# Farmacja Wielkopolska

WIELKOPOLSKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA FARMACEUTOM

nr 2 (23) kwiecień–czerwiec 2023 • ISSN 2545-2290

## Między NIEBEM a ZIEMIĄ

### ikony farmaceutki Agaty Słyk

ROZWIJAJ SIĘ Z NAMI

# W RECEPTURZE APTECZNEJ

**bezpłatne webinaria**

## **Program edukacyjny** pod patronatem **Naczelnej Izby Aptekarskiej**

**"Zasady wykonywania leków recepturowych"**

**Zaloguj się i bądź na bieżąco!**

amara.pl/program-edukacyjny-dla-farmaceuty

## **Szkolenia potwierdzone testem**

weryfikującym wiedzę,
organizowane we współpracy
z **Okręgową Izbą Aptekarską**

**Zapytaj naszego przedstawiciela**

## Grupa Facebookowa **"Praktycy receptury"**

newsy, ciekawostki, praktyczne porady dla osób przepisujących i wykonujących leki recepturowe.

**co wtorek** – post eksperta;
**co czwartek** – post merytoryczny dotyczący receptury aptecznej.

**Dołącz do grupy**

www.facebook.com/groups/praktycyreceptury/

**Zakład Farmaceutyczny AMARA sp. z o.o.**
ul. Stacyjna 5, 30-851 Kraków
tel.: +48 12 293 35 20
amara@amara.pl

AMARA®

aiw

dr **ALINA GÓRECKA**
Prezes Wielkopolskiej
Okręgowej Rady Aptekarskiej

# *Na progu lata*

Koniec roku szkolnego, który jest początkiem lata i wakacji, ma wiele wspólnego z przełomem roku kalendarzowego. To czas podsumowań, ocen i postanowień na najbliższy czas. U progu wakacji mamy wiele postanowień, których realizacja właśnie w lecie ma zmienić nas samych na lepsze, a często też zaowocować pozytywnymi zmianami w naszym otoczeniu, na przykład wyremontowanym mieszkaniem.

Natomiast lato 2023, ostatnie w kończącej się kadencji Sejmu RP i Ministerstwa Zdrowia, zapowiada się jako czas bardzo intensywnej pracy. To jej efektem ma być wiele długo oczekiwanych zmian.

Czy do aptek wejdzie jeszcze w tym roku kolejne refundowane świadczenie zdrowotne, jakim jest przegląd lekowy? W lutym byliśmy świadkami konferencji prasowej, która podsumowywała zakończenie pilotażu tej usługi, na której zapowiedziano, że istnieje możliwość włączenia jej do koszyka świadczeń zdrowotnych refundowanych jeszcze w tym roku.

Widzimy też intensyfikację prac legislacyjnych nad nowelizacją tzw. ustawy refundacyjnej. To w tej nowelizacji ma się zmniejszyć liczba obwieszczeń refundacyjnych z 6 do 4 w roku, ma być też rozwiązana kwestia strat aptek w wyniku zmian w kolejnych obwieszczeniach. W projekcie tej nowelizacji są zapisane zmiany w podstawie limitu finansowania oraz propozycje urealnienia marż aptecznych. To właśnie w tej nowelizacji ma być po wielu latach rozwiązany problem dyżurów aptek i ich finansowania.

Tego lata oczekiwane są także zmiany prawa, które pozwolą na kontynuację szczepień w aptekach po zakończeniu pandemii oraz stworzą podstawy do udostępnienia kursów kwalifikacyjnych dla farmaceutów nie tylko w zakresie szczepień, ale również badań diagnostycznych, których lista została opublikowana już w 2022 roku w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia.

W zapowiedziach zmian legislacyjnych pojawiła się też kwestia uszczelnienia Prawa farmaceutycznego poprzez doprecyzowanie przepisów określanych jako tzw. Apteka dla Aptekarza jeszcze w tej kadencji Sejmu, tak aby ta norma funkcjonowała zgodnie z jej uzasadnieniem.

My tegoroczne lato rozpoczynamy pierwszymi próbami podsumowań ostatnich czterech lat w zakresie zmian, jakie przyniosły dla naszego zawodu oraz zmian, na które ciągle jeszcze czekamy – lat, na które przypadła kończąca się VIII kadencja pracy samorządu aptekarskiego. Stąd też rozmowa

przeprowadzona przez dr Alinę Górecką i redaktora naczelnego „Farmacji Wielkopolskiej" Eugeniusza Jarosika z wiceministrem zdrowia Maciejem Miłkowskim o najważniejszych problemach i kierunkach zmian w farmacji („U progu zmian").

Wiele zmian, które dokonały się w otoczeniu prawnym farmacji, nie ma, niestety, oczekiwanego przełożenia na jej praktyczne funkcjonowanie. O tym piszę w artykule „Papierowa farmacja".

Zawsze interesujące i edukujące są spojrzenia radców prawnych na sprawy zawodowe farmaceutów – mec. Łukasza Świderskiego („Błędne stanowisko NSA?") i mec. Marcina Józefiaka („O profilaktyce w miejscu pracy"). Aktualizacja wiedzy dotyczącej otoczenia prawnego zawodu pozwala nam unikać wielu błędów.

Przygotowujemy się wszyscy do podsumowania naszej działalności samorządowej lub oceny prac samorządu w mijającej kadencji. Refleksją na temat samorządu jest artykuł mgr. farm. Mateusza Szamałka „Izba to także ja". Z kolei dr n. farm. Wojciech Musiał poddaje ocenie system kształcenia podyplomowego farmaceutów w tekście „Punkty za klikanie".

Czas wakacji to też czas, aby się zatrzymać, czas refleksji. Piękną refleksją na temat naszego zawodu podzieliła się z nami mgr farm. Agata Słyk, artystka pisząca ikony, w rozmowie „Między niebem a ziemią". W październiku ikony farmaceutki zostaną zaprezentowane w Muzeum Farmacji Wlkp. OIA w Poznaniu. Inną zupełnie będzie refleksja red. Eugeniusza Jarosika („Al zmienia farmację").

W letnich wędrówkach, patrząc zawsze na rośliny okiem farmaceuty, zachwycamy się pięknem i zdrowotnymi własnościami ziół, dlatego polecam artykuły „Zdrowie pachnie bzem" Natalii Zdrenka oraz „100 ziół i co z tego mamy?" prof. dr hab. n. med. Ilony Kaczmarczyk-Żebrowskiej i mgr. farm. Zbigniewa Skotnickiego.

W czasie podróży szczególną uwagę zwracamy na miejsca, które opowiadają o historii i ludziach tworzących historię naszego zawodu. Tym razem zapraszamy do regionu nad Mozelą (rozmowa mgr farm. Magdaleny Todys „Apteki nad Mozelą"), do Strzelna (artykuł „Duch romański" dr Hanny Cytryńskiej) i do zabytkowej Lauenburger Raths-Apotheke w hamburskim Altonaer Museum (artykuł „Ocalona od zapomnienia" dr. Klausa Kocha). Te miejsca fascynują nas swoim pięknem i warto je ocalić od zapomnienia.

Zapraszamy także do lektury relacji z ważnych wydarzeń w życiu farmacji wielkopolskiej – wydarzeń, w których uczestniczyli farmaceuci, studenci i seniorzy zawodu, a które współtworzyła lub w których uczestniczyła Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska.

Życzę Państwu, aby nadchodzące lato 2023 było tym wyjątkowo pięknym, pełnym spełnionych marzeń o podróżach, pełnym spotkań z ciekawymi ludźmi, z czasem na wyciszenie i refleksję . Mam nadzieję, że ten czas uprzyjemni Państwu bogaty w ciekawe tematy, tworzony dla Was przez ludzi z pasją, kolejny numer „Farmacji Wielkopolskiej".

IM WIĘCEJ CHODZĘ, TYM MNIEJ CHODZĘ...
...DO APTEKI!
P. Sawka

# spis treści

www.stock.adobe.com

www.stock.adobe.com

www.stock.adobe.com

Eugeniusz Jarosik

**10** U progu zmian | Rozmowa z **MACIEJEM MIŁKOWSKIM**, podsekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia

**24** Papierowa farmacja

**31** Punkty za klikanie

**39** Izba aptekarska to także ja

**42** Postępowi TAK w farmacji praktycznej

**45** Wytyczne dla farmaceutów

**46** Błędne stanowisko NSA?

**50** O profilaktyce w miejscu pracy

**52** Rynek farmaceutyczny 2022

**58** Nauka i biznes

**62** AI zmienia farmację

**64** Tarczyca pod kontrolą

**69** Groźna zmiana

**72** Postęp w leczeniu systemowym czerniaka

**76** Przegraliśmy ze Szwecją 6149:697

**78** Zdrowie pachnie bzem

**82** 100 ziół i co z tego mamy?

**86** Apteki nad Mozelą

**90** Ocalona od zapomnienia

**94** Duch romański

**98** Między niebem a ziemią

**104** Szczęśliwy zakątek

**106** Noc w muzeum

**108** Majówka w Puszczykowie

**110** Catch the Skills w Poznaniu

**113** Ślubowanie 2023

**114** Mikroskop dla Kocha

**115** Sekcja historii farmacji

**116** W oparach absurdu

**120** Humory Hipokratesa

**122** Apothecaria Bydgostiana

**124** Radosne świętowanie

www.stock.adobe.com

Mirosław Baryga

Sylwia Grużewska

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.farmacjawielkopolska.pl
e-mail: redakcja@woia.pl
Tel. +48 798 192 957
Tel. 61 861 96 93 wew. 105

***Redaktor naczelny***
Eugeniusz Jarosik

***Koncepcja czasopisma***
dr Alina Górecka i Eugeniusz Jarosik

***Koncepcja redaktorska i graficzna (współautor projektu)***
Eugeniusz Jarosik

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

***Okładka***
Eugeniusz Jarosik (koncepcja) i Wiesław Wiszowaty (wykonanie), zdjęcie: Sylwia Grużewska

***Projekt graficzny i skład***
Wiesław Wiszowaty/www.grawisz.pl

***Autorzy***
Mirosław Baryga, Antoni Białek, dr Hanna Cytryńska, Katarzyna Gębka, dr Alina Górecka, mgr farm. Katarzyna Górska, Sylwia Grużewska, Miłosz Ignacyk, Anna Jarosik, Eugeniusz Jarosik, dr n. farm. Marek Jędrzejczak, Marcin Józefiak, prof. dr hab. Ilona Kaczmarczyk-Żebrowska, mgr farm. Monika Klawiter, dr Klaus Koch, Anna Kopras-Fijołek, Patrycja Lisowska, mgr. inż. Dariusz Łukaszyński, dr n. farm. Jan Majewski, dr n. farm. Wojciech Musiał, dr n. farm. Stefan Piechocki, Henryk Sawka, mgr farm. Zbigniew Skotnicki, mgr farm. Mateusz Szamałek, Łukasz Świderski, dr Susanne Timm, mgr farm. Magdalena Todys, mgr farm. Aneta Sara Tomaszek, Małgorzata Tomczykowska, Wiesław Wiszowaty, Natalia Zdrenka


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.

## DYSKRETNY UROK WOLNEGO ZAWODU

*„Autonomia zawodowa to niezależność w realizacji zadań zawodowych, przejawiająca się możliwością planowania pracy i swobodnego wyboru metod pracy oraz oceny jej wyników. Wiąże się ona ściśle z podejmowaniem decyzji i ponoszeniem odpowiedzialności za swoje działania" – trafnie zauważa mecenas Marcin Józefiak w swoim artykule „Dyskretny urok wolnego zawodu" („Farmacja Wielkopolska", nr 22). To, co należy do istoty pojęcia wolny zawód w obszarze zawodów medycznych, to szczególny charakter relacji pomiędzy osobą wykonującą wolny zawód, na przykład lekarzem czy farmaceutą, a pacjentem, odbiorcą świadczenia, opierający się przede wszystkim na zaufaniu. Ważne są też etos i misja wykonywania zawodu, osobista odpowiedzialność za należyte wykonanie świadczenia, wymóg zachowania przez przedstawicieli danego zawodu tajemnicy zawodowej oraz przestrzeganie reguł etyki i deontologii zawodowej. Należy chronić te wartości i wzmacniać prawne fundamenty funkcjonowania tych zawodów.*

*ANNA JAROSIK*

*Studentka Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu*

## RYZYKO INTERAKCJI LEKOWYCH

*Interakcje lekowe oraz zjawisko polipragmazji są obecnie jednym z najcięższych wyzwań, przed którymi w dzisiejszej rzeczywistości stają farmaceuci. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego nasze społeczeństwo starzeje się – co piąty mieszkaniec Polski ma ponad 65 lat. Wraz z wiekiem zwiększa się liczba przyjmowanych leków, a w związku z tym także liczba problemów, które mogą pojawić się w trakcie farmakoterapii. Zaniepokojenie budzi fakt, że coraz częściej leki, które mają na celu zapewnić poprawę stanu zdrowia, w rzeczywistości pogarszają stan pacjenta, tym samym zniechęcając go do kontynuacji terapii. Niezmiernie ważne jest, abyśmy my, jako środowisko medyczne, nieustannie podkreślali wagę tego problemu. Dlatego cieszy fakt, że wciąż istnieje zainteresowanie tym zagadnieniem pośród pracowników ochrony zdrowia oraz studentów kierunków medycznych.*

*Artykuł mgr farm. Gabrieli Jonaszki pod tytułem „Ryzyko interakcji lekowych" („Farmacja Wielkopolska", nr 22/2023) zwraca uwagę na błędy, które popełniane są na różnych etapach procesu leczenia i podkreśla rolę farmaceuty jako jednego z najważniejszych ogniw w procesie leczenia. Potwierdzenie znalazło to w badaniu przeprowadzonym w szpitalu Duke University Hospital w latach 2018-2020, gdzie odnotowano mniejszy odsetek ponownych hospitalizacji pacjentów, których zlecenia terapeutyczne analizowali farmaceuci kliniczni. Pokazuje to, jak ważne jest, aby już podczas studiów podkreślać znaczenie współpracy w zespole interdyscyplinarnym oraz wprowadzać ją w większym stopniu w standardy kształcenia. Optymizmem napawa również fakt, że sami pacjenci coraz częściej, z własnej inicjatywy szukają sposobów, aby upewnić się co do zasadności stosowanych preparatów – nie tylko leków przepisanych przez lekarza, ale także OTC oraz suplementów diety. Rozwój*

*opieki farmaceutycznej, który zauważalnie przyspieszył w ostatnich latach, budzi duże nadzieje na lepszą przyszłość. Szczególnie istotne w tym kontekście są takie usługi, jak Nowy Lek i Przegląd Lekowy, choć obie wymagają jeszcze doprecyzowania w odpowiednich aktach prawnych. Niemniej jednak, z radością możemy obserwować, że potrzeby pacjentów są zauważane, a system ochrony zdrowia wychodzi im naprzeciw. Wprowadzane rozwiązania pozwolą na poprawę nie tylko efektywności, ale ponad wszystko zwiększą bezpieczeństwa farmakoterapii.*

*KATARZYNA GĘBKA*

*Studentka V roku farmacji*
*Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

## TYLKO SKLEP CZY JESZCZE APTEKA?

*„Młodych pociągają wymagania i wysokie ideały" – mawiał święty Jan Paweł II. Taką właśnie postawę często możemy zaobserwować w środowisku młodych polskich farmaceutów. Dr n. farm. Wojciech Musiał w artykule „Tylko sklep czy jeszcze apteka?" („Farmacja Wielkopolska", nr 22/2023) przytacza wyniki badań przeprowadzonych wśród młodych adeptów farmacji – aż 90 proc. z nich deklaruje brak zainteresowania pracą w aptece ogólnodostępnej. Trudno się dziwić. Z jednej strony lata ciężkiej nauki, wyrzeczeń i marzeń o wielkim świecie, pracy w aptece z prawdziwego zdarzenia, gdzie magister farmacji jest jednym z istotnych ogniw ochrony zdrowia, a z drugiej smutna rzeczywistość polskiego sklepu „aptekopodobnego". Ta konfrontacja nie napawa optymizmem. Ale to właśnie młodzi ludzie, pełni pasji i zapału, są w stanie wprowadzać zmiany, podążając szlakiem marzeń i młodzieńczych ideałów. Może to właśnie oni położą fundamenty pod umedycznienie zawodu aptekarza.*

*Uchwalona w dniu 10 grudnia 2020 r. ustawa o zawodzie farmaceuty daje nadzieję na zmiany. Ustawa to początek drogi, jaka jest przed nami. Wiemy, jakie są realia, jak bardzo na funkcjonowanie aptek wpływają ograniczone możliwości kadrowe, niepewna sytuacja finansowa czy nierówny dostęp do leków. Miną lata, nim będziemy mogli zebrać owoce wprowadzanych regulacji.*

*„Zastanowiło mnie, czy młodzi ludzie studiujący farmację zdają sobie sprawę, że większość z nich, wbrew deklaracjom i planom, będzie pracować jednak w aptece. Zastanawia mnie również, czy szklana bańka środowiska akademickiego, w której egzystują i przekaz dotyczący perspektyw zawodowych jest tak silny i ma taki przemożny wpływ, że studenci nie zdają sobie sprawy z realiów?" – pyta autor artykułu. Będąc częścią tego środowiska, mogę jednoznacznie stwierdzić, że większość studentów farmacji ma nadzieje na zmiany aptekarskiej rzeczywistości i chce je wspierać. Chce znajdować się w centrum wydarzeń. Rozpoczynając studia farmaceutyczne, nie zawsze byliśmy świadomi choroby toczącej farmację, lecz postanowiliśmy wytrwać na obranej drodze, próbując choćby małymi krokami dążyć do wymarzonej przyszłości.*

*PATRYCJA LISOWSKA*

*Studentka V roku farmacji*
*Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

# U PROGU **ZMIAN**

„Są już pierwsze wyroki Naczelnego Sądu Administracyjnego, które jasno wskazują, że słupowanie na rynku aptecznym jest niedozwolone. Wszelkie nadużycia i nieprawidłowości związane ze słupowaniem powinny skutkować cofnięciem zezwoleń i wszczęciem postępowań prokuratorskich wobec farmaceutów, którzy złożyli fałszywe oświadczenia. Sprzedawanie swoich uprawnień zawodowych przez farmaceutów, słupowanie powinno wiązać się z surowymi karami, nawet z pozbawieniem prawa wykonywania zawodu" – mówi podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia **MACIEJ MIŁKOWSKI** w rozmowie z **dr Aliną Górecką** i **Eugeniuszem Jarosikiem**, redaktorem naczelnym „Farmacji Wielkopolskiej".

**„FARMACJA WIELKOPOLSKA": Mija rok od agresji Rosji na Ukrainę. Czy wojna i związana z tą tragedią fala uchodźców mają wpływ na rynek leków w Polsce? W polskich aptekach realizowane są recepty wystawione w Ukrainie, gdzie wielu leków brakuje. Czy ministerstwo monitoruje tę sytuację i jakie wnioski płyną z prowadzonych analiz?**

**MACIEJ MIŁKOWSKI**: Dzięki ustawie o pomocy dla obywateli Ukrainy uchodźcy, którzy przyjechali do Polski po 24 lutego 2022 roku, mogą korzystać z opieki medycznej w naszym kraju na równi z ubezpieczonymi obywatelami polskimi. Pomoc obejmuje także refundację produktów leczniczych ze środków publicznych. Po okresowym wzroście sprzedaży leków na początku rosyjskiej agresji na Ukrainę sytuacja się ustabilizowała. Obecnie bezpieczeństwo lekowe w naszym kraju nie jest zagrożone. Na leczenie Ukraińców, w tym na refundację leków, Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymuje specjalną dotację celową z budżetu państwa. W 2022 roku koszty leczenia tej grupy pacjentów wyniosły ponad 514 mln zł. W tym roku zarezerwowano na ten cel prawie 828 mln zł. Należy podkreślić, że nadawanie numerów PESEL uchodźcom z Ukrainy umożliwia precyzyjne rozliczanie wydatków na pomoc medyczną.

Jeśli chodzi o sam mechanizm, to możliwość realizacji recept wystawianych również w Ukrainie istniał w prawie polskim na długo przed inwazją Rosji.

Eugeniusz Jarosik

Eugeniusz Jarosik

Wystarczające do realizacji takiej recepty jest, aby zawierała ona minimum określonych w obowiązujących przepisach prawa polskiego informacji. Natomiast mechanizmy odnoszące się do recept w ww. ustawie dotyczącej pomocy obywatelom Ukrainy należy odnosić do koncepcji uznawania uprawnień obywateli Ukrainy do finansowania ze środków publicznych świadczeń zdrowotnych udzielanych na terytorium RP. W to wchodzi uzyskiwanie i realizacja recept oraz ich refundacja na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, tj. wystawianych przez krajowych lekarzy, realizowanych w polskich aptekach.

**Co wynika z danych, którymi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia?**

Do Polski przybyło z Ukrainy sporo młodych kobiet z dziećmi, co miało istotny wpływ na liczbę świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Ukraińskie dzieci często korzystały z pomocy pediatrycznej. Z analizy danych NFZ, obejmujących okres od marca do września ubiegłego roku, wynika, że wzrosły koszty leczenia w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Wśród pacjentów polskich placówek medycznych było prawie 1,8 tys. obywateli

Ukrainy z HIV i około 600, u których rozpoznano bezobjawowy stan zakażenia HIV. Wysokie były koszty terapii hematoonkologicznych, radioterapii i chemioterapii. Leczeniem objęto między innymi ponad 7,3 tys. Ukrainek z nowotworem złośliwym sutka, 837 osób cierpiących na białaczkę limfatyczną i 14,3 tys. pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek.

**W październiku 2020 roku upubliczniona została „Strategia na rzecz rozwoju aptek". Dokument, zaakceptowany przez Ministerstwo Zdrowia i Naczelną Radę Aptekarską, w ramowy sposób określił najważniejsze problemy farmacji i polskich aptek, które w określonych w przybliżeniu terminach miały być przedmiotem prac legislacyjnych i konkretnych rozwiązań. Terminy obejmowały okres do połowy 2021 roku. Większość opisanych w dokumencie problemów nadal czeka na rozwiązanie. Jakie jest stanowisko Ministerstwa Zdrowia w sprawie realizacji zadań i celów nakreślonych w strategii? Czy stać nas na grzech zaniechania w obszarze tak istotnym jak system dystrybucji leków i bezpieczeństwo lekowe polskich pacjentów?**

Niedawno zakończył się program pilotażowy przeglądów lekowych, przeprowadzony na podstawie rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 2 grudnia 2021 roku. Głównym celem pilotażu było sprawdzenie skuteczności praktycznej przeglądów lekowych w warunkach świadczenia opieki farmaceutycznej oraz sprawdzenie ich wartości klinicznej, wpływu na system opieki zdrowotnej, a w konsekwencji wypracowanie optymalnego modelu, procedur oraz standardów tego elementu opieki farmaceutycznej jako świadczenia zdrowotnego. Przeglądy lekowe mają prowadzić do optymalizacji farmakoterapii. Niezwykle ważna jest też współpraca farmaceuty i lekarza dla dobra pacjenta, który w systemie otrzymuje nową jakość opieki, czego efektem jest poprawa jego leczenia. Żeby jednak przegląd lekowy stał się świadczeniem gwarantowanym, konieczne jest rozporządzenie koszykowe, gdzie określone jest finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Takiego rozporządzenia, określającego poziom lub sposób finansowania danego świadczenia gwarantowanego, a także warunki jego realizacji, na razie nie ma.

Należy wspomnieć, że część postulatów wyrażonych ww. dokumencie bądź została już zrealizowana, bądź jest – na różnym etapie zaawansowania – w toku realizacji. Zrealizowany został między innymi postulat systemowego uregulowania zawodu farmaceuty i jego niezależności zawodowej, co nastąpiło poprzez uchwalenie ustawy o zawodzie farmaceuty. Drogą nowelizacji ustawy refundacyjnej czyniona jest próba realizacji zawartego we wspomnianej strategii postulatu zmiany w zakresie wysokości marż aptecznych oraz zmiany częstotliwości wydawania obwieszczeń refundacyjnych, o czym później. W tym samym akcie zawarte są także rozwiązania zmierzające do uregulowania w końcu problematyki dyżurów aptecznych, włącznie z egzekwowaniem stosowania się do nich przez podmioty wyznaczone do ich pełnienia, ale również w zakresie ich finansowania ze środków publicznych. Z kolei za pośrednictwem, również pozostającego w procesie legislacyjnym, tzw. projektu pionizacyjnego czynione są starania na rzecz uregulowania sytuacji obrotu pozaaptecznego produktami leczniczymi, w szczególności w zakresie rejestrowania takiej działalności i pobierania za to opłat, stanowiących określony dochód. Tam też, we współpracy z Ministerstwem Sprawiedliwości, zamieszczono uregulowania mające na celu uszczelnienie tzw. ustawy „Apteka dla Aptekarza". Chodzi o wyłączenie możliwości uzyskiwania (przejmowania) kontroli nad aptekami ogólnodostępnymi w taki sposób, którego efektem byłoby przekroczenie wynikających z Prawa farmaceutycznego limitów liczbowych i procentowych, odnoszących się do skupiania aptek ogólnodostępnych w jednym ręku. Podmiot przejmujący

> Farmaceuta współpracuje z pacjentem i lekarzem, udziela konsultacji na temat wprowadzonych do leczenia leków, optymalizuje proces leczenia. Stawia to farmaceutę w odpowiednim miejscu w hierarchii opieki zdrowotnej. Zawód ten w pełni na to zasługuje

kontrolę oraz podmioty przez niego kontrolowane prowadziłyby łącznie nie więcej niż 4 apteki ogólnodostępne albo prowadziłyby łącznie nie więcej niż 1% aptek na terenie województwa. W kontekście powyższego zasadnicza część najważniejszych spośród wyszczególnionych w omawianej strategii postulatów samorządu zawodu farmaceuty została tak czy inaczej zrealizowana. Z pewnością nie można w tym zakresie zarzucić pasywności resortu.

Po wejściu w życie znowelizowanej ustawy refundacyjnej powinna się poprawić sytuacja w zakresie dostępności leków

**Jednym z problemów, z jakimi stykają się apteki, zwłaszcza prowadzone przez niezależnych aptekarzy, jest nierówny dostęp do leków, głównie deficytowych. Czy analizowane są odmowy sprzedaży asortymentu, który hurtownie mają „zarezerwowane" dla wybranych klientów? Takie praktyki z jednej strony godzą przecież wprost w pacjentów aptek, a z drugiej stają się instrumentem w zdobywaniu dominującej pozycji na rynku aptecznym.**

Od dawna zauważamy problem z hurtem zarządzanym bezpośrednio przez zagraniczne centrale producentów, w systemie, w którym polskie hurtownie tylko deponują leki, ale nie są ich właścicielem. Dostrzegamy ten problem, mamy pełne informacje. Będziemy starali się zwiększyć nadzór, spinając informatycznie Zintegrowany System Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi z odmowami realizacji zamówień. Docelowo chcemy zmienić system zbierania informacji o odmowach, aby te dane znajdowały się automatycznie w informatycznym systemie monitorowania, co pozwoli faktycznie ocenić, jakie są braki. Oczywiście ocena braków nie zawsze jest taka prosta, ponieważ niektóre hurtownie, posiadając leki na stanie, twierdzą, że część ich zapasów dedykowana jest pod umowy z szpitalami lub przeznaczają je dla sieci aptecznych. Granie lekami deficytowymi jest podstawowym elementem gratyfikacji, stosowanej przez hurtownie farmaceutyczne w celu zagwarantowania niektórym aptekom uprzywilejowanej pozycji za ich udział w realizacji swoich partykularnych celów biznesowych, sprzedażowych. Apteki o większych obrotach lub sieci apteczne mają większą siłę przetargową. Dla hurtowni są partnerami zapewniającymi szybką, terminową zapłatę. Hurtownie farmaceutyczne stosują niejednolite cenniki wobec swoich klientów. Powszechną praktyką jest negocjowanie z aptekami wysokości rabatu, którego wysokość uzależniona jest od spełnienia przez aptekę korzystnych dla hurtowni warunków. Ten rabat przekłada się bezpośrednio na poziom cen oferowanych pacjentom oraz zyski danej apteki. Ponadto polityka sprzedaży produktów własnych aptekom, objętym programami partnerskimi, podkopuje pozycję aptek niezrzeszonych w negocjacjach z hurtowniami i prowadzi do narzucania aptekom kupna preferowanych przez hurtownie produktów za wyższą cenę.

**Władza publiczna zobowiązana jest tak zorganizować politykę lekową państwa, by dostęp do refundowanych produktów leczniczych był realny i gwarantował pacjentom bezpieczeństwo farmakoterapii. Czy można się zatem spodziewać jakichś rozwiązań prawnych, które nie pozwolą na manipulację dostępem do leków?**

Kwestia dostępu do leków to złożone zagadnienie i aby uzyskać pełny obraz sytuacji na rynku farmaceutycznym, należy brać pod uwagę wszelkie możliwe czynniki i czerpać ze wszystkich dostępnych źródeł danych. Analizując problem dostępności lekowej, Główny Inspektor Farmaceutyczny korzysta między innymi ze specjalnego modułu analitycznego zbierającego dane z dokumentów realizacji recepty. Pozwala to na ocenę faktycznego zapotrzebowania na dany lek. GIF dysponuje też skrzynką poświęconą substancjom czynnym, za pomocą, której podmioty odpowiedzialne zgłaszają potencjalne kłopoty z API. Ponadto komunikuje się z podmiotami odpowiedzialnymi, bezpośrednio od nich czerpiąc informację o poziomie zabezpieczenia produktów leczniczych. Obecnie GIF regularnie przygotowuje wykaz leków, do których pacjenci mogą mieć utrudniony dostęp na terytorium Polski. Jest sprawą oczywistą, że polski pacjent musi mieć gwarancję dostępności leków, przede wszystkim refundowanych przez państwo. Zgodnie z projektem nowelizacji ustawy o refundacji leków, podmiot ubiegający się o refundację musi przedstawić

Eugeniusz Jarosik

dowód dostępności w obrocie leku na dzień składania wniosku, a także zobowiązanie do zapewnienia ciągłości dostaw wraz z określeniem rocznej wielkości dostaw podanej w ujęciu miesięcznym. W projekcie nowelizacji ustawy refundacyjnej doprecyzowano te przepisy. Zgodnie z proponowanymi rozwiązaniami, niedotrzymaniem zobowiązania dotyczącego ciągłości będzie brak obrotu produktem objętym refundacją, polegający na niedostarczeniu go do świadczeniodawcy lub hurtowni farmaceutycznych, zlokalizowanych na terytorium Polski, w ilościach nie mniejszych niż za okres trzech miesięcy wynikających ze zobowiązania do miesięcznych dostaw. Po wejściu w życie znowelizowanej ustawy nie powinno już być podstaw do odmowy dostarczenia przez hurtownię leku do apteki. Powinna się poprawić sytuacja w zakresie dostępności leków.

W nowelizacji przewidziano też mechanizm urealniający wielkości deklarowanych dostaw. Ma to na celu dostosowanie deklarowania wielkości dostaw do rzeczywistego zapotrzebowania na podstawie danych publikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zmiana ta jest konieczna dla zapewnienia dostaw leków na poziomie zapewniającym zabezpieczenie pacjentów. W obecnym stanie prawnym, z uwagi na brak takiego przepisu, dochodzi do sytuacji czasowych braków dostępności produktów leczniczych przy jednoczesnej odpowiedzi udzielanej przez podmioty odpowiedzialne, że nie dostarczą więcej brakujących leków, ponieważ wypełniły one swoje zobowiązanie do zapewnienia ciągłości dostaw, w której określono roczną wielkość dostaw. Natomiast wielkość ta była zadeklarowana na poziomie oderwanym od rzeczywistego zapotrzebowania polskich pacjentów.

