimno może zaatakować też dół brzucha,

dając dobrze znane objawy „wilka”. Ból jest wtedy silny, zlokalizowany, odczuwany wokół kości ogonowej i pęcherza, występują skurcze, biegunka jest wodnista, a mocz biały i obfity. Zimno jako patogen to również wszelkie mikroorganizmy chorobotwórcze.

Podsumowując, pieprz czarny i inne leki o podobnych cechach polecamy: w niestrawności o charakterze niedoczynności, braku enzymów trawiennych, zalegania pokarmu i braku żółci; w chorobach dróg oddechowych

w pierwszej fazie przeziębienia, tej z awersją do zimna i dreszczami, kaszlu mokrym, który męczy w infekcjach grypopodobnych, przy braku gorączki, a najwyżej w stanach podgorączkowych - dla wywołania potów. Pieprz czarny wspomaga odchudzanie osób apatycznych, o bladej, ziemistej i wilgotnej skórze. Pomaga w niskim ciśnieniu i osłabieniu serca, a także jako dodatek do kuracji pobudzających apetyt i przeciwdepresyjnych (anoreksja); oczywiście dodatek, a nie lek.

Skoro pieprz jest ostry i gorący, to przeciwwskazania są logiczne: piekące bóle (choroba wrzodowa i owrzodzenie jelit), biegunka z piekącym bólem jelit i odbytu, wysoka gorączka, pobudzenie psychiczne, zaczerwienienie gałek ocznych, zapalenie pęcherza moczowego z pieczeniem w czasie mikcji. Inne, znane nam surowce gorące i silnie rozgrzewające: imbir suszony, cynamon cejloński i kasja, ostre papryki, goździki, skórka mandarynki, gorczyca biała, siarka, wosk żółty, efedryna, pseudoefedryna i wszystkie adrenomimetyki. Gorący napar z pierwszych pięciu surowców plus miód zawsze zapobiegnie przeziębieniu, byle podany *ex tempore!* 🌿



prof. dr hab.
**IŁONA KACZMARCZYK-
SEDLAK**
Kierownik Katedry Farmakognozji
i Fitochemii Śląskiego
Uniwersytetu Medycznego.



mgr farm.
ZBIGNIEW SKOTNICKI
Kierownik apteki w Myszkowie.



REDAKCJA „FARMACJI WIELKOPOLSKIEJ”

udostępnia pismo Starostwa Powiatowego w Czarnkowie do ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego, przesłane 25 maja 2020 r. do wiadomości Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej.

■ Szanowny Panie Ministrze, realizując zadania przypisane do kompetencji samorządu powiatowego na mocy ustawy o samorządzie powiatowym z 5 czerwca 1998 r., art. 4 ust. 1 pkt 2 i art. 12 pkt 11 (Dz. U. z 2019 r., poz. 511 z późn. zm.), stykam się z trudnościami, które zgłasza środowisko aptekarskie z powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego. Problem wynika z zapisów ustawy Prawa farmaceutycznego, art. 94 ust. 1 (Dz. U. z 2019 r. poz. 499 z późn. zm.), na mocy którego rada powiatu uchwała rozkład godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie powiatu, który powinien być dostosowany do potrzeb ludności i zapewniać dostępność świadczeń również w porze nocnej, w niedzielę, święta i inne dni wolne od pracy. Uchwalony przez radę powiatu rozkład godzin pracy aptek przewiduje dyżury nocne, które nie są prowadzone przez apteki z Czarnkowa i Trzcianki (...).

Środowisko aptekarskie z terenu powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego na przestrzeni ostatniego roku stanowczo zaprotestowało i odmówiło pełnienia dyżurów nocnych. Podczas strajku rozpoczętego 7.10.2019 r., który trwa do chwili obecnej, zwrócono uwagę na trudności, z jakimi borykają się lokalni farmaceuci; m.in. brak farmaceutów na rynku pracy i znaczne ich przeciążenie zawodowe, nierentowność aptek podczas nocnych dyżurów, brak rekompensaty finansowej za pełnioną gotowość do dyżuru nocnego, zagrożenia i niebezpieczeństwo, jakie niesie ze sobą wykonywanie tego zawodu w porze nocnej bez ochrony itp. Prócz tego (...) otrzymałem dwa zawiadomienia z aptek o zaprzestaniu na czas epidemii pełnienia dyżurów nocnych do odwołania.

Mając na uwadze powyższe argumenty wskazane przez środowisko aptekarskie oraz fakt odmowy pełnienia dyżurów nocnych w aptekach, zwracam uwagę na potrzebę i konieczność zmiany oraz dostosowanie przepisów Prawa farmaceutycznego do zaistniałych okoliczności społeczno-gospodarczych, na mocy których uchwała się prawo miejscowe. Rada Powiatu, mimo iż zauważa słuszność przytaczanych argumentów ze strony środowiska aptekarskiego, nie może stanowić prawa inaczej, jak powyżej wskazano, a stanowione prawo miejscowe nie jest przestrzegane i realizowane z uwagi na problemy, z jakimi się borykają farmaceuci. Ponadto żaden przepis prawa nie upoważnia organów powiatu do egzekwowania przepisów prawa miejscowego ustalających rozkład godzin pracy aptek ogólnodostępnych. Działania podjęte przez powiat w tym zakresie stanowiłoby przekroczenie kompetencji ustawowych.

W związku z powyższym w świetle zaistniałych okoliczności proszę o podjęcie działań dostosowawczych oraz zwrotnie udzielenie odpowiedzi.

FELIKS ŁASZCZ
Starosta czarnkowsko-trzcianecki

dr HANNA CYTRYŃSKA

AROMATYCZNA KAWA Z APTEKI



www.adobe.stock.com

Kawa ze śmietanką i miodem serwowana w aptece?
A może przez okienko ekspedycyjne w trybie drive?
Ta fantastyczna wizja ma swoje źródło w historii filiżanki
kawy, która początkowo traktowana była jako remedium
na poprawienie stanu emocjonalnego człowieka¹.

Kawa pochodzi z Afryki
środkowej i do dzisiaj
jej najlepszy gatunek
Coffea arabica uprawiany jest w Etiopii na Wyżynie
Abisyńskiej. Początkowo sproszkowane
owoce drzewa kawowego łączono z
tłuszczem zwierzęcym i serwowano w postaci kulek.

Alternatywnie przyrządzano napój ze świeżych owoców zwanych „wiśniami kawowymi”, gotowany z dodatkiem masła i soli. Ponieważ lekarze arabscy uznali wywar kawowy za lek i ordynowali go przeciwko zmęczeniu oraz apatii, kawa została włączona do lekospisów

i zyskała ogromną popularność w całym świecie Orientu.

Na przestrzeni wieków dla wydobycia większych walorów smakowych i leczniczych proces preparowania owoców kawowych poddawano weryfikacji. Zaczęto eksperymentować z prażeniem ziaren, podczas którego

zachodziła reakcja chemiczna pirolizy, powodująca utratę wody, powiększenie objętości oraz uwolnienie związków aromatycznych². Następnym etapem obróbki surowca było dokładne sproszkowanie upalanej kawy w młynkach lub za pomocą żaren. Młynek do mielenia kawy wynaleziono dopiero w XVII wieku.

W arabskich kawiarniach zmieloną kawę poddawano przez 18 godzin zimnej maceracji, a następnie całość gotowano. Do zrealizowania procedury moczenia, warzenia i wygodnej dystrybucji napoju kawowego zaprojektowano miedziane naczynie zwane ibrykiem³. Bardzo popularny był zwyczaj dodawania do kawy przypraw korzennych, takich jak cynamon, goździki, kardamon, wanilia lub okazjonalnie okrychy bursztynu. Kawę spożywano łącznie z fusami z glinianych lub porcelanowych miseczek. Arabowie produkowali z owoców kawy również wino, poddając je takim samym procesom jak Europejczycy winorośl. Znamienne jest także słowo *quahwa* (siła), które w języku arabskim określa kawę oraz wino, stąd oba napoje nazywane są „winem islamu”.

Kawa była wykorzystywana też do sporządzania deserów i ciast. Z arabskiego ceremoniału picia kawy i jedzenia świeżych daktyli maczanych w płynnym maśle powstał przepis na ciasto daktylowe *halawi*, serwowane do dzisiaj na suku w Tangerze. Również receptura włoskiego deseru tiramisu wywodzi się ze zwyczaju dodawania grudek koziego sera do filiżanki kawy. Lody kawowe z polewą pomarańczową, suflety, ciastka korzenno-kawowe,

czekoladowy chleby *valentino* z bakaliami i torty *dacquoise* nie wyczerpują w pełni asortymentu kawowych słodczy. W Oriencie wykorzystywano kawę także do aromatyzowania mięs (na przykład baranie kotlety z rusztu w kawowym dymie) lub podawano *couscous quahwa* z karczochów, śmietany, musztardy, grzybów, rozmarynu i kawy.

W Europie dużą popularnością cieszyła się wódka kawowa

Początkowo sproszkowane owoce drzewa kawowego łączono z tłuszczem zwierzęcym i serwowano w postaci kulek

z gorzkimi migdałami, goździkami, cynamonem i wanilią⁴. Na Jamajce już w XVII wieku opracowano recepturę likieru kawowego „Tia Maria” na bazie rumu z dodatkiem ziół i wanilii. Polski Manual Farmaceutyczny z 1932 r. podaje recepturę syropu kawowego: *Seminis Coffeae grosso modo pulverati 250, Aquae fervide 500 cm³, Aquae q. s. sacchari 800⁵*. Meksykański likier „Kahlua” zawiera 20% alkoholu, a likier kawowy „Sheridan’s”, sprzedawany w dwudzielnych butelkach, składa się z jednej trzeciej porcji likieru śmietankowego i dwóch trzecich porcji likieru kawowego zmieszanego z irlandzką whiskey.

Propagatorem napoju kawowego w Europie był Leonhard Rauwolf (1535-1596), niemiecki lekarz, botanik i podróżnik, rekomendujący w dziele „Viertes Kreutterbuech – darein vil schoene und frembde Kreutter” kawę na dolegliwości żołądkowe („Bardzo dobry napój, aromatyczny, niemal tak czarny jak atrament i bardzo dobry w chorobach. Należy pić go rano, wcześniej, najlepiej na otwartej przestrzeni, spokojnie



www.stock.adobe.com

i powoli, zaparzać w glinianym kubku, długo⁶).

Ziarno kawowe zaczęto wprowadzać do Europy na początku XVII wieku w pakietach zwanych „kramami korzennymi”, które zawierały między innymi cukier, farynę, pieprz, imbir, cynamon, śledzie i stokfisz⁷. Początkowo pito kawę czarną bez dodatków smakowych, ale ta wersja nie przypadła do gustu potencjalnym kawoszom. Andrzej Morsztyn (1621-1693), opisując walory smakowe kawy, wręcz zniechęcał do jej spożywania („Napój tak brzydka trucizna i jady, co żadnej śliny nie puszczą przez zęby,/Niech chrześcijańskiej nie plugawię gęby!”⁸).



W medycynie wykorzystywano kawę do leczenia wielu schorzeń. Ponieważ miała właściwości moczopędne, leczono nią obrzęki nóg i niewydolność nerek

Natomiast zwolennikiem tego napoju przyrządzanego według pierwotnej receptury był Jan III Sobieski (1629-1696), który duże zapasy ziaren kawowych zdobył na Turkach podczas bitwy pod Wiedniem. Z czasem upowszechnił się zwyczaj picia „kawy po polsku”, z tłustą śmietanką i solą, a w wersji słodkiej z miodem lub cukrem. Kawę czarną pijano tylko podczas

postu w celu umartwiania się. W drugiej połowie XVIII wieku kawa w Polsce była powszechnie podawana w kawiarniach zwanych *cafehausami*.

Wprowadzanie obyczaju picia kawy nie zawsze było przyjmowane z entuzjazmem. Car Rosji Piotr I (1672-1725) po powrocie z podróży po Europie zalecił swoim bojarom picie porannej kawy. Ponieważ spożywanie herbaty należało do odwiecznych rosyjskich tradycji, nowinka picia kawy nie została zaakceptowana. Car, który za wszelką cenę starał się wprowadzić w Rosji w europejskie obyczaje, wydał „ukaz kawowy”, w którym zobowiązywał bojarów do picia porannej kawy zamiast herbaty. Aby przekonać się, czy zarządzenie zostało wdrożone, chodził rano po moskiewskich pałacach i sprawdzał, czy pachnie kawa. Sprytni bojarzy kazali parzyć dzbanki kawy i stawiać je w holu... dla aromatu, natomiast sami do śniadania nadal popijali herbatę z samowaru.

W medycynie wykorzystywano kawę do leczenia wielu schorzeń. Ponieważ miała właściwości moczopędne, leczono nią obrzęki nóg i niewydolność nerek. Przypisywano jej cudowne działanie: „(...) jako dla posilenia zdrowia żołądka, macicy, śledziony, wątroby, piersi i głowy. Kawa mocz pędzi, macicę czyści, wiatry wyprowadza, puchlinę i kolerę spędza, krew naprawuje. Płuca, oczy, uszy zęby i inne członki leczy. Katar, podagrę, szkorbut, kamień oddala i ciężarnym pomoc daje”⁹. Bardzo popularne było przekonanie, że picie dużych ilości kawy usuwa piasek z nerek, a zawarta w niej

kofeina powoduje pobudzenie ośrodkowego układu nerwowego. Powszechnie sądzono, że wpływa na wzrost koncentracji, zwiększa siłę skurczu mięśnia sercowego i podwyższa tempo przemiany materii. Była nawet ordynowana na bóle migrenowe, zwiększenie potencji czy jako lek przeciwbólowy. Aptekarze wykorzystywali kawę do produkcji kremów i balsamów stymulujących zwiotczałą skórę. Bardzo popularne były płyny zapobiegające wypadaniu włosów oraz płukanki wzmacniające ich strukturę i połysk. Angielski uczyony Walter Rumsey (1584-1660) wynalazł recepturę „kawowych powidełek”, leczących zaburzenia żołądkowe i histerie. Dość drastyczna była formuła aplikacji leku za pomocą instrumentu medycznego zwanego prowangiem, którym aplikowano remedium doodbytniczo¹⁰. Propagowano także napój kawowy jako środek odchudzający: „(...) używanie tego napoju jest zbawienne dla osób temperamentu flegmistego, które są otyłem, które prowadzą życie próżniacze. Literaci ci, którzy nie piją nic prócz wody, wyborne czynią skutki z kawy”¹¹.

Ludzie kultury wynieśli kawę na szczyty popularności, opisując zarówno jej zalety, jak i wady. Voltaire (1694-1778) zanotował w pamiętnikach, że tworząc swoje dzieła, piął od 40 do 50 filiżanek kawy dziennie. Natomiast Jan Sebastian Bach (1685-1750) był do tego stopnia zaniepokojony picciem kawy przez kobiety, że skomponował „Kantatę o kawie” („Schweigst stille, plaudert nicht”), aby zniechęcić je do tego napoju. Kompozytorem, który z picia kawy

uczynił ceremonię, był Ludwig van Beethoven (1770-1827). Do przygotowania filiżanki napoju używał 60 ziaren i pijał tylko kawę, którą osobiście ugotował. Król Ludwik XIV (1638-1715) kazał sprowadzić do cieplarni wersalskich drzewka kawowe, które sam doglądał, zrywał owoce i przyrządzał napój, którym częstował gości. Honoré de Balzac (1799-1850) pisał peany na cześć kawy: „(...) spływa na dół, do żołądka i wprawia wszystko w ruch: myśli ustawiają się w szyku bojowym niby bataliony wielkiej armii; rozpoczyna się bitwa”. Wielkim entuzjastą kawy był prezydent USA Theodore Roosevelt (1858-1919), który pijał dziennie 4 litry kawy i został nawet autorem sloganu reklamowego: „Dobry do ostatniej kropli”.

W polskiej literaturze kawa została uwieczniona przez Adama Mickiewicza (1798-1855) w poemacie epickim „Pan Tadeusz czyli ostatni zajazd na Litwie”: „Tu roznoszono tace z całą służbą kawy,/ Tace ogromne, w kwiaty ślicznie malowane,/ Na nich kurzące wonnie imbryki blaszane/ I z porcelany saskiej złote filiżanki,/ Przy każdej garnuszek mały do śmietanki./ Takiej kawy, jak w Polsce, nie ma w żadnym kraju”¹². Ziemiaństwo w swoich dworach zatrudniało służące zwane „kawiarkami”, predysponowane tylko do palenia, mielenia i parzenia kawy. Poranną kawę podawano do łóżka według europejskich standardów, a popołudniową serwowano w salonie. Kawę przechowywano w pomieszczeniach zwanych apteczkami, którymi opiekowały się „panny apteczkowe”¹³.