**Leki na receptę mogą być pełnopłatne oraz refundowane, a więc wydawane z określoną dopłatą ze środków publicznych Narodowego Funduszu Zdrowia. Te pierwsze stały się przedmiotem gry rynkowej, zmuszającej pacjenta do uciążliwej wędrówki po aptekach w poszukiwaniu jak najtańszego leku. Czy nie byłoby racjonalne i korzystne dla**

Eugeniusz Jarosik

**pacjenta wprowadzenie takiej samej ceny pełnopłatnego leku na receptę we wszystkich aptekach?**

To nie jest takie proste, ponieważ wydając decyzję o sztywnej cenie leków, musimy ją uzgodnić z producentem. Odpowiadając na powyższe pytanie, odwołam się do projektu ustawy refundacyjnej. Otóż znalazły się w niej przepisy umożliwiające zwolnienie producenta z opłat za objęcie refundacją leku, w stosunku do którego upłynął okres wyłączności rynkowej, stosowanych w jasnych standardach postępowania, będących lekami pierwszego wyboru, w sytuacji, gdy nie ma już leku oryginalnego. Koszty przygotowania wniosku w zakresie refundacji leku są bardzo wysokie, przekraczają nawet 300 tys. zł. Żaden producent leku generycznego nie jest zainteresowany złożeniem takiego wniosku. Zaproponowaliśmy, by na wniosek Ministerstwa Zdrowia można było zlecić Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji analizę najbardziej potrzebnych leków, co byłoby wstępem do objęcia ich refundacją. Informując producentów, że mają prawo wnieść wniosek o ustalanie ceny urzędowej i refundację określonego leku bez opłat, bez ponoszenia wysokich kosztów oceny technologii medycznych (HTA), objęlibyśmy systemem refundacji znacząco większą liczbę leków, w szczególności istotnych klinicznie. Oceniamy, że w ten prosty sposób moglibyśmy nawet o 30-50 proc. powiększyć rynek tych najważniejszych leków.

**Aptekarze przez wiele lat ponosili, niekiedy znaczne, koszty zmian w wykazach leków refundowanych. Stąd postulat, by zmiany te ogłaszane były w obwieszczeniach ministra zdrowia nie sześć razy w roku jak obecnie, ale na przykład raz na kwartał. Takie obietnice składane były już przez polityków odpowiedzialnych za ochronę zdrowia. Czy Ministerstwo Zdrowia w najbliższym czasie planuje zmiany w tym zakresie, zgodne z oczekiwaniami środowiska farmaceutycznego?**

To prawda, od wielu lat decyzje o obniżeniu urzędowej ceny zbytu leków wiążą się ze stratami, które ponoszą apteki. Obecnie minister zdrowia publikuje nowe obwieszczenie w sprawie wykazu leków refundowanych co dwa miesiące. Oceniamy jednak, że możliwa jest publikacja tych obwieszczeń raz na kwartał. Taki postulat zgłasza samorząd aptekarski. Ministerstwo Zdrowia zgodziło się też z propozycją Naczelnej Izby Aptekarskiej, by jako zasadę wprowadzić możliwość zwrotu produktu leczniczego nabytego przez aptekę do hurtowni w przypadku, gdy produkt leczniczy

zniknął z listy refundacyjnej, a produkt został nabyty przed zmianą kształtu listy refundacyjnej. Taką samą zasadę należy wprowadzić w odniesieniu do uprawnienia hurtowni farmaceutycznej w stosunku do podmiotu odpowiedzialnego.

**System e-recepty, który dzięki olbrzymiemu zaangażowaniu aptek i samych farmaceutów wszedł w życie 2019 roku i był swoistym krokiem milowym w cyfryzacji świadczeń zdrowotnych w Polsce, wymaga doskonalenia i rozwijania. Planowane były rozwiązania prawne, organizacyjne i informatyczne, które pozwolą farmaceutom bezpiecznie realizować recepty elektroniczne. Czy receptę elektroniczną będzie można kontynuować w różnych aptekach? Czy trwają prace nad usprawnieniem tego systemu? Kiedy można oczekiwać efektów?**

Aktualnie procedowane są zmiany mające na celu uszczelnienie przepisywania produktów leczniczych zawierających środki odurzające, substancje psychotropowe lub prekursory kategorii 1. Mając na uwadze funkcjonowanie podmiotów oferujących płatne uzyskanie e-recepty, dochodzi do nieprawidłowości zagrażających zdrowiu i bezpieczeństwu pacjenta oraz do udostępnienia określonych produktów leczniczych w celach odurzania się. Przepisywanie leków, bez oceny stanu pacjenta, jest wyjątkowo niebezpieczne w przypadku substancji kontrolowanych. Proponuje się szczególne regulacje w zakresie ordynacji produktów leczniczych zawierających w składzie ww. substancje, które zobowiązują osobę wystawiającą receptę do osobistego zbadania pacjenta podczas wizyty stacjonarnej albo – pod pewnymi warunkami – zbadania go za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności oraz weryfikacji ilości i rodzaju wcześniej przepisanych pacjentowi tego rodzaju leków.

**System e-recept dostarcza istotnych informacji na temat faktycznego zapotrzebowania na leki w porze nocnej, w niedziele, święta i inne dni wolne od pracy. Efektem analizy tych danych powinien być definitywny koniec absurdalnego, podtrzymywanego przez lobby samorządów terytorialnych systemu dyżurów aptek, narzucanych przez rady powiatów bez wynagrodzenia czy chociażby zwrotu ponoszonych przez nie kosztów. Ten system nie przystaje do zasad obowiązujących w państwie prawa. Pora na systemowe rozwiązania, które nie będą dyskryminować farmaceutów jako jedynego zawodu medycznego świadczącego gotowość do pracy w interesie publicznym bez prawa do wynagrodzenia. Kiedy i jakich zmian środowisko farmaceutyczne może oczekiwać w tym zakresie?**

Nie jest tak, że podmioty wnoszące o otwarcie apteki nie znają prawa, w tym przepisów, które nakładają obowiązek dyżurowania. I się zgadzają w pełnym zakresie, że będą pełnić dyżury zgodnie z harmonogramem zawartym w uchwale rady powiatu. Jest też możliwość pobierania opłaty za ekspedycję produktów leczniczych w porze nocnej, którą apteka może pobrać, ale nie musi.

**Opłata nocna nie rekompensuje kosztów dyżuru. Ani Ministerstwo Zdrowia, ani rady powiatów nie mogą nie dostrzegać problemów kadrowych (brak farmaceutów) i finansowych, wynikających między innymi z istotnego wzrostu kosztów prowadzenia apteki i faktu, że obrót podstawowym produktem, jakim jest lek, nie pozwala na jej utrzymanie.**

W projekcie nowelizacji ustawy refundacyjnej znalazły się propozycje zmian zasad pełnienia dyżurów aptek zasadniczo odbiegające od aktualnie obowiązujących. Kompetencje w tym zakresie będą miały zarządy powiatu, a nie rada. Ustalenie takie nie będzie miało charakteru aktu prawa miejscowego. W pierwszej kolejności podmioty prowadzące apteki będą przekazywały właściwemu zarządowi powiatu rozkład godzin pracy apteki na dany rok najpóźniej do 30 września roku poprzedzającego. Dopiero jeżeli praca aptek, ustalona na podstawie tych informacji, nie zagwarantuje zaspokojenia potrzeb ludności w porze nocnej oraz w dni wolne od pracy, w zakresie zaopatrzenia w produkty lecznicze, zarząd powiatu wyznacza jedną bądź więcej aptek do pełnienia dyżurów w porze nocnej lub dyżurów w dni wolne od pracy. W określonej w ustawie sytuacji będzie możliwość finansowania pełnienia dyżuru ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia – w przypadku apteki ogólnodostępnej, wyznaczonej przez zarząd powiatu do pełnienia dyżuru w powiecie mającym siedzibę w miejscowości o liczbie mieszkańców nieprzekraczającej 40 tysięcy, ale tak finansowana będzie mogła być tylko jedna apteka. W proponowanej nowelizacji przewiduje się także możliwość finansowania pełnienia dyżuru ze środków powiatu, na zasadach ustalonych pomiędzy zarządem powiatu a podmiotem prowadzącym aptekę.

**Nowelizacja ustawy Prawo farmaceutyczne, znana jako „Apteka dla Aptekarza", nie zapobiegła procesom koncentracji na rynku detalicznym leków w Polsce, mimo że takie było uzasadnienie tej regulacji. Od wejścia w życie tej ustawy minęło 5 lat. Czy Ministerstwo Zdrowia monitoruje mechanizmy zmian własnościowych, jakie zaszły w tym czasie na rynku detalicznym leków? Czy nie budzą one obaw polityków odpowiedzialnych za kształt systemu dystrybucji leków w Polsce?**

Po kilku latach funkcjonowania nowelizacji ustawy Prawo farmaceutyczne z 2017 roku, zwanej „Apteka dla Aptekarza", nie ulega wątpliwości, że nową aptekę może prowadzić tylko farmaceuta lub farmaceuci w ramach wybranych spółek osobowych. Problemem jest tzw. zakaz 1 proc. Zgodnie z art. 99 ust. 3 Prawa farmaceutycznego wojewódzki inspektor farmaceutyczny odmówi wydania zezwolenia na prowadzenie apteki wnioskodawcy będącemu członkiem grupy kapitałowej, która prowadzi na terenie województwa więcej niż 1 proc. aptek ogólnodostępnych. Wątpliwości interpretacyjne budzi sformułowanie „organ odmawia wydania zezwolenia". Znane są opinie, że zakaz 1 proc. odnosi się wyłącznie do sytuacji wydawania nowego zezwolenia. Tymczasem organy inspekcji farmaceutycznej wskazują, że celem wprowadzenia zakazu 1 proc. było wykluczenie przez ustawodawcę praktyk koncentracyjnych, które uznał on za potencjalne zagrożenie dla zdrowia publicznego i bezpieczeństwa obrotu produktami leczniczymi. Z brzmienia art. 99 ust. 3 Prawa farmaceutycznego powinien wynikać generalny zakaz przekraczania progu 1 proc. w drodze przejmowania działających aptek. Problemem jest też franczyza i jak ona jest realizowana. Franczyza jest w pełni legalną formą działalności gospodarczej. Umowa franczyzowa nie może być jednak instrumentem służącym obejściu obowiązujących przepisów prawa farmaceutycznego i pozbawiać właścicieli aptek niezależności biznesowej.

**Samorząd aptekarski wskazuje na mechanizm przenoszenie zezwoleń na prowadzenie aptek na tak zwane słupy, czyli podmioty zależne od innych przedsiębiorców w rozumieniu przepisów ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.**

Są już pierwsze wyroki Naczelnego Sądu Administracyjnego, które jasno wskazują, że słupowanie na rynku aptecznym jest niedozwolone. Wszelkie nadużycia i nieprawidłowości związane ze słupowaniem powinny skutkować cofnięciem zezwoleń i wszczęciem postępowań prokuratorskich wobec farmaceutów, którzy złożyli fałszywe oświadczenia. Sprzedawanie swoich uprawnień zawodowych przez farmaceutów oraz słupowanie powinno wiązać się z surowymi karami, nawet z pozbawieniem prawa wykonywania zawodu. To, rzecz jasna, kompetencja właściwych organów samorządu aptekarskiego.

**Zakończył się pilotażowy program przeglądów lekowych w aptekach ogólnodostępnych. Opieka farmaceutyczna doceniona została w wielu krajach Unii Europejskiej, przede wszystkim ze względu na korzyści dla pacjenta i systemu ochrony zdrowia. Pora na zdecydowane działania Ministerstwa Zdrowia w tym względzie, na docenienie specjalistycznej wiedzy farmaceutów w rozwiązywaniu problemów lekowych. Czy ministerstwo przewiduje włączenie opieki farmaceutycznej jako świadczenia zdrowotnego gwarantowanego w systemie opieki zdrowotnej w Polsce? Kiedy środowisko farmaceutyczne ujrzy koszyk i wycenę świadczeń z zakresu opieki farmaceutycznej?**

W mojej opinii niezbędna jest zmiana ustawowa, która umożliwi tworzenie koszyka świadczeń gwarantowanych usług farmaceutycznych. Finansowanie szczepień w aptekach odbywa się na innej podstawie. Nowe możliwości daje rozporządzenie ministra zdrowia z 21 stycznia 2022 roku w sprawie wykazu badań diagnostycznych, które mogą być wykonywane przez farmaceutę. Wskazano w nim między innymi: test antygenowy w kierunku SARS-CoV-2, badanie podstawowych paramentów życiowych (ciśnienie krwi, tętno, puls oraz saturacja krwi), test stężenia glukozy we krwi czy kontrola panelu lipidowego. Badania te nie są na razie finansowane jako świadczenia gwarantowane, ale taka możliwość pojawi się po wydaniu rozporządzenia koszykowego. Ponadto w lutym tego roku zaprezentowana została usługa farmaceutyczna NOWY LEK, dedykowana pacjentom, którym lekarz zalecił nowy lek w ramach prowadzonej farmakoterapii. Podczas trzech spotkań farmaceuta wyjaśni pacjentowi, jak właściwie stosować lek i rozwieje ewentualne wątpliwości co do możliwych działań niepożądanych.

**Niedawno ukazał się „RAPORT 2022. Rozwiązania w zakresie farmacji klinicznej oraz działalności farmaceutów w podmiotach leczniczych". Raport jest efektem prac zespołu Ministerstwa Zdrowia, który w tej formie wypracował swoistą mapę drogową rozwoju farmacji**

## MACIEJ MIŁKOWSKI

■ Od 2018 r. podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia. Absolwent Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie oraz studiów MBA z zarządzania i ekonomiki technologii medycznych w Wyższej Szkole Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego. Uczestniczył w organizacji Mazowieckiej Regionalnej Kasy Chorych, gdzie od 1998 r. pełnił funkcję członka zarządu ds. ekonomiczno-administracyjnych oraz dyrektora finansowego. W latach 2005-2007 był pełnomocnikiem dyrektora ds. finansowo-księgowych i wicedyrektorem ds. ekonomicznych w Instytucie Matki i Dziecka, a od czerwca 2007 r. do stycznia 2016 r. wicedyrektorem ds. ekonomicznych w Instytucie Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Kardynała Stefana Wyszyńskiego. W lutym 2016 r. objął funkcję zastępcy prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. finansowych, którą pełnił do 2018 r., kiedy został powołany na stanowisko wiceministra zdrowia. Obecnie w Ministerstwie Zdrowia odpowiada między innymi za politykę lekową i farmację.

Eugeniusz Jarosik

**szpitalnej i klinicznej w Polsce. Raport zawiera 37 rekomendacji działań, które zdaniem członków zespołu pozwolą zrealizować cele określone w raporcie. Jakie jest stanowisko Ministerstwa Zdrowia w tej sprawie? Czy jest plan i wola szybkiego wdrażania tych rekomendacji?**

Raport obejmuje obszary farmacji klinicznej, farmacji szpitalnej oraz wsparcia kadr farmaceutycznych i ich rozwoju, a także wykaz badań zlecanych lub wykonywanych przez farmaceutów w ramach świadczenia usług farmacji klinicznej. Dział poświęcony farmacji klinicznej opisuje usługi farmaceuty klinicznego w zakresie wsparcia zespołu terapeutycznego oraz wsparcia pacjenta. Wskazuje też na konieczność współpracy i budowy zespołów interdyscyplinarnych zajmujących się szeroko pojętą farmakoterapią pacjenta hospitalizowanego. Uznaliśmy, że usługi farmacji klinicznej mogą wnieść wartość dodaną w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wspomagając pacjentów obciążonych wielolekowością i zwiększonym ryzykiem hospitalizacji. Najważniejszą rekomendacją w tym obszarze jest wsparcie procesu i usankcjonowanie obecności farmaceuty klinicznego w oddziale szpitalnym. Konieczne wydaje się podjęcie działań zmierzających do zwiększenia atrakcyjności zawodu, między innymi poprzez przekierowanie aktywności farmaceutów w obszar bezpieczeństwa i jakości prowadzonej farmakoterapii. Ważna jest zmiana systemu kształcenia, zwiększenie liczby zajęć praktycznych, rozszerzenie szkolenia specjalizacyjnego docelowo o rezydenturę. Farmacja szpitalna, jak wskazano w raporcie, wymaga rozwiązań systemowych w obszarze infrastruktury, w tym informatycznej. Chcielibyśmy znaleźć sposób finansowania niektórych działań w obszarze farmacji szpitalnej ze środków Unii Europejskiej. Jedną z istotnych rekomendacji jest uwzględnienie możliwości rozliczania dawek leków sporządzonych z uzyskanych nadwyżek technologicznych, w ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych przez podmiot leczniczy. Chcemy również zwiększyć aktywność farmaceutów szpitalnych w obszarze wydawania leków pacjentom w ramach programów lekowych bezpośrednio z apteki szpitalnej.

**Obszar polskiej farmacji szpitalnej to niemal 1000 szpitali, a koszty leków stanowią 10-15 proc. wydatków szpitali i są drugą po wynagrodzeniach częścią tych wydatków.**

**W krajach Unii Europejskiej nie trzeba przekonywać decydentów w szpitalach, że warto inwestować w rozwój apteki i fachowy personel tych placówek – farmaceutów.**

To prawda, w wielu krajach apteki szpitalne są oczkiem w głowie i maksymalnie korzysta się z możliwości, jakie mogą przynieść szpitalom, zwłaszcza jeśli są to placówki specjalistyczne. W aptekach szpitalnych przygotowywane są leki w dawkach indywidualnych dla hospitalizowanych pacjentów, a farmaceuta jest istotnym elementem zespołu terapeutycznego. W Polsce ciągle jesteśmy na etapie pulpitu pielęgniarskiego, jeśli chodzi o realizację zleceń lekarskich. Na szczęście coraz powszechniejsza jest wiedza, że System Unit Dose pozwala szpitalowi obniżyć wydatki na produkty lecznicze oraz minimalizuje ryzyko pomyłek na etapie przygotowania leków dla pacjenta.

**Niepokoić musi wzrost spożycia leków przeciwbólowych, powszechnie dostępnych w obrocie pozaaptecznym. Pod względem ilości zażywanych środków przeciwbólowych Polska zajmuje drugie miejsce w Europie. Farmaceuci od wielu lat wskazują na ryzyka związane z obrotem pozaaptecznym produktami leczniczymi. Widzimy wiele działań i inicjatyw legislacyjnych, które mają minimalizować ryzyka związane obrotem produktami leczniczymi w hurtowniach i aptekach, jednak regulacje te nie dotyczą ciągle rozwijanego obrotu produktami leczniczymi poza aptekami. Czy w ministerstwie trwają prace nad rozwiązaniami legislacyjnymi zwiększającymi bezpieczeństwo dostępu do leków w obrocie pozaaptecznym?**

Sprzedaż leków przeciwbólowych na pewno nie jest większa poza apteką. Możemy mieć takie wrażenie ze względu na dostępność do tego rodzaju leków. Mamy świadomość tej sytuacji. Jednak nie skłaniamy się ku zakazowi sprzedaży leków poza apteką ani też poszerzaniu możliwości w tym zakresie. Obecnie pracujemy nad nowelizacją ustawy refundacyjnej, gdzie wzmacniamy rentowność aptek. W tej kadencji Sejmu nie są planowane żadne dodatkowe regulacje.

**Przepisy ustawy o refundacji leków dotyczące marży detalicznej nie zapewniają aptekom stabilizacji finansowej, co więcej – kreują wręcz spadek marży kwotowej i skłaniają apteki do szukania dochodów w sprzedaży suplementów diety i leków OTC. Tymczasem kluczowe dla bezpieczeństwa terapii jest eliminowanie zbędnych, a wręcz szkodliwych preparatów (chodzi o interakcje lek-lek, lek-suplement), które najczęściej kupowane są pod wpływem wszechobecnych reklam telewizyjnych. Czy nie należy zapanować nad tym żywiołem reklamowym, który kieruje pacjenta na niebezpieczną ścieżkę samoleczenia? Troska o zdrowie pacjenta i bezpieczeństwo farmakoterapii to cel nadrzędny w wykonywaniu zawodu aptekarza, który nie powinien być zainteresowany wzrostem sprzedaży suplementów diety i leków OTC? Jakie jest stanowisko ministerstwa w tej sprawie?**

Nowelizacja ustawy o refundacji przewiduje, wypracowane z samorządem aptekarskim, podwyższenie marż detalicznych, co z pewnością zwiększy rentowność aptek na lekach refundowanych.

Co zaś się tyczy reklamy produktów leczniczych należy wskazać, że jest ona uregulowana przede wszystkim w ustawie z 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21 listopada 2008 roku w sprawie reklamy produktów leczniczych. Rozwiązania zawarte w polskich aktach prawnych są wyrazem procesu europeizacji, czyli harmonizowania i dostosowywania krajowego systemu prawnego do standardów i wymagań prawa europejskiego. Reklamowanie leków podlega prawnym ograniczeniom, których celem jest gwarantowanie dostępu do rzetelnej wiedzy na temat skuteczności różnych metod leczenia i eliminowanie nieprawidłowości, które mogłyby negatywnie wpływać na zdrowie publiczne. Nadzór nad reklamą produktów leczniczych sprawuje Główny Inspektor Farmaceutyczny.

W odniesieniu do działalności aptecznej należy stwierdzić, że jest ona szczególnym rodzajem działalności gospodarczej, gdyż apteka jest placówką ochrony zdrowia, a wyrazem ochrony zdrowia publicznego było wprowadzenia zakazu reklamy aptek.

**Czy Ministerstwo Zdrowia będzie strzegło nienaruszalności przepisów dotyczących zakazu reklamy aptek w rozumieniu art. 94a ust. 1 Prawa farmaceutycznego, często atakowanych przez organizacje reprezentujące przedsiębiorców, którzy skupiają się na realizacji swoich partykularnych celów biznesowych na rynku aptecznym?**

Resort zdrowia ma obowiązek dbać, aby obowiązujące przepisy prawa były niesprzeczne z prawem unijnym. Obecny art. 94a Prawa farmaceutycznego (za wprowadzenie którego przed przeszło dekadą resort nie odpowiadał), który ustanawia niemalże bezwzględny zakaz reklamy aptek, punktów aptecznych oraz ich działalności, jest oceniany przez Komisję Europejską

bezwzględnie negatywnie, jako niezgodny z prawem Unii Europejskiej, w szczególności zaś z art. 8 dyrektywy 2000/31/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 8 czerwca 2000 roku w sprawie niektórych aspektów prawnych usług społeczeństwa informacyjnego, w szczególności handlu elektronicznego w ramach rynku wewnętrznego. Komisja w sposób zdecydowanie ostrzejszy niż dotychczas to zakomunikowała stronie polskiej, włącznie z informacją o niechybnym skierowaniu sprawy do Trybunału Sprawiedliwości UE, jeżeliby Rzeczpospolita Polska i jej kompetentne władze w najbliższym czasie nie podjęły stanowczych działań w kierunku zmiany obecnego stanu prawnego na o wiele mniej restrykcyjny. Wynikające z powyższego działania robocze strony polskiej miały już miejsce. Trwa oczekiwanie na informację zwrotną z Komisji Europejskiej.

**W ubiegłym roku zapowiedział Pan, że marże apteczne określone w tzw. ustawie refundacyjnej zostaną zwiększone. Tymczasem prace nad nowelizacją tej ustawy, wielokrotnie zapowiadanej, się opóźniają. W sytuacji wysokiej inflacji, rosnących cen energii i ogólnie wzrostu kosztów prowadzenia apteki zagrożone są ekonomiczne fundamenty tej działalności. Z rynku znikają apteki indywidualnych aptekarzy, z dużymi tradycjami rodzinnymi. Jakie propozycje w tym zakresie przygotowało Ministerstwo Zdrowia? Co wynika z analiz? Czy rozważa się wprowadzenie opłaty dyspensyjnej – stałej kwoty, którą otrzymywałby aptekarz za wydanie opakowania leku refundowanego (taki model funkcjonuje na przykład w Niemczech)?**

Jak wspomniałem wcześniej, w odpowiedzi na głosy samorządu aptekarskiego w nowelizacji ustawy o refundacji zapisano nowe zasady obliczania marży detalicznej. Podwyższenie marż dla aptek odbędzie się w dwóch krokach – stopniowo. Ostatecznie zrezygnowano z pomysłu opłaty dyspensyjnej, jednak nowe zasady określają minimalną kwotę marży, co jest znaczącą zmianą w stosunku do dotychczasowych zapisów.

Eugeniusz Jarosik

Nowelizacja ustawy o refundacji przewiduje, wypracowane z samorządem aptekarskim, podwyższenie marż detalicznych, co z pewnością zwiększy rentowność aptek na lekach refundowanych

**Ustawa o zawodzie farmaceuty rozszerza kompetencje naszego zawodu o świadczenia zdrowotne z zakresu opieki farmaceutycznej, redefiniuje rolę farmaceuty w systemie opieki zdrowotnej i takie są oczekiwania. Jednocześnie obserwujemy coraz mniejsze zainteresowanie studiowaniem farmacji, wielu absolwentów wydziałów farmacji podejmuje pracę poza wyuczonym zawodem, coraz więcej młodych farmaceutów decyduje się na pracę w zawodzie, ale poza granicami Polski. Czy Ministerstwo Zdrowia nie ma obaw, że farmaceuci staną się zawodem deficytowym, co uniemożliwi planowany rozwój usług farmaceutycznych i opieki farmaceutycznej w najbliższych latach?**

Nie dostrzegam aż tak daleko idących zagrożeń. Niekontrolowany rozrost rynku aptecznego został

częściowo powstrzymany. A w dalszej części pozwolą na to zmiany, o których mowa w niniejszym materiale, w tym w szczególności ograniczenia możliwości koncentracji. Wydaje się, że utrzymanie liczby aptek na racjonalnym poziomie pozwoli również na zapewnienie liczby personelu na optymalnym, a nie czasem minimalnym poziomie. Trzeba też brać pod uwagę zamianę pokoleniową w aptekach, w ramach której nowi farmaceuci wstąpią w miejsce dotychczasowych. Problemem byłby chyba raczej wzrost liczby aptek ogólnodostępnych do na przykład 20 tysięcy albo jeszcze więcej, co faktycznie mogłoby spowodować istotne niedostatki personelu, tj. liczbę farmaceutów niewspółmiernie małą w stosunku do liczby aptek i pacjentów, względem których miałyby wykonywać usługi farmaceutyczne. Nie wydaje się również, aby wizja świadczenia w aptekach opieki farmaceutycznej miała tak bezpośrednio i wprost determinować zwiększone zainteresowanie młodych ludzi czy to kształceniem się na farmaceutów, czy też zainteresowanie dalszym spełnianiem się w tym już wyuczonym zawodzie.

**31 stycznia 2023 roku zakończył prace zespół Ministerstwa Zdrowia do spraw opracowania zmian standardu kształcenia przygotowującego do zawodu farmaceuty. Jakie zmiany w kształceniu farmaceutów są potrzebne dla systemu opieki zdrowotnej Polsce?**

Główne kierunki zmian standardu kształcenia w zawodzie farmaceuty opracowane przez ww. zespół (powołany na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia z 29 września 2022 roku w sprawie powołania zespołu do spraw opracowania zmian standardu kształcenia przygotowującego do wykonania zawodu farmaceuty (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 107) to:

1. Skrócenie studiów na kierunku farmacja do 10 semestrów , włącznie z sześciomiesięczną praktyką zawodową (liczba godzin zajęć, w tym praktyk zawodowych, nie może być mniejsza niż 4700).
2. Zredukowanie liczby efektów w zakresie wiedzy i umiejętności oraz liczby godzin w grupach zajęć podstawowych.
3. Określanie nowej grupy zajęć, w ramach której osiąga się szczegółowe efekty uczenia się: C – „Humanistyczne i społeczne podstawy farmacji", w celu podkreślenia znaczenia umiejętności komunikacji w zespołach terapeutycznych z pacjentami oraz ich opiekunami.
4. W celu indywidualizacji kształcenia na poszczególnych Wydziałach Farmacji – pozostawienie do dyspozycji uczelni nie mniej niż 500 godzin zajęć (23 punkty ECTS), które mogą być realizowane jako zajęcia uzupełniające.

Przygotowane przez zespół propozycje zmiany standardu kształcenia w zawodzie farmaceuty zostały przekazane do Ministerstwa Edukacji i Nauki, celem procedowania nowelizacji rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 26 lipca 2019 roku w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. z 2021 r., poz. 755, z późn. zm.).

**Trwają prace na zmianami w programach specjalizacyjnych z farmacji. Mają one specjalistom z zakresu farmacji dać takie kompetencje, jakie są oczekiwane dla pełnienia przez nich określonych zadań w zmieniającym się systemie opieki zdrowotnej. Czy widzi Pan możliwość wsparcia finansowego edukacji podyplomowej farmaceutów w takich formach, jakie są przewidziane w kształceniu podyplomowym lekarzy i pielęgniarek?**

Obecnie resort zdrowia pracuje nad fiszką programową dla nowej perspektywy finansowej Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego na lata 2021-2027 (FERS), w ramach której możliwe będzie finansowanie szkolenia specjalizacyjnego dla farmaceutów.

**6 kwietnia 2021 roku weszła w życie ustawa o zawodzie farmaceuty. Przyspieszony tryb procedowania projektu tej ustawy, oczekiwanej przez środowisko farmaceutyczne od dziesięcioleci, odbił się na jakości prac legislacyjnych. Ciągle brakuje też aktów wykonawczych, doprecyzowujących kwestie związane na przykład z opieką farmaceutyczną. Czy ministerstwo jest otwarte na uwagi środowiska w tym zakresie? Czy przewiduje się nowelizację tej ustawy?**

Nie uważam, by ustawa o zawodzie farmaceuty była aktem miernej jakości. Oczywiście zawiera ona pewne luki czy elementy wymagające poprawy, które cyklicznie powinny być eliminowane. Jeśli chodzi o kwestie opieki farmaceutycznej, to należy mieć na uwadze, że jest to świadczenie, którego poszczególne składowe miały być wdrażane stopniowo. Aby nie być gołosłownym, wskażę choćby na opracowany w 2021 roku przez powołany do tego zespół

Małgorzata Tomczykowska

DR ALINA GÓRECKA, MACIEJ MIŁKOWSKI I EUGENIUSZ JAROSIK

„Raport opieka farmaceutyczna. Kompleksowa analiza procesu wdrożenia", który wyraźnie wskazywał, że elementy opieki farmaceutycznej, jeżeli w ogóle wdrażać, to należy to czynić etapami. Poza tym z dokumentu wynika, że elementy te powinny być poprzedzane testowaniem w ramach dedykowanych pilotaży. Jeden z nich, dotyczący przeglądów lekowych, został już przeprowadzony. Tym samym nie można twierdzić, że nic w tym zakresie się nie wydarzyło, a wręcz przeciwnie – dotychczasowe działania resortu zdrowia na tym polu wpisały się w wizję zawartą w ww. raporcie.