W 1890 r. w „Tygodniku Romansów i Powieści” opublikowano zdumiewające zastosowanie zmielonej kawy: „(...) z powodu gorących czasów, jakie obecnie panują, nie od rzeczy będzie donieść o tem, jaki wpływ na upały posiada kawa, którą miliony ludzi poczytują jako dobrodziejstwo boskie i uważają jako napój nieodzowny. Jak zapewniają uczeni, stanowi ona jeden z najznakomitszych środków do czyszczenia powietrza w pokojach, w których leżą chorzy i do zapobiegania zarazie. Środek ten ma jeszcze tę dodatnią stronę, że nie razi nosa nieprzyjemnym zapachem, jak na przykład chlor lub kwas karbolowy. Palona lub mielona kawa działa nadzwyczaj skutecznie na wyziewy zwierzęce, roślinne i przez to czyni je nieszkodliwymi. Francuzki lekarz Barbier, który długie lata żył w Algierze, przekonał się w następujący sposób o zbawiennych przymiotach kawy. Pewnego razu powołano go do sądu jako rzeczoznawcę w przypadku morderstwa. Komisja rządowa obowiązana była zbadać karczmę wiejską, która była terenem zbrodni. Zeszła tedy na miejsce, ale wchodząc do izby, w której trup leżał, została uderzona takim haniebnym zapachem, iż musiała się cofnąć. Wtedy naczelnik komisji zażądał od żandarma mielonej kawy, a gdy jej dostarczono i posypano ściany, podłogi oraz zwłoki, natychmiast ulotnił się zapach nieznośny, a komisja mogła dalej swa czynność wykonywać. Doktor Barbier był niesłychanie zdziwiony tym nagłym skutkiem, a potem zastosował ten środek przy leczeniu ran wszelkiego

rodzaju. Praktyczni Francuzi poszli dalej i używają kawy przy najrozmaitszych wypadkach, jako to przy przechowywaniu wszelkiego mięsiwa, ryb, dziczyzny itp. A teraz świeżo tenże doktor próbuje, zastosować kawę jako antidotum przeciw nadciągającej cholery, której bakcylusy podobno pod jej wpływem nikną. Ergo, skoro cholera nadejdzie, pijmy czarną kawę, a unikniemy tego szpetnego nieszczęścia”.

W 1819 r. niemiecki chemik Friedlieb Ferdinand Runge (1794-1867) wyodrębnił metodą ekstrakcji

Początkowo proszkowano upaloną kawę w młynkach lub za pomocą żaren. Młyn do mielenia kawy wynaleziono dopiero w XVII wieku





www.stock.adobe.com

KAWIARNIA „APTEKA MIKOLASCHA” WE LWOWIE

naturalny alkaloid kofeinę. Zaczęto wtedy badać szkodliwe skutki nadmiernego spożycia mocnej kawy i wpływu kofeiny na organy wewnętrzne człowieka. W 1913 r. ukazała się publikacja wiedeńskiego doktora medycyny Rudolfa Bayera „Zdrowie a spożycie kawy”, w której autor opisał i zilustrował występowanie symptomów nerwicy lękowej, zaburzeń snu i arytmii serca po spożyciu znacznej ilości napoju kawowego. W konkluzji autor proponuje remedium w postaci kawy bezkofeinowej.

Przeprowadzone badanie udowodniły również, że kofeina przyjmowana w rozsądnych ilościach (2-3 filiżanki kawy dziennie) stymuluje działanie ośrodkowego układu nerwowego, a także zwiększa metabolizm. Kofeina oraz węgiel leczniczy pozyskiwane z ziaren kawowych stanowi remedium ordynowane na wiele chorób¹⁴. Współcześnie

Farmaceuci, mając na uwadze dziedzictwo kulturowe i *genius loci* dawnych aptek, postanowili ocalić piękne wnętrza od zapomnienia, wykorzystując kawę. Do izb ekspedycyjnych wyposażonych w zabytkowe meble apteczne wstawiono stoliki kawiarniane

na bazie kofeiny wytwarza się produkty lecznicze, takie jak „Cofedon”, „Pyrosal”, „Amidochin”, „Coffecorn”, „Isochin”, „Salclofen”, „Hydakorn”, w postaci syropów i tabletek.

Wiek XXI zdeintegrował funkcjonowanie wielu zabytkowych lokali aptecznych, a przed aptekarzami postawił nowe wyzwania, którym nie zawsze mogli sprostać. Niektóre lokale

nie spełniały obowiązujących wymogów sanitarnych lub technologia wnętrza nie była kompatybilna z nowymi standardami architektonicznymi. Farmaceuci, mając na uwadze dziedzictwo kulturowe i *genius loci* dawnych aptek, postanowili ocalić piękne wnętrza od zapomnienia, wykorzystując kawę, która swój triumfalny pochod po Europie rozpoczęła dzięki „kramom



korzennym”. Do izb ekspedycyjnych wyposażonych w zabytkowe meble apteczne wstawiono stoliki kawiarniane i zaczęto podawać aromatyczną kawę. Pierwszy taki lokal, „Café Ora”, powstał w Berlinie, a następny w Toruniu w dawnej aptece „Królewskiej”¹⁵. W sierpniu 2019 r. we Lwowie oddano do użytku nową kawiarnię „Apteka Mikolascha”. Na półkach repozytoriów nie stoją już puszkami i słoje, tylko butelki z likierami, a na pierwszych stołach zamiast plastrów i tabletek wystawione są patery z ciastami. W dawnych aptekach oferowano sprzedaż win na miejscu wraz z piernikami z dużą liczbą korzeni („uczęszczanie do apteki na wino z piernikiem «dla wzmocnienia członków przed obiadem» było uświęcone tradycją”¹⁶). W zabytkowych lokalach aptecznych, zaadaptowanych na kawiarnie, podaje się kawę espresso i cappuccino z ciśnieniowych ekspresów, a na deser aromatyczny kawałek tortu dacquoise. Można powiedzieć, że historia przewrotnie zatoczyła koło. 🌿

KAWIARNIA „CAFÉ ORA” W BERLINIE

¹ G. Vigarello, *Historia zdrowia i choroby od średniowiecza do współczesności*, Oficyna Volumen, Warszawa 1997, s. 120

² Pierwsza wzmianka o prażeniu ziaren kawowych pochodzi z 575 r.

³ L. Rum, *Kawa legenda, historia, anegdota, receptariusz, W kolorach tęczy*, Wrocław 1995, s. 11

⁴ *Złota księga nalewek*, Wydawnictwo Baobab, Kraków

⁵ J. Podbielski, M. Rostański, *Polski Manual Farmaceutyczny*, Warszawa 1932

⁶ Wikipedia

⁷ L. Kostrzeński, *Materiały do historii aptek wielkopolskich*, nakładem mgr. farm. Fr. Heroda 1929, t. 2, s. 264

⁸ Encyklopedia Staropolska Zygmunta Glogera

⁹ Tekst opubl. *Apteczka domowa XVII w.*

¹⁰ L. Rum, *Kawa legenda, historia, anegdota, receptariusz, W kolorach tęczy*, Wrocław 1995, s. 11.

¹¹ *Dykcjonariusz Medyki Powszechnej*

¹² A. Mickiewicz, *Pan Tadeusz czyli ostatni zajazd na Litwie*, Nakładem Macierzy Polskiej, Lwów 1898, księga II „Zamek”, s. 60

¹³ *Tygodnik Romansów i Powieści*, nakład, własność i druk S. Lewantach 1890, t. XLIII, s. 157-158

¹⁴ Red. H. Strzelecka, J. Kowalski, *Encyklopedia zielarstwa i ziołolecznictwa*, PWN 2000

¹⁵ H. Cytryńska, *Poznańskie apteki, wnętrze, historia, wyposażenie*, Poznań 2016, Wydawnictwo Nowa Baśń, s. 31

¹⁶ S. Proń, *Musaeum Poloniae Pharmaceuticum*, PZWL, Warszawa 1967, s. 293



dr HANNA CYTRYŃSKA

Architekt wnętrz. Autorka książki „Poznańskie apteki. Wnętra, historia, wyposażenie” (Poznań 2016) oraz artykułów związanych z historią farmacji i układami przestrzennymi wnętrz.

ANNA KOPRAS-FIJOŁEK

PASJA I ZAANGAŻOWANIE

Muzeum Farmacji im. prof. Jana Muszyńskiego kultywuje pamięć o dziejach łódzkiego aptekarstwa.

Muzeum Farmacji w Łodzi powstało w 2008 r. Siedzibą placówki jest zabytkowa kamienica z I połowy XIX wieku. Patronem muzeum jest prof. Jan Muszyński, botanik i farmaceuta.

– Najważniejsze są pasja i zaangażowanie. Istotą placówek tego typu jest przekazywanie historii farmacji jak najszerszej grupie widzów – podkreśla Jakub Kossowski, dyrektor łódzkiego Muzeum

Farmacji. – Pragniemy przenieść widza w czasy, kiedy apteka była miejscem wytwórczo-produkcyjnym, kiedy laboratoria apteczne tętniły życiem, a lek wytwarzany był według dawnych receptur, zapisywanych odręcznie w manualach aptekarskich. Poprzez nasze stałe i czasowe ekspozycje staramy się ukazać ten wielki dorobek zawodowo-intelektualny przeszłych pokoleń farmaceutów.

Jak za czasów Pana Oskara

Ekspozycje czasowe, spotkania, koncerty (na przykład występ Chóru Sybiraków pod kierownictwem muzycznym Swietłany Niewiadomskiej), jubileusze – to wydarzenia, które organizowane są cyklicznie. Jedną z ważniejszych ekspozycji zorganizowanych w ostatnim czasie była wystawa zatytułowana „Nivealia Pana Oskara”, poświęcona historii produktów Nivea, której początki wiążą się z firmą Paula Beiersdorfa. Jej działalność kontynuował aptekarz Oskar Troplowitz (1863-1918), zdolny przedsiębiorca i kreator marki Nivea. To właśnie produkty kosmetyczne i specyfiki farmaceutyczne Troplowitza z kolekcji Wojciecha Mszyca prezentowano na wystawie, która cieszyła się dużym zainteresowaniem, zwłaszcza grup szkolnych.

Na wystawie „Pijawki i mandragora – w oparach dawnej apteki” można było zobaczyć zabytkowe





szkło apteczne, narzędzia chirurgiczne, mikroskopy czy surowce zielarskie używane do wytwarzania leków (eksponaty z kolekcji Mateusza Danielczyka). „Skarby z ula” – to wystawa poświęcona życiu pszczoł i produktom z ula, leczniczym właściwościom miodu, pierzgi, pyłku kwiatowego czy wosku.

Dużym zainteresowaniem cieszyła się wystawa „Rodzina Głuchowskich – farmaceuci i patrioci”. Głuchowscy zapisali się w historii miasta nie tylko jako aptekarze zaangażowani w pracę zawodową, ale również jako patrioci działający na rzecz odbudowy wolnej i niepodległej Rzeczypospolitej.

– Rodzina ta jest przykładem tego, jak wiele poświęcenia można i trzeba włożyć w pracę zawodową, w troskę o pacjenta przychodzącego w potrzebie do apteki. Głuchowscy dali także świadectwo wielkiego zaangażowania w walkę o ojczyznę, jej wolność i niepodległość – podkreśla dyrektor muzeum.

W ubiegłym roku zorganizowano wystawę zatytułowaną „Od tinktury do kultury – krótka historia nalewek farmaceutycznych”, ukazującą, jakie nalewki farmaceutyczne były niegdyś wykonywane i sprzedawane przez aptekarzy. Można było też oglądać wystawę o kawie, która zgromadziła dużą liczbę odwiedzających. W tym samym czasie odbywały się w muzeum cyklicznie pokazy filmowe dla seniorów („Filmy przy kawie, nie tylko o kawie”). 24 lutego 2020 r. zainaugurowana została wystawa zatytułowana „Mydło i powidło – o dobrych i złych ziołach oraz o dawnych słowiańskich zwyczajach i obrzędach”. Wystawa pochodzi ze zbiorów Wojewódzkiej Biblioteki Publicznej w Łodzi.

Edukacja i popularyzacja

Muzeum Farmacji wzięło udział w projekcie „Piesze metro”, zrealizowanym w ramach Budżetu Obywatelskiego Miasta Łodzi. Jego celem jest promocja

komunikacji pieszej oraz pomoc łodzianom i turystom w odkrywaniu miasta i jego atrakcji. Mapa „pieszego metra” informuje również kierowców parkujących w centrum o możliwości przemieszczenia się bez konieczności ciągłego przeparkowywania samochodów.

W 2018 r. muzeum nawiązało współpracę z krakowską fundacją „Trasa dla Bobasa”, w ramach której przygotowano ciekawy przewodnik zatytułowany „Muzealne eksponaty nie tylko dla mamy

i taty! Rodzinny przewodnik po Muzeum Farmacji w Łodzi”. Fundacja wydała 500 egzemplarzy przewodnika, a także przygotowała jego wersję elektroniczną w formie e-booku.

– Jak co roku braliśmy udział w Nocy Muzeów, podczas której odwiedziło nas ponad 2500 osób. Nasze muzeum jest również miejscem spotkań emerytowanych farmaceutów, którzy zawsze bardzo chętnie i licznie nas odwiedzają, między innymi podczas wernisaży wystaw. Stwarzając miłą i wręcz rodzinną atmosferę. Muzeum staje się dla nich miejscem wspomnień – podkreśla Jakub Kossowski.

Muzeum prowadzi szeroko pojętą działalność popularyzatorską. Jak każda taka placówka gromadzi, przechowuje i udostępnia zabytki związane z historią zawodu aptekarskiego. Na szczególną uwagę zasługuje działalność edukacyjna. Od kilku lat realizowany jest program mający na celu przybliżyć historię zawodu poprzez zajęcia aktywizujące grupy dziecięce i młodzieżowe.

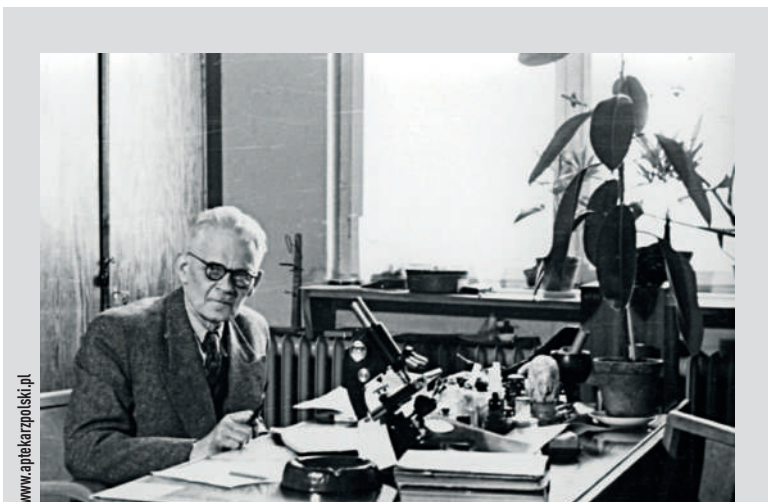
– Pragniemy trafić do najmłodszych poprzez połączenie nauki z zabawą. Nasze zajęcia edukacyjne kierujemy głównie do dzieci z przedszkoli i szkół podstawowych – opowiada dyrektor Kossowski.

Zajęcia przeprowadzane są dla grup nie większych niż 25 osób. Lekcja muzealna składa się z trzech etapów. Pierwszy to praca z mózdzierzami – uczniowie poznają tajniki pracy aptekarza poprzez rozcieranie kostek cukru w porcelanowych mózdzierzach. Następnie przesypują roztarty cukier puder do przygotowanych torebeczek. Zapakowany cukier puder jest formą pamiętki.

– Poprzez tę pracę uświadamiamy dzieciom, że zdolności manualne były i są do dziś istotne w pracy aptekarza – zaznacza Jakub Kossowski.

Drugi etap to ręczne wyrabianie czopków i pigułek za pomocą drewnianych narzędzi. Podczas zajęć dzieci formują plastelinowe pigułki i czopki. To zadanie pokazuje, jak w dawnej aptece przygotowywano rozmaite formy leków. – Zwracamy przez to uwagę na historyczną rolę aptekarza jako wytwórcy – dodaje Jakub Kossowski.

Trzeci etap to oznaczanie poziomu pH. Wcześniej przygotowany sok z czerwonej kapusty dzieci wkraplają za pomocą kroplomierzy do trzech probówek. Probówki umieszczone na statywach wypełnione są wodą przegotowaną, wodą zmieszaną z kwasem cytrynowym oraz wodą zmieszaną



www.aptekarzypolski.pl

PATRONEM MUZEUM FARMACJI W ŁODZI jest prof. Jan Muszyński. Urodził się 3 lipca 1884 r. w Wólce Nosowskiej. W roku 1904 był więziony w Cytadeli Warszawskiej za działalność niepodległościową. Po złożeniu w 1907 r. egzaminów na stopień pomocnika aptekarskiego rozpoczął studia farmaceutyczne w Dorpacie, a dwa lata później uzyskał dyplom prowizora farmacji i objął stanowisko inspektora ogrodu botanicznego przy dorpackim uniwersytecie. W 1915 r. uzyskał stopień magistra farmacji. W latach 1915–1920 zarządzał plantacją i stacją aklimatyzacyjną w Suchumi na Kaukazie, gdzie prowadził badania nad produkcją kamfory i olejku eukaliptusowego. Po powrocie do Polski organizował w 1921 r. Oddział Farmacji na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu im. Stefana Batorego w Wilnie, a dwa lata później został profesorem nadzwyczajnym i dyrektorem Oddziału Farmaceutycznego. Brał udział w przygotowaniu reformy studiów farmaceutycznych oraz był współautorem Farmakopei Polskiej z 1937 r. W czasie okupacji prowadził w Warszawie tajne nauczanie, a w powstaniu warszawskim służył w jednostkach sanitarnych. Po II wojnie światowej przybył do Łodzi, gdzie zorganizował Wydział Farmaceutyczny w tworzonej wówczas Uniwersytecie Łódzkim i został jego pierwszym dziekanem. Jednocześnie zorganizował Katedrę Farmakognozji i Uprawy Roślin Leczniczych oraz ogród botaniczny. Był współzałożycielem i pierwszym prezesem Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego (1947–1952). Zmarł 28 kwietnia 1957 r. w Łodzi.



WYSTAWA „KAWA – CZARODZIEJSKI NAPÓJ” W ŁÓDZKIM MUZEUM FARMACJI CIESZYŁA SIĘ DUŻYM ZAINTERESOWANIEM ZWIEDZAJĄCYCH

z sodą oczyszczoną. Pod wpływem soku z kapusty woda w probówkach zmienia swój kolor, który odpowiada poziomowi pH.