**Podczas pandemii koronawirusa nasze apteki były zawsze otwarte, a farmaceuci wykazali ogromne oddanie pacjentom i gotowość niesienia im pomocy. To jeszcze jeden dowód, że państwo powinno się zatroszczyć o właściwe umiejscowieniem farmaceuty w systemie ochrony zdrowia. Jakie ma Pan przesłanie dla polskich farmaceutów, które umocniłoby w nich nadzieję i wiarę w lepsze perspektywy ich zawodu?**

W pełni zgadzam się, że farmaceuci w trudnych czasach stanęli na wysokości zadania. Wiem, że jest to zawód z misją. Dlatego pracujemy, by regulacje organizacyjno-prawne ułatwiały realizację powierzonych obowiązków. Dostrzegamy potencjał wiedzy, doświadczenia oraz empatii, wpisany w zawód farmaceuty i chcemy to w pełni wykorzystać w dobie trudności kadrowych w zawodach medycznych. Farmaceuta współpracuje z pacjentem i lekarzem, udziela konsultacji na temat wprowadzonych do leczenia leków, optymalizuje proces leczenia. Stawia to farmaceutę w odpowiednim miejscu w hierarchii opieki zdrowotnej. Zawód ten w pełni na to zasługuje. Wsłuchujemy się w głos środowiska farmaceutycznego. Ustawa o zawodzie farmaceuty stworzyła już pewne możliwości. Planujemy rozwijanie usług farmaceutycznych świadczonych na rzecz pacjentów. Życzę, by Państwa wiedza i umiejętności zostały w pełni wykorzystane i docenione, by realizowane zadania przyniosły satysfakcję, a tym samym wymierne korzyści dla zdrowia społeczeństwa.

**Bardzo dziękujemy za rozmowę.**

**Rozmawiali dr ALINA GÓRECKA i EUGENIUSZ JAROSIK**
**„Farmacja Wielkopolska"**
**Współpraca: ANNA JAROSIK**

**Rozmowa została autoryzowana 2 czerwca 2023 roku**

dr ALINA GÓRECKA

# PAPIEROWA FARMACJA

Analizując otoczenie prawne zarówno aptek, jak i wykonywania zawodu farmaceuty w Polsce, trudno oprzeć się wrażeniu, że wiele podstawowych norm, które mają chronić nie tylko zawód, ale i miejsce ochrony zdrowia publicznego, jakim są apteki, funkcjonuje wyłącznie na papierze.

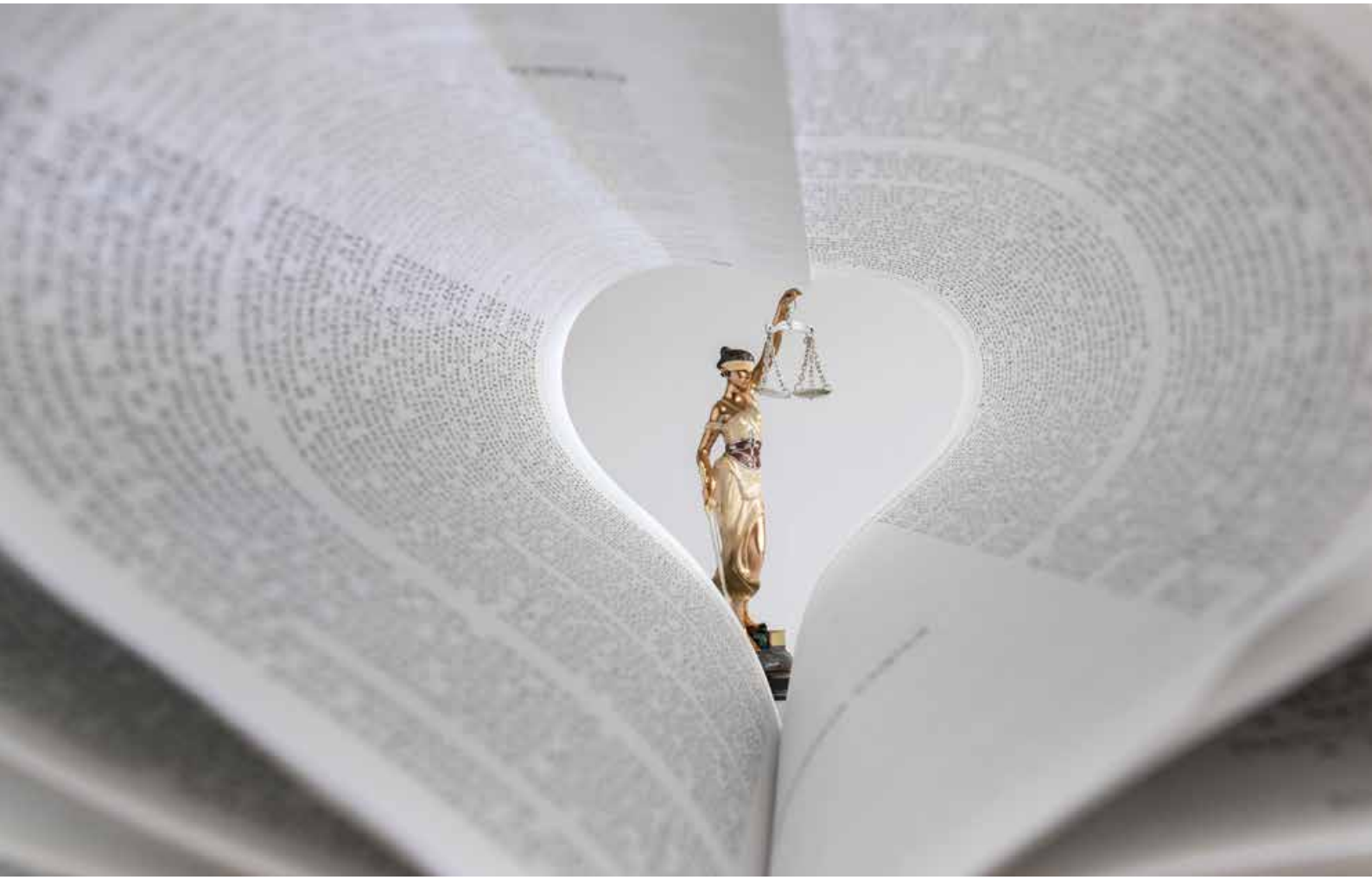
W wyniku bardzo wyrafinowanych, a nawet kuriozalnych interpretacji prawa oraz orzecznictwa sądów administracyjnych normy te zwyczajnie nie funkcjonują. Realną politykę wobec zawodu farmaceuty i aptek prowadzi bliżej nieokreślona „niewidzialna ręka rynku farmaceutycznego". Co ciekawe, interpretacje, które odwracają o 180° dosłowne brzemiennie regulacji ustawowych, nie są jednostkowymi zjawiskami. Kolejną przyczyną funkcjonowania norm prawnych wyłącznie na papierze są zaniechania lub raczej przemyślane działania „niewidzialnej ręki", aby określone normy, zwłaszcza ważne dla naszego zawodu, nigdy nie weszły w życie. Przyjrzyjmy się kilku przykładom.

## 1 Obowiązujący od 1 maja 2005 r. art. 99 ust. 3 pkt 2) i 3) ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (dalej: Prawo farmaceutyczne) o prowadzeniu przez podmiot nie więcej niż 1% aptek w województwie jest fikcją.

*Art. 99.*

*3. Zezwolenia, o którym mowa w ust. 1 (na prowadzenie apteki ogólnodostępnej), nie wydaje się, jeżeli podmiot ubiegający się o zezwolenie:*

*2) prowadzi na terenie województwa więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych albo podmioty przez niego kontrolowane w sposób bezpośredni lub pośredni, w szczególności podmioty zależne w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, prowadzą łącznie więcej niż 1% aptek na terenie województwa;*



www.stock.adobe.pl

*3) jest członkiem grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, której członkowie prowadzą na terenie województwa więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych.*

Przepis wydawałby się jasny, jednoznaczny i niebudzący wątpliwości, jednak był on źródłem wieloletnich sporów interpretacyjnych pomiędzy samorządem zawodowym farmaceutów, inspekcją farmaceutyczną i podmiotami, które swój kapitał od lat lokowały właśnie w rynek detaliczny leków w Polsce, skutecznie go koncentrując. Praktyka pokazała, że zakaz posiadania 1% aptek nie ma zastosowania, jeśli są to już funkcjonujące apteki, nabyte w drodze przejęć kapitałowych. Zapis miał obowiązywać jedynie w przypadku, gdy przedsiębiorca wnioskuje o udzielenie nowego zezwolenia na nowo powstającą aptekę, a zakaz przekraczania 1% odnosi się wyłącznie do etapu wydawania zezwolenia.

Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 27 lutego 2018 r. (IIGSK2510/17) okazał się w tej sprawie przełomowy. Sąd potwierdził w ww. orzeczeniu, że zasada sukcesji uniwersalnej opisana w Kodeksie spółek handlowych w art. 492 §2 jest jedynie słusznym podejściem do interpretacji przepisu Prawa farmaceutycznego o zakazie posiadania więcej niż 1% aptek. Zezwolenia na prowadzenie apteki przechodzą w drodze przejęć kapitałowych bez wydawania jakiejkolwiek decyzji administracyjnej, a przepis o 1% aptek w województwie nie ma zastosowania na etapie przejmowania podmiotów prowadzących apteki. Tym wyrokiem oraz uzasadnieniem do niego NSA potwierdził prawa przedsiębiorców do aptek, które nabywali w drodze przejęć kapitałowych bez oglądania się na próg 1% posiadanych aptek w województwie. Efektem takiego podejścia jest fakt, że wprowadzone na papierze ograniczenie absolutnie nie wpłynęło na ograniczenie koncentracji

rynku detalicznego leków w Polsce. Jest martwym zapisem. Wyłącznie na papierze.

**2 Obowiązująca od 25 czerwca 2017 r. nowelizacja Prawa farmaceutycznego, tzw. Apteka dla Aptekarza, nie ograniczyła dalszej koncentracji rynku aptek w Polsce. Ta ustawowa ochrona aptek indywidualnych także okazała się fikcją.**

Wydawałoby się, że ustawodawca, mądrzejszy o doświadczenie nieskutecznych zapisów antykoncentracyjnych, pracując w latach 2026–2017 nad nowelą Prawa farmaceutycznego zwaną „Apteką dla Aptekarza", której celem było po raz kolejny ograniczenie koncentracji rynku detalicznego leków, uniknie błędów legislacyjnych, które dawałyby pole do dziwnych interpretacji. Bardzo mocne uzasadnienie do tej zmiany ustawy wskazywało, że ustawodawca tym razem jest zdeterminowany na osiągnięcie celu, jakim ma być prowadzenie w Polsce aptek głównie przez farmaceutów, bez zwiększania udziału spółek kapitałowych w rynku detalicznym leków. I tu znów okazało się w praktyce, że ta nowelizacja wprawdzie ograniczyła bezzasadne powstawanie nowych aptek, to głównie pozwoliła dużym graczom tego rynku na optymalizację kosztów ich prowadzenia. Dalszej koncentracji absolutnie nie zapobiegła. Tak naprawdę zmiany, które ustawa „Apteka dla Aptekarza" miała przynieść, zostały na papierze. Nie zahamowała przejmowania aptek w drodze zmian wspólników spółek prowadzących istniejące już apteki (i to zarówno spółek kapitałowych, jak i osobowych) oraz przenoszenia zezwoleń na prowadzenie aptek w drodze zbycia przedsiębiorstwa/zorganizowanej części przedsiębiorstwa. W tym pierwszym przypadku organy inspekcji farmaceutycznej rzadko kiedy dowiadywały się o takich zmianach (widocznych na poziomie KRS), praktycznie w ogóle nie przejawiały jakiejkolwiek inicjatywy w samodzielnym kontrolowaniu zmian struktury właścicielskiej podmiotów prowadzących apteki. W tym drugim przypadku koncentracja dokonywała się za pośrednictwem farmaceutów/ich spółek, które „wiązane" były z dużymi sieciami aptecznymi umowami franczyzowymi. Również w tym przypadku organy inspekcji farmaceutycznej nie podejmowały jakichkolwiek aktywnych działań w celu ustalenia stosunku kontroli, poprzestając jedynie na odebraniu oświadczeń, które nie były w żadnym zakresie weryfikowane.

> Realną politykę wobec zawodu farmaceuty i aptek prowadzi bliżej nieokreślona „niewidzialna ręka rynku farmaceutycznego"

I tak mamy kolejną odsłonę spektaklu, w którym regulowany na niby rynek obrotu lekami zmienia się bez udziału regulującego. Co więcej, regulujący, tj. państwo, nie reaguje na zmiany, które są absolutnie wbrew jego interesom oraz uzasadnieniu do „Apteki dla Aptekarza".

Coraz mocniejsze i większe spółki kapitałowe wykorzystują swoją przewagę także w kontaktach z hurtowniami farmaceutycznymi, co nie pozostaje bez wpływu na dostęp oraz hurtowe ceny leków dla aptek indywidualnych. Apteka indywidualnego aptekarza ma być w odbiorze społecznym droga, ma mieć gorsze zaopatrzenie, a zatem ma być omijana przez pacjentów. Oczekiwanym efektem jest jej likwidacja lub decyzja o jej sprzedaniu.

**3 Ustawa z 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. 20221873 t.j.) (dalej: ustawa o zawodzie farmaceuty) wprowadza kursy kwalifikacyjne dla farmaceutów, które mają zwiększać ich kompetencje. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18 sierpnia 2022 r. w sprawie kursów kwalifikacyjnych dla farmaceutów (Dz.U. 2002, poz. 1860) określiło problematykę, tryb odbywania i zaliczania tych kursów. Kursy kwalifikacyjne dla farmaceutów dziś są tylko na papierze.**

Jedyne kursy kwalifikacyjne dla farmaceutów były organizowane przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w trakcie pandemii, tuż po pojawieniu się szczepionek przeciw Covid-19. Dotyczyły

one kwalifikacji pacjenta do szczepienia oraz wykonywania szczepień. Mogli w nich uczestniczyć wszyscy chętni farmaceuci, którzy na równi z innymi grupami zawodów medycznych (na przykład fizjoterapeutami) byli natychmiast potrzebni w systemie, aby jak najszybciej wyszczepić jak największą cześć populacji. Od niemal dwóch lat, mimo usilnych starań samorządu, mimo pojawienia się nawet stosownego rozporządzenia zwiększającego zakres tematyczny tych kursów, samych kursów nie ma. Czyli kursy ze szczepień są absolutnie niedostępne dla młodych farmaceutów, którzy studia skończyli w latach 2021–2023. Ponoć jest już od dawna przygotowany program kursów z zakresu diagnostyki, która mogłaby być wykonywana przez farmaceutów zgodnie z ww. rozporządzeniem. Otrzymujemy ciągle informacje, że uruchomienie takich kursów wymaga nowelizacji ustawy o zawodzie farmaceuty, w której należy zmienić przepisy dotyczące okresu trwania kursów kwalifikacyjnych. Obecne zapisy mówią o minimum dwumiesięcznym czasie ich trwania. Optymizmem napawają ostatnie doniesienia medialne, że pod koniec maja 2023 r. sejmowa Komisja Zdrowia przyjęła poprawkę do ustawy o zawodzie farmaceuty, która odblokuje organizację kursów kwalifikacyjnych trwających krócej niż dwa miesiące. I jeśli ta poprawka zostanie skutecznie wprowadzona do ustawy o zawodzie farmaceuty, to możliwość odbycia kursów kwalifikacyjnych ze szczepień i kwalifikacji do nich powinna stać się już faktem. Jednak może okazać się, że tak zdobyte twarde kwalifikacje będą po nic. Z dniem 1 lipca 2023 r. zniesiony ma być na terenie Polski stan zagrożenia epidemicznego i przestaną obowiązywać przepisy, na mocy których farmaceuci mogli wykonywać szczepienia przeciw grypie i Covid-19. Czy ustawodawcy wystarczy determinacji, aby do porządku prawnego wprowadzić na stałe kompetencje dla farmaceutów w zakresie wykonywania szczepień jeszcze w tej kadencji Sejmu? Wymagałoby to kolejnej poprawki w ustawie o zawodzie farmaceuty, a dalej w ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.20222561 t.j.), aby te usługi wykonane przez farmaceutę mogły być refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Czyli w najbliższym czasie, mimo coraz bardziej realnej możliwości nabycia na warunkach komercyjnych uprawnień do wykonywania szczepień, farmaceuci nie będą mogli ich wykonywać, bo mimo ukończenia wymaganych kursów nie będą mieli ustawowej kompetencji do ich wykonywania. Absurd? Oczywiście.

Zwłoka we wprowadzeniu kompetencji wykonywania szczepień przez farmaceutów na stałe może być jednak znaczna, chociażby ze względu na okres przedwyborczy. Czy jednak będzie wynikała jedynie z długości procesów legislacyjnych? Czy znów nie będziemy mieli do czynienia z „niewidzialną ręką", której zależy na tym, aby farmaceuci nie mogli wykonywać szczepień, przynajmniej w nadchodzącym sezonie grypowym? Może ktoś uważa takie rozszerzenie za zagrożenie dla swoich interesów? W tej chwili trudno to obiektywnie stwierdzić.

www.stock.adobe.pl

**4 Ustawa o zawodzie farmaceuty wprowadza zmianę w art. 96 Prawa Farmaceutycznego, która miała umożliwić wystawianie recept kontynuowanych przez farmaceutów. Mimo wskazania przez ustawodawcę terminu wprowadzenia tej kompetencji do porządku prawnego na dzień 16 stycznia 2022 r. do dziś jest kompetencją na papierze.**

Przypomnijmy przepisy zawarte w ustawie o zawodzie farmaceuty dotyczące tej kompetencji:

*Art. 83. W ustawie z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2020 r., poz. 944, 1493 i 2112) wprowadza się następujące zmiany:*

*9) w art. 96:*
*a) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:*
*„3a. W celu kontynuacji terapii produktem leczniczym, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobem medycznym przepisanym przez lekarza na recepcie, zwanej dalej „receptą kontynuowaną", farmaceuta może w ramach sprawowania opieki farmaceutycznej, o której mowa w art. 4 ust. 2 ustawy z 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, wystawić receptę na produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne, do której stosuje się następujące zasady:*
*1) jest wystawiana na podstawie zapisanego w SIM zlecenia lekarza dotyczącego kontynuacji terapii produktem leczniczym, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobem medycznym przepisanym na recepcie kontynuowanej;*
*2) jest wystawiana na produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyroby medyczne przepisane na recepcie kontynuowanej;*
*3) jest wystawiana w terminie określonym przez lekarza wystawiającego receptę kontynuowaną, nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty wystawienia tej recepty;*
*4) łączna ilość produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego nie może przekroczyć ilości niezbędnej pacjentowi do 360-dniowego okresu stosowania wyliczonego na podstawie sposobu dawkowania określonego na recepcie kontynuowanej, przy czym ilość produktu leczniczego na jednej recepcie nie może przekraczać ilości niezbędnej do stosowania w okresie określonym przez lekarza.*

Recepta kontynuowana miała być jednym z pierwszych wdrożonych świadczeń zdrowotnych w ramach opieki farmaceutycznej. Świadczenie to zostało dokładnie opisane w raporcie „Opieka farmaceutyczna – kompleksowa analiza procesu wdrożenia", przygotowanym przez zespół powołany przez ministra zdrowia zarządzeniem z 8 lipca 2020 r. Prac nad rzeczywistym wdrożeniem tego świadczenia jako świadczenia zdrowotnego gwarantowanego nie widać. Ale za to znakomicie rozwijają się reklamowane i funkcjonujące w Internecie usługi tzw. receptomatów, gdzie na warunkach komercyjnych można otrzymać prawie natychmiast receptę na potrzebny lek. Oczywiście lekarz wystawiający taką receptę nie czuje żadnej potrzeby nie tylko zebrania wywiadu lekarskiego, zapoznania się z dokumentacją medyczną pacjenta, aby taką receptę wystawić online zgodnie z życzeniem kupującego, którego nigdy na oczy nie zobaczy. Kwota 35 zł za taką usługę rozwiązuje problem i wszelkie wątpliwości. Doświadczamy swoistej, bezrefleksyjnej „mcdonaldyzacji" świadczenia zdrowotnego, jakim jest zdalna ordynacja lekarska produktów leczniczych. Jest na to przyzwolenie zarządzających systemem ochrony zdrowia. Nikogo nie przerażają ewentualne skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia samoleczenia pacjentów lekami pozyskanymi na podstawie recept z receptomatów. Nie ma jednak zgody na wystawianie recepty kontynuowanej jako świadczenia zdrowotnego przez farmaceutów, no chyba, że na papierze. Na papierze oczywiście taka zgoda jest, tylko… nie w praktyce.

**5 37 konkretnych rekomendacji działań w obszarze farmacji klinicznej i szpitalnej będących wynikiem „Raportu 2022. Rozwiązania w zakresie farmacji klinicznej oraz działalności farmaceutów w podmiotach leczniczych" może stać się listą pobożnych życzeń. Obecnie jest tylko zapisem papierowym, który nie ma dalszego ciągu. Ministerstwo Zdrowia do tej pory nie podjęło żadnych działań dla wdrożenia tych rekomendacji. Sam raport i jego rekomendacje nie zmienią farmacji klinicznej i szpitalnej.**

„Raport 2022. Rozwiązania w zakresie farmacji klinicznej oraz działalności farmaceutów w podmiotach leczniczych" to efekt rocznej pracy zespołu powołanego przez Ministerstwo Zdrowia w 2021 r. Rekomendacje zespołu wyrażone w tym raporcie miały być początkiem zmian i kierunkiem, w jakim farmacja kliniczna i szpitalna w Polsce powinna się rozwijać. Same zapisy, nawet najlepszego raportu, bez podjęcia systematycznych działań niestety nic nie zmienią. Za kilka lat ten dokument będzie miał wyłącznie wartość historyczną. Roczna praca nad nim, przygotowane rekomendacje wskazują, że wiemy, co trzeba zmienić, jak trzeba to zrobić. Mamy w Polsce liderów, którzy te zmiany są w stanie

realizować. Wiemy, jakie są potrzebne narzędzia, jakie są oczekiwane efekty. Tylko nie umiemy lub nie ma wystarczającej woli decydentów ochrony zdrowia, aby zacząć zrealizować te rekomendacje jako systemowe zmiany ochrony zdrowia w Polsce.

**6 W Polsce Prawo Wykonywania Zawodu ma około 37 tysięcy farmaceutów. Tylu jest w Centralnym Rejestrze Farmaceutów. Ta liczba zwiększa się co roku. A braki kadrowe farmaceutów w aptekach pogłębiają się, mimo malejącej liczby aptek. Farmaceutów z (ciągle papierowym) PWZ przybywa, tylko... nie ma chętnych do pracy w zawodzie, zwłaszcza w aptekach.**

To zjawisko pogłębiającego się deficytu farmaceutów chętnych do pracy w aptekach widzimy od kilku lat. I nie jest to spowodowane lawinowym odchodzeniem na emeryturę starszego pokolenia. Najczęściej osoby 60+ są nadal aktywne zawodowo, nie są rzadkością aktywni zawodowo farmaceuci 70+.

Ale na obecną sytuację składają się moim zdaniem następujące mechanizmy:

- wielu farmaceutów rezygnuje z wykonywania zawodu farmaceuty (pokolenie 30+, 40+);
- corocznie, od wielu lat, około 100 farmaceutów wyjeżdża z Polski i wykonuje zawód poza jej granicami – ta liczba to jest mniej więcej jeden rocznik absolwentów jednego wydziału farmaceutycznego; w jednym roku jest to ubytek niezauważalny w systemie, ale już za kilka lat zdecydowanie tak;
- młodzi absolwenci farmacji nie widzą swojej ścieżki kariery zawodowej w aptekach; lepsze perspektywy rozwoju daje im przemysł, rozwijające się badania kliniczne; oczekują jasnej ścieżki nie tylko rozwoju zawodowego, ale też dobrych warunków ekonomicznych – tego obecnie praca w aptekach według nich nie daje, chociażby ze względu na sytuację ekonomiczną aptek.

Zaczynamy być zawodem deficytowym w systemie ochrony zdrowia, zwłaszcza tym bezpośrednio lub pośrednio finansowanym ze środków publicznych. I nie pomoże tu otwieranie kolejnych wydziałów farmaceutycznych, tym bardziej, że zainteresowanie studiowaniem farmacji systematycznie maleje. Otwieranie nowych wydziałów jest marnowaniem środków publicznych, które mogłyby być wykorzystane zdecydowanie bardziej efektywnie na realizację na przykład rekomendacji dla farmacji klinicznej i szpitalnej czy finansowanie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez farmaceutów z zakresu opieki farmaceutycznej. To właśnie rozwój w tych obszarach interesuje farmaceutów i daje dobre efekty dla właściwego wykorzystania środków publicznych na farmakoterapię.

www.stock.adobe.pl

**7 Niezależność wykonywania zawodu farmaceuty w przepisach ustawy o zawodzie farmaceuty nie może funkcjonować tylko na papierze.**

*Art. 35. 1. Aptekarz samodzielnie podejmuje decyzje w zakresie sprawowania opieki farmaceutycznej, udzielania usług farmaceutycznych oraz wykonywania zadań zawodowych, kierując się wyłącznie dobrem pacjenta, i nie jest związany w tym zakresie poleceniem służbowym.*

*2. Podmiot prowadzący aptekę, punkt apteczny lub dział farmacji szpitalnej ma obowiązek umożliwić aptekarzowi samodzielne podejmowanie decyzji w zakresie sprawowania opieki farmaceutycznej,*

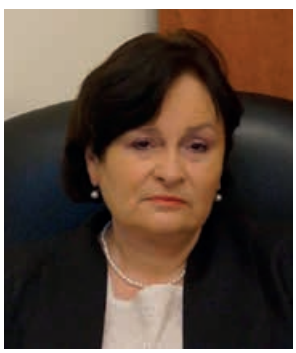
*udzielania usług farmaceutycznych lub wykonywania zadań zawodowych w zakresie, w jakim są one związane z prowadzoną przez ten podmiot działalnością.*

To o te przepisy toczył się wielki bój w trakcie prac legislacyjnych nad ustawą o zawodzie farmaceuty. Są one jednymi z kilku opisujących zawód farmaceuty jako zawód zaufania publicznego. Farmaceuta nie może figurować w rejestrze skazanych, jest zobowiązany do zachowania tajemnicy zawodowej, ma obowiązek wykonywać swoje obowiązki z należytą starannością i posiadaną wiedzą, a dobro pacjenta ma być wartością najwyższą przy podejmowaniu decyzji. Jednak najwięcej emocji budziły właśnie przepisy o niezależności wykonywana zawodu i niezależności decyzji farmaceuty od poleceń służbowych. Utrzymanie niezależności w decyzjach zawodowych jest kluczowe dla każdego zawodu zaufania publicznego. Od tej normy nie wolno nam odstąpić. W ustawach o innych zawodach ta niezależność nie jest tak mocno zaznaczona, bo jest oczywista dla każdego zawodu zaufania publicznego. A w kontekście następujących zmian własnościowych w farmacji, zwłaszcza na rynku detalicznego obrotu lekami, będzie o nią niezwykle trudno. Jeżeli stanie się ona wyłącznie zapisem ustawowym i zginie pod presją korporacyjnych poleceń oraz zasad, to straci nie tylko pacjent, ale stracimy również my, farmaceuci. Każdy z nas w trakcie swojej kariery zawodowej nie raz musiał wybierać pomiędzy dobrem pacjenta a interesem pracodawcy czy nawet swojej firmy.

Myślę, że sporo pracy ma do wykonania samorząd zawodowy, który powinien rozwijać świadomość farmaceutów jako zawodu zaufania publicznego i skłaniać do osobistej refleksji nad wartościami i normami związanymi z tym faktem. Jedną z nich jest właśnie ustawowo zagwarantowana niezależność wykonywania zwodu farmaceuty.

Podsumowując rozważania na temat regulacji, które dla farmacji w Polsce funkcjonują wyłącznie na papierze, warto zastanowić się nad przyczynami tego zjawiska. Wydaje się, że nie ma jednej przyczyny. Mechanizm jest złożony. Na pewno widać tu działania „niewidzialnej ręki", czyli tych, którzy lobbują na rzecz wielkiego kapitału ulokowanego w farmacji i samych farmaceutów traktują wyłącznie instrumentalnie. Być może w niektórych przypadkach tą „niewidzialną ręką" są lobbujący na rzecz innych zawodów medycznych, które czują zagrożenie wejścia farmaceutów w ich kompetencje. Bez wątpienia jedną z przyczyn są błędy i zaniechania w polityce prowadzonej przez Naczelna Izbę Aptekarską i to nie tylko w tej kadencji. Ciągle przy kolejnych pozytywnych zmianach ustawowych dla naszego zawodu trąbimy wiekopomny sukces. Nie ma żadnej refleksji, że zapis ustawowy zacznie żyć swoim życiem, a jego interpretacje w praktyce wcale nie muszą być korzystne dla zawodu i spełniać założonego celu. Nie muszą być zgodne nawet z intencją ustawodawcy i uzasadnieniem do samej ustawy. Zakończenie procesu legislacyjnego najlepszych dla zawodu regulacji nie może kończyć pracy i czujności samorządu. To dopiero jej początek. Może początek najtrudniejszego etapu, tj. wejścia normy prawnej do stosowania. Jako samorząd w ciągu 30 lat nie nauczyliśmy się skutecznie bronić przepisów ustawowych, które chronią prawnie zawód i miejsce, jakim jest apteka. Może warto zacząć się uczyć od innych samorządów zaufania publicznego, zwłaszcza w obszarze ochrony zdrowia?

Wyłącznie papierowo funkcjonujące w farmacji normy, wyłącznie papierowo zwiększająca się liczba farmaceutów w Polsce, rekomendacje rozwoju usług farmaceutycznych bez strategii i rzeczywistych działań dla ich wdrażania w perspektywie najbliższych lat mogą doprowadzić do zniszczenia samego zawodu, jego misji i roli w systemie ochrony zdrowia. Trzeba mieć tego świadomość. Nie zmienimy papierowej farmacji zaklęciami o jej świetlanej przyszłości ani kolejnymi konferencjami prasowymi. Trzeba świadomej, systematycznej pracy. Na pytanie, jaką ma być w farmacja w Polsce, jakiej potrzebuje pacjent, musi odpowiedzieć sobie i minister zdrowia, i samorząd aptekarski. Jaką chcą widzieć ją ci, którzy ulokowali kapitał w farmacji, widzimy każdego dnia. Zrobią wiele, aby była papierowa. Ale to nie jest kierunek rozwoju ani farmaceuty jako zawodu zaufania publicznego, ani państwa, które powinno prowadzić skuteczną politykę lekową w interesie pacjenta.



afw

dr n. med.
**ALINA GÓRECKA**
Prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej

dr n. farm. WOJCIECH MUSIAŁ

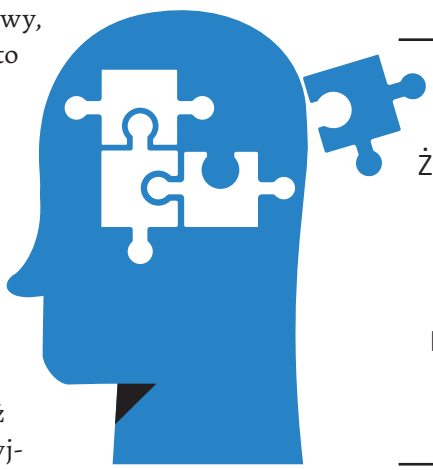
# PUNKTY ZA KLIKANIE

## Jakich szkoleń farmaceuci naprawdę potrzebują

Czasy pandemii uczyniły e-learning jedną z podwalin kształcenia w XXI wieku. Jakie efekty przyniosły pandemiczne rozwiązania w edukacji, wie każdy, kto ma dziecko w szkole podstawowej czy średniej. Wiedzą też studenci i nauczyciele akademiccy. Wiedzą wszyscy, chociaż, śmiem twierdzić, że z konsekwencji zastosowania systemowego takich narzędzi w edukacji przez niemal dwa lata większość nie zdaje lub nie chce zdawać sobie sprawy.