– Zadanie to ma na celu zwrócić uwagę na naszą codzienną dietę. Spożywanie w nadmiarze produktów wysokokwasowych – a za takie uważamy hamburgery, chipsy czy słodczyce – może prowadzić do poważnych zaburzeń funkcjonowania całego organizmu. Uwrażliwiamy dzieci, że tylko dobrze zbilansowana dieta, zawierająca produkty zasadowe, takie jak owoce czy warzywa, zapewni odpowiedni rozwój i zapewni ochronę organizmowi – wyjaśnia dyrektor Jakub Kossowski. – Ponadto przygotowujemy dla grup krzyżówki farmaceutyczne i kolorowanki dla najmłodszych zwiedzających. Uczniom klas licealnych proponujemy obserwację zachowania się cieczy nieniuetonowskiej na przykładzie roztworu wody ze skrobią.

Lekcje organizowane przez muzeum cieszą się dużym zainteresowaniem dzieci. Nauczyciele wraz ze swoimi uczniami chętnie odwiedzają placówkę. W 2018 r. przeprowadzono warsztaty dla 79 grup (1560 młodych osób).

W kamienicy Zimmermana

– Pragniemy, aby muzeum dalej się rozwijało i mogło funkcjonować w obecnej lokalizacji – mówi Jakub Kossowski. – Znajdujemy się w miejscu historycznym,

w kamienicy mieszczańskiej wybudowanej w roku 1840 przez aptekarza Zimmermana, w której do dziś mieści się pierwsza łódzka apteka z 1830 r.

Pracownicy muzeum nadal będą prowadzić działalność badawczo-naukową, gromadzić materiały historyczne dotyczące zagadnień związanych z historią łódzkich aptek, odnajdywać archiwalne dokumenty, a także docierać do świadków historii, aby przedstawić dokonania farmaceutów.

Problemy, które dotyczą muzeum, wiążą się głównie z ograniczeniami lokalowymi. Ekspozatów przybywa.

– Dodatkowo jako instytucja prywatna, zarządzana przez prywatny podmiot, nie jesteśmy właścicielem lokalu, w którym się znajdujemy. Rodzi to sporo problemów, związanych między innymi z remontami – przyznaje dyrektor. – Mimo to nie tracimy zapału do dalszej wyteżonej pracy na rzecz kultywowania pamięci o dziejach łódzkiej farmacji. 🌿

*Zdjęcia MUZEUM FARMACJI
WŁODZI*



ANNA KOPRAS-FIJOŁEK

Dziennikarka zajmująca się tematyką społeczną i zdrowotną, nagrodzona tytułem „Dziennikarza Medycznego Roku”. Była prezes Zarządu Wielkopolskiego Oddziału Stowarzyszenia Dziennikarzy Polskich.

WARSZTATY W POZNAŃSKIM MUZEUM

Od 12 listopada do 12 grudnia 2019 r. w Muzeum Farmacji im. prof. Witolda Włodzimierza Głowackiego Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu odbywały się warsztaty poświęcone płynnym postaciom leku sporządzanym w aptekach. Uczestniczyło w nich 9 grup młodzieży kończącej szkołę podstawową lub rozpoczynającej naukę w liceum, liczących ogółem 137 osób. Młodzież rozpoczynała warsztaty od zapoznania się z ekspozycją muzealną i związaną z nią historią aptekarstwa, głównie wielkopolskiego. Podczas zajęć uczestnicy mogli zaznajomić się z ważeniem za pomocą wag szalkowych używanych w aptekarstwie jeszcze w latach 90. ubiegłego wieku. Czynność ta,

a także prezentacja wagi palcowej dawała możliwość zrozumienia powiedzenia „aptekarska dokładność”, a także przypomnienia sobie podstawowych pojęć typu netto, brutto, tara. Tarowanie za pomocą śrutu ołowianego budziło wielkie zdziwienie. Uczestnicy warsztatów dowiedzieli się, czym dla farmaceuty jest Farmakopea Polska, mieli też możliwość przewertowania edycji od drugiej do szóstej. Poza doskonaleniem umiejętności ważenia młodzież wykonywała także krople anyżowe (Spiritus Ammoni anisatus) według przepisu z Farmakopei Polskiej IV. Uczestnicy zajęć ważyli chlorek amonu i wodę oraz etanol i olejek anyżowy, a po otrzymaniu przezroczystych roztworów mieszały je razem,

otrzymując mleczny płyn. Warsztaty odbyły się dzięki dotacji, którą od miasta Poznania uzyskało Stowarzyszenie Ad Gloriam Pharmaciae.

dr n. farm. STEFAN PIECHOCKI
Zdjęcia *STEFAN PIECHOCKI*





MUZEUM FARMACJI

im. prof. W.W. Głowackiego
Wielkopolskiej Okręgowej Izby
Aptekarskiej w Poznaniu

Poznań, al. Marcinkowskiego 11

tel.: 798 195 988

e-mail: muziumfarmacji@woia.pl

Muzeum czynne jest we **wtorki,**
środy i piątki od 9:00 do 15:00

Wstęp bezpłatny



dr n. farm. JAN MAJEWSKI

DAR SERCA

Dwudziestolecie prywatnej audiencji polskich farmaceutów u Ojca Świętego Jana Pawła II.

Pielgrzymka, zorganizowana przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego (przy współudziale śląskiego oddziału PTFarm, kierowanego przez prezesa mgr. farm. Piotra Klimę), odbyła się na progu pamiętnego Wielkiego Jubileuszu Roku 2000. Wzięli w niej udział członkowie PTFarm i okręgowych izb aptekarskich, zwłaszcza śląskiej, ponadto



Archiwum autora

SIOSTRA RAFAELA SZYMKOWIAK CSSE (1900-1995)

lekarze i przedstawiciele innych środowisk zawodowych.

Przewodnim motywem pielgrzymki 4-13 lutego 2000 r. było odwiedzenie Rzymu i Stolicy Apostolskiej w Roku Świętym na przełomie wieków i tysiącleci, nade wszystko zaś podarowanie Janowi Pawłowi II kopii obrazu świętych Kosmy i Damiana, namalowanego przez s. Rafaelę Szymkowiak CSSE (1900-1995) w roku 1952 r. Kopię, o wymiarach 1,3 x 0,85 m, ufundowaną przez Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, wykonał artysta poznański Jerzy Winkler. Obraz s. R. Szymkowiak przedstawia patronów aptekarzy i lekarzy. Od 1992 r. pod patronatem świętych braci męczenników Kosmy i Damiana obchodzone jest w Poznaniu Święto Aptekarzy, organizowane przez Wielkopolską Okręgową Izbę Aptekarską i PTFarm.

Pielgrzymi ze Śląska przywieźli ze sobą drugą kopię tego obrazu, którą podczas audiencji prywatnej 6 lutego 2000 r. Ojciec Święty pobłogosławił. Obraz ten znajduje się w kościele akademickim Wydziału Farmaceutycznego Śląskiej Akademii

Medycznej w Sosnowcu, jako dar oddziału katowickiego PTFarm dla braci studenckiej.

Obok niepowtarzalnych przeżyć religijnych w Stolicy Piotrowej, zwłaszcza w czasie audiencji, istotny był także wymiar naukowo-szkoleniowy i turystyczny. Najważniejsze jednak było spotkanie z papieżem. Byliśmy blisko niego, rozmawialiśmy z Janem Pawłem II i otrzymaliśmy specjalne błogosławieństwo. Były to chwile pełne wielkiego szczęścia i wzruszenia.

Podczas zwiedzania kościołów Rzymu towarzyszyła nam „Modlitwa farmaceuty”, przygotowana przez ks. Konrada Glombika z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego z okazji VI pielgrzymki Jana Pawła II do Ojczyzny (1999 r.). Oto ona:

„Wszchemogący Boże, Miłośniku życia. Ty stworzyłeś człowieka na swój obraz i podobieństwo i poddałeś mu cały świat. Gdy człowiek popadł w niemoc grzechu, nie pozostawiłeś go samego, lecz obiecałeś mu Zbawiciela. Abyśmy życie mieli i mieli je w obfitości, posłałeś na świat Swego Jedynego Syna, aby leczył i pomagał chorym



Archiwum autora

PRZEKAZANIE KOPII OBRAZU ŚWIĘTYCH KOSMY I DAMIANA PODCZAS AUDIENCJI PRYWATNEJ PIELGRZYMKI POLSKICH FARMACEUTÓW (6 LUTEGO 2000 ROKU)

oraz cierpiącym. Jezus Chrystus tak umiłował ludzi, że oddał za nich swoje życie, abyśmy życie mieli. Kościołowi zaś zostawił środki zbawienia, abyśmy nie pozostali sami. Panie Jezu Chryste, Ty powołałeś mnie, aby służyć człowiekowi, troszcząc się o jego zdrowie, nieść ulgę w jego chorobie i cierpieniu. Spraw, by środki farmaceutyczne, które złożyłeś w moje ręce, były zawsze spożytkowane dla dobra bliźniego. Umocnij mnie w postanowieniu, by zawsze służyć człowiekowi i otwierać się na jego potrzeby. Dodaj mi siły w realizacji swojego powołania, by nigdy nie szkodzić nikomu, ale zawsze służyć życiu i zdrowiu, a przez to osiągnąć zbawienie. Przez Chrystusa Pana naszego. Amen”.

Obecnie modlitwa ta odmawiana jest przez farmaceutów przy różnych okazjach, także w czasie

corocznych obchodów Święta Aptekarzy pod patronatem św. Kosmy i Damiana w poznańskiej Farze.

Delegaci pielgrzymów z ówczesnym prezesem Zarządu Głównego PTFarm doc. dr. hab. Michałem H. Umbreitem i sekretarzem ZG PTFarm dr. n. farm. Janem Majewskim na czele złożyli wizytę w siedzibie Federacji Włoskich Organizacji Farmaceutycznych (Federazione Ordini Farmacisti Italiani), gdzie podejmował ich prezydent federacji dr Giacomo Leopardi.

Odwiedziliśmy też aptekę watykańską, gdzie była okazja poznania bliżej pracy włoskich farmaceutów. Co interesujące, w aptece w Watykanie pracują wyłącznie magistrowie farmacji. Właścicielami innych aptek włoskich mogą być tylko farmaceutyci.

Nasz dar z innymi darami serca, jakie przekazywano

w latach 1978-2005 Janowi Pawłowi II, trafił do zasobnych archiwów Watykanu. Przed poświęconym przez Ojca Świętego w lutym 2000 r. obrazem świętych Kosmy i Damiana można się modlić w Sosnowcu, natomiast w pamięci polskich farmaceutów, którzy 20 lat temu byli w Watykanie, na zawsze pozostanie niezwykle i doniosłe doświadczenie, jakim była dziesięciodniowa pielgrzymka i to, co dane nam było przeżyć podczas prywatnej audiencji u Jana Pawła II, kanonizowanego w Rzymie 27 kwietnia 2014 r.

Święty Janie Pawle II módl się za nami, farmaceutami i lekarzami! 🌿



dr n. farm.
JAN MAJEWSKI
Honorowy przewodniczący
Ogólnopolskiej Sekcji Historii
Farmacji PTFarm.

mgr farm. KONSTANCJA M. MAJEWSKA

DAGEROTYPIA I APTEKARZE

Fotografia to fascynujące medium, którego historia obejmuje okres ostatnich dwustu lat, dzielących pierwsze eksperymenty ze światłoczułymi chemikaliami aż do zdjęć cyfrowych. Nie ma dziedziny życia, dla której fotografia nie ma znaczenia. Nauka, informacja, sztuka i rozrywka nie istniałyby w obecnej formie, gdyby nie wynaleziono fotografii. Zdjęcia fotograficzne dokumentują ważne kierunki rozwoju, style i tendencje. Fotografie, zapisując wspomnienia w niezwyklej formie, potrafią nas przenieść do odległych chwil z przeszłości. Zastępują zatem na szczególną uwagę miłośników historii fotografii.

Camera obscura jest wizualnym studium, które już Arystoteles polecał do obserwacji zaćmienia słońca. Promienie światła, wpadając przez otwór na umieszczonej z tyłu płaszczyźnie, wywołują obraz oświetlonego bądź świecącego obiektu znajdującego się przed otworem. Leonardo da Vinci porównał *camera obscura* do ludzkiego oka, co doprowadziło do odkrycia, że soczewka i tęczówka regulują ostrość obrazu poprzez ilość wpuszczanego światła.

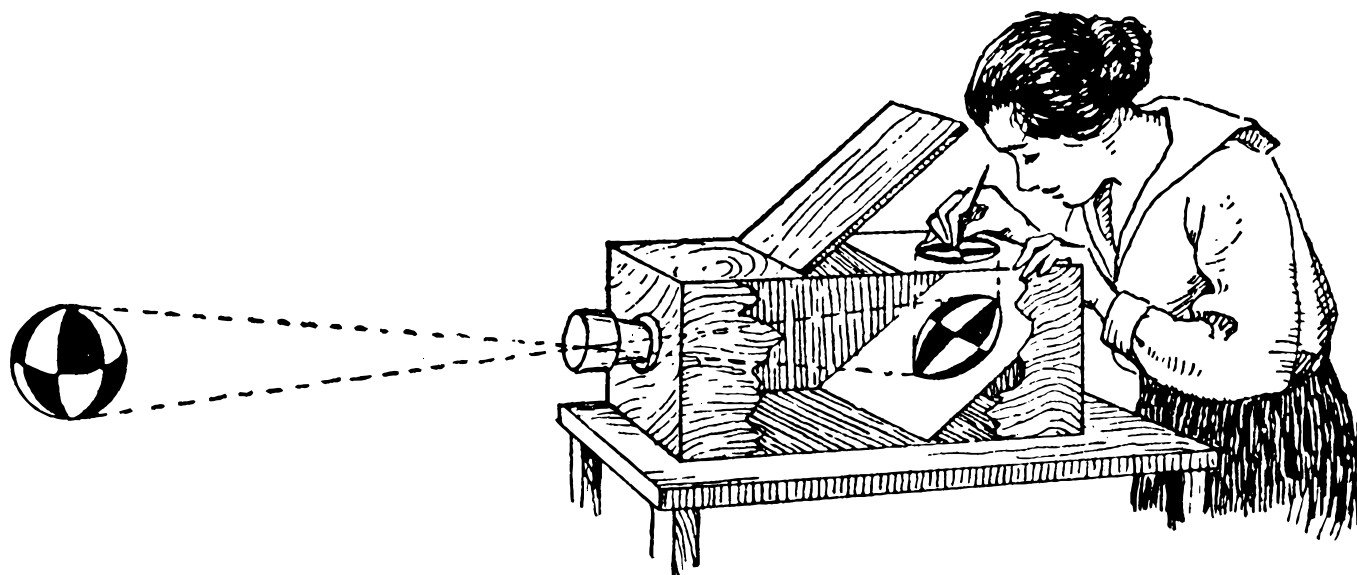
W roku 1544 niderlandzki fizyk Reiner Gemma Frisius, idąc za radą Arystotelesa, użył *camera*

obscura do obserwacji zaćmienia słońca, co przedstawił na rysunku. *Camera obscura* wykorzystywana była do utrwalania ulotnych widoków przez takich artystów, jak Canaletto czy Caspar David Friedrich. Wykorzystywali oni tę technikę w świadomym procesie twórczym, co pozwoliło im na szybką redukcję oglądanego trójwymiarowego świata do dwuwymiarowego obrazu na płótnie. W XVIII wieku praca przy użyciu *camera obscura* stała się artystyczną rutyną, umożliwiała bowiem wierne naśladowanie natury. Zbyt wierne, co spotkało się z krytyką i było odbierane jako zagrożenie pozycji malarstwa, do tej pory kojarzonego z takimi pojęciami, jak geniusz i indywidualizm.

Johann Wolfgang Goethe również zastosował omawiany aparat do utrwalenia widoków w czasie podróży. Wzbudził tym zachwyt, zwłaszcza wśród dam. Skomentował jednak ten fakt następująco: „*camera obscura* zmusza do zbyt drobiazgowości, co służy amatorom nie mającym talentu, natomiast artyści nie powinni jej używać, bo rysunek jest wtedy wykonany przez słońce, a nie artystę”. Jak pisał w „Teorii kolorów” („*Farbenlehre*”): „oko artysty, ten otwór na świat, musi zostać zamknięte, by

umożliwić tworzenie i zapamiętywanie indywidualnych wizji”.

Sztuka epoki romantyzmu, która poprzedziła pojawienie się fotografii, uwolniła się od kopiowania natury, ograniczającego artystę. Dlatego nowe medium było na początku lekceważone i ignorowane. Malarze odmawiali fotografii wartości artystycznych, jako technice zabijającej wszelką fantazję. A jednak historia fotografii ma swój początek w wyobraźni i wiąże się z ludzką zdolnością do fantazjowania. Wielu zapaleńców z różnych dziedzin nauki, sztuki i techniki, korzystając z kredy, kwasu azotowego, azotanu wapnia czy azotanu srebra, próbowało utrwalić rysunki światła, tworzyć pozytywy i negatywy. W roku 1833 William Henry Fox Talbot, angielski archeolog, fizyk, chemik, botanik, lingwista, matematyk, rozpoczął przeprowadzanie podobnych eksperymentów. Na papierze pokrytym solą kuchenną i roztworem azotanu srebra uzyskał odbicia piór, ostrzy i liści. W 1835 r. zauważył, że gdyby papier, na którym powstaje obraz, był przezroczysty, można by stworzyć kolejny obraz, „w którym światło i cień byłyby odwrócone”. Był to punkt wyjścia do rozwoju techniki



CAMERA OBSCURA TO PROSTY PRZYRZĄD OPTYCZNY POZWALAJĄCY UZYSKAĆ RZECZYWISTY OBRAZ

negatywowo-pozytywowej. Ta technika umożliwia robienie dowolnej liczby odbitek, stanowiąc podstawę fotografii i jest stosowana do dziś. Talbot opatentował swój wynalazek, który nazwał *kalotypią* (z gr. *kalos* – piękny).