Na każdego farmaceutę ustawa o zawodzie farmaceuty nakłada obowiązek wręcz ustawicznego, spiętego w ramach czasowych kształcenia się. Okres rozliczeniowy, przypomnę, to 5 lat. Nie jest to jakiś wyjątkowy obowiązek, bo podobne rozwiązania prawne obejmują wszystkie zawody zaufania publicznego. W przypadku farmaceutów należy wykazać się nie wiedzą czy umiejętnościami, ale uzyskaniem 50 punktów „twardych" i tej samej ilości „miękkich". O twardości tudzież miękkości punktów edukacyjnych za chwilę. Niedopełnienie obowiązku edukacyjnego skutkować może brakiem zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego na objęcie funkcji kierownika apteki.

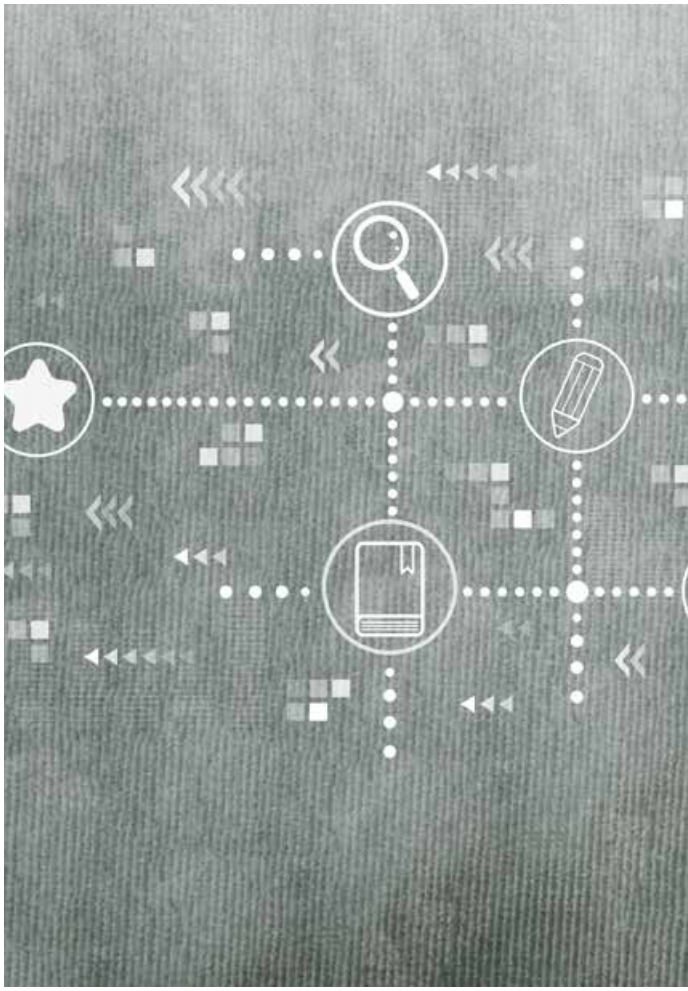
Samorząd zawodowy farmaceutów ma obowiązek sprawowania pieczy nad edukacją podyplomową farmaceutów. Z drugiej strony ustawa o zawodzie farmaceuty uczyniła z izb aptekarskich wydmuszkę w sprawach dotyczących objęcia stanowiska kierownika apteki. Obecnie właściwa okręgowa rada aptekarska wyraża jedynie opinię „w przedmiocie spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika apteki", wskazanych w ustawie



www.stock.adobe.pl

W sieci krążą informacje, że niektórzy pracodawcy oferują farmaceutom „szkolenie się za nich". Wystarczy podać numer PWZ, a firma „załatwia" wymagane punkty

Kształcenie się i podnoszenie kompetencji zawodowych to zadanie na całe życie. Niezależnie od wykonywanego zawodu. Jest jednak zasadnicza różnica między nauką, studiowaniem wiedzy, analizowaniem faktów i wyciąganiem wniosków a zbieraniem punktów



Prawo farmaceutyczne, w tym obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego. Wyłącznie od oceny wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego zależy, czy dany kandydat może, czy nie może pełnić funkcji kierownika apteki.

Moim zdaniem ustawa o zawodzie farmaceuty jest bublem pisanym na kolanie, w żaden sposób nie spełniającym funkcji, jakich farmaceuci od niej oczekiwali. Rola samorządu zawodowego została znacznie ograniczona w procedurze akceptacji kandydata na kierownika apteki, chociaż ustawowo ma obowiązek sprawowania pieczy nad wykonywaniem zawodu. Obecnie dzięki przyjętym rozwiązaniom prawnym nie jesteśmy informowani przez kandydatów na kierowników ani o liczbie personelu fachowego zatrudnionego w aptece, ani o miejscach pracy, w których kandydat na kierownika wykonuje zawód. A warto wiedzieć, że przed wejściem w życie ustawy o zawodzie mieliśmy kandydatów pracujących na pełny etat w dwóch aptekach oddalonych od siebie o ponad 150 kilometrów, a nawet takich, którzy deklarowali czas pracy przekraczający ramy dobowe. I tu być może kryje się tajemnica, dlaczego przy malejącej liczbie aptek nie zwiększa się znacząco obsada farmaceutów w aptekach istniejących. Na efekty ograniczenia udziału izby aptekarskiej w opiniowaniu kandydata na kierownika apteki nie trzeba było długo czekać. Wielkopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia informuje, że na 14 przeprowadzonych czynności sprawdzających, w których stwierdzono nieprawidłowości w realizacji recept lekarskich w 2022 r., siedem dotyczyło jednoczesnej realizacji recept w dwóch, a nawet trzech miejscach oddalonych od siebie nawet o 30-50 km.

Zdecydowanie popieram kształcenie się i podnoszenie kompetencji zawodowych przez całe życie. Niezależnie od wykonywanego zawodu. Ale podkreślam, że jest różnica między nauką, studiowaniem wiedzy, analizowaniem faktów i wyciąganiem wniosków a zbieraniem punktów. Tymczasem aptekarze zostali zmuszeni właśnie do takiej praktyki! Ich wiedza czy doświadczenie zawodowe w aptekach ogólnodostępnych ani nie niosą za sobą wzrostu kompetencji, ani nie mają wpływu na dochody. Uposażenie aptekarzy ciągle zależy wyłącznie od obrotu generowanego przez aptekę.

Mając trochę wolnego czasu, a raczej niewielki dorobek punktowy, postanowiłem podwyższyć swoje kompetencje dzięki szerokiej ofercie szkoleń

www.stock.adobe.pl

internetowych. Tym bardziej że benzyna droga i dojazdy kosztowne, o czasie wolnym nie wspominając. Poszukiwania kursów zacząłem w przeglądarce i już po niedługim czasie zauważyłem, że prym w tym sposobie kształcenia farmaceutów wiedzie jedna z uczelni. Wystarczy znany każdemu proces logowania: login, hasło, numer PWZ. I już po chwili mogłem przystąpić do podnoszenia swoich kompetencji. Z oczywistych powodów pominę szczegóły pozwalające na łatwą identyfikację portalu czy szkolenia. Artykuł nie zawiera lokowania produktu.

Z „karty dań" płatnych i bezpłatnych na *entrée* wybrałem zestaw „szkolenia bezpłatne". Zacząłem ambitnie od punktów „twardych". Osobiście uważam, że na twardo lub miękko to może być jajko, ale skoro ustawodawca przy braku zdecydowanego sprzeciwu Naczelnej Izby Aptekarskiej (ukłony dla moich ulubieńców) ten absurdalny podział zostawił, to niech tak będzie. Na początek obowiązkowe szkolenie produktowe, czyli poprzedzona banalnymi informacjami z podstaw farmakoterapii, których poziom merytoryczny nie pozwoli studentowi na wybronienie się z jakiegokolwiek kolokwium, czyli opowieść w stylu: dlaczego mój długopis jest nie lepszy, ale NAJLEPSZY ze wszystkich. Przerzuciłem szybciutko slajdy udowadniające, że mój kolor niebieski jest lepsiejszy od innego niebieskiego i że mój szczególny długopis z grafomana zrobi Wieszcza.

I wtedy otworzyła się przede mną część druga szkolenia. Nazwijmy ją merytoryczną. Prosta w przekazie, niezawierająca skomplikowanych treści. Właściwie niewykraczająca poza informacje wytłuszczone w kompendium farmakoterapii. Jednak po zaabsorbowaniu treści szkolenia zerknąłem do podręcznika farmakologii i farmakoterapii zakupionego niedawno za spore pieniądze. Myślę, że każdy z czytających domyśla się, co chcę napisać, więc na przekór ujmę to tak: Hamlet czy omlet? Brzmi podobnie, ale w szczegółach jest

różnica. Dyskomfort, jaki poczułem, nie wynikał jednak wyłącznie ze wspomnianego wyżej omleta. Zerknąłem na dołączone do szkolenia informacje, z których wynikało, że trwa ono kilka godzin. A według moich obliczeń na przejrzenie prezentacji poświęciłem 20 minut. Nie wiem, ale być może trafiłem na jakąś dziurę w czasoprzestrzeni… Niezależnie od przyczyn tej rozbieżności czasowej postanowiłem przystąpić do testu zaliczeniowego.

Drżącą ręką kliknąłem LPM. Na ekranie pojawiła się informacja, że mam tylko jedną próbę. Przyjąłem to mężnie. I wtedy sięgnąłem po okulary. W pewnym wieku zaczyna się problem ze wzrokiem. Przyznaję, że jeszcze sobie bez okularów nieźle radzę, ale w tamtej chwili musiałem się upewnić, że widzę dobrze. Otóż czas na rozwiązanie testu składającego się z 20 pytań zamkniętych wyznaczony został na 24 GODZINY. I tu słowo komentarza. W przypadku jakiegokolwiek egzaminu testowego jasno musi być zdefiniowany zakres, sposób i czas trwania zaliczenia. Jeśli dobrze pamiętam, przy teście jednokrotnego wyboru z pytaniami zamkniętymi na jedno pytanie przewiduje się nie więcej niż dwie minuty. Warto się chyba zastanowić, czy mamy do czynienia z kpiną, czy może szyderstwem z farmaceutów. Czy też może cynicznym, akceptowanym przez farmaceutów podejściem do niezbyt mądrych przepisów dotyczących szkoleń? Niech każdy sobie sam na te pytania odpowie. Dla mnie takie podejście jest żenujące. I trudno oczekiwać, że jeżeli je akceptujemy, to traktowani jesteśmy jako grupa zawodowa mało poważna i niekompetentna, z którą nie warto rozmawiać. Co na każdym kroku potwierdzają swą postawą politycy i rządzący.

Przejdźmy jednak do samego testu. I tu wracam do szkolenia produktowego. Z 20 pytań testowych aż 8 wiązało się z informacjami z tego szkolenia! Tylko 12 odnosiło się do weryfikacji wiedzy fachowej (a raczej jej podstaw), której właściwe szkolenie było poświęcone. Rozwiązanie całego testu zajęło mi 20 minut. A trudność sprawiły mi pytania produktowe. Okazało się jednak, że nie jest to problem. Wystarczyło w sąsiednim oknie otworzyć kolejny raz stronę „szkoleniową" i przejrzeć dokładnie slajdy. Limit zaliczenia – 60 proc. W ten sposób w ciągu niespełna godziny moje konto edukacyjne wzbogaciło się o sporo (nie podam ile) „twardych" punktów edukacyjnych. Co przy opiniowaniu na stanowisko kierownika mnie jako osobie z Prezydium Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej ma dać informację, że kandydat wypełnia obowiązek edukacyjny.

Zachęcony sukcesem przeszedłem do kolejnego „dania". Mój wybór padł na szkolenie za punkty „miękkie". Część pierwsza poszła średnio. Okazało się, że odpowiedź w teście, którą zaznaczyłem na podstawie prezentacji wyświetlonej w drugim okienku, uznana została za błędną. Widać sam autor nie wie, co jest prawdą, a co fałszem. Nie wnikałem w to jednak ciągle głodny wiedzy. Tym bardziej, że pierwszą część testu miałem zaliczoną. Przerzuciłem slajdy, z których nie dowiedziałem się niczego nowego i przystąpiłem do testu. Komputer, chyba nie wierząc w możliwości percepcji farmaceuty, dawał mi dobę na uporanie się z dziesięcioma pytaniami. Ja uporałem się z nimi w 10 minut.

Moje konto wzbogaciło się o kolejne punkty. Ponieważ byłem już w „ciągu edukacyjnym", postanowiłem zacząć kolejne szkolenie. Tak w charakterze deseru, by nie wychodzić poza nomenklaturę kulinarną. Też wybrałem danie na miękko. Stwierdziłem jednak, że skonsumuję je szybko, nie zostawiając sobie nic na dzień następny. Przyznam – po prostu byłem zachłanny w zbieraniu punktów edukacyjnych! Zaryzykowałem od razu przystąpienie do testu, na co ekran komputera zareagował stanowczym protestem. Postanowiłem nie ustępować i przechytrzyć maszynę. Otworzyłem prezentację i od razu przewinąłem do ostatniego slajdu. Udało się! Test stanął przede mną otworem. Zdecydowałem się zawstydzić samego siebie i pobić rekord 10 minut. I pochwalę się: odniosłem sukces! Test rozwiązałem w 4 minuty. Punkty na koncie, czas na kolejne szkolenie za punkty „miękkie". Po części produktowej otworzyłem właściwe szkolenie, a w sąsiednim oknie test. Wypełniłem go w kilka minut. I pojawił się u mnie niepokój. Certyfikatu nie było. Chwilę mi zabrało zorientowanie się w przyczynie. Otóż właściwe szkolenie utknęło na pierwszym slajdzie. Trzeba było przeklikać slajdy do końca, aby pobrać certyfikat.

Jak się łatwo domyślić, do rozwiązania testów ze szkoleń za punkty „miękkie" wystarczy wiedza posiadana, a nie nabyta ze szkolenia. Tylko w nielicznych miejscach można, jeśli ktoś celuje w 100 proc. (przypomnę, że wystarczy 60 proc.), skorzystać z „materiałów źródłowych" kursu.

Do końca czasu, który tego dnia przeznaczyłem na e-edukację, zostało mi około 20 minut. Ale pobudzony sukcesem zerknąłem na inną stronę internetową. I wybrałem z ciekawości pierwsze z brzegu szkolenie za punkty „miękkie". Zachęcony informacją, że mam aż trzy podejścia, spróbowałem raz jeszcze zacząć od testu. Tym razem się udało. Bez zaglądania w prezentację. Zaznaczyłem odpowiedzi, wysłałem. Wynik pozytywny. Kolejny certyfikat. Tym samym zostało mi jeszcze sporo czasu na posprzątanie biurka. I tak w ciągu niespełna trzech godzin, z doskoku, udało mi się zdobyć kilkanaście punktów edukacyjnych.

Następnego dnia ciekawy, jak wyglądają szkolenia płatne, zmieniłem jadłodajnię. Analizując ofertę e-learningu w Internecie, zauważyłem, że jest ona w miarę przystępna cenowo. A co ważne, oferuje trochę więcej „twardych" punktów niż szkolenia bezpłatne. Właściwie za kwotę kilkuset złotych można zgarnąć całą pulę w granicach 50 punktów „twardych", co świadczy, jak uważa ustawodawca, o naszym wzmożonym wysiłku włożonym w samokształcenie. Podsumowując: dobry obiad dla czteroosobowej rodziny to właściwie 5 lat „żmudnej edukacji" w ramach szkoleń ustawicznych. Cena, trzeba przyznać, niewygórowana.

Dla rozgrzewki zacząłem jednak od „miękkich" punktów za free. Zabawa, jak opisałem wyżej, z jedną różnicą – prezentacja produktowa była w formie filmu trwającego kilka minut. Nie sposób go było szybko przewinąć do końca. W związku z tym musiałem te kilka minut odczekać. Na szczęście dźwięk dało się wyciszyć, a tym samym nie musiałem wysłuchiwać „opowieści komiwojażera". Reszta przebiegła według opisanego wyżej schematu.

Właściwe szkolenie za punkty „twarde" stanęło przede mną otworem po zaksięgowaniu należności. W dobie Internetu zajęło to tylko kilka minut. I tu zdziwienie. Szkolenie, które w zamyśle autora trwać miało 10 godzin, składało się z tekstu, który zawrzeć można było na około 20 stronach formatu A4. I niczym jakościowo nie różniło się od darmowych. Płacąc za wiedzę, żądam tego, co jest podstawą studiowania tejże wiedzy: faktów, rozmowy, dyskusji, podsumowań, wniosków. Chyba nie jest to za wiele? A wzmiankowany kurs, poza podstawowymi informacjami z zakresu farmakologii ogólnej, nie zawierał ŻADNYCH informacji dodatkowych, popartych aktualną wiedzą, chyba że uznać za takie interakcje soku z grejpfruta. Jako że o teorii względności mam nikłe pojęcie, nie będę zagłębiał się w fenomen, jakim dla mnie jest przewidzenie przez autora 10 godzin na przeczytanie 20 stron tekstu. Do testu zaliczeniowego nie będę się odnosił, gdyż wyglądał tak, jak wyżej już opisałem. Poza jedną uwagą – portal dawał możliwość NIEOGRANICZONEGO czasu na jego rozwiązanie. Ja w trochę ponad pół godziny zyskałem kolejne 20 proc. wymaganych punktów „twardych". Skomentuję tak: kilkadziesiąt złotych mogłem lepiej spożytkować.

Idąc za ciosem, postanowiłem jeszcze zawalczyć o darmowe punkty „twarde". Wybrałem inną

www.stock.adobe.pl

platformę, na której nie było szkoleń produktowych. Włączyłem prezentację i od razu przeszedłem do testu. Dlaczego? Otóż wzmiankowane szkolenie, przez „szkolącego" wyceniane na grubo ponad pięć godzin, składało się z kilku plików tekstowych. Wspomnę tylko, że była to krótka powtórka z jednego z przedmiotów (nazwy nie wymienię) okraszonego szczegółowymi, zupełnie nieprzydatnymi danymi (typu nazwa dokładna białka czy enzymu). Test rozwiązałem w pół godziny. Tym razem przyjąłem strategię szukania w tekście słów kluczy obecnych we wszystkich pytaniach testowych (oczywiście zamkniętych, jednokrotnego wyboru). Tak w niecałą godzinę przebrnąłem przez kilkugodzinny (w mniemaniu autora) kurs i zyskałem kolejne punkty edukacyjne.

Z ciekawości przejrzałem jeszcze kilka innych kursów „miękkich" i „twardych". Niczym nie odbiegały one od opisanych wyżej. Z uwzględnieniem zawartych w nich miejscami sprzecznych ze sobą czy „dyskusyjnych' informacji. Jak na przykład przeciwstawnych w tej samej prezentacji informacji dotyczących ośrodkowego działania jednej z substancji dostępnych bez recepty, a stosowanej często celem odurzania się. I jeszcze raz zaznaczę: w ŻADNYM przypadku kurs sposobem przygotowania nie wybiegał poza odsłuchanie czy przeczytanie gotowego tekstu.

Z pewną nadzieją zapisałem się na webinar – „na twardo". I tu miłe zaskoczenie – była to jedyna werbalna forma zajęć. Prowadzona ciekawie przez specjalistę – lekarza. Bazowała na wiedzy praktycznej i – co dało się zauważyć – bardzo dużym doświadczeniu zawodowym. Słuchałem z prawdziwą przyjemnością. Co ważne, była to też jedyna forma szkolenia, w której można było zadawać pytania i uzyskać na nie odpowiedź. Po trosze dobry nastrój prysł, gdy okazało się, że test zaliczeniowy składał się z kilku zaledwie prostych pytań. Po jego zaliczeniu zadałem sobie trud odszukania odpowiedzi na pytania w Internecie. Ich znalezienie zajęło zaledwie kilkanaście minut. Wniosek, jaki się nasuwa, jest oczywisty. Wystarczy się zapisać na webinar i w odpowiednim momencie przyłączyć do wydarzenia. Nie trzeba jednak w nim aktywnie uczestniczyć, słuchać, notować czy robić print screenów prezentacji. Można więc w czasie webinaru obejrzeć film, pograć w grę czy poczytać gazetę. Ważne, żeby w tle „grało". To jedyna przepustka do testu. A odpowiedzi na pytania testowe, na które organizator webinaru daje kilka dni, znajdzie się bez trudu w przeglądarce.

A teraz już zupełnie na poważnie. Czy korzystacie z takiej oferty? Proszę się nie krępować. Powiem wprost, bylibyście niepoważni, gdybyście takie okazje przepuścili! Przy obecnym systemie funkcjonowania apteki, w którym nasza wiedza nie przekłada się na zarobki, tylko ktoś bardzo wierzący w świetlaną przyszłość farmaceuty, o której baja prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej i jego świta, wydawać będzie pieniądze i poświęcać czas na profesjonalne szkolenia. Nie wiem, jak jest w innych izbach, ale my w Wielkopolskiej Okręgowej Izbie Aptekarskiej doskonale sobie zdajemy sprawę z farsy, jaką jest obowiązek ustawicznego kształcenia w sytuacji, w której aptekarze się znajdują. I proszę pamiętać – nie czynimy z tego nikomu zarzutu, że w ciągu tygodnia zbiera certyfikaty na 50 punktów! Tu ciekawostka, a raczej norma – większość, podkreślam, większość kandydatów na kierowników (w zasadzie tylko oni muszą wykazać się dorobkiem edukacyjnym), ale domniemywam, że i wielu pozostałych farmaceutów, zdobywa te punkty do wymaganej granicy. Co potwierdza moje założenie, że ta karuzela kręci się wokół punktów, a nie podnoszenia kwalifikacji czy pogłębiania wiedzy.

Nie rzecz jednak w ilości punktów, choć dla świętego spokoju każdego farmaceuty są one ważne. Chodzi mi o sposób, w jaki można je zdobywać. Jeśli za darmo można zebrać punkty, to przy braku motywacji – na przykład uzależnienia wynagrodzenia od posiadanej wiedzy, a nie wielkości sprzedaży – nikt nie będzie wydawał pieniędzy, których farmaceuta wiele nie zarabia, na płatne z jego kieszeni szkolenia! Wtrącę, że niedługo, jeśli NRA nadal będzie walczyć o prestiż zawodu z taką skutecznością jak na innych polach, średnie uposażenie aptekarza nie zachęci do pracy w aptece. A przyznajmy, dla farmaceuty wykonującego zawód w aptece ogólnodostępnej o motywację w zakresie podnoszenia kwalifikacji ciężko będzie. Młodzi rezygnują z tej pracy, wybierając inną, atrakcyjniejszą pod względem finansowym, starsi mają nadzieję dotrwać w spokoju do emerytury, a studenci farmacji deklarują (ponad 90 proc.), że w aptekach pracować nie chcą. Takie są twarde fakty.

Przeglądając Internet, znalazłem informacje, że niektórzy pracodawcy oferują farmaceutom niejako

Nawet najbardziej niedorzeczne szkolenie na poziomie podstawowym, na przykład z zakresu „sterowania wiatrem”, sygnowane przez uprawnioną jednostkę, daje punkty edukacyjne. Najbardziej profesjonalne, prowadzone przez „nieuprawnionego”, punktów nie daje!

„szkolenie się za nich”. Wystarczy podać numer PWZ, a firma „załatwia” szkolenia. A farmaceuta nie musi sobie obowiązkiem edukacyjnym zawracać głowy. Tej informacji nie udało mi się zweryfikować. Nie wiem, czy to tylko przechwałki anonimowych osób, trolling czy fakt. Po moich doświadczeniach z e-learningiem jestem w stanie uwierzyć, że taki proceder też jest możliwy. Jeśli natomiast jest rzeczywistością, to z całym szacunkiem uważam to za grubą przesadę, a osoby z tej formy kształcenia korzystające za farmaceutów pozwalających robić z aptekarzy durni i nieudaczników.

Proszę też zauważyć, że żadne inne formy samokształcenia, oprócz narzuconych niejako z góry, które chcielibyśmy uprawiać, nie są punktowane! I oczywiście nie chodzi mi tu o kurs gotowania czy sternika jachtowego. Podam przykład. Jeżeli aptekarz prowadzić będzie ciąg wykładów, dajmy na to z farmakologii, dla studentów na studiach pielęgniarskich, będzie tym samym podlegać regularnej kontroli organów odpowiedzialnych za jakość kształcenia, jak Polska Komisja Akredytacyjna czy Krajowa Rada Akredytacyjna Szkół Pielęgniarek i Położnych. Tematykę zajęć zmuszony będzie aktualizować zgodnie z najnowszym stanem wiedzy. Jednak z tej działalności nie może otrzymać żadnych „twardych” punktów edukacyjnych. Mimo że będzie autorem i prowadzącym zajęcia. Jednak w sytuacji słuchacza czy „czytacza” (e-learning) kursu z tej samej tematyki można zdobyć punkty „twarde”! Po co ten przykład? Otóż chcę wykazać, jaką paranoją są regulacje dotyczące kształcenia ustawicznego, czy jak kto woli, ciągłego. Warto, by każdy farmaceuta wiedział, że tylko wąskiej grupie dano prawo dzielenia punktów przyznawanych za szkolenia, których część co do jakości kwestionuję. Zwracam tylko uwagę, że pracując twórczo (wykłady, pogadanki), czy też korzystając z nowoczesnych podręczników, publikacji wertowanych we własnym zakresie lub uczestnicząc w szkoleniach i kursach organizowanych przez jednostki spoza klucza, NIE uzyska się ani jednego punktu edukacyjnego! A tym samym „nie spełni” obowiązku wymaganego, by być kierownikiem apteki! Podam przykład: kurs pierwszej pomocy obejmujący upadki z wysokości organizowany przez profesjonalny zespół ratowniczy – zero punktów. Kurs z użycia omnipena i automatycznego AED, organizowany przez „uprawnioną jednostkę” – punkty! Analogicznie z innymi zagadnieniami. Nawet najbardziej niedorzeczne szkolenie na poziomie podstawowym, na przykład z zakresu „sterowania wiatrem”, polegające na odczytaniu samemu kilku stron tekstu, sygnowane przez uprawnioną jednostkę, daje punkty edukacyjne. Najbardziej profesjonalne, prowadzone przez „nieuprawnionego”, punktów nie daje!

Oczywiście są również punktowane profesjonalne drogie kursy prowadzone przez jednostki akredytowane czy izby aptekarskie, ale nie cieszą się jakimś szczególnym zainteresowaniem. I proszę do nich nie włączać kursu dotyczącego pilotażu

opieki farmaceutycznej. To oddzielny temat, wokół którego atmosfera robi się coraz gęstsza. Można też wspomnieć o specjalizacjach. Ale ponieważ o dogorywającym powinno się mówić dobrze albo wcale, to ja wybieram wcale.

Cały, nazwę to, cyrk ze szkoleniami ciągłymi przypomina mi trochę reklamy piwa bezalkoholowego i łódki Bols. Nasuwa się refleksja, czy ta zabawa „w durnia" nie odzwierciedla naszej sytuacji zawodowej? My udajemy, że się uczymy, a oni udają, że wiedzą, że się kształcimy. I każdy jest zadowolony. A niektórzy na tym interesie niezłe pieniądze zarabiają. I proszę się nie oburzać. Jak wygląda profesjonalne kształcenie i podnoszenie kwalifikacji zawodowych, wiem. I warto mieć świadomość, że nabór na specjalizacje wśród pracowników aptek ogólnodostępnych jest praktycznie zerowy, a w wielu uczelniach uległ naturalnemu wygaszeniu. Wyjątek chlubny stanowią szpitalnicy i hurtownicy. W tych profesjach podnoszenie kwalifikacji jest niezbędne i wiąże się, taką mam wszak nadzieję, z wyższym uposażeniem. W aptekach ogólnodostępnych nasza wiedza nie przekłada się na zarobki. Z ciekawości zerknąłem na kilka forów analizujących pracę w aptekach. Nadal dominuje koszyk zakupowy, sprzedaż, normy, a rządzi analfabeta-koordynator. Dodajmy do tego pensje będące już niedługo na granicy płacy minimalnej. A mamy ustawę o zawodzie farmaceuty, która – według narracji NRA – miała odmienić nasz los! Zdaje się, że wielu farmaceutów w to uwierzyło. A jak świetnie ustawa działa, każdy widzi. Nawet wiceprezes NRA salwował się ze swej funkcji ucieczką w biznes.

Naturalną skłonnością człowieka jest tłumaczenie się. Nie chcę jednak, byśmy teraz zaczęli mówić, że gdzie indziej jest podobnie, a sytuacje patologiczne zdarzają się wszędzie. To oczywiście banały. Ja zwracam uwagę na system, w którym utknęliśmy, a który traktuje nas, powiem wprost, jak idiotów!

Nikt mi nie wmówi, że architekt projektujący most, inżynier nadzorujący jego budowę, technik gazownictwa czy mechanik samochodowy może się szkolić w ten sposób! W odróżnieniu bowiem od farmaceuty błąd przy projektowaniu mostu, jego budowie, montażu instalacji gazowej, dokręcaniu koła czy innej czynności niesie za sobą często spektakularne i tragiczne konsekwencje. Aptekarz zaś wykonuje w aptece zupełnie inne absurdalne czynności. Na przykład w obawie przed karami nakładanymi przez NFZ rozważa poprawność zapisu dawkowania, pilnuje podania w raporcie numeru legitymacji ZHDK, poprawności danych w raporcie do Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi itp. A niedługo może będzie jeszcze określał poziom odpłatności leku. W ramach wsparcia i odciążenia zapracowanych lekarzy oczywiście. Jak się ma do tego wiedza fachowa? Odpowiedź nasuwa się sama. Jakby tego było mało, w naszym przypadku to rynek, reklamy, grupy interesów decydują, co jest dla pacjenta/klienta dobre. A suplement „na wątrobę" w mniemaniu większości społeczeństwa działa też na serce i pomaga schudnąć.

W czasach przedcovidowych uczestniczyłem w szkoleniach stacjonarnych. Wspominam je jako okazję do spotkań towarzyskich. Wykładowcy można było zadać pytanie, przeanalizować problem. Te zajęcia, w odróżnieniu od e-learningu, mogły przebiegać wieloma ścieżkami, możliwa była interakcja słuchacz – prowadzący. Pamiętam też bzdury, często niezgodne z elementarną logiką, wygadywane przez przedstawicieli firm przy niemej akceptacji słuchających tych bredni aptekarzy. Pamiętam, jaką irytacją i wstydem napawały mnie wspólnie rozwiązywane wraz z prowadzącymi, przy ogólnej radości sali pełnej farmaceutów, testy. Z zażenowaniem oglądałem walkę o kawę, ciastka i gadżety. Dlatego uważam za jak najbardziej pożądaną obecną formę e-learningu. Zwalnia nas z uciążliwych i kosztownych dojazdów oraz kilkugodzinnego siedzenia na sali. A negatywne, u mnie osobiście, odczucia nie wychodzą poza biurko z komputerem. Czy jednak o takie szkolenia nam, farmaceutom, naprawdę chodzi?

MB/afw

dr n. farm.
**WOJCIECH MUSIAŁ**
Specjalista w dziedzinie analityki farmaceutycznej i farmacji aptecznej. Aptekarz, nauczyciel akademicki, członek Prezydium Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej

mgr farm. MATEUSZ SZAMAŁEK

# IZBA APTEKARSKA TO TAKŻE JA

## Oddolna inicjatywa farmaceutów jako forma realizacji zadań samorządu zawodowego

Działający w strukturach samorządu zawodowego farmaceuci z pewnością doskonale znają stwierdzanie „izba to przecież my sami", które w tych krótkich słowach streszcza pierwszy artykuł regulującej samorząd aptekarski ustawy. W tym dobitnym stwierdzeniu mieści się również istota naszego samorządu jako organizacji społecznej równych ludzi wykonujących szczególny zawód, a nie jakaś bliżej nieokreślona instytucja o charakterze kontrolno-regulującym. Nie zmienia to faktu, że każdy z nas raz po raz słyszy pytanie, a może nawet czasem i sam je zadaje: „w zasadzie po co mi ten samorząd?".

Pytanie to zwykle pada w kontekście do nałożonych na nas ustawowo obowiązków, a zwłaszcza konieczności płacenia składek członkowskich. Finalnie pytanie to sprowadza się do ważenia i porównywania korzyści z przynależności do samorządu z wynikającymi z tego faktu powinnościami. I w takim kontekście to pytanie wydaje się jak najbardziej uzasadnione, a odpowiedź na nie powinna prowadzić do doskonalenia naszej organizacji. Zatem ewolucja od pytania „po co mi samorząd?", poprzez uświadomienie sobie, że „izba to także ja", może prowadzić nas do innego pytania: „jaką mam korzyść z przynależności do samorządu?". To z kolei może być doskonałym bodźcem do rozwoju – zarówno własnego w ramach zawodu, jak i naszych koleżanek i kolegów w ramach budowanej przez nas organizacji.

Swego czasu podobny cykl myślowy przeszedłem również ja. Realizując się zawodowo w zakresie zarządzania jakością dystrybucji produktów leczniczych w hurtowni farmaceutycznej, poszukiwałem sposobu rozwoju w ramach najbliższej organizacji – mojej okręgowej izby aptekarskiej. W tamtym czasie samorząd nie oferował gotowych rozwiązań szkoleniowo-rozwojowych dla

www.stock.adobe.pl

farmaceutów wykonujących zawód w hurtowni farmaceutycznej. Nie istniała też mniej lub bardziej formalna grupa takich osób. Pomyślałem wówczas, że organizując spotkanie farmaceutów pracujących w hurtowniach mogę „za jednym zamachem" osiągnąć oba cele: umożliwić wzajemne poznanie się koleżanek i kolegów po fachu oraz w ramach dzielenia się doświadczeniem i wiedzą uzyskać formę samoszkolenia dla całej naszej grupy. Naturalnym gruntem do budowania takiej współpracy od początku była okręgowa izba aptekarska – tak żeby było najbliżej, najwygodniej i z gotową do tego typu działań formą organizacji oraz infrastrukturą. Dzięki posiadanej przez biuro izby bazie danych i bezcennym wsparciu pracujących tam osób szybko udało się nawiązać pierwsze kontakty. W izbie mieliśmy też od początku dostępne od ręki podstawowe narzędzia do organizowania spotkań: salkę konferencyjną, komputer z rzutnikiem, materiały biurowe itp. A dla zwykłych ludzkich potrzeb miłego spotkania: kawę i ciasteczka. Niby drobiazg, ale przyjemny element integrujący uczestników spotkania…

Inicjatywa spotkała się z bardzo przychylnym przyjęciem. Już na pierwsze spotkanie w styczniu 2017 roku stawiła się spora grupa farmaceutów, od lat wygłodniała kontaktów z osobami o podobnym doświadczeniu zawodowym, z ogromnym entuzjazmem podkreślając, że „w końcu jest też coś dla nas". Pamiętajmy, że to wszystko działo się w trakcie wdrażania w Polsce tzw. nowej Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej – jednej z najistotniejszych zmian dla hurtowników. Farmaceuci mieli w związku z tym tysiące pytań i wynikającą z nich dużą potrzebę wzajemnych konsultacji. Szkolenia zewnętrzne, choć dostępne, zawsze wiązały się z wysokimi kosztami, na które nie każdy mógł sobie pozwolić. A podskórnie czuliśmy, że poprzez wzajemną wymianę wiedzy możemy praktycznie za darmo uzyskać nawet lepsze efekty.

Dość szybko sformalizowaliśmy naszą grupę działania w formie Sekcji Pracowników Hurtowni Farmaceutycznych Wlkp. OIA. Poza wewnętrznymi spotkaniami nastawionymi na wymianę doświadczeń były też inne – korzystając z faktu formalnej organizacji bez trudu udawało nam się zapraszać branżowych ekspertów do poprowadzenia dedykowanych szkoleń zewnętrznych. Chęć poznania naszej grupy i możliwość zaprezentowania nam swoich usług eksperckich skutkowała również

tym, że za żadne z takich szkoleń nie musieliśmy ponosić kosztów. A warto zaznaczyć, że standardowo takie szkolenia to wydatek rzędu kilkuset złotych za osobę. Nasi członkowie uzyskiwali to w ramach zwykłych izbowych składek członkowskich. Tym samym niczym za dotknięciem magicznej różdżki pytanie „co mam ze składek?" zamieniło się w stwierdzenie „to jest to – w ramach miesięcznej składki mam całoroczny, personalizowany pakiet specjalistycznych szkoleń!". Za udział w każdym naszym spotkaniu, szkoleniu czy warsztatach członkowie otrzymują punkty edukacyjne oraz certyfikaty, stanowiące potwierdzenie zdobywania nowych kompetencji. Nierzadko przydają się nam one podczas audytów i inspekcji jako dowód ciągłego podnoszenia kwalifikacji, jak też wzbogacają nasze zawodowe CV w oczach obecnych i potencjalnych nowych pracodawców.

Od początku swojego istnienia sekcja ewoluuje. Z biegiem lat nasz model działania wykrystalizował do dojrzałej formy organizacyjnej. Pozwoliło to nam bez problemu przetrwać i działać mimo pandemicznych ograniczeń w pamiętnym roku 2020. Wypracowana wówczas zdalna forma spotkań przyciągnęła liczne grono koleżanek i kolegów spoza regionu Wlkp. OIA. Obecnie naszym standardem są spotkania w formie hybrydowej, w których każdorazowo uczestniczy nawet 30 osób, reprezentujących pełny wachlarz doświadczeń zawodowych w hurtowniach farmaceutycznych. A na mojej liście mailingowej sekcji – czyli wszystkich, którzy wyrazili chęć współpracy i kontaktu – jest nas już prawie 70! Co warte podkreślenia, nadal, tak jak na pierwszym spotkaniu, wszyscy jesteśmy z sobą na „ty", na koleżeńskiej stopie równości.

Działalność sekcji „hurtowników" samoczynnie wpasowała się w ustawową misję samorządu zawodowego. Choć potrzeba współdziałania zrodziła się całkowicie oddolnie i ze zwykłych ludzkich pobudek – chęci nawiązania relacji z koleżankami i kolegami – z biegiem czasu zauważamy, że tym samym realizujemy co najmniej kilka punktów artykułu 7 ustawy o izbach aptekarskich, traktującego o zadaniach samorządu. Co warte podkreślenia, właśnie ten oddolny charakter – to, że „nikt nam nie każe", bo „robimy to sami dla siebie", jest najcenniejsze i zapewnia trwałość naszego działania, niezależnie od czynników zewnętrznych.

Obecnie naszym standardem są spotkania w formie hybrydowej, w których każdorazowo uczestniczy nawet 30 osób, reprezentujących pełny wachlarz doświadczeń zawodowych w hurtowniach farmaceutycznych

A zatem – co dalej? Jakie rodzą się pomysły na przyszłość? Moją wizją, jako inicjatora integracji środowiska farmaceutów pracujących w hurtowniach, jest powielenie wypracowanego tak rozwiązania na inne grupy naszych koleżanek i kolegów. Dostrzegam możliwość istnienia podobnego modelu współdziałania wokół wspólnych celów dla różnych zespołów farmaceutów. Chociażby dla grupy specjalizujących się w świadczeniu usług i opieki farmaceutycznej. Ale nie tylko, bo przecież podobne sobie wyzwania i wspólne doświadczenia mają kierownicy, szpitalnicy, absolwenci czy pracownicy firm farmaceutycznych. Mimo różnic, które przecież są naturalne, nieuniknione i świadczą o naszej różnorodności, możemy integrować nasze środowisko wokół wspólnych celów. Promowanie idei współpracy poprzez kreowanie środowiska przyjaznego do organizowania oddolnych inicjatyw – to sprawdzony w praktyce model, w jakim możemy działać w naszym samorządzie.

MB/afw

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

afw

dr n. farm. **MAREK JĘDRZEJCZAK**
Specjalista farmacji aptecznej i farmakologii

# *Postępowi TAK w farmacji praktycznej*

*Współczesna relacja między lekarzem a pacjentem powinna opierać się na współodpowiedzialności. Nieprawidłowo zbudowana relacja powoduje, że pacjent zaczyna bardziej ufać doktorowi Google*

Alopatia to metoda terapii polegająca na stosowaniu produktów farmaceutycznych wywołujących w organizmie objawy przeciwne symptomom danej choroby (Contraria contrariis curantur). Medycyna alopatyczna, w przeciwieństwie do homeopatii, to sposób leczenia nastawiony na terapię objawów i jednoczesne stosowanie produktów leczniczych, które je usuwają. Choć wiele współczesnych i uznanych terapii można uznać za zgodne z prezentowaną definicją alopatii, to w odniesieniu do nich określenie to nie jest używane. Również pojęcie alopaty – lekarza, osoby praktykującej medycynę obowiązującą (!), może być uznawane za niechwalebne i nieżyczliwe.

„Współczesna relacja lekarz-pacjent powinna opierać się na współodpowiedzialności. Chodzi o to, aby pacjent-podmiot faktycznie mógł wybierać procesy leczenia. Żyjemy w świecie permanentnej i często kamuflowanej reklamy medycznej. Dociera do nas aż nazbyt dużo informacji o farmakoterapii i innych technologiach leczenia. Musimy rzetelnie wyjaśniać pacjentowi, jakie faktycznie w jego przypadku są metody leczenia innowacyjne i tradycyjne" – oceniła prof. Artur Ludwin, kierownik I Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Jakub Kraszewski dyrektor naczelny Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, podkreśla, że na razie jest daleka droga do tego, aby pacjent z roli beneficjenta wszedł w rolę klienta, decydenta we własnej sprawie. „Obecnie klientem jest płatnik czyli NFZ" – zauważa. Współpraca z pacjentem musi być oparta na zaufaniu, a on sam powinien zostać włączony w szeroko pojęty zespół farmaceutyczny. Takie zespoły powinny być multidyscyplinarne, w ich skład musi wchodzić między innymi psycholog. Nieprawidłowo zbudowana relacja powoduje, że pacjent zaczyna bardziej ufać doktorowi Google i nie stosuje się do zaleceń lekarskich.

Zbliżajmy się do brzegu rozważania. Mamy dzisiaj konkretną i bogatą sytuację przepływu informacji. Jak wykorzystać ten stan rzeczywistości? Jak wykonujący zawody medyczne powinni realizować praktycznie swoją trudno zdobytą wiedzę? Jak od początku edukacji kształtować nowe kadry medyczne? Partnerstwo, wzajemne zaufanie, wsparcie fachowe tych,

www.stock.adobe.com

którzy stoją najbliżej pacjentów i powinni ich wspierać pod względem zdrowia somatycznego i psychicznego – lekarzy, oparte muszą być o formalne (prawne) zasady, ale także o etyczne i moralne credo.

Mój kolega z uczelni na zajęciach z farmakologii na trzecim roku kierunku lekarskiego, mówiąc o infekcjach, wspomniał o szczepieniach i potrzebie ich społecznej popularyzacji. Wspomniał, że wzorem krajów zachodniej Europy w polskich aptekach zaczęto szczepić między innymi przeciwko grypie. I w tym momencie doszło do sytuacji niespodziewanej. Student zareagował bardzo emocjonalnie na słowa wykładowcy. Stwierdził, że on jako przyszły lekarz nie akceptuje takiego stanu rzeczy, a argumentacja, że to praktyka powszechna w krajach unijnych, nie przekonuje go wcale. Mniejsza o słowa, ale stopień emocji, jaki towarzyszył tej wypowiedzi, zastanawia. Mój kolega, dr Piotr, trzydziestokilkuletni wykładowca, zaskoczony sytuacją, po próbie obrony światowej tendencji upowszechniania szczepień zaczął kontynuować wykład, zmieniając nieco kierunek. Co zrobił Piotr? Zaczął burzyć kruszący się piedestał, na który lekarzy wynoszą uczelnie medyczne i tradycja. Wciąż pokutuje ukształtowana przez dziesiątki lat mentalność, utrwalająca układ patriarchalny, w którym lekarz pełni rolę boga o niepodważalnym autorytecie.

Sytuacja z dnia codziennego polskiego farmaceuty: kobieta, lat 48, lecząca się z powodu pierwotnego nadciśnienia tętniczego; zgodnie z ordynacją lekarza kardiologa stosuje candersartan w dawce 8 mg, nevibolol 10 mg i ze względu na niewłaściwy profil lipidowy atorvastatinum 40 mg. Wartości ciśnienia dzięki terapii pacjentka ma obecnie właściwe. Z powodu złego samopoczucia, podwyższonej temperatury ciała, nieżytu górnych dróg oddechowych, bólu gardła zgłosiła się do lekarza POZ, który zaordynował jej terapię typową w przypadku ogólnoustrojowej infekcji wirusowej. Po kilku dniach nastąpiła poprawa stanu zdrowia pacjentki. Zaskoczeniem dla niej był fakt, że po około dziesięciu dniach pojawił się ponownie kaszel i temperatura jej ciała wzrosła do ponad 38°C. Chora udała się do tego samego lekarza, który tym razem stwierdził zmiany osłuchowe w oskrzelach i zaordynował antybiotyk klarytromycynę. Po dwóch dniach

zleconej terapii pacjentka zadzwoniła do swojego lekarza POZ, prosząc o pomoc, ponieważ odczuwa, jak to sama określiła, „nużliwość" mięśni i ogólne złe samopoczucie. Natomiast lekarz stwierdził, że musi kilka dni wytrzymać, ponieważ obecnie stan zapalny oskrzeli wymaga dziesięciodniowej kuracji zaordynowanym przez niego makrolidem. Pani Krysia (imię na użytek felietonu) całą swoją sytuację przedstawiła mnie. Jestem aptekarzem w niewielkiej gminnej aptece i społeczeństwo tej urokliwej świętokrzyskiej miejscowości darzy mnie zaufaniem. Znam tam całe rodziny i w miarę możliwości staram się pomóc każdemu. Przypadek pani Krysi jest prosty. Klarytromycyna zwiększa stężenie w osoczu i toksyczność inhibitorów reduktazy HMG-CoA poprzez zahamowanie ich metabolizmu, zależnego od CYP3A4. Badania wykazują (znalazłem ich siedemnaście), że klarytromycyna zwiększała AUC i Cmax atorwastatyny, odpowiednio 1,8-krotnie i 1,6-krotnie. Dodatkowo były doniesienia o pojedynczych przypadkach wystąpienia rabdomiolizy przy równoległym stosowaniu klarytromycyny i atorwastatyny.

Zagadnienie jest znane wszystkim farmaceutom, ale nie w tym rzecz. Nie posiadając formalnych narzędzi, mogę jedynie pacjentowi zasugerować rozwiązanie problemu, ale lekarzowi, używając nawet ekwilibrystyki słownej, nie zawsze. Myślę, że w tym momencie wielu koleżankom i kolegom przypomną się podobne sytuacje, niestety, nierzadko zakończone reakcją, lekko mówiąc, nie do końca etyczną po stronie lekarza. Tkwimy w miejscu, farmacja rozwija się jedynie na uczelni. Farmacja praktyczna na co dzień tchnie myszką, a ministerialni progressive brakes trzymają rękę na pulsie i są nawet w mediach za postępem w farmacji, ale cóż, na co dzień widzą plusy ujemne tego postępu. Nie chcą zaburzać lekarskiego *status quo*. A co z pacjentem, gdzie jest jego miejsce w ochronie zdrowia?

Jak podkreślił dr n. farm Leszek Borkowski podczas debaty „Kim jest pacjent?" w 2019 r., wielu pacjentów pytanych o ocenę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w naszym kraju, wskazuje, że nasza służba zdrowia nie byłaby taka zła, gdyby nie przedmiotowe traktowanie pacjentów, którzy skarżą się na brak empatii, troski i zrozumienia.

Jeszcze jedno bardzo ważne pytanie. Co z tegoroczną rekrutacją na studia farmaceutyczne? Słyszałem, że kiepsko. Absolwenci szkół średnich nie garną się na studia ekspertów od leków i terapii, które jeszcze 10-20 lat temu wydawały się atrakcyjne i dające przyszłość.

59. Konkurs
Prac Magisterskich
Wydziału
Farmaceutycznego

# Wytyczne dla farmaceutów

www.stock.adobe.pl

Wydane w 2023 roku przez Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne (Ogólnopolska Sekcja Opieki Farmaceutycznej) „Wytyczne Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego dotyczące prowadzenia świadczenia zdrowotnego – przegląd lekowy" to praca zbiorowa, przygotowana przez ekspertów z kilku ośrodków akademickich w Polsce oraz praktyków zawodu, którzy od wielu lat zajmują się opieką farmaceutyczną. Intencją autorów było ułatwienie farmaceutom podejmowania właściwych decyzji podczas wykonywania przeglądu lekowego. W wytycznych przedstawiono definicję przeglądu lekowego, wybrane aspekty prawne dotyczące tego świadczenia zdrowotnego, przebieg wizyty i etapy przeglądu lekowego, wywiad farmaceutyczny oraz raporty dla lekarza prowadzącego i pacjenta. Poruszono też problem przeglądu lekowego w świetle obecnych możliwości aptek. Użyteczne mogą być wzory dokumentów i informacje o narzędziach, które można wykorzystać podczas pracy z pacjentem i przygotowania do wykonywania przeglądów lekowych.

„Przekazując poniższy dokument mamy nadzieję, że ułatwi on prowadzenie opieki farmaceutycznej polskim farmaceutom, a jego rozpowszechnienie spowoduje w Polsce zwiększenie liczby wykonywanych przeglądów lekowych w codziennej praktyce farmaceutycznej oraz przyczyni się do poprawy efektywności i bezpieczeństwa farmakoterapii pacjentów" - pisze we wstępie przewodnicząca Ogólnopolskiej Sekcji Opieki Farmaceutycznej PTFarm dr hab. Mariola Drozd z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. A w preambule można przeczytać: „Wykonywanie przeglądu lekowego to umiejętność, do której farmaceuci zostali przygotowani podczas studiów, w ramach szkoleń specjalizacyjnych lub ciągłych, teraz pozostaje im już tylko rozpocząć pracę nad pogłębianiem własnych kompetencji w tym zakresie, a najlepszym sposobem jest rozpoczęcie realizacji tej usługi dla własnych pacjentów".

Wytyczne mają na celu propagowanie dobrej praktyki świadczenia zdrowotnego, jakim jest przegląd lekowy. Publikacja ma ułatwić pracę farmaceutom, którzy chcą go wykonywać, dlatego rozpowszechniana jest bezpłatnie i udostępniona na stronie internetowej ptfarm.pl.

*EUGENIUSZ JAROSIK*

www.stock.adobe.pl

ŁUKASZ ŚWIDERSKI

# BŁĘDNE STANOWISKO NSA?

## Słów kilka o podatku od nieruchomości dotyczącym lokali, w których prowadzone są apteki ogólnodostępne

W artykule polemizuję ze stanowiskiem Naczelnego Sądu Administracyjnego, wyrażanym w wyroku z 23 sierpnia 2022 r., wydanym w sprawie o sygn. akt: III FSK 807/21. Wydawać by się mogło, że powołany wyżej wyrok NSA (dalej: Wyrok) całkowicie przekreśla szanse podmiotów prowadzących apteki na zapłatę niższego podatku od nieruchomości od lokali, w których prowadzone są apteki ogólnodostępne. Zgodnie z tym wyrokiem z obniżonej stawki podatku od nieruchomości mogą skorzystać tylko podmioty wpisane do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Do tego rejestru podmioty prowadzące apteki wpisane być nie mogą (patrz art. 100 ust. 2 pkt 5a) lit. a)[1] Prawa farmaceutycznego[2]).

NSA stwierdził, że „Zgodnie z treścią art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. d u.p.o.l. rada gminy, w drodze uchwały, określa wysokość stawek podatku od nieruchomości od budynków lub ich części związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, zajętych przez podmioty udzielające tych świadczeń, która nie może przekroczyć określonej górnej granicy w odniesieniu do 1 m kw. powierzchni użytkowej. Zatem przepis ten dotyczy świadczeń zdrowotnych uregulowanych w ustawie o działalności leczniczej, realizowanych przez podmioty udzielające takich świadczeń również objęte wymienioną ustawą. Natomiast, jak słusznie wskazał sąd pierwszej instancji, art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. d u.p.o.l. nie obejmuje swoim zakresem wszelkich świadczeń zdrowotnych – w potocznym znaczeniu tego pojęcia, na którym skoncentrował się podatnik – natomiast mowa w nim o świadczeniach zdrowotnych. Z kolei zgodnie z art. 8 u.d.l. rodzajami działalności leczniczej są: 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne: a) szpitalne, b) inne niż szpitalne; 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne. Z kolei art. 103 u.d.l. przewiduje, że działalność leczniczą można rozpocząć po uzyskaniu wpisu do rejestru (...). Natomiast w art. 106 ust. 1 u.d.l. wymienione zostały organy prowadzące omawiany rejestr, przy czym zgodnie z kolejnym ust. 1a jest on jawny, a dalej, według ust. 2, prowadzony w systemie teleinformatycznym. Skarżący natomiast (podmiot prowadzący aptekę – przypis autora) nie figuruje

www.stock.adobe.pl

w rejestrze, o którym stanowi art. 103 u.d.l., zatem jego aktywności na terenie apteki nie można – w świetle prawa – uznać za udzielanie świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej".

Moim zdaniem stanowisko wyrażone w Wyroku jest błędne i wynika z nieprawidłowej interpretacji przepisów ustawy o działalności leczniczej[3] (dalej: u.d.l.). Ale po kolei. Zgodnie z art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. d) ustawy o podatkach i opłatach lokalnych (dalej: u.p.o.l.)[4] stawka podatku od nieruchomości nie może przekroczyć 5,87 zł od 1 m kw. powierzchni użytkowej budynków lub ich części związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, zajętych przez podmioty udzielające tych świadczeń. Z kolei ustawa o działalności leczniczej w art. 2 ust. 1 pkt 10) wskazuje, że świadczenia zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Ustawa ta w żadnym przepisie nie wskazuje, że świadczenia zdrowotne mogą być realizowane tylko przez podmioty wpisane do rejestru wskazywanego przez NSA w Wyroku (czyli do rejestru, o którym mowa w art. 106 ust. 1 u.d.l.). Dotykowo należy wskazać, że u.d.l. w art. 100 wprost wskazuje, że podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą jako podmiot leczniczy, składa organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 106 ust. 1 tej ustawy, wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a zgodnie z art. 103 tej ustawy działalność leczniczą można rozpocząć po uzyskaniu wpisu do rejestru. U.d.l. w sposób jednoznaczny rozróżnia pojęcia

„działalności leczniczej" i „udzielania świadczeń zdrowotnych". Są to zasadniczo odmienne zakresowo pojęcia. Nie ulega wątpliwości, że działalność leczniczą mogą prowadzić tylko podmioty lecznicze (wpisane do ww. rejestru). Z kolei świadczenia zdrowotne mogą być udzielane zarówno przez podmioty lecznicze, jak i inne podmioty. Przesądza o tym również sama definicja świadczeń zdrowotnych, która odwołuje się dodatkowo do „przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania", w tym na przykład do ustawy o zawodzie farmaceuty czy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Gdyby wolą ustawodawcy było ograniczenie „stosowania" obniżonej stawki podatku tylko do podmiotów wpisanych do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, to wskazałby, że stawka ta może być stosowana do powierzchni użytkowej budynków lub ich części związanych z prowadzeniem działalności leczniczej przez podmioty wykonujące działalność leczniczą (czyli wpisane do ww. rejestru). Ustawodawca tak jednak nie uczynił i odwołał się do szerszego pojęcia „świadczeń zdrowotnych".

> Naczelny Sąd Administracyjny w sposób całkowicie bezpodstawny i nieuprawniony zrównuje „świadczenia zdrowotne" z „działalnością leczniczą prowadzoną przez podmioty lecznicze

Znamienne jest to, że NSA w Wyroku w sposób całkowicie bezpodstawny i nieuprawniony, bez jakiegokolwiek wyjaśnienia i powołania się na konkretne przepisy, zrównuje „świadczenia zdrowotne" z „działalnością leczniczą prowadzoną przez podmioty lecznicze". Interpretacja taka jest całkowicie nieuprawniona i pozbawiona jakichkolwiek podstaw. Podkreślenia wymaga ponownie to, że pojęcia „świadczenia zdrowotne" i „działalność lecznicza prowadzona przez podmioty lecznicze" nie są synonimami i mają różny zakres. Każda działalność lecznicza prowadzona przez podmiot leczniczy jest świadczeniem zdrowotnym, jednak nie każde świadczenie zdrowotne jest działalnością leczniczą prowadzona przez podmiot leczniczy. Tak samo jak każdy aptekarz jest farmaceutą, jednak nie każdy farmaceuta jest aptekarzem.

To, że apteka ogólnodostępna realizuje świadczenia zdrowotne, nie ulega wątpliwości. Zostało to szczegółowo omówione w komunikacie zamieszczonym na stronie internetowej Wlkp. OIA (www.woia.pl/news/3919/apteka-ogolnodostepna-podatek-od-nieruchomosci.html) oraz w opracowaniu przygotowanym przez radcę prawnego Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej we Wrocławiu Piotra Sędłaka („Opracowanie dla farmaceutów prowadzących apteki ogólnodostępne: niższa stawka podatku od nieruchomości" – Dolnośląska Izba Aptekarska).

Moim zdaniem wydanie Wyroku w żadnym razie nie zamyka podmiotom prowadzącym apteki ogólnodostępne drogi do ubiegania się (poprzez składanie lub korygowanie już złożonych deklaracji) o ustalenie niższego wymiaru stawki podatku od nieruchomości dotyczącego lokali, w których prowadzone są te apteki. Nie można jednak wykluczyć, że organy podatkowe w sposób bezrefleksyjny będą powielały stanowisko wyrażone w Wyroku i dopiero na etapie odwoławczym (samorządowe kolegium odwoławcze) lub sądowym (właściwy wojewódzki sąd administracyjny) będzie szansa na zaprezentowanie powyższej argumentacji.

afw

**ŁUKASZ ŚWIDERSKI**
Radca prawny Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, partner w „Świderski i Świderski Radcowie Prawni" Spółka partnerska

PRZYPISY:
[1] Art. 100. [Wniosek o zezwolenie na prowadzenie apteki]
[2] Ustawa z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2022.2301 t.j.)
[3] Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2023.991 t.j.).
[4] Ustawa z 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz.U.2023.70 t.j.)

# Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy

## Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej

TERMINY ZEBRAŃ REJONOWYCH W ROKU 2023

**LESZNO – 30 września 2023**
Hotel Sandro Silver, ul. Antoniny 11

**KONIN – 7 października 2023**
Restauracja Nowa Era, ul. Dworcowa 13

**PIŁA – 14 października 2023**
Hotel Gromada, al. Piastów 15

**POZNAŃ – 4 listopada 2023**
Centrum Kongresowo-Dydaktyczne UM, ul. Przybyszewskiego 37a

Planowana godzina rozpoczęcia spotkań rejonowych: **15.00**.

### Szanowne Koleżanki i Koledzy

Przed nami najważniejsze wydarzenie czwartego roku VIII kadencji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej – Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy. Tylko farmaceuci biorący osobiście udział w zebraniach rejonowych zadecydują, kto będzie ich reprezentował na okręgowym zjeździe Wlkp. OIA 25 listopada 2023 r. Tylko biorący udział w zebraniach rejonowych będą mieli pośrednio lub bezpośrednio (jeśli zostaną delegatami na zjazd) wpływ na decyzje, komu zostaną powierzone najważniejsze funkcje w organach Wlkp. OIA w IX kadencji, w tym funkcja prezesa Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej.

Serdecznie zapraszam do aktywnego udziału, aby Ci, którym powierzycie funkcje w IX kadencji Wlkp. OIA, działali zgodnie z Waszymi oczekiwaniami i marzeniami. Marzeniom trzeba pomóc, trzeba być obecnym na zebraniu w swoim rejonie wyborczym Wlkp. OIA. Serdecznie zapraszam. Do zobaczenia.

**dr ALINA GÓRECKA**
Prezes Wielkopolskiej Okręgowej
Rady Aptekarskiej

**OKRĘGOWY ZJAZD SPRAWOZDAWCZO-WYBORCZY**
Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej odbędzie się **25 listopada 2023 r.**
**w Centrum Konferencyjnym EDU Wielkopolskiej Izby Lekarskiej**
przy ul. Szyperskiej 14 w Poznaniu

afw

**MARCIN JÓZEFIAK**
Radca prawny

# *O profilaktyce w miejscu pracy*

Każdego z nas, niezależnie od tego, czy znajduje się na dole, czy na górze kariery zawodowej, mogą dotknąć nietypowe sytuacje w miejscu pracy. Niewielu zdaje sobie jednak sprawę z tego, że bycie biernym obserwatorem zachowania kolegów czy koleżanek może rodzić odpowiedzialność dyscyplinarną, karną czy cywilną.

Dzięki ustawodawstwu Unii Europejskiej wprowadzono w polskim systemie prawnym wiele instytucji chroniących pracowników. Dotyczą one przede wszystkim problemów, na które peerelowski system prawny nie zwracał uwagi. Wynikało to nie tylko z założeń samego systemu (władza proletariatu), ale także z rozwoju technologicznego, jakiego doświadczamy od lat 90. XX wieku. Każdy z nas wie, że nie można pracować pod wpływem używek – innymi słowy, w pracy trzeba być trzeźwym. Zgodnie z prawem, jeżeli pracodawca ma uzasadnione podejrzenie, że pracownik może być pod wpływem substancji odurzających, to ma prawo zbadać jego trzeźwość czy też bycie pod wpływem innych środków (art. 221c i art. 221e Kodeksu pracy). Natomiast obowiązkiem pracownika jest informowanie pracodawcy (bądź osoby odpowiedzialnej za bhp w zakładzie pracy) o zagrożeniach dla zdrowia i życia pracownika bądź osób trzecich. Wykonywanie pracy pod wpływem substancji odurzających jest niebezpieczne zarówno dla tegoż pracownika, jak i dla jego koleżanek i kolegów z pracy, a tym bardziej dla osób trzecich. Nawet najzwyklejsze wyczucie w oddechu pracownika woni alkoholu może spowodować tzw. negatywny marketing i utratę klientów.

Innym przykładem jest wykonywanie przez pracownika czynności nie do końca zgodnych z opisem stanowiska pod względem bezpieczeństwa i higieny pracy. Nawet fakt, że w miejscu pracy pracownik nie będzie korzystał z obuwia służbowego, może mieć negatywny wpływ na cały zakład. Niewłaściwe obuwie bywa przyczyną wypadków, ale może też spowodować zwykłe poślizgnięcie się. Pierwsza myśl pracownika i pracodawcy – niewłaściwe obuwie miał pracownik, wiedział, jakie powinien nosić, miał udostępnione obuwie, więc wina pracownika. Nic bardziej mylnego. Sądy wielokrotnie wypowiedziały się, że jeżeli pracownik został dopuszczony do pracy bez wymaganej odzieży lub też wykonywał swoją pracę niezgodnie z zasadami bhp na oczach przełożonego (bądź pracodawcy), to winę ponosi pracodawca, który nie odsunął od pracy takiego pracownika. Oczywiście naruszenie zasad bhp przez pracownika jak najbardziej może skutkować jego odpowiedzialnością dyscyplinarną, a nawet zwolnieniem z pracy.