Innym eksperymentatorem chcącym uchwycić ulotne obrazy malowane światłem był Francuz Joseph Nicéphore Niépce. Badania prowadził od 1793 r. Około 1813 r. nanosił na płytki srebra mieszkankę asfaltu i oleju lawendowego. Następnie wystawiał je na działanie światła, po czym spłukiwał rozpuszczalnikiem, który usuwał nienaświetlone fragmenty wierzchniej warstwy, odsłaniając utrwalony obraz. Tę niedoskonałą jeszcze technikę nazwał heliografią. Wprawdzie wymagała ona jeszcze długiego czasu naświetlania, lecz należy uznać, że były to narodziny fotografii.

Pierwsza fotografia była obrazem podwórka, widzianym z okna pracowni Niépce'a, uzyskanym na światłoczułej powierzchni srebrnej płytki po

ośmiu godzinach naświetlania. Niestety, wynalazek nie spotkał się z zainteresowaniem naukowców. Nicéphore Niépce zdecydował się zatrudnić do dalszych prac wspólnika – artystę malarza, którym był Louis Jacques Mandé Daguerre. Miał on rozwinąć wynalezioną przez Niépce'a technikę „utrwalania obrazów bez ingerencji artysty”. Śmierć Niépce'a

otworzyła Daguerre'owi drogę do sukcesu. Kolejne eksperymenty z jodkiem srebra pozwoliły na robienie zdjęć o niezwykle wyrazistości. Miedziane płytki pokryte warstwą srebra Daguerre naświetlał. Srebro, poddane działaniu par jodu, przekształcało się w jodek srebra – materiał światłoczuły. Artysta przypadkowo zauważył, że pary rtęci wywołują obraz.



JOSEPH NICÉPHORE NIÉPCE



LOUIS JACQUES MANDÉ DAGUERRE



ZDJĘCIE BOULEVARD DU TEMPLE W PARYŻU Z 1838 ROKU JEST JEDNĄ Z NAJWCZEŚNIEJSZYCH PŁYT DAGEROTYPU WYPRODUKOWANYCH PRZEZ LOUISA DAGERRE'A

Tiosiarczan sodu, rozpuszczając jodek srebra w miejscach nienasświetlonych, utrwala obraz. Jakość obrazu była zdumiewająca i oznaczała sukces nowego medium. Ponieważ obraz był pozytywem, nie można było wykonywać odbitek. W tamtych czasach dagerotypy miały dla odbiorców charakter malarskich miniatur, które wręcz zyskiwały na wartości, bo były unikatowe i błyszcząły jak klejnoty, wystawione w eleganckiej oprawie.

19 sierpnia 1839 r. oficjalny werdykt Instytut de France przepięczętował odkrycie nowego medium i ogłosił Daguerre'a oficjalnym wynalazcą nowej techniki. We Francji otrzymał państwową rentę, zaś król pruski Fryderyk Wilhelm IV przyznał mu order. Do Berlina zaproszony został również Talbot, który przekonywał, że zapotrzebowanie na fotografię portretową będzie rosło, w związku z czym należy poprawić szybkość produkcji i sposób powielania. Chemik Franz von Kobell oraz fizyk Carl August von Steinheil rozpoczęli eksperymenty i skonstruowali bardziej światłoczułą kamerę z achromatyczną soczewką. Naświetlając na mokro pokryty chlorkiem srebra papier, uzyskali negatywy. Rozpoczęto seryjną produkcję ich małoobrazkowego aparatu, umożliwiającego robienie zdjęć portretowych.

W 1839 r. we Frankfurcie nad Menem fotografią zajmowało się

dwóch mieszkańców. Po pięciu latach w Berlinie odnotowano osiemnastu zawodowych fotografów, a w 1860 r. ich liczba w tym mieście wzrosła do 110. Świetnie prosperująca burżuazja, bogacząca się mieszczaństwo, naśladujące zwyczaje arystokracji, odkryło nowe medium, które produkowało gustowne i reprezentacyjne portrety w przystępnej cenie. Wzrastający popyt pobudzał rozwój techniki fotograficznej.

Dzięki Samuelowi Morse'owi, twórcy nowego alfabetu, który w 1839 r. podczas pobytu w Paryżu zetknął się z nową techniką, wieść o dagerotypii dotarła do Stanów Zjednoczonych. Tam wzbudziła wielkie zainteresowanie i wkrótce w Nowym Jorku otwarto pierwsze dagerotypowe atelier portretowe. Pierwszym Polakiem, który zajął się dagerotypią, był najprawdopodobniej Wiktor Kurnatowski. Nie trudnił się fotografią zarobkowo, lecz „dagerotypował” przyjaciół i znajomych.

Do Poznania dagerotypia trafiła za sprawą aptekarza Aleksandra Lippowitza. Aptekarz I klasy A. Lippowitz kupił w Lesznie w 1839 r. Aptekę „Pod Łabędziem”, założoną w 1758 r. W 1842 r. przeniósł się do Poznania i zajął modną wówczas dagerotypią. Jak podaje Marcei Motty, „sprzykrzył sobie jednak pigułki i mikstury (...) będąc biegłym chemikiem chciał się przenieść na dziedzinę fabryk chemicznych”. Jednak uległ nowości i zapalił się do dagerotypii. Pracownię swą założył przy ulicy Frydrykowskiej (obecnie 23 Lutego) w ogrodzie Zychlińskiego. Proces otrzymywania dagerotypów był niezwykle pracochłonny i kosztowny, a przez to mało zyskowny.



APARAT DO WYKONYWANIA DAGEROTYPOW Z 1839 ROKU

Lippowicz nie umiał sobie z tym dać rady, zwłaszcza że pierwsze fotografie wymagały retuszowania, a on tego nie potrafił, zaś o zręcznych retuszerów było trudno. I tak skończyła się przygoda aptekarza Aleksandra Lippowicza z fotografią.

Przypomnę niezbyt ciekawy epizod związany z Lippowiczem, który naraził się polskiemu społeczeństwu. Chodziło o powstańców z 1848 r., których po schwytaniu Prusacy osadzali w cytadeli poznańskiej. Po pewnym czasie byli wypuszczeni, za zapewnieniem, że spokojnie wrócą do domu. Niestety, mimo obietnicy powstańcy wracali z powrotem do oddziałów. Aby temu zapobiec, postanowiono zbiegów naznaczyć tak, aby swej tożsamości wyprzeć się nie mogli. Wezwano Lippowicza jako znawcę chemii. On zaś przygotował miksturę z kamienia piekielnego, którą każdemu schwytanemu smarowano jedno ucho i jedną rękę. Na piekielny kamień znalazły się jednak sposoby, Lippowicz natomiast długo wstydził się, gdy mu później przypomniano niechlubny udział w znakowaniu powstańców roku 1848. W kilka lat później otworzył fabrykę nawozów sztucznych przy szosie jeżyckiej (ul. Dąbrowskiego), która w 1912 r. została przeniesiona do Lubonia. W 1920 r. odkupiła fabrykę konkurencyjna polska firma Dr Roman May. Na starość zgorzkniały i schorowany Lippowicz przeniósł się do Berlina.

Kolejnym farmaceutą dagerotypistą był lwowski aptekarz Julian Hipolit Augustyn Chołoniewski. Robert Bielecki przybliżył jego sylwetkę w „Słowniku biograficznym oficerów powstania listopadowego”. Hipolit Augustyn Chołoniewski urodził się w 1807 r. w Galicji. Był oficerem huzarów austriackich. Zwerbował 70 ochotników, z którymi przystąpił do powstania listopadowego. Od 15 kwietnia 1831 r. był adiutantem pułkownika Władysława Zamoyckiego. Po upadku powstania znalazł się na emigracji w Szwajcarii, Francji i Hiszpanii. Wrócił do Lwowa, gdzie był fotografem. Na starość przeniósł się do Kołomyi, gdzie zmarł 12 stycznia 1880 r. Na nagrobku Chołoniewskiego czytamy: D.O.M. (łac. *Deo Optimo Maximo*, „Bogu Najlepszem, Największem” – napis na świątyniach rzymskich, później także na kościołach i nagrobkach chrześcijańskich). Tu spoczywa Hipolit Myszka Chołoniewski, oficer polski, uczestnik powstania listopadowego z roku 1830-1831, ur. 1807., zm. 1880. Prosi o modlitwę. Został pochowany na cmentarzu gródeckim na przedmieściu Lwowa.