Już czysto współczesnym problemem są media społecznościowe oraz wirtualne relacje pracowników. Często zapominamy, że dobra osobiste każdego z nas są chronione również w Internecie. Jeżeli pracownik negatywnie wypowiada się o współpracowniku (na przykład podczas czatu dla wybranej grupy użytkowników), a my nie reagujemy, to może dojść do sytuacji, w której ta osoba poczuje się mobbingowana. I żeby nie było wątpliwości – mobbing to nie tylko poniżanie osoby, ale także jej wywyższanie. Najprostszy sposób to dawanie tylko

www.stock.adobe.com

jednej osobie nadgodzin lub też wyłączanie jednej osoby z pracy w weekendy. Jeżeli pracodawca nie będzie reagował na takie formy mobbingu, to będzie ponosił odpowiedzialność względem tego pracownika, którego dobra zostały naruszone.

Podane wyżej przykłady zostały niestety ujawnione już na etapie spraw sądowych czy karnych, trudno więc było im zapobiec. Natomiast każdy z nas może po prostu zwracać więcej uwagi na to, co dzieje się dookoła zarówno w miejscu pracy, jak i po pracy. Wywiedzione jeszcze z czasów socjalizmu negatywne podejście do „kapowania" jest cały czas głęboko zakorzenione w społeczeństwie. Sposobem na przełamanie takiego stereotypu „donosiciela" jest tzw. ustawa o ochronie sygnalistów. Już teraz obowiązkiem niektórych pracodawców jest umożliwienie składania sygnałów, czyli informacji o dostrzeżonych nieprawidłowościach w zakładzie pracy. Można taki sygnał złożyć anonimowo, ale także się pod nim podpisać – sygnalista nie może ponieść z tego tytułu żadnych negatywnych konsekwencji.

Może pojawić się pytanie, dlaczego zachęcam do prewencji i szybkiego informowania o dostrzeżonych problemach. Jako przykład podam historię prawdziwą. Na spotkaniach integracyjnych wszyscy pracownicy i tzw. kadra dobrze się bawili. Pan Jan, będąc pod wpływem alkoholu, wielokrotnie zaczepiał koleżanki, kładł ręce może ciut nie tam gdzie trzeba, próbował pocałować, ale koleżankom to odpowiadało – tak przynajmniej można było przypuszczać, gdyż żadna się nie skarżyła. Jakie było zaskoczenie wszystkich, gdy pewnego ranka pana Jana wyciągnęło z pracy kilku policjantów, skuło, a następnie zawiozło na komendę. Na skutek tego, że większość personelu uczestniczyła w tych spotkaniach, wszyscy zostali przesłuchani i dowiedzieli się, że pan Jan jedną koleżankę zgwałcił (za co został prawomocnie skazany). W trakcie przesłuchań okazało się, że jednak koleżanki miały coś przeciwko zachowaniu pana Jana, lecz nic nie mówiły, bo żył dobrze z właścicielami. A skoro pracodawca nie reagował na zachowanie pana Jana i je tolerował, to znaczy, że dopuścił się mobbingu i za to został ukarany.

Dlatego właśnie lepiej zapobiegać i reagować na potencjalnie niebezpieczne zachowania, które mogą skutkować odpowiedzialnością właśnie biernego obserwatora, a w przypadku opisanym powyżej – właściciela firmy.

EUGENIUSZ JAROSIK

# RYNEK FARMACEUTYCZNY 2022

www.stock.adobe.com

Długotrwałe konsekwencje gospodarcze pandemii SARS-CoV-2 oraz wojny w Ukrainie, problemy związane z przyjęciem setek tysięcy uchodźców, wysokie ceny energii, inflacja – to główne czynniki mające wpływ na sytuację na polskim rynku farmaceutycznym w roku 2022.

Jest to największy rynek w Europie Środkowej i szósty pod względem wielkości w Unii Europejskiej. Wartość produktu krajowego brutto wytwarzanego przez polski rynek farmaceutyczny wynosi około 7,3 mld euro, co stanowi 1,33% naszego PKB.

## Przemysł farmaceutyczny

Według wstępnych danych Głównego Urzędu Statystycznego w kwietniu 2023 r., w stosunku do kwietnia ubiegłego roku, wzrost produkcji sprzedanej (w cenach stałych) przemysłu farmaceutycznego wyniósł 5% (produkcja sprzedana całego przemysłu była niższa w tym okresie o 6,4%). Sytuacja gospodarcza jest stabilna, ale krucha. Inflacja co prawda już nie rośnie, jej spadek jest symboliczny, rosną natomiast koszty prowadzenia działalności biznesowej.

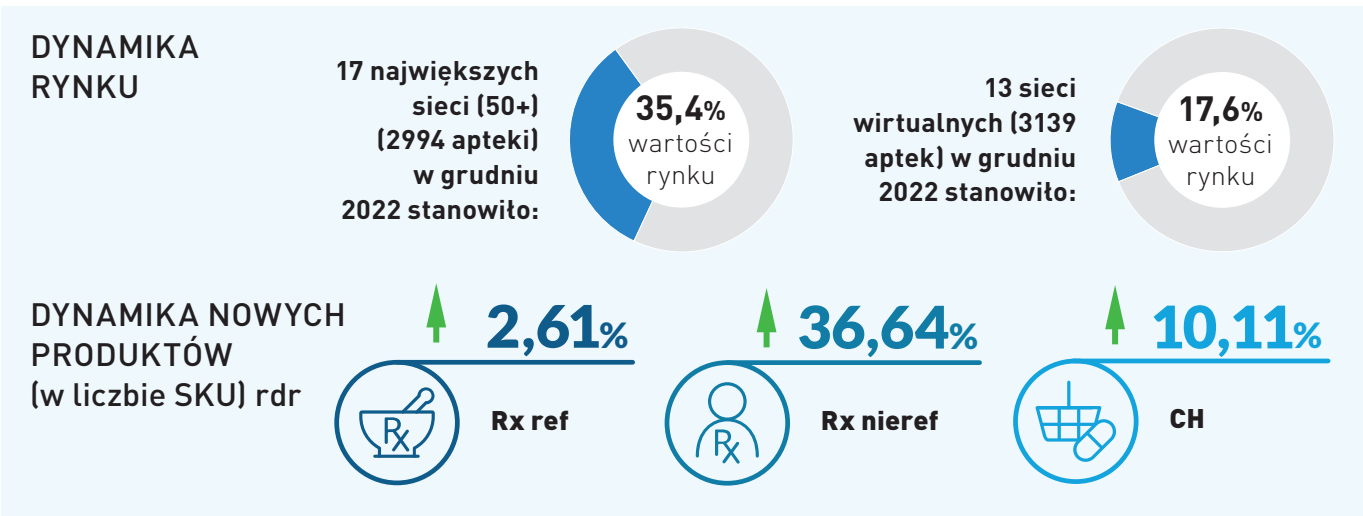
Przemysł farmaceutyczny w naszym kraju jest liderem w zakresie innowacji produktowych, wyprzedzając pod tym względem produkcję komputerów, wyrobów elektronicznych i optycznych. Polska ma rozbudowaną sieć rozwojowo-badawczą, na którą składa się około 110 instytucji naukowych i ponad 3000 badaczy zajmujących się biotechnologią i biologią molekularną. W prowadzonych badaniach skupiają się na nowych cząsteczkach, innowacyjnych terapiach i produktach biopodobnych.

Ministerstwo Rozwoju i Technologii zauważa, że przedsiębiorstwa działające w polskim sektorze farmaceutycznym są jednymi z najbardziej skłonnych do innowacji procesowych. Około 63,1% przedsiębiorstw produkcyjnych w tym sektorze było aktywnych innowacyjnie w latach 2018-2020, podczas gdy w całej gospodarce narodowej aktywne innowacyjnie przedsiębiorstwa przemysłowe oraz usługowe stanowiły w tym okresie odpowiednio 36,7% i 33,0% „Krajowy sektor farmaceutyczny swoimi najwyższymi standardami rewolucjonizuje polską gospodarkę, promuje standardy etycznego postępowania, praw człowieka, troski o środowisko oraz bezpieczeństwo pracy wśród swoich dostawców w łańcuchu dostaw" – podkreślają dr Katarzyna Obłąkowska i dr Artur Bartoszewicz, autorzy raportu „Farmaceutyczny wyścig narodów".

## Rynek hurtowy

Według IQVIA w pierwszym kwartale 2023 r. wartość rynku hurtu aptecznego wyniosła 10,7 mld zł i była wyższa wobec okresu sprzed roku o ponad 10%. Podobnie jak w minionych kwartałach istotny wpływ na wzrost rynku odgrywał czynnik inflacyjny, wpływający na wzrost ceny opakowania. Wzrost wartości rynku hurtu aptecznego wynika zatem przede wszystkim ze zwiększenia cen preparatów, a nie rosnącej liczby sprzedanych opakowań.

Rynek hurtu farmaceutycznego w Polsce cechuje się dużym stopniem koncentracji. 10 największych podmiotów skupia około 90% obrotów całego rynku dystrybucji farmaceutycznej. Trzy największe przedsiębiorstwa – Neuca, Pelion i Farmacol – odpowiadają za 70% wartości sprzedaży farmaceutyków do aptek. Obecnie liderem tego rynku jest Neuca. Łączne udziały Grupy Neuca w rynku hurtowym w pierwszym kwartale 2023 r. wyniosły 30,5%, a w obszarze aptek niezależnych 37,7%.



Z opublikowanego przez PEX PHARMASEQUENCE raportu „Rola hurtowej dystrybucji farmaceutycznej w zapewnieniu bezpieczeństwa lekowego Polski" wynika, że pięcioprocentowa marża hurtowa dla leków refundowanych oraz niski poziom marż realizowanych na pozostałych produktach nie rekompensują rosnących kosztów prowadzenia działalności dystrybucyjnej i nowych wymagań techniczno-organizacyjnych nakładanych na hurtownie farmaceutyczne.

System ochrony zdrowia jest złożonym zespołem naczyń połączonych, w którym dystrybucja farmaceutyczna odgrywa niezwykle istotną rolę. „Powinna mieć stworzone stabilne i przewidywalne warunki prowadzenia działalności biznesowej oraz zespół zachęt do dalszego rozwoju. Gromadzone zyski powinny pozwolić na reinwestowanie w naszym kraju w rozwiązania prowadzące do automatyzacji procesów logistycznych w odpowiedzi na rosnące koszty pracy, zwiększenie poziomu zapasów oraz zastosowań sztucznej inteligencji, podążając za światowymi i europejskimi trendami w tej dziedzinie" – podkreśla w komentarzu do ww. raportu prof. n. med. i n. o zdr. Marcin Czech, specjalista zdrowia publicznego.

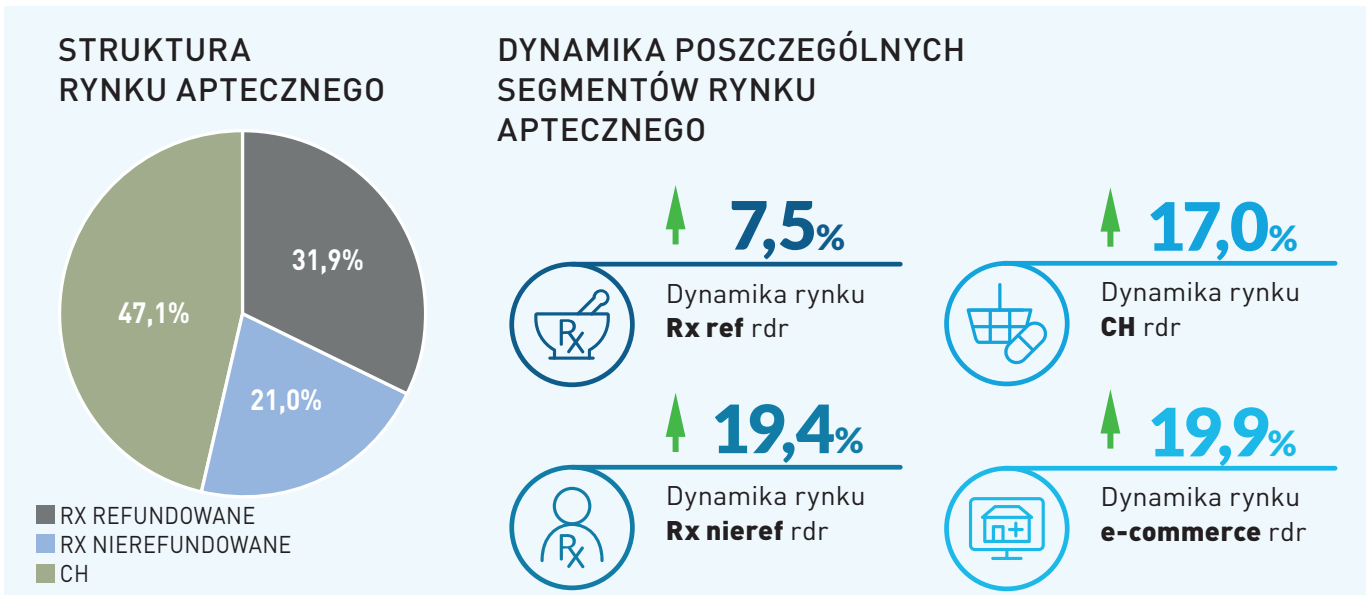
## Rynek apteczny

Według danych opublikowanych przez firmę IQVIA wartość rynku aptecznego w 2022 r. wyniosła 45,4 mld zł, co oznacza wzrost o 14,2% rdr. Dla porównania w marcu 2023 r. rynek aptek stacjonarnych miał wartość 4,31 mld zł (wzrost o 11,1% r/r). Jednocześnie liczba sprzedanych opakowań w tym miesiącu wyniosła 167,3 mln (spadek o 4,6% rdr).

Czy sytuacja związana z wojną w Ukrainie miała wpływ na rynek apteczny w Polsce? W artykule opublikowanym w poprzednim wydaniu „Farmacji Wielkopolskiej" („Apteki w cieniu wojny", nr 22) zwracałem uwagę, że w pierwszych dniach inwazji Rosji na Ukrainę w lutym 2022 r. widać było wzrost zapotrzebowania na leki. W pierwszej połowie marca 2022 r. wartość sprzedaży w aptekach w Polsce zwiększyła się miesiąc do miesiąca o 7,7%. W kolejnych miesiącach nie obserwowano już nadzwyczajnych wzrostów sprzedaży, które można by wiązać z napływem do naszego kraju obywateli Ukrainy. Należy jednak zaznaczyć, że osoby, które legalnie przekroczyły granicę polsko-ukraińską po 24 lutego 2022 r. uzyskały też dostęp do opieki zdrowotnej i leków refundowanych ze środków publicznych. W aptece możliwe jest również zrealizowanie pełnopłatnie recepty wystawionej na Ukrainie.

Marża na leki i produkty nierefundowane od lat utrzymuje się na zbliżonym poziomie, a przestrzeń do jej wzrostu praktycznie nie istnieje ze względu na silne otoczenie konkurencyjne. Od wielu lat średni poziom marży na nierefundowanych lekach na receptę i produktach wydawanych bez recepty w aptekach kształtuje się na poziomie 13-15%.

Wydawanie leków refundowanych stanowi około 36 proc. obrotów aptek. Obecnie obowiązujące tabele



*Ostatnie lata naznaczone zostały licznymi znakami zapytania zarówno co do struktury, jak i przyszłości wielu rynków, w tym farmaceutycznego. Niepewność i rozchwianie wynikały z pandemii COVID-19 i towarzyszących jej „lockdownów", a w 2022 r. naznaczone zostały rozpętaną przez rosyjską agresję wojną w sąsiedniej nam Ukrainie. W tym niełatwym czasie rynek mierzy się także z wysoką inflacją i prognozami recesji wraz z jej zauważalnymi już objawami.*

*Wydawać by się mogło, że rynek farmaceutyczny jest odporny na dekoniunkturę. Trzeba jednak sporo ostrożności w takim sformułowaniu, bo liczby przedstawiające zmiany rynkowe, choć obrazują pewne trendy, to często mają charakter ogólny i nieuwzględniający lokalnych fluktuacji.*

*Obserwowane wzrosty rynku należy zawsze rozpatrywać w ujęciu ilościowym i wartościowym. I tak wobec licznych podwyżek cen wzrost wartości rynku jest wręcz oczywisty. Natomiast korekty ilościowe należałoby dzielić na okresy roku. W pierwszym kwartale 2022 r., a może nawet w pierwszej połowie ubiegłego roku dla rynku farmaceutycznego, ale także spożywczego czy nawet odzieżowego istotnym był napływ uchodźców z Ukrainy oraz oddolne, czasami drobne, zakupy Polaków wspierających zarówno przyjezdnych, jak i pozostałych w swoim kraju Ukraińców. Z kolei w drugiej połowie roku obserwowaliśmy opóźnienie w pojawieniu się tzw. sezonu jesienno-zimowego i nagły, wysoki skok grudniowych zachorowań, o którym coraz częściej mówimy w kontekście tridemii (grypa, COVID-19, RSV). Nie dziwi zatem znaczący wzrost w kategorii testów diagnostycznych, których nauczyliśmy się używać w warunkach domowych. W drugiej połowie 2022 r. farmaceuci coraz częściej zauważali, że pacjenci wstrzymywali się z częścią zakupów aptecznych, szczególnie w kategoriach OTC. Było to efektem rosnących kosztów codziennego życia, w tym kolejnych podwyżek ogłaszanych przez firmy farmaceutyczne i w nieunikniony sposób odzwierciedlających się w aptecznych cenach detalicznych. Wydaje się, że trend ten utrzymuje się także w pierwszej połowie bieżącego roku i wpływa na rynek farmaceutyczny w kontekście ewentualnych wzrostów ilościowych. Wartościowe wzrosty pewnie nadal będą wykazywane po cyklu podwyżek z pierwszego kwartału 2023 r.*

*Zauważalny jest także rosnący udział rynku e-commerce. Mimo że istnieją opracowania mówiące o postcovidowym powrocie konsumenckim do kanałów tradycyjnych (w naszym wypadku pacjentów do aptek stacjonarnych), to jednak niezaprzeczalnym wydaje się, że wielu, szczególnie młodych, ludzi w naturalny sposób wybiera zakupy zdalne, wskazując na oszczędność czasu, dostępność towaru, wygodę nabycia jak również koszty jako wiodące determinanty ich decyzji. O ile w odniesieniu do na przykład odzieży czy innych produktów odpornych na zmiany temperatury jest to trudne do zakwestionowania, o tyle w kontekście towarów nabywanych na rynku farmaceutycznym znaki zapytania są wyraźne. Chodzi tu przede wszystkim o odbiór przesyłek z urządzeń dedykowanych dla paczek w okresie zimowym czy letnim, kiedy metalowy zasobnik działa jak lodówka, bądź może nagrzewać się do bardzo wysokich poziomów. W przypadku dostaw kurierskich warunki transportu też budzą wątpliwości, a szczególnie kwestionowane powinny być dostawy zostawiane po drzwiami czy za płotem, czego wielu z nas już pewnie doświadczyło. W konsekwencji zmiany legislacyjne wydają się być w tej przestrzeni pilną potrzebą, być może kierunkującą farmaceutyczny rynek e-commerce w stronę zamówień odbieranych w aptekach stacjonarnych („click&collect") lub dostaw realizowanych przez dedykowane firmy kurierskie.*

*Niezależnie jednak, jak będziemy interpretować rynek, oceniając go w odniesieniu do indywidualnej sytuacji, tak aptek, hurtowni czy producentów, na najbliższą przyszłość i kierunki rozwoju sektora wpływać nadal będzie inflacja i trudna dziś do prognozowania sytuacja geopolityczna. W ocenie rynku można odnosić się także do licznych parametrów czy narzędzi, jak choćby krzywa rentowności, ale wydaje się, że niezmiennie kluczowe pozostanie zorientowania na pacjenta. Tu do najistotniejszych kwestii zaliczać się będzie otoczenie prawno-ekonomiczne, jak również dostępność do poszczególnych leków, stanowiąca obecnie jedno z ważniejszych wyzwań dla interesariuszy rynku farmaceutycznego.*

afw

**dr hab. TOMASZ ZAPRUTKO**
Katedra i Zakład Farmakoekonomiki i Farmacji Społecznej Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego

*Wartość całego rynku aptecznego w 2022 r. wyniosła 45,5 mld zł (liczona w cenach detalicznych brutto). Na tę kwotę składa się sprzedaż leków na receptę (Rx) oraz produktów dostępnych bez recepty (OTC) w aptekach stacjonarnych oraz w aptekach internetowych (w tym: leki OTC, suplementy diety, odżywki dla dzieci i dorosłych, artykuły medyczne oraz kosmetyki). W porównaniu do roku 2021 wartość ta jest wyższa o 14,4%.*

*Wartość segmentu produktów bez recepty (OTC) w aptekach stacjonarnych i w aptekach internetowych w 2022 r. osiągnęła 21,5 mld zł (liczona w cenach detalicznych brutto). Stanowiło to wzrost w porównaniu do 2021 r. o 17,1%. Udział tego segmentu w 2022 r. wyniósł 47,2% wartości całego rynku aptecznego w Polsce (Rx i OTC). Obserwujemy ciągły wzrost znaczenia produktów bez recepty w obrocie apteki ze względu na większą marżę, jaką da się osiągnąć na sprzedaży tych produktów, a także ich dostępność, co w związku z faktem, że po zeszłorocznej agresji Rosji na Ukrainę w Polsce pojawiło się około 1,5 mln uchodźców, ma istotne znaczenie.*

*Obserwujemy dalsze umocnienie się segmentu marek własnych. Ich udział w rynku produktów bez recepty w 2022 r. wyniósł 3,1%, wliczając w tę liczbę marki własne sieci aptecznych i hurtowni farmaceutycznych, ale są kategorie, gdzie ten udział wynosi nawet kilkanaście procent, na przykład probiotyki, witamina C lub witamina D3. Co interesujące, dalszym wzrostom udziału w rynku towarzyszyły także większe – niż dla całości rynku – zmiany średnich cen w segmencie marek własnych.*

*Należy wspomnieć, że nadal dynamicznie rozwijającym się kanałem sprzedaży produktów dostępnych bez recepty jest sprzedaż internetowa. W 2022 r. sprzedaż przez Internet osiągnęła poziom 1,6 mld zł i była większa o 23% w porównaniu do roku ubiegłego. W kanale tym dostępne są wyłącznie produkty (OTC) – w szerokim zakresie – z dominującą pozycją „witamin i minerałów", „produktów do pielęgnacji urody dla kobiet" oraz „produktów ułatwiających trawienie". Te trzy kategorie w sumie stanowią 34% wartości rynku sprzedaży internetowej. Również w sprzedaży internetowej marki własne odnotowują bardzo duże wzrosty; w roku 2022 segment ten osiągnął wzrost na poziomie 59%, a więc rozwijał się ponad dwa razy szybciej niż całość rynku e-commerce.*

afw

**MAGDALENA MARCINIAK**
Associate Director,
Supplier Services, IQVIA

marż detalicznych, mimo znacznego wzrostu kosztów prowadzenia apteki, nie były zmieniane od 2012 r., co istotnie wpływa na ich rentowność. Środowisko aptekarskie pewne nadzieje wiąże z tzw. dużą nowelizacją ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (9 czerwca 2023 r. Rada Ministrów przyjęła projekt tej nowelizacji), oczekując wprowadzenia zapowiadanych zmian dotyczących między innymi tabeli marż detalicznych (w noweli-zacji ustawy o refundacji zapisano nowe zasady obliczania tej marży).

## Postępująca koncentracja

Pod koniec grudnia 2022 r. w Polsce działało 12 891 aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych. W 2022 r. ich liczba zmniejszyła się o 290 w porównaniu do stanu z grudnia 2021 r. Liczba aptek indywidualnych w 2022 r. spadła o 290, natomiast aptek sieciowych (sieci 5+), odpowiadających za około 62% sprzedaży całego rynku, wzrosła o 36. W maju 2021 r., według IQVIA, obroty 18 największych sieci (2894 apteki) stanowiły 33% wartości rynku. W grudniu 2022 r. udział 17 największych sieci (50+), skupiających 2994 apteki, wynosił 35,4% sprzedaży na rynku aptecznym. Od wielu lat tendencja jest wyraźna – postępuje koncentracja tego rynku. Niestety, często dzieje się to z naruszeniem prawa.

Obchodzenie nieprecyzyjnych przepisów antykoncentracyjnych przez sieci apteczne jest przyczyną zwiększania ich przewagi konkurencyjnej. Koncentracja na rynku aptecznym trwa, a co gorsza – w ubiegłym roku Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie wsparł swoim orzeczeniem sieci w przejmowaniu dowolnej liczby aptek. Zgodnie z wyrokiem WSA, który zapadł 26 lipca 2022 r., przepisów Prawa farmaceutycznego odnośnie przejęć, w zakresie niezgodnym z przepisami nowelizacji z 2017 r. (ustawa „Apteka dla Aptekarza"), nie stosuje się do starszych zezwoleń, czyli wydanych przed

wejściem w życie tej nowelizacji. Piotr Sędłak, radca prawny Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej, wskazuje, że tym samym za niebyłe należy uznać motywacje oraz cele polityczne, społeczne i gospodarcze, które chciał uzyskać ustawodawca tą nowelizacją, a konsekwencje wyroków sądów administracyjnych dla rynku aptecznego mogą być bardzo negatywne. „Będzie to rynek niekontrolowalny, a sam proces jego zmonopolizowania stanie się niemożliwy do zatrzymania i niemożliwy do odwrócenia" – ostrzega prawnik (*vide* artykuł Małgorzaty Grosman „To od ustawodawcy zależy, czy chce chronić rynek, czy oddać go zagranicznym funduszom inwestycyjnym", aptekarski.com, 9 września 2022 r.).

## Prognozy

W 2023 r. nadal dynamicznie będzie się rozwijał rynek handlu internetowego produktami OTC (lekami bez recepty, suplementami diety i dermokosmetykami), który w latach 2017-2022 rósł w tempie 23 proc. rocznie. Zgodnie z prognozami firmy badawczo-konsultingowej PMR, w 2023 r. jego wartość wyniesie 2,8 mld zł w cenach netto (*vide* raport „Handel internetowy produktami OTC w Polsce. Analiza rynku i prognozy rozwoju na lata 2023-2028"). Jednym z czynników skłaniających do korzystania z aptek internetowych są przyzwyczajenia z okresu pandemii SARS-CoV-2, kiedy pacjenci chętnie robili zakupy online.

Na sytuację ekonomiczną aptek wpływ będzie miała nowelizacja ustawy refundacyjnej. Na efekty trzeba będzie jednak poczekać – będą one widoczne dopiero w 2024 r.

Nadal będzie rosła wartość całego rynku aptek stacjonarnych – jednym z czynników wzrostu jest inflacja, która mimo tendencji spadkowej, w tym roku nadal będzie wysoka (według analityków inflacja konsumencka w 2023 r. wyniesie średnio 12,6 proc.).

MSJ/aw

**EUGENIUSZ JAROSIK**
Prawnik, publicysta, redaktor naczelny „Farmacji Wielkopolskiej", były rzecznik prasowy Naczelnej Izby Aptekarskiej, dyrektor Biura Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu

## DYNAMIKA RYNKU APTEK

**12 891**
**Liczba aptek i punktów aptecznych** w grudniu 2022

**251**
**Spadek liczby aptek** rdr

**290**
Zmiana rdr liczby **aptek indywidualnych** w grudniu 2022

**36**
Zmiana rdr liczby **aptek w sieciach 5+** w grudniu 2022

| **Rynek aptek stacjonarnych** w grudniu 2022 | Zmiana rdr |
|---|---|
| **4,49 mld zł** | **+19,8%** |

| **Liczba sprzedanych opakowań** w grudniu 2022 | Zmiana rdr |
|---|---|
| **180,4 mln** | **+10,8%** |

**1,52 mln zł** **19,9%**
Wartość rynku **e-commerce** w 2022 r. i jego dynamika rdr

**328** **8**
Liczba **sieci 5+** w grudniu 2022 r. oraz zmiana rdr

**5 948**
Liczba aptek w sieciach 5+ w grudniu 2022 r.

**Oznaczenia:**
**rdr** – rok do roku
**Rx ref** – refundowane produkty na receptę
**Rx nieref** – nierefundowane produkty na receptę
**CH** – Consumer Health, produkty bez recepty

*Źródło: IQVIA*

KATARZYNA GĘBKA

# NAUKA I BIZNES

## Centrum Innowacyjnej Technologii Farmaceutycznej w Poznaniu po roku

Centrum Innowacyjnej Technologii Farmaceutycznej działanie rozpoczęło w lutym 2022 r. jako jednostka ogólnouczelniana, powołana przez rektora Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (w „Farmacji Wielkopolskiej", nr 20/21, została opublikowana wypowiedź dyrektora CITF Jacka Wajdy, który przedstawił początki realizacji projektu oraz jego założenia). Jakie zmiany nastąpiły przez ostatni rok? Jak układa się współpraca z katedrami i zakładami Wydziału Farmaceutycznego UMP oraz podmiotami gospodarczymi? Jakie są dalsze plany dotyczące rozwoju CITF? O funkcjonowaniu centrum w ciągu ostatniego roku opowiada jego dyrektor JACEK WAJDA:

Bartek Wąsiel/UMP

Budowa Centrum Innowacyjnej Technologii Farmaceutycznej oraz zakup części wyposażenia zostały sfinansowane ze środków Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego Działanie 1.1 „Wsparcie infrastruktury B+R w sektorze nauki". Projekt realizowany jest w konsorcjum z firmami: Biofarm Sp. z o.o., Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne Lek-Am Sp. z o.o., Physiolution GmbH oraz Uniwersyteckie Centrum Transferu Technologii Medycznych w Poznaniu Sp. z o.o.

Powierzchnia Centrum Innowacyjnej Technologii Farmaceutycznej wynosi 2890 m kw. i składają się na nią część laboratoryjna, w tym laboratorium na wynajem, część administracyjna i socjalna oraz pomieszczenia techniczne i magazynowe. Posiadamy siedem laboratoriów specjalistycznych – laboratorium mikrobiologiczne, fitochemiczne, dostępności farmaceutycznej, laboratorium inżynierii genetycznej i hodowli komórkowej, laboratorium bioanalityczne, laboratorium syntezy i zaawansowanych procesów technologicznych, laboratorium analityki i zaawansowanej analizy fizykochemicznej oraz pracownię diagnostyki skóry.

Warte podkreślenia jest to, że CITF nie jest częścią Wydziału Farmaceutycznego UMP, jest jednostką ogólnouczelnianą. Ściśle współpracuje

Mirosław Baryga

DYREKTOR CENTRUM INNOWACYJNEJ TECHNOLOGII FARMACEUTYCZNEJ JACEK WAJDA

CITF

**PREPARATYWNY WYSOKOSPRAWNY CHROMATOGRAF CIECZOWY**

(HPLC preparatywny) z opcją chromatografii półpreparatywnej i chromatografii flash. Dzięki jego zastosowaniu zyskujemy możliwość wyodrębnienia oraz oczyszczenia jednego bądź kilku związków z mieszaniny. Aparat charakteryzuje wysoka dokładność przy zachowaniu szybkości pracy preparatywnej.

CITF

**SPEKTROSKOP NMR BRUKER AVANCECORE SELECT 400 MHZ**

Aparat NMR (Nuclear Magnetic Resonance – magnetyczny rezonans jądrowy) umożliwia identyfikację trójwymiarowej struktury cząstek, ich kinetyki oraz dynamiki, a także interakcji z innymi molekułami. Analiza odbywa się bez ingerencji w próbkę.

CITF

**SPEKTROMETR MAS TYPU MALDI-TOF/TOF (ULTRAFLEXTREME, BRUKER DALTONICS)**

Służy do nieinwazyjnej analizy laboratoryjnej. Pozwala na niezwykle dokładne oznaczenie masy badanej próbki. Zdolny do tworzenia tzw. molekularnego odcisku palca – widma unikatowego profilu białkowego badanego mikroorganizmu. Znaczącą zaletą urządzenia jest niezwykle krótki czas analizy, wynoszący zaledwie kilka minut, co w porównaniu z trwającymi 24-48 godzin metodami biotechnologicznymi stanowi dużą oszczędność czasu.

Mirosław Baryga

**Prof. dr hab. ANNA JELIŃSKA**
Kierownik Katedry i Zakładu Chemii Farmaceutycznej, dziekan Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

*Wiążę duże nadzieje związane z funkcjonowaniem Centrum Innowacyjnej Technologii Farmaceutycznej (CITF). Jego możliwości nie są jeszcze w pełni wykorzystane, ale być może wynika to z tego, że nie wszystkie jednostki są posadowione na terenie Collegium Pharmaceuticum. Wyrażam przekonanie, że nasza współpraca w CITF w momencie, kiedy wszyscy będziemy funkcjonowali w nowej lokalizacji, będzie bardziej zacieśniona. Możliwości lokalowe i aparaturowe CITF są dobre i stwarzają pole do badań naukowych oraz usług komercyjnych. Podmioty gospodarcze są zainteresowane konkretnymi rodzajami badań możliwymi do wykonania w CITF, jak chociażby oznaczanie pierwiastków, jednak nie posiadamy aktualnie aparatury do ich przeprowadzenia i nie spełniamy wymagań w zakresie GMP, czy indywidualnych wymagań podmiotów zlecających. Z tego co wiem, CITF jest obecnie w trakcie procedury przetargowej na zakup dobrze wyposażonego aparatu ICP-MS, który będzie mógł być wykorzystany do oznaczania pierwiastków w lekach, żywności specjalnego przeznaczenia oraz wyrobach medycznych. Prowadzone są rozmowy, aby na bazie aparatury dostępnej w CITF zaoferować maksymalny zakres badań kontrahentom. Dotychczas w CITF wykonywane są badania komercyjne między innymi z zakresu czystości mikrobiologicznej, technologii postaci leku oraz z zakresu leku roślinnego. Mam nadzieję, że będą również wykonywane badania z zakresu analizy leków, do których jako katedra bardzo chętnie się włączymy.*

*Oprócz działalności komercyjnej w CITF prowadzone są badania naukowe. Nie wszystkie laboratoria są w pełni zagospodarowane i wykorzystane, ale jestem przekonana, że wkrótce ulegnie to zmianie.*

jednak z katedrami i zakładami Wydziału Farmaceutycznego, będąc miejscem realizacji prac naukowo-badawczych, grantów i projektów oraz szeroko rozumianych usług dla podmiotów zewnętrznych, w tym gospodarczych. Specyfika CITF polega na tym, że w każdym laboratorium dysponujemy unikatową aparaturą – nową, zakupioną ze środków projektu WRPO, uzupełnioną aparatami relokowanymi z katedr i zakładów Wydziału Farmaceutycznego. Staramy się komplementarnie uzupełniać zaplecze aparaturowe ze środków własnych UMP, dostosowując się do potrzeb, wymagań i wyzwań rynku. Wszystkie laboratoria są nastawione na możliwie najwyższą jakość świadczonych usług naukowo-badawczych. Ciągle się rozwijamy, konsekwentnie budujemy naszą ofertę, rozszerzamy współpracę z partnerami zewnętrznymi, jesteśmy otwarci na nowe wyzwania i obszary czy tematyki badawcze. To pokazuje kierunek, w jakim zmierza nasze centrum. Współpraca z podmiotami zewnętrznymi jest oczywiście zróżnicowana, wielowymiarowa, od mniejszych zleceń analitycznych lub badawczych, przez działalność ekspercką po bardziej złożone usługi badawczo-rozwojowe. Co do zasady koncentrujemy się na jak najlepszym wykorzystaniu kapitału intelektualnego pracowników Wydziału Farmaceutycznego w połączeniu z często unikatowymi urządzeniami i aparatami, którymi dysponujemy.

Ciekawym uzupełnieniem naszej oferty jest laboratorium na wynajem. Jest to nowa, wydzielona przestrzeń laboratoryjna ze zmywalnią oraz niezbędnym zapleczem socjalnym i magazynowym do wykorzystania przez zewnętrznego najemcę do prowadzenia własnych prac badawczych w szeroko rozumianych naukach farmaceutycznych, biotechnologicznych czy też obszarze life-science. Bliskość specjalistycznych laboratoriów CITF może być przyczynkiem do szerszej współpracy z firmą – najemcą. Jesteśmy otwarci na taką współpracę; właśnie finalizujemy negocjacje z jedną z firm biofarmaceutycznych.

Operacyjna sprawność centrum została osiągnięta z końcem roku 2022, co jest zbieżne z harmonogramem projektu. W tym czasie doposażaliśmy laboratoria, dostosowywaliśmy przestrzenie do często specyficznych potrzeb badawczych i aparaturowych, wdrażaliśmy procedury związane

Bartek Wąsiel/UMP

BUDYNEK, W KTÓRYM MIEŚCI SIĘ CENTRUM INNOWACYJNEJ TECHOLOGII FARMACEUTYCZNEJ W POZNANIU

z bezpieczeństwem, higieną pracy oraz standardami pracy laboratoryjnej. Większość pomieszczeń jest już gotowa w 100% i prowadzi bieżącą działalność; trzy pomieszczenia oczekują na relokację aparatów, która jest skorelowana z przeprowadzką katedr i zakładów Wydziału Farmaceutycznego do nowego budynku Collegium Pharmaceuticum, tzw. CP2. Zrealizowaliśmy już kilkanaście zleceń zewnętrznych, w laboratoriach prowadzone są prace badawcze w kilku projektach, dodatkowo – co prawda na mniejszą skalę, bo nie jest to nasz główny cel działania – prowadzone są także zajęcia praktyczne dla studentów Wydziału Farmaceutycznego.

Do głównych obszarów naszej aktywności we współpracy z podmiotami zewnętrznymi należy zaliczyć: badania czystości mikrobiologicznej substancji farmaceutycznych, produktów leczniczych oraz kosmetycznych; badania reologiczne i teksturometryczne; badania i testy uwalniania substancji farmaceutycznych; badania i analizy rozkładu wielkości cząstek; analizy i charakterystyka zróżnicowanych związków z wykorzystaniem zaawansowanych technik i aparatów, takich jak HPLC, NMR, DSC czy XRPD. Cały czas pojawiają się nowe zapytania dotyczące możliwości wykonania badań czy analiz, staramy się im sprostać. Także my wychodzimy z inicjatywą i kontaktujemy się z podmiotami gospodarczymi celem identyfikacji ich potrzeb badawczych bądź analitycznych, a także oferując nasze usługi. Pamiętajmy, z jakimi sektorami gospodarki mamy do czynienia – szeroko rozumiany sektor farmaceutyczny, ale również biotechnologiczny czy kosmetyczny. Dla tego typu podmiotów kluczowe znacznie ma certyfikacja jakościowa laboratoriów, aparatów oraz metod analitycznych, a także optymalizacja funkcjonowania laboratoriów oraz procedur. Są to podmioty świadome swoich potrzeb i sposobów działania. Dlatego intensywnie pracujemy nad certyfikacją jakościową wybranych obszarów działania, optymalizacją przestrzeni oraz profesjonalizacją kadr i efektywnością procedur. To zarówno cel, jak i wyzwanie dla CITF w najbliższym czasie. Naszą ambicja jest świadczyć usługi badawcze, analityczne i eksperckie na najwyższym poziomie, wykorzystując do tego wysokie kompetencje i doświadczenie naszych naukowców oraz zaawansowaną, często unikatową infrastrukturę.

afw

**KATARZYNA GĘBKA**
Studentka V roku farmacji Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

a/w

**EUGENIUSZ JAROSIK**
Redaktor naczelny
„Farmacji Wielkopolskiej"

# AI zmienia farmację

Nowoczesne technologie, miedzy innymi te, które nazwano sztuczną inteligencją (AI – *Artificial Intelligence*), zapoczątkowały rewolucję przemysłową 4.0 (termin ten po raz pierwszy pojawił się w roku 2011 podczas międzynarodowej imprezy Hannover Messe). Trzy poprzednie rewolucje związane były z wynalezieniem maszyny parowej, linii produkcyjnej oraz komputera. Obecnie pogłębiające się zmiany społeczne, przemysłowe i technologiczne skupione są na podnoszeniu poziomu cyfryzacji i rozwijaniu coraz bardziej zaawansowanych technologii dla naszego życia codziennego, także w aptece. Te bezprecedensowe w dziejach rozwoju myśli ludzkiej dokonania nieodwracalnie zmieniają medycynę i farmację.

Czwarta rewolucja przemysłowa jest podstawą cyfrowej transformacji nowoczesnej firmy, która w swoich strukturach organizacyjnych integruje różne technologie wspomagające: Internet rzeczy (IoT – *Internet of Things*, czyli system urządzeń elektronicznych umożliwiający automatyczną komunikację i wymianę danych za pomocą sieci, czyli bez ingerencji człowieka), przetwarzanie w chmurze, sztuczną inteligencję i uczenie maszynowe. Zwiększona automatyzacja zapewnia lepszą jakość oraz prowadzi do nowego poziomu wydajności i responsywności wobec klientów. Zalety tych systemów dobrze poznali właściciele aptek, którzy zainstalowali w nich Inteligentne Magazyny Farmaceutyczne. „Robot w znacznym stopniu zmienia formułę apteki, jaką znaliśmy do tej pory. Wprowadza wiele udogodnień i ułatwień dla osób w niej pracujących. Nie zastępuje jednak farmaceuty i nie taki jest jego cel – to urządzenie wspomaga aptekarza w pracy i uwalnia go od czasochłonnych czynności, takich jak szukanie leków w magazynie. Obliczyliśmy, że czas wydania leków skrócił się nawet trzykrotnie" – ocenia mgr farm. Jarosław Janusik, wielkopolski farmaceuta, który robot apteczny, zaprojektowany przez polskich konstruktorów, umieścił w swojej aptece w Turku (*vide* „Inteligentny robot w aptece", „Farmacja Wielkopolska", nr 18).

Szczególnie silne emocje w ostatnich latach wzbudza intensywny rozwój badań nad zastosowaniem tzw. sztucznej inteligencji (termin zaproponował John McCarthy, amerykański informatyk, laureat Nagrody Turinga, w 1956 r. na konferencji w Dartmouth). Cyfrowe bliźniaki (*Digital Twins*), wirtualna i rozszerzona rzeczywistość (*Virtual Reality, Augmented Reality*), wielkie modele językowe, takie jak Chat GPT, w równym stopniu wywołują entuzjazm, jak i niepokój tych, którzy są świadomi zagrożeń związanych z AI. Technologie cyfrowe powinny wspomagać człowieka w sposób bezpieczny i odpowiedzialny. Niepokoić musi zwłaszcza ten etap rozwoju sztucznej inteligencji, w którym osiągnie ona poziom przewyższający zdolności człowieka. Wielu ekspertów uważa, że istnieje pięćdziesięcioprocentowe prawdopodobieństwo na osiągnięcie przez sztuczną inteligencję „ludzkiego poziomu" jeszcze przed rokiem 2040 (https://nickbostrom.com/papers/survey.pdf).

Technologia nie jest ani dobra, ani zła. To człowiek dokonuje oceny etycznej różnych rozwiązań cyfrowych, w zależności od celów, do których je wykorzystuje.

Sztuczna inteligencja ma potencjał, którym można posłużyć się w obszarze medycyny i farmacji. W maju tego roku w czasopiśmie „Nature Chemical Biology" opublikowano wyniki badań naukowców z McMaster University i Massachusetts Institute of Technology (MIT), którzy wykorzystali sztuczną inteligencję do odkrycia nowego antybiotyku, umożliwiającego zwalczania śmiercionośnego, lekoopornego patogenu *Acinetobacter baumannii*. Infekcja tą bakterią jest częstym zakażeniem wewnątrzszpitalnym u pacjentów wymagających dużej ilości procedur inwazyjnych, zwłaszcza tych, którzy przebywają na oddziałach intensywnej terapii. Zakażenie u takich pacjentów może często prowadzić do sepsy. Światowa Organizacja Zdrowia uznała *A. baumannii* za jedną z najniebezpieczniejszych na świecie bakterii opornych na antybiotyki.

Badania nad nowym antybiotykiem przeciwko *A. baumannii* okazało się wyzwaniem. Aby stworzyć skuteczny antybiotyk, naukowcy musieli najpierw „wyszkolić" AI. W tym celu przeprowadzili testy tysięcy leków ukazujących ich działanie na *A. baumannii*, dzięki czemu zapoznali sztuczną inteligencję z dokładną strukturą chemiczną tych preparatów. Sprawdzono około 7500 cząsteczek pod kątem tych, które hamowały wzrost *A. baumannii* in vitro. Sieć neuronowa otrzymała też od naukowców listę 6680 związków o nieznanej skuteczności. Na podstawie przedstawionych informacji AI w ciągu półtorej godziny stworzyła krótką listę substancji mogących skuteczne działać na bakterię. Wśród 240 przetestowanych przez naukowców związków wcześniej wytypowanych przez AI badacze znaleźli aż dziewięć potencjalnie skutecznych antybiotyków, między innymi abaucynę. Była ona w stanie skutecznie zabijać bakterie pobrane z próbek zakażonych pacjentów oraz sprawdzała się w leczeniu zakażonych ran myszy, które zostały poddane eksperymentom. Ponadto okazało się, że abaucyna wykazuje działanie selektywne, zwalczając tylko *A. baumannii*, bez ryzyka oddziaływania na inne gatunki bakterii, w tym pożyteczne bakterie jelitowe. Jest to kluczowe odkrycie, które oznacza, że patogen ma mniejsze prawdopodobieństwo szybkiego rozwinięcia lekooporności.

„Ta praca potwierdza korzyści płynące z uczenia maszynowego w poszukiwaniu nowych antybiotyków" — mówi Jonathan Stokes, główny autor artykułu opublikowanego w „Nature Chemical Biology" i adiunkt na Wydziale Biomedycyny i Biochemii McMaster University. „Wiemy, że modele algorytmiczne działają, teraz pozostaje kwestia szerokiego zastosowania tych metod w celu skuteczniejszego i tańszego odkrywania nowych antybiotyków" – podkreśla James J. Collins, profesor inżynierii medycznej i nauk ścisłych w MIT, współautor ww. artykułu.

www.stock.adobe.pl

Powyższe odkrycie jest dowodem na to, jak znaczącą rolę sztuczna inteligencja może odegrać w rozwoju medycyny i farmacji. Nie zmienia to faktu, że ludzkość musi szybko znaleźć sposób na kontrolowanie tej technologii, zanim stanie się ona niemożliwa do opanowania. Rozwój technologii zwykle wyprzedza regulacje prawne i kodeksy etyczne. Stąd potrzeba pogłębienia badań nad etyką sztucznej inteligencji, a także stworzenia regulacji, które określą ramy prawne dla AI. Obecnie są one przedmiotem prac zarówno w USA, jak i Unii Europejskiej, gdzie AI Act ma wejść w życie w 2025 r.

Eugeniusz Jaworz

mgr farm. ANETA SARA TOMASZEK

# TARCZYCA POD KONTROLĄ

## Farmakoterapia chorób tarczycy ze szczególnym uwzględnieniem chorób Hashimoto i Gravesa-Basedowa

Zadaniem tarczycy jest produkowanie i wydzielanie hormonów – tyroksyny (T4), trójjodotyroniny (T3) i kalcytoniny. Kalcytonina jest jednym z hormonów odpowiedzialnych za gospodarkę wapniowo-fosforanową organizmu, natomiast pozostałe hormony mają istotne działanie metaboliczne, związane z przemianami białek, węglowodanów i tłuszczów, a także zwiększaniem ilości wytwarzanego w organizmie ciepła. Prekursorem do ich wytwarzania jest tyreoglobulina, obecna w koloidzie wypełniającym tarczycę [6]. Właściwe funkcjonowanie tarczycy jest ściśle powiązane z wydzielaniem hormonu tyreotropowego (TSH) przez przysadkę mózgową. Hormon ten pobudza narząd tarczycowy do produkcji hormonów. W procesie syntezy niezbędny jest jod (I), który wbudowywany jest w hormony – tyroksynę i trójjodotyroninę [9]. Zbyt niski poziom jodu ogranicza wytwarzanie hormonów tarczycy, natomiast zbyt wysoki sprzyja modyfikacjom tyreoglobuliny, powodującym niszczenie komórek budujących tarczycę [1,6].

### Rola selenu

Selen to pierwiastek o działaniu antyoksydacyjnym. W organizmie człowieka magazynowany jest w największej ilości w komórkach tarczycy. Związki selenu chronią komórki przed działaniem reaktywnych form tlenu, powstających w procesie syntezy hormonów tarczycy. W organizmie funkcjonują w postaci aminokwasu – selenocysteiny, który odpowiada za aktywność enzymatyczną peroksydazy glutationowej (GPx), reduktazy tioredoksyny (TRx) oraz dejodazy jodotyroninowej (DIO), czyli enzymów katalizujących procesy przekształcania hormonów tarczycy (T4 w T3). W przypadku obniżenia ich poziomu dochodzi do nagromadzenia nadtlenku wodoru ($H_2O_2$) oraz peroksydazy tarczycowej (TPO), a w konsekwencji destrukcji komórek tarczycy. Z tego powodu w przypadku schorzeń tarczycy, w szczególności wynikających z procesów autoimmunologicznych, bardzo często zaleca się suplementację związkami selenu, które wykazują korzystny wpływ na hamowanie procesów autoimmunologicznych [1,3,14].

### Rodzaje chorób tarczycy

Choroby tarczycy można podzielić na dwa rodzaje:

- związane ze zmianami wielkości gruczołu
- związane ze zmianami w funkcjonowaniu narządu.

Do pierwszej grupy należą wole tarczycy, czyli powiększenie tego narządu. Do drugiej nadczynność i niedoczynność tarczycy. Nadczynność, czyli hipertyreoza, charakteryzuje się zwiększeniem ilości wydzielanych przez tarczycę hormonów. Jej podłożem mogą być reakcje autoimmunologiczne

www.stock.adobe.pl

– mamy wtedy do czynienia z chorobą Gravesa-Basedowa. Natomiast niedoczynność, czyli hipotyreoza, odznacza się zmniejszonym wydzielaniem hormonów przez gruczoł tarczowy. W przypadku podłoża autoimmunologicznego niedoczynności najczęściej diagnozuje się przewlekłe limfocytowe zapalenie tarczycy, nazywane inaczej chorobą Hashimoto [8].

## Choroba Hashimoto i niedoczynność tarczycy

Choroba Hashimoto, czyli przewlekłe limfocytarne zapalenie tarczycy, jest uważane za jedno z najczęściej występujących obecnie schorzeń tarczycy [1]. Należy do grupy chorób autoimmunizacyjnych, w których układ odpornościowy niszczy komórki własne, przy jednoczesnym nagromadzeniu komórek układu immunologicznego w postaci limfocytów T. Charakterystyczne dla choroby Hashimoto jest podwyższone miano przeciwciał przeciw peroksydazie przeciwtarczycowej – anty-TPO i tyreoglobulinie – anty-TG oraz występowanie nacieku limfocytarnego na tarczycy [3]. W efekcie stale podwyższonej reaktywności receptora dla TSH obserwuje się podwyższone jego stężenie, zazwyczaj przy jednoczesnym obniżeniu ilości hormonów tarczycy – tyroksyny i trójjodotyroniny. Duże znaczenie dla ujawnienia się objawów choroby mają czynniki środowiskowe, takie jak nadmiar jodu, zanieczyszczenie powietrza, niedobór selenu, choroby bakteryjne i wirusowe, toksyny oraz niektóre leki [1,2]. Obecnie jest najczęstszą przyczyną występowania niedoczynności tarczycy. Statystycznie częściej dotyczy kobiet, a największy odsetek chorych stanowią kobiety pomiędzy 35., a 50. rokiem życia [3].

Do objawów najczęściej występujących u osób z chorobą Hashimoto należą:

- osłabienie i przewlekłe przemęczenie
- problemy ze snem i wahania nastroju
- obrzęki i uczucie ciężkości
- bóle głowy, stawów i mięśni
- syndrom zimnych rąk i nóg
- zaburzenia miesiączkowania
- sucha skóra, łamliwe paznokcie i wypadające włosy
- dolegliwości trawienne.

Dodatkowo na skutek niedoboru hormonów tarczycy często dochodzi do spadku tempa metabolizmu czy rozwoju insulinooporności. Może to prowadzić do dyslipidemii, a nawet rozwoju cukrzycy typu 2 [5]. W klasyfikacji chorób tarczycy, obok niewydolności nabytej, wyróżnia się także niedoczynność wrodzoną. Jest ona często spowo-

www.stock.adobe.pl

dowana aplazją (niewykształceniem się gruczołu), dysgenezją (zaburzeniami rozwoju) lub ektopią (wadą rozwojową) tarczycy. Objawy choroby są podobne jak w przypadku choroby Hashimoto [6].

Pierwszym badaniem diagnostycznym przeprowadzanym w kierunku rozpoznania choroby Hashimoto jest badanie laboratoryjne krwi, wykonywane w celu oznaczenia poziomu hormonu tyreotropowego. W dalszej diagnostyce, w przypadku wątpliwości, zaleca się oznaczenie poziomu wolnych hormonów fT3 i fT4. Następnie oznacza się poziom przeciwciał przeciwtarczycowych anty-TPO i anty-TG. Stwierdzenie nieprawidłowych poziomów tych czynników jest wskazaniem do wykonania obrazowych badań szczegółowych – ultrasonografii tarczycy [6].

Farmakoterapia choroby Hashimoto polega głównie na leczeniu pojawiającej się na skutek długotrwałego procesu zapalnego niedoczynności tarczycy. Lekiem najczęściej stosowanym w tym wskazaniu jest syntetyzowana chemicznie tyroksyna. Ma ona postać chemiczną soli sodowej lewotyroksyny i dostępna jest w postaci tabletek w kilku różnych dawkach. Cechuje ją wąski indeks terapeutyczny. Tabletki zaleca się zażywać rano, na czczo, po przebudzeniu, najlepiej popijając połową szklanki wody dla zwiększenia dostępności biologicznej leku. Najwyższe stężenie leku obserwuje się zwykle po 6-7 h od przyjęcia leku [11]. Leczenie lewotyroksyną jest to tzw. leczenie substytucyjne, polegające na dostarczeniu do organizmu cząsteczki, której produkcja jest niewystarczająca lub całkowicie zahamowana. Nie prowadzi więc do wyleczenia. W Polsce LT4 dostępna jest w dawkach od 25-200 mcg, a wydawana jest tylko na receptę. Wchłanianie leku zależy od pH soku żołądkowego oraz obecności pokarmu w przewodzie pokarmowym. LT4 najlepiej wchłania się w kwaśnym środowisku żołądka, dlatego stosowanie inhibitorów pompy protonowej (IPP), które powoduje wzrost pH, może jednocześnie obniżać jej wchłanianie [7].

Lewotyroksyna stosowana jest najczęściej w monoterapii. Oprócz formy tabletkowanej od niedawna dostępna jest również lewotyroksyna w formie płynnej. Jest to preparat w postaci soli sodowej lewotyroksyny, rozpuszczonej w mieszaninie wody oczyszczonej i glicerolu, zapakowany w specjalne polietylenowe ampułki. Z badań wynika, że dzięki lepszej absorpcji substancji podawanie tej formy wpływa na szybsze obniżenie zbyt wysokiego poziomu TSH, ale raczej nie zwiększa stężenia hormonów produkowanych przez tarczycę. Możliwe jest to poprzez pominięcie fazy rozpadu w żołądku, co warunkuje szybszy początek działania leku. Z tego powodu forma ta nie musi być przyjmowana na czczo. Płynna LT4 jest też bezpieczniejsza, dlatego rekomenduje się jej stosowanie u dzieci, ludzi starszych oraz kobiet ciężarnych [10].

Oprócz farmakoterapii bardzo ważnym elementem postępowania w chorobie Hashimoto jest odpowiedni system żywieniowy. Właściwie skomponowana dieta może spowolnić przebieg procesów zapalnych i wpływać na optymalizację farmakoterapii. Istotna jest odpowiednia kaloryczność diety oraz unikanie substancji tzw. wolotwórczych, obecnych głównie w warzywach kapustnych, krzyżowych, roślinach strączkowych i soi oraz orzechach ziemnych. Rezygnacja z glutenu i nabiału ze względu na brak dostatecznych danych odnośnie wpływu

na tarczycę wskazana jest wyłącznie u pacjentów, u których zdiagnozowano nietolerancję tych składników diety [18,19].

## Choroba Gravesa-Basedowa i nadczynność tarczycy

Choroba Gravesa-Basedowa jest to choroba autoimmunologiczna, spowodowana podwyższonym poziomem przeciwciał przeciwko receptorowi TSH (TRab), co powoduje jego ciągłą stymulację i wzrost produkcji hormonów tarczycy. Na skutek ciągłej nadprodukcji gruczoł znacznie się powiększa, co prowadzi do nadczynności, a często wystąpienia wola lub guza. Hormony mogą zostać nadmiernie uwolnione także na skutek uszkodzenia komórek tarczycy [15]. Na czas i intensywność wystąpienia objawów choroby Basedowa wpływ mają takie czynniki, jak promieniowanie UV, infekcje bakteryjne i wirusowe, urazy, niektóre leki, stres, dieta, a także poziom hormonów: estrogenu, prolaktyny czy progesteronu. Najwięcej zachorowań odnotowuje się w grupie kobiet pomiędzy 40. a 60. rokiem życia [14].

Do objawów występujących u osób z chorobą Gravesa-Basedowa należą:

- orbitopatia tarczycowa – uszkodzenie narządu wzroku [14]
- wole miąższowe i dermatopatia [13]
- tachykardia i ogólne pobudzenie [19].

Pierwszym krokiem w diagnostyce choroby Gravesa-Basedowa jest oznaczenie poziomu TRab (przeciwciał przeciw receptorom tyreotropiny) – dodatni poziom jest potwierdzeniem wystąpienia choroby. Do różnicowania w badaniach laboratoryjnych warto wykonać również badanie poziomu hormonów tarczycy fT3 i fT4. Drugim przeprowadzanym badaniem jest scyntygrafia, czyli badanie polegające na obserwacji wychwytu radioizotopu jodu przez komórki tarczycy [13].

Celem leczenia hipertyreozy jest zahamowanie czynności narządu lub zmniejszenie ilości wydzielanych przez niego hormonów. Do leków stosowanych w tym celu zalicza się tyreostatyki oraz radioaktywne izotopy jodu [8]. Tyreostatyki są to leki hamujące wytwarzanie hormonów lub ich uwalnianie przez tarczycę. Zaliczamy do nich: jony nadchloranu, pochodne tiouracylu – propylotiouracyl oraz merkaptoimidazolu – tiamazol i karbimazol, a także jod i jodki. Najczęściej stosowane są leki drugiej grupy – pochodne tiouracylu. Blokują one przekształcanie jodków w jod, a tym samym jodowanie tyrozyny i wytwarzanie hormonów przez tarczycę. Efekt ich działania można zaobserwować już po dwóch-trzech tygodniach terapii. Leczenie rozpoczyna się od podania wysokiej dawki, a następnie przechodzi się na dawki mniejsze – podtrzymujące, ze względu na dość duże ryzyko wystąpienia działań niepożądanych. Powikłania, które mogą wystąpić w wyniku leczenia tyreostatykami, to agranulocytoza, zapalenie naczyń i trwałe uszkodzenie wątroby, a łagodne objawy niepożądane to alergia, wysypka i świąd. Podawanie leku kontynuuje się nie dłużej niż 18 miesięcy lub do uzyskania zadowalających wyników terapii. W nadczynności stosuje się zazwyczaj leczenie jodem. Niesie to za sobą ryzyko powikłań w postaci trwałej niedoczynności tarczycy albo nasilenia orbitopatii tarczycowej. Z tego powodu często stosowany jest w terapii wspomagającej [12,13,15]. Dodatkowo w przypadku leczenia nadczynności bardzo często zaleca się stosowanie suplementacji antyoksydacyjnej – selenem, witaminą C, E i beta-karotenem. Dzięki temu w organizmie szybciej spada stężenie wolnej tyroksyny (fT4) i trójjodotyroniny (fT3) przy jednoczesnym wzroście TSH [14].

> Oprócz farmakoterapii bardzo ważnym elementem postępowania w chorobie Hashimoto jest odpowiedni system żywieniowy. Właściwie skomponowana dieta może spowolnić przebieg procesów zapalnych i wpływać na optymalizację farmakoterapii

Ze względu na przyspieszony metabolizm u chorych konieczne jest stosowanie zbilansowanej diety bogato energetycznej. Organizm jest bowiem w ciągłej fazie katabolizmu, na skutek czego często występuje problem z utrzymaniem właściwej

masy ciała. Dieta zalecana osobom z nadczynnością cechuje się podwyższoną zawartością: białka, wapnia, witamin A, C, E, kwasów omega-3, a zmniejszeniem ilości produktów i potraw wzdymających oraz unikaniem substancji i napojów energetycznych zawierających kofeinę [19].

## Choroby tarczycy w ciąży

Hormony tarczycy pełnią bardzo ważną rolę u kobiet w ciąży, ze względu na wpływ na wzrost i rozwój tkanek płodu. Nieprawidłowy poziom – zarówno zbyt wysoki, jak i zbyt niski – może prowadzić do trwałych i niekorzystnych zmian, będących przyczyną wystąpienia upośledzenia umysłowego u dziecka. Niedobór jodu, a w konsekwencji hormonów tarczycy, szczególnie na początkowym etapie ciąży, prowadzi do ciężkiego zaburzenia rozwoju – kretynizmu, czyli zaburzeń w rozwoju intelektualnym i fizycznym. Niedoczynność tarczycy u matki oddziałuje na przebieg procesu wykształcania się struktur układu nerwowego, krwionośnego i mięśniowo-szkieletowego. Dlatego w standardach opieki położniczej zawarto zalecenie pomiaru TSH i fT4, tak by w przypadku nieprawidłowych stężeń już na wczesnym etapie włączyć substytucję lewotyroksyną. W przypadku nadczynności tarczycy u matki możliwe jest zaostrzenie objawów choroby, szczególnie w pierwszym trymestrze. W farmakoterapii stosuje się wtedy tiamazol w najmniejszej skutecznej dawce [16,17].

afw

mgr farm.
**ANETA SARA TOMASZEK**
Specjalista farmacji aptecznej, autorka pracy specjalizacyjnej „Farmakoterapia chorób tarczycy ze szczególnym uwzględnieniem choroby Hashimoto i choroby Gravesa-Basedowa" (opiekun pracy: mgr farm. Anna Kołodziejczyk; specjalizacja ukończona na Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu)

## Podsumowanie

Choroby tarczycy są jednymi z najczęściej występujących w XXI wieku. Można określić je jako swego rodzaju wyzwanie, zarówno jeśli chodzi o diagnostykę, jak i farmakoterapię. Nadal brakuje badań jednoznacznie wskazujących ścieżkę postępowania farmakologicznego, szczególnie w chorobach autoimmunologicznych. Celem lekarzy, farmaceutów i dietetyków jest poprawienie komfortu codziennego życia pacjenta, poprzez zmniejszenie odczuwania objawów choroby, optymalizację farmakoterapii i dobranie odpowiedniego sposobu żywienia. Diagnostyka tych chorób często jest bardzo długa, z uwagi na niejednoznaczność objawów. Leczenie opiera się przede wszystkim na uzupełnianiu niedoboru hormonów oraz wdrożeniu preparatów, które spowodują zmniejszenie odczuwania niekorzystnych objawów.