O poświęceniu się Chołoniewskiego dagerotypii dowiedziałam się od prof. Zbigniewa Jacyny-Onyszkiewicza, wybitnego fizyka, byłego posła na Sejm RP z Poznania, dla którego aptekarz Hipolit Chołoniewski jest prapradziadkiem. Tę informację



IGNACY ŁUKASIEWICZ

znalazłam także w Internecie, gdzie podano, że od 1 do 3 lutego 1858 r. w Łodzi przebywał w zajeździe Rosta „w interesie zarobkowym” Hipolit Chołoniewski, który miał paszport wydany w Lenburgu (Lwowie), dokąd następnie powrócił. Znany był jako dagerotypista działający we Lwowie od 1843 r. aż do śmierci w 1880 r.

Jako ciekawostkę podam, iż wizerunek Ignacego Łukasiewicza, powielany przez PTFarm na wielu plakatach, jest w oryginale dagerotypowym portretem wyśmienitego aptekarza z 1847 r. 🌿



mgr farm.

**KONSTANCJA
M. MAJEWSKA**Współwłaścicielka apteki
„Pod Złotym Lwem” w Poznaniu.

¹ L. Kostrzeński, *Materiały do historii aptek wielkopolskich*, Reprint, Poznań 1996, tom II, s. 110; J. Majewski, *Aptekarz Jan, Ciekawostki aptekarskie. Dagerotypia i aptekarz*, „Ziola Polskie Pharma”, kwartalnik firmy Ziola Polskie, kwiecień, maj, czerwiec, nr 2/1997, s. 8; W. Ślusarczyk, *Apteka Pod Łabędziem w Lesznie*, Łódź 2010, s. 50.

² M. Motty, *Przechadzki po mieście*, t. I, 1957, s. 180-181.

³ Tamże, tom I, s. 104-105.

⁴ <http://www.lwow.com.pl/przekroj/szczerbinski.html>

⁵ R. Bielecki, *Słownik biograficzny oficerów powstania listopadowego*, tom I, A-D, Warszawa 1995.

APTEKA „POD ORŁEM” W ŁABISZYNIE

Moment przełomowy w zakresie dostępu mieszkańców Łabiszyna do leków nastąpił dopiero w 1778 roku, gdy w mieście otwarto aptekę” – pisze dr Wojciech Ślusarczyk w książce „Z dziejów opieki zdrowotnej. Apteka »Pod Orłem« w Łabiszynie” (kilkutysięczne miasto w powiecie żnińskim). Przez ponad 150 lat apteka „Pod Orłem” prowadzona była przez niemieckich aptekarzy i ich spadkobierców. W 1932 r. zmarł aptekarz Georg Manzek, a apteka z powodu braku następcy została unieruchomiona. Propozycję przeniesienia własności łabiszyńskiej officina sanitatis w polskie ręce otrzymał młody farmaceuta Piotr Pawłowski.

Aptekarz wraz z żoną mgr farm. Henryką Pawłowską szybko zasymilowali się z lokalną społecznością. Państwo Pawłowscy prowadzili aptekę do marca 1940 r., kiedy to kierowanie apteką przejął niemiecki aptekarz pochodzący spod Rygi. Piotr Pawłowski po aresztowaniu znalazł się w niemieckim obozie koncentracyjnym Dachau, a następnie w Gusen, gdzie ze swoim kolegą ze studiów farmaceutycznych w Poznaniu Franciszkiem Adamaniszem, późniejszym profesorem Akademii Medycznej



PIOTR PAWŁOWSKI W APTECE „POD ORŁEM” W ŁABISZYNIE

Reprodukcja Wojciech Wozniak

w Poznaniu, potajemnie wytwarzali leki dla współwięźniów. Henryka Pawłowska od połowy 1941 r. przebywała w Lublinie, pracując w aptekach i wspomagając ruch oporu. Do Łabiszyna i do apteki „Pod Orłem” Henryka wróciła w marcu 1945 r., a Piotr w sierpniu. W swej aptece doczekali nacjonalizacji w 1951 r. W aptece pracowali do emerytury. W okresie powojennym państwo Pawłowscy cieszyli się wśród miejscowej ludności ogromnym autorytetem. Od 1989 r. apteka działa w nowym budynku wraz z przychodnią, łącząc wieloletnią tradycję z nowoczesnością.

Na marginesie warto zauważyć, że dr Wojciech Ślusarczyk w swej książce oprócz danych dotyczących ściśle apteki „Pod Orłem” w Łabiszynie umieścił informacje dotyczące historii miasta i sytuacji aptekarstwa w poszczególnych okresach. Informacje te pozwalają czytelnikowi na wnikliwe zrozumienie historii apteki oraz osób z nią związanych.

dr n. farm. STEFAN PIECHOCKI

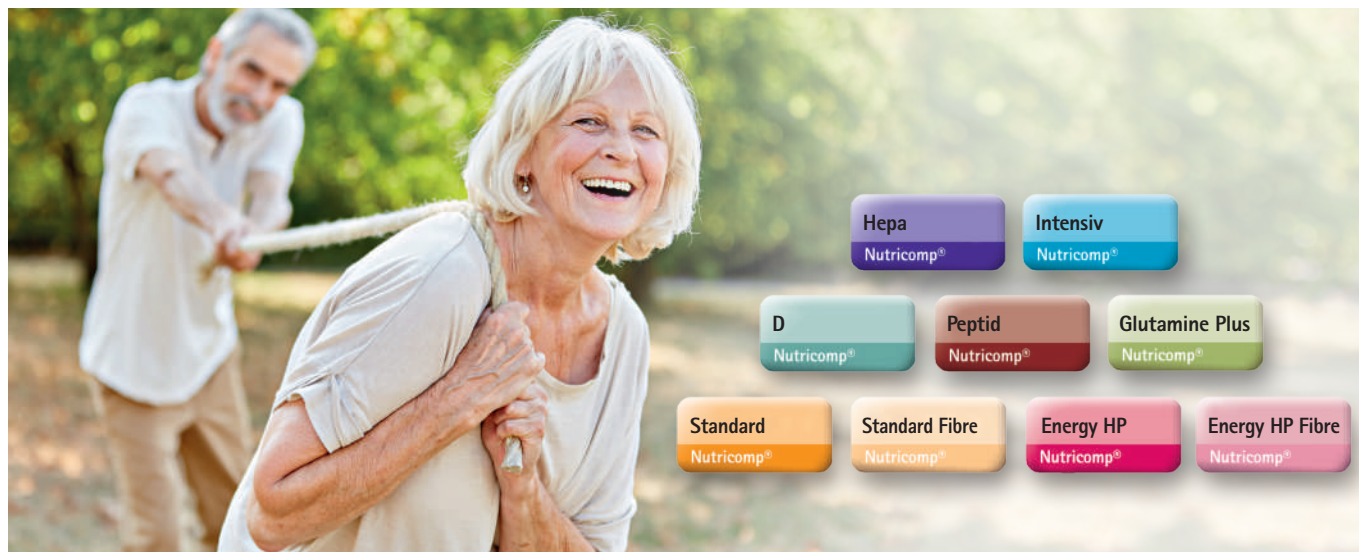


Dariusz Gackowski

DR WOJCIECH ŚLUSARCZYK – p.o. kierownika Zakładu Historii Medycyny i Pielęgniarstwa CM UMK oraz kierownik Działu Historii Medycyny i Farmacji Muzeum Okręgowego im. Leona Wyczółkowskiego w Bydgoszczy. Specjalizuje się w historii polskiego aptekarstwa. Członek Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, Bydgoskiego Towarzystwa Naukowego, Stowarzyszenia Historyków Sztuki i Stowarzyszenia Muzealników Polskich.

Nutricomp®

NABIERAJ SIŁ ZE SMAKIEM



Nutricomp® Drink Plus 200 ml



- To doustna dieta
- Zawiera kompletny zestaw składników odżywczych
- Wysokokaloryczna! W małej objętości 200ml zawiera aż 300 kcal!
- Wzbogacona olejem rybim – zawiera kwasy omega 3
- Dobrze tolerowana przez pacjentów dzięki niskiej osmolarności 470mOsm/l
- Do stosowania od 4 roku życia
- Może być dodawana do posiłków by zwiększyć ich kaloryczność
- Do wyboru smak waniliowy, czekoladowy, bananowy i truskawkowy!

Nutricomp® Standard 500 ml



- To dieta kompletna odżywczo, normokaloryczna, normobiałkowa
- Bogata w olej rybi (wspomaga prawidłowe funkcjonowanie układu odpornościowego)
- Bardzo dobrze tolerowana przez pacjentów dzięki niskiej osmolarności 200mOsm/l!!!!
- Dostępna również w wersji z błonnikiem
- Do stosowania od 4 roku życia
- Smak neutralny

* Oferta diet Nutricomp obejmuje także diety specjalistyczne o składzie dostosowanym do zapotrzebowania wynikającego z choroby czy dysfunkcji narządu

**NUTRICOMP® – TO BOGATA GAMA DIET DOJELITOWYCH RÓWNIEŻ DO STOSOWANIA DOUSTNEGO!
TERAZ DOSTĘPNE W WYGODNYCH PLASTIKOWYCH BUTELKACH 500ml!**