PIŚMIENNICTWO:
[1] Luty J., Bryl E., *Choroba Hashimoto – aspekt genetyczny i środowiskowy*, Via Medica, 2017, tom 11, nr 1, 1-6
[2] Stetkiewicz-Lewandowicz A., Sobów T., *Psychologiczne aspekty choroby Hashimoto*, Sztuka leczenia, 2018, nr 2, 41-51
[3] Zagrodzki P., Kryczyk J., *Znaczenie selenu w leczeniu choroby Hashimoto*, Postępy Hig Med Dosw, 2014, 68, 1129-1137
[4] Dojs A., *Dietoprofilaktyka i dietoterapia w chorobach autoimmunologicznych ze szczególnym uwzględnieniem schorzeń gruczołu tarczowego, w tym choroby Hashimoto*, Acta Salutem Scientiae, 2019, 1, 21-26
[5] Lachowicz K., Stachoń M., Pałkowska-Goździk E., Lange E., *Fizjologiczne aspekty postępowania dietetycznego w chorobie Hashimoto*, Kosmos – problemy nauk biologicznych, 2019, 2, 201-214
[6] Szwajkosz K., Wawryniuk A., Sawicka K., Łuczyk R., Tomaszewski A., *Niedoczynność tarczycy jako skutek przewlekłego autoimmunologicznego zapalenia gruczołu tarczowego*, Journal of Education, Health and Sport, 2017, 7(5), 41-54
[7] Olejniczak-Rabinek M., *Czynniki wpływające na dostępność biologiczną lewotyroksyny*, Farmacja współczesna, 2016, 9, 194-201
[8] Mutschler E. i inni, *Kompendium farmakologii i toksykologii Mutschlera*, Medpharm Polska, 2017, wydanie drugie, 188-195
[9] Korbut R., *Farmakologia – repetytorium*, PZWL, Warszawa 2015, wydanie pierwsze, 218-220
[10] Gietka-Czernel M. i inni *Expert opinion on liquid L-thyroxine usage in hypothyroid patients and new liquid thyroxine formulation – Tirosint SOL*, Endokrynologia Polska, 2020, 441-465
[11] Kowalska P., Piech R., *Wysokoczułe oznaczanie lewotyroksyny metodą woltamperometrii stripingowej*, Analit 2, 2016, 96-101
[12] Korbut R., *Farmakologia po prostu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009, wydanie drugie, 190-191
[13] Szczepańska E., Gietka-Czernel M., Jastrzębska H., *Trudności w leczeniu choroby Gravesa-Basedowa*, Postępy Nauk Medycznych, 2017, 683-688
[14] Kryczyk J., Zagrodzki P., *Selen w chorobie Gravesa-Basedowa*, Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej, 2013, 491-498
[15] Szczepańska E., Jastrzębska H., Gietka-Czernel M., *Współczesne zasady leczenia radiomodem nadczynności tarczycy*, Postępy Nauk Medycznych, 2016, XXIX(12), 934-941
[16] Beń-Skowronek I., *Rozwój dzieci matek z zaburzeniami czynności tarczycy*, Endokrynologia Pediatryczna, 2015, 14.1.50.53-58
[17] Strączyńska A., *Maternal hypothyroidism in the perinatal period and child development (Niedoczynność tarczycy u matki w okresie prenatalnym, a rozwój dziecka)*, Pedagogy and Psychology of Sport, 2020, 6(4), 109-117
[18] Pastusiak K., Michałowska J., Bogdański P., *Postępowanie dietetyczne w chorobach tarczycy*, Via Medica, 2017, 155-160
[19] Tuchendler P., Zdrojewicz Z., *Dieta w chorobach tarczycy*, Medycyna Rodzinna, 2017, 20(4), 299-303

mgr farm. MONIKA KLAWITER

# GROŹNA ZMIANA

## Farmaceuci wykonujący zawód w aptekach ogólnodostępnych mogą odegrać ważną rolę w profilaktyce czerniaka złośliwego

Pomimo że wzrasta świadomość społeczeństwa na temat etiologii czerniaka złośliwego (melanoma malignum), dociera do nas dużo zróżnicowanych przekazów na temat tej choroby. Z jednej strony możemy się dowiedzieć, że czerniak jest w ponad 90% wyleczalny, a z drugiej – że jest jednym z najbardziej złośliwych i odpornych na leczenie nowotworów. Mogłoby się wydawać, że te dwa zdania wzajemnie się wykluczają, jednak w rzeczywistości tak nie jest. Pierwsze stwierdzenie jest prawdziwe pod warunkiem, że choroba zostanie wcześnie wykryta, a drugie – gdy zostanie wykryta zbyt późno. Granica pomiędzy tymi stanami jest bardzo cienka, a konsekwencje ogromne.

### Co możemy zrobić?

Odpowiedź wydawałaby się dosyć prosta – profilaktyka jest kluczem do sukcesu. Czerniak jest najczęściej występującym nowotworem wśród osób w wieku 24-40 lat. Niestety, statystycznie jeden na trzech pacjentów umiera z powodu tej choroby, ponieważ w Polsce rozpoznaje się ją zbyt późno. Umieralność spowodowana czerniakiem skóry jest w Polsce o około 20% wyższa niż średnia dla Unii Europejskiej. W ten sposób z nowotworu, który mógłby być w stosunkowo skuteczny sposób wyleczony poprzez chirurgiczne wycięcie zmiany skórnej wraz z marginesem okolicznej tkanki, przechodzimy do scenariusza, w którym nie ma wysoce skutecznej terapii. W przypadku występowania większych czerniaków dokonuje się biopsji węzłów chłonnych położonych najbliżej zmiany. Jeśli zostaną tam wykryte komórki nowotworowe, konieczne jest ich całkowite usunięcie wraz z rozpoczęciem leczenia systemowego. Zajęcie przez komórki nowotworowe węzłów chłonnych oznacza w praktyce, że bardzo szybko występują przerzuty i właśnie dlatego czerniak jest tak trudny do wyleczenia.

### Agresywny nowotwór

W 2017 r. badacze z Uniwersytetu w Iowa opublikowali badania, które wskazują, że czerniak jest jednym z najszybciej rozwijających się nowotworów – jedna komórka czerniaka potrzebuje około czterech godzin, aby wytworzyć cytoplazmatyczne połączenia z inną komórką. Czerniak rośnie zatem w bardzo szybkim tempie, szczególnie w zaawansowanym stadium.

### Nadzieja na leczenie

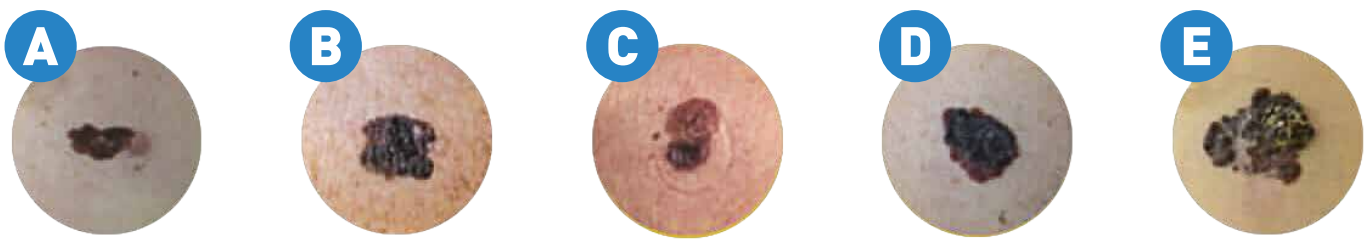
Nowotwór ten jest leczony różnymi schematami. O najodpowiedniejszej terapii decyduje, rzecz jasna, onkolog. Coraz częściej stosowana jest

www.stock.adobe.pl

immunoterapia i na tym przykładzie widać, jak ogromny postęp poczyniła medycyna. Po przeanalizowaniu wyników badania CheckMate 067 nad zastosowaniem immunoterapii w leczeniu zaawansowanego czerniaka stwierdzono, że obecnie odsetek pacjentów otrzymujących immunoterapię i żyjących co najmniej 5-6 lat wyniósł niemal 50%, co jest ogromnym wzrostem w porównaniu do ubiegłej dekady, gdy mediana czasu całkowitego przeżycia tej grupy wynosiła 8 miesięcy. Daje to nadzieję na przyszłość, jednak warto zadać sobie pytanie: czy obecne leczenie jest satysfakcjonujące, czy może warto przyjrzeć się swojej skórze raz na jakiś czas?

## Edukacja

Edukacją pacjentów zajmuje się między innymi Akademia Czerniaka www.akademiaczerniaka.pl – jest to kompleksowa strona internetowa, na której można znaleźć nie tylko rzetelną wiedzę, przekazywaną w formie przystępnej dla każdego, ale również wskazówki, gdzie szukać pomocy, gdzie jest najbliższy ośrodek, w którym można wykonać



badania, które ośrodki specjalizują się w leczeniu nowotworów skóry i jakie badania kliniczne w tym wskazaniu są prowadzone na terenie Polski. Niestety, ta strona internetowa odkrywana jest przez ludzi najczęściej dopiero wtedy, gdy pojawiają się problemy.

Farmaceuci mogą spełniać rolę edukacyjną, uświadamiać pacjentów, informując ich o skutecznych środkach ochrony przeciwsłonecznej, by zapobiec oparzeniom, a także o znaczeniu regularnej kontroli skóry. Profilaktyka czerniaka jest mniej skomplikowana niż w przypadku wielu innych chorób, więc będąc tego świadomym – warto zadbać o siebie i o innych. Idealnym rozwiązaniem jest sprawdzanie swojej skóry raz w miesiącu i w razie zaobserwowania niepokojących zmian wizyta u dermatologa lub onkologa-chirurga. Samokontrola nie wystarczy, raz w roku powinniśmy również odwiedzać specjalistę. Wizyta u lekarza na ogół kończy się na kontroli skóry przy użyciu nieinwazyjnego, bezbolesnego badania dermatoskopowego. Po sezonie letnim, kiedy skóra jest bardziej narażona na szkodliwe promieniowanie, kontrola jest szczególnie ważna. Im szybciej zmiana zostanie zauważona – tym lepiej.

## Na co należy uważać

Dokonując samokontroli, warto mieć w głowie czerniakowe abecadło, czyli 5 charakterystycznych cech znamion (ABCDE), sygnalizujących możliwość rozwoju choroby nowotworowej:

**A** – asymetria
**B** – brzegi poszarpane, nierównomierne, posiadające zgrubienia
**C** – czerwony lub czarny, niejednolity kolor,
**D** – duży rozmiar, wielkość zmiany powyżej 6mm
**E** – ewolucja, zachodzące zmiany.

Jeśli występuje jedna z wymienionych wyżej cech, należy pilnie udać się do specjalisty w celu skontrolowania znamienia. Warto po raz kolejny podkreślić, że wyleczalność przy wykryciu czerniaka na wczesnym etapie przekracza 90%!

## Czynniki ryzyka

Głównym czynnikiem środowiskowym związanym ze zwiększonym ryzykiem rozwoju czerniaka skóry jest nadmierna ekspozycja na szkodliwe promieniowanie UVA oraz UVB bez zabezpieczenia się filtrami, czyli długotrwałe przebywanie na słońcu lub w solarium. Ponadto duża liczba pieprzyków na skórze oraz jasna karnacja sprzyjają rozwojowi tej choroby. Największą zachorowalność na czerniaka w Europie notuje się w krajach skandynawskich, mimo statystycznie niższej ekspozycji na promieniowanie. W praktyce oznacza to, że jasny fenotyp skóry (rasa biała, włosy rude lub blond, wysoka skłonność do oparzeń słonecznych) daje pewną predyspozycję do czerniaka. Ryzyko wystąpienia czerniaka rośnie z wiekiem, jednak ekspozycja na promieniowanie w młodości i przebyte oparzenia słoneczne mają ogromne znaczenie w pojawieniu się nowotworu w wieku dorosłym. Predyspozycje genetyczne, które odgrywają mniejszą rolę niż czynniki środowiskowe w rozwoju choroby (odpowiedzialne są za około 3% zachorowań), to szczególnie mutacje w genie CDKN2A.

> Profilaktyka czerniaka nie jest skomplikowana. Wystarczy sprawdzanie swojej skóry raz w miesiącu i w razie zaobserwowania niepokojących zmian wizyta u dermatologa lub onkologa-chirurga

## Ty decydujesz, czy zachorujesz!

To hasło kampanii onkologicznej z 2019 r. Tylko dzięki świadomym działaniom, a zwłaszcza odpowiedniej profilaktyce, możemy zapobiec rozwojowi nowotworu lub uniknąć przekroczenia granicy pomiędzy „łatwo wyleczalny", a „niezwykle trudno wyleczalny". Wszystko jest w naszych rękach.

mgr farm.
**MONIKA KLAWITER**
Absolwentka Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, zawodowo zawiązana z badaniami klinicznymi

afw

# POSTĘP W LECZENIU SYSTEMOWYM CZERNIAKA

„Zachorowalność na czerniaka rośnie we wszystkich grupach wiekowych po okresie dojrzewania, czyli od siedemnastego, osiemnastego roku życia. Poza tym rocznie w naszym kraju 1300-1400 osób umiera z powodu tego nowotworu. Za dużo. Natomiast przeżywalność względna, pięcioletnia, bardzo ładnie się w ostatnim czasie zwiększyła – z 60% do ponad 75%" – mówi prof. dr hab. n. med. **PIOTR RUTKOWSKI**, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, pełnomocnik dyrektora ds. Narodowej Strategii Onkologicznej i Badań Klinicznych, przewodniczący Zespołu Ministra Zdrowia ds. Narodowej Strategii Onkologicznej, w rozmowie z **Anną Kopras-Fijołek**.

**ANNA KOPRAS-FIJOŁEK: Jakim problemem jest obecnie czerniak skóry? Jak często się go diagnozuje?**

**PIOTR RUTKOWSKI**: Generalnie obecnie, po okresie pandemii, liczba zachorowań na czerniaka w Polsce wynosi około czterech tysięcy rocznie. Niestety, liczba zachorowań cały czas dynamicznie nam przyrasta. To nie jest pierwszoplanowy nowotwór skóry, bo najczęstsze są raki skóry, ale zachorowalność na czerniaka rośnie we wszystkich grupach wiekowych po okresie dojrzewania, czyli od siedemnastego, osiemnastego roku życia. Poza tym rocznie w naszym kraju 1300-1400 osób umiera z powodu tego nowotworu. Za dużo. Natomiast przeżywalność względna, pięcioletnia, bardzo ładnie się w ostatnim czasie zwiększyła z 60% do ponad 75%. To nie jest i tak zadowalający wynik, bo na przykład w krajach skandynawskich, Niemczech, Stanach Zjednoczonych ta przeżywalność przekracza 90%. Większość zmian nowotworowych wykrywana jest tam bowiem znacznie wcześniej. Dlatego tak ważna jest profilaktyka i wczesna diagnostyka nowotworów skóry.

**W Polsce czerniaka diagnozuje się częściej niż w wielu innych krajach unijnych, gdy choroba jest już w zaawansowanym stadium. Jakie są rokowania w tej chorobie nowotworowej?**

Jeszcze do bardzo niedawna była to choroba, która wiązała się z makabrycznie złym rokowaniem. To się istotnie poprawiło w ostatnim czasie – pięcioletnie przeżycia 10 lat temu wynosiły do 5%, a teraz wynoszą 40-50% w przerzutowym czerniaku. To się wiąże z dwoma mechanizmami, które poznano i wprowadzono do leczenia. Pierwsze mechanizmy związane są z immunoterapią, czyli leczeniem, które nie działa na sam nowotwór, tylko na układ immunologiczny gospodarza, odblokowując go.

**Czerniak jest bardzo „sprytny", jeżeli chodzi o mechanizm immunosupresji i oszukiwanie układu immunologicznego...**

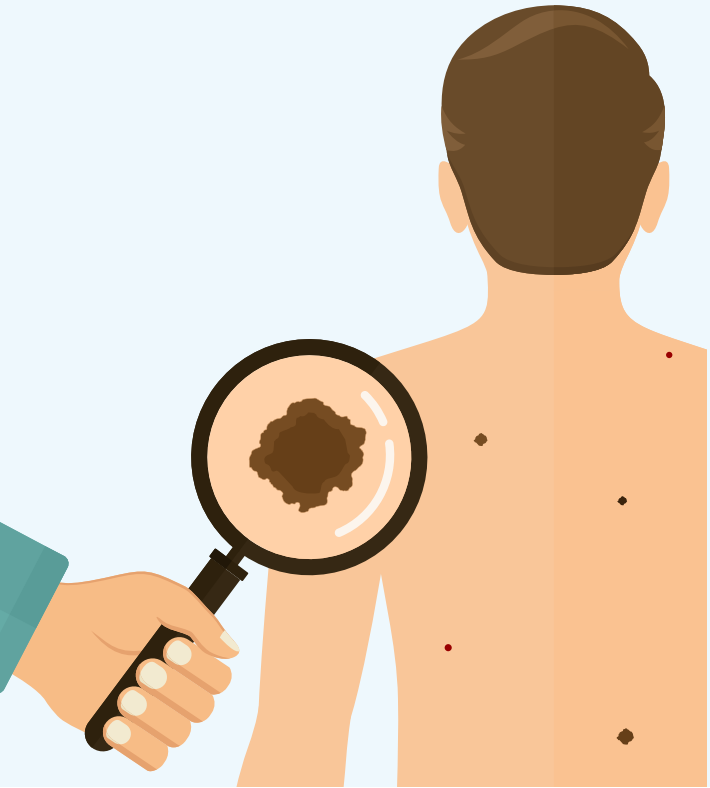
Tak, walczymy z immunosupresją, którą powoduje nowotwór zaawansowany. Odblokowanie układu immunologicznego powoduje długotrwałe remisje u znaczącego odsetka chorych, pomiędzy 30% a 40%. U części chorych może w ogóle prowadzić do wyleczeń. Mamy tu leki – inhibitory punktów kontrolnych układu immunologicznego anty-PD-1 lub anty–CTLA-4 lub kombinacja anty-PD-1 z anty–CTLA-4 (pembrolizumab, niwolumab lub kombinacja niwolumabu z ipilimumabem). Mamy też leki ukierunkowane molekularnie. Około 50% czerniaków ma zaburzony gen – BRAF. To dotyczy głównie tzw. sporadycznych czerniaków, które z reguły występują w skórze nieprzewlekle uszkodzonej przez promieniowanie ultrafioletowe. To jest większość czerniaków, bo my z reguły nie przebywamy cały czas na słońcu. W związku z tym to są sporadyczne uszkodzenia – albo na solarium, albo człowiek wyjeżdża na wakacje i tam opala swoją skórę. To jest typowy mechanizm rozwoju czerniaka. Szybkie, intensywne promieniowanie ultrafioletowe. Wszystkie wymienione terapie są refundowane i dostępne w Polsce w ramach programu lekowego B.59 w ponad 35 ośrodkach wielospecjalistycznych w Polsce. Jedynie kombinacja niwolumabu z relatlimabem, czyli nowy zestaw immunoterapii anty-PD-1 z anty-LAG-3, nie jest jeszcze w naszym kraju refundowany, choć wykazuje on większą skuteczność niż monoterapia anty-PD-1 i ma znacznie lepszy profil bezpieczeństwa dla pacjenta niż niwolumab z ipilimumabem.

**Jakie efekty przynosi leczenie z wykorzystaniem enkorafenibu z binimetynibem?**

Wiemy już, że wprowadzenie kombinacji leków – inhibitorów BRAF, MEK – bardzo szybko hamuje

## PROFILAKTYKA nowotworów skóry

- Stosowanie filtrów ochronnych. Filtry przeciwsłoneczne nie powinny być stosowane w celu przedłużenia czasu przebywania na słońcu, tylko po to, żeby chronić skórę, kiedy jesteśmy eksponowani na promieniowanie.
- Samobadanie, wykrywanie wczesnych zmian, konsultacje dermatologiczne.
- Stosowanie fotoprotekcji i unikanie ekspozycji na promieniowanie ultrafioletowe (UV).
- Unikanie solariów (korzystanie z solariów zwiększa ryzyko nowotworów skóry).



www.stock.adobe.pl

## DZIEŃ WALKI Z CZERNIAKIEM

■ 12 maja obchodzony był Europejski Dzień Walki z Czerniakiem. W Polsce co roku diagnozuje się około 4000 zachorowań na czerniaki, z czego około 1500 nowotworów wykrywanych jest w stadium zaawansowanym lub rozsianym. Szacuje się, że liczba czerniaków podwaja się co 10 lat. Nowotwór ten może pojawić się w każdym wieku. Najwięcej przypadków tej choroby obserwuje u osób między 50. a 79. rokiem życia. Wraz z wiekiem rośnie umieralność – w grupie wiekowej pięćdziesięciolatków zmagających się z czerniakiem umiera 30% chorych, a spośród osiemdziesięciolatków aż 70%.

U ludzi rasy białej zapadalność na czerniaka wzrasta w miarę przesuwania się miejsca zamieszkania w kierunku równika. Najwyższy wzrost zachorowalności notuje się w Australii (około 40 przypadków na 100 000 mieszkańców) oraz Stanach Zjednoczonych (przede wszystkim w Kalifornii, na Florydzie i na Hawajach). W USA szacuje się, że do 2040 r. czerniak będzie drugim najczęściej występującym nowotworem złośliwym w populacji amerykańskiej. Największą zachorowalność na czerniaka w Europie obserwuje się w Norwegii. *(EJ)*

rozwój czerniaka, w którym stwierdza się mutacje genu BRAF. Mamy trzy kombinacje: enkorafenib z binimetynibem, dabrafenib z trametynibem i wemurafenib z kobimetynibem. Ten ostatni jest w tej chwili bardzo rzadko stosowany, wyjątkowo, dlatego że jest najstarszą kombinacją, o najgorszym profilu bezpieczeństwa dla pacjenta i objawów ubocznych. Leczenie z wykorzystaniem enkorafenibu z binimetynibem przynosi przede wszystkim szybką odpowiedź. To jest bardzo ważne. Co więcej, może działać również po zastosowaniu immunoterapii. Te leki są też stosowane w leczeniu uzupełniającym – a więc nie tylko w chorobie przerzutowej, ale również w przypadku choroby, którą teoretycznie usunęliśmy chirurgicznie – lecz jest o wysokim ryzyku i może zmniejszyć ryzyko nawrotu choroby. To jest w tej chwili podstawa naszych działań.

### Jak te leki działają?

Przede wszystkim – szybko. Poprawa jest odczuwalna nawet po kilku dniach lub w ciągu tygodnia. Toksyczność takiego leczenia, w przeciwieństwie do immunoterapii, jest odwracalna. Odsetki powikłań nie są również małe, ale całe leczenie jest stosunkowo dobrze tolerowane przez chorych. W przypadku immunoterapii może dojść do mechanizmów autoagresji. Chory, poprzez pobudzenie układu immunologicznego, może działać przeciwko sobie, swojemu organizmowi i zapada na takie choroby, jak immunologiczne zapalenie jelita, zapalenie płuc, wątroby, skóry, tarczycy itd. Część tych zdarzeń może być nieodwracalna i chory do końca życia musi przyjmować leki immunosupresyjne, co działa kontrproduktywnie w stosunku do nowotworu. To jest niedogodność stosowania immunoterapii. Jak dotąd nie mamy czynników predykcyjnych, u których chorych to wystąpi. Jeżeli chodzi o immunoterapię, to w tej chwili jest najczęstszym leczeniem pierwszej linii u chorych z przerzutowym czerniakiem.

### Dlaczego?

Immunoterapia może w części sytuacji zapewnić długotrwałą kontrolę choroby albo nawet wyleczenie. Przy uzyskaniu poprawy niekiedy nie

musimy stosować już później tego leczenia. W przypadku inhibitorów BRAF i MEK to leczenie jest bardzo dobre, bardzo dynamiczne, działa również przy objawowych przerzutach do ośrodkowego układu nerwowego, ale jak odstawimy to leczenie, choroba zaczyna nawracać. Nie mamy danych, że możemy trwale ją wyleczyć, co nie znaczy, że nie możemy zaleczyć tej choroby długotrwale. Jedna trzecia pacjentów bowiem przeżywa 5 lat, zaczynając nawet od tego leczenia. U chorych objawowych, u chorych o wysokiej dynamice rozwoju choroby, immunoterapia przynosi jednak szybką kontrolę leczenia.

**Jakie były pięcioletnie obserwacje z badania Columbus? Jaka jest skuteczność leczenia?**

To jest ostatnie leczenie, jakie zostało zastosowane w przypadku zaawansowanego czerniaka, z obecnością mutacji BRAF. W tej chwili toczą się również badania nad potrójną terapią, czyli skojarzeniem wszystkich metod leczenia, czyli immunoterapii razem z inhibitorami BRAF i MEK. Jeżeli chodzi o badanie Columbus, uzyskano w nim przede wszystkim – jak na inhibitory BREK, MEK – rekordowe wyniki. Leczenie przyniosło medianę przeżyć wynoszącą ponad 33,6 miesiąca. To jest bardzo dobry wynik. Na to jeszcze nakłada się sytuacja przeżyć wolnych od progresji choroby – około 20% po okresie pięciu lat. Dla porównania mediana PFS enkorafenibu z binimetynibem to prawie 15 miesięcy. Polskie badania, realizowane w ramach programów lekowych, pokazują, że uzyskiwane wyniki są porównywalne w praktyce klinicznej z tymi, które otrzymano w badaniach klinicznych. To jest bardzo ważny element.

**Jaki jest profil bezpieczeństwa tego skojarzenia leków? Wyróżnia się na tle innych terapii celowanych?**

To leczenie ma chyba najlepszy profil toksyczności – wemurafenib z kobimetynibem jest najtrudniej tolerowany przez chorych – jest to najstarsza kombinacja i w porównaniu bezpośrednim wemurafenibu z enkorafenibem, wemurafenib ma też gorsze wyniki w odniesieniu do kontroli nowotworu. Przede wszystkim dominująca tam jest toksyczność skórna i pacjenci mają najgorszą jakość życia. Jeżeli natomiast chodzi o odsetek zdarzeń niepożądanych, one są na podobnym poziomie, ale – co ciekawe – kombinacja nie ma więcej zdarzeń niepożądanych niż monoterapia inhibitorami BRAF i MEK. Jeszcze jedna kombinacja lekowa, czyli dabrafenib z trametynibem, jest trudniej tolerowana ze względu na bardzo wysoki odsetek gorączek – to ponad 50% we wszystkich stopniach, a około 10% w stopniu trzecim lub czwartym. Za to w przypadku enkorafenibu z binimetynibem dominują zaburzenia żołądkowo-jelitowe, czyli gastryczne, stwierdza się też trochę osłabienia oraz zaburzenia biochemiczne w składzie krwi. W związku z tym to leczenie jest naprawdę bardzo przyzwoicie tolerowane. Rzeczywiście, w badaniach klinicznych konieczność trwałego odstawienia leczenia wynosi do 15%. Nie więcej.

**Jak wygląda jakość życia pacjentów leczonych skojarzeniem enkorafenibu z binimetynibem?**

Jest zaskakująca dobra i co więcej – jakość życia jest lepsza przy kombinacji niż przy stosowaniu tego leczenia w monoterapii. To bardzo ważny element.

**Postęp w leczeniu, w dostępie do terapii jest niezwykły i budzi wiele nadziei...**

Chcielibyśmy jeszcze więcej, bo jednak jest połowa chorych, która nam ostatecznie ginie. Z mojego punktu widzenia bardzo ważne jest, aby dalej prowadzić badania kliniczne i to już w pierwszej linii terapii przerzutowego czerniaka. My w tej chwili mamy badanie kliniczne dotyczące kombinacji enkorafenibu, binimetynibu i pembrolizumabu w pierwszej linii terapii. Drugie badanie dotyczy kombinacji różnych innych sposobów immunoterapii, na przykład pembrolizumabu ze szczepionką działającą na mechanizmy oporności na immunoterapię PD-L1 i IDO. Trzecie badanie, które dotyczy enkorafenibu z binimetynibem, to jest leczenie zapobiegawcze, czyli adiuwantowe, już w drugim stopniu zaawansowania. Chorzy na czerniaka w stopniu IIB i IIC z obecnością mutacji BRAF otrzymują leczenie uzupełniające przez rok, żeby zmniejszyć ryzyko nawrotu choroby. Planowane jest również jeszcze w tym roku badanie kliniczne o przełomowym mechanizmie działania w leczeniu uzupełniającym, łączącym immunoterapię anty-PD-1 z personalizowaną szczepionką mRNA wytwarzaną w oparciu o indywidualne antygeny czerniaka.

**Rozmawiała ANNA KOPRAS-FIJOŁEK**
**„Farmacja Wielkopolska"**

EJ/afw

mgr inż. **DARIUSZ ŁUKASZYŃSKI**
Dziennikarz, popularyzator nauki

# *Przegraliśmy ze Szwecją 6149:697*

Z dniem 1 lipca 2023 r. przepis o „obowiązku noszenia maseczek" w szpitalach, przychodniach i poradniach w Polsce traci moc. Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła koniec pandemii Covid-19 wcześniej, bo 5 maja 2023 r.

Rząd Szwecji znosi obostrzenia jako ostatni w Skandynawii po decyzji rządu Danii, który uwolnił społeczeństwo 1 lutego, a także po Norwegii oraz Finlandii. „Nadszedł czas, by otworzyć Szwecję" – ogłosiła premier Szwecji Magdalena Andersson, zapowiadając zniesienie wszystkich obowiązujących restrykcji pandemicznych od 9 lutego. 9 lutego, ale... roku 2022, a Polska – 1 lipca 2023 r. Zapuszkowaliśmy niecnego wirusa w maseczki o rok dłużej niż Skandynawowie. Wiadomo – oni to pacyfiści, a my – orły, sokoły.

Przygotowane przez Konkret 24 zestawienie danych OECD z 18 stycznia 2023 r. pokazuje, że najwięcej nadmiarowych zgonów w przeliczeniu na milion mieszkańców było w Polsce – 6149, a najmniej w Szwecji – 697. I co? I nic. Czy zebrało się w prawie 38-milionowym społeczeństwie jakieś gremium specjalistów z różnych dziedzin, by pochylić się nad tą kwestią? Czy zwołano pospolite ruszenie? Czy media od rana do wieczora krzyczą, że jesteśmy nr 1 w świecie, a dziennikarze uganiają się po gmachu Ministerstwa Zdrowia i uniwersytetach medycznych, bo tyle osób w pocie czoła stara się wyjaśnić, dlaczego mamy w Polsce 10 razy więcej nadmiarowych zgonów niż Szwedzi? A może już to wyjaśniono, ale wyniki analizy są tak bolesne, że tradycyjnie należy je upchać pod dywan. Jak pisał w „Panu Tadeuszu" Adam Mickiewicz: „Szabel nam nie zabraknie; szlachta na koń wsiędzie, Ja z synowcem na czele, i – jakoś to będzie!".

Mam jednak nadzieję, że w kraju nad Wisłą są osoby odważne, dociekliwe, osoby, którym chce się chcieć i uda się w XXI wieku ustalić, co tak bardzo różni opiekę zdrowotną w Polsce od opieki zdrowotnej w Szwecji i dlaczego obywatel Polski miał 10 razy mniej szans, aby nie dożyć końca pandemii niż obywatel Szwecji.

Może zbierze się w Polsce jakiś areopag i dokona porównania ze Szwecją. To kraj piękny, o ciekawej kulturze i historii. Szwecję warto odwiedzić o każdej porze roku, a promy kursują z Gdyni oraz Świnoujścia, więc tylko płynąć.

Szwecja kojarzy się nam także z ekologią. Portal Ekomed szacuje, że w pandemii wirusa SARS-CoV-2 ilość generowanych przez szpitale odpadów medycznych wzrosła o około 50% (są to dane raczej mocno niedoszacowane). W artykule „WHO ostrzega: ogromne ilości odpadów medycznych" napisano, że według badań przeprowadzonych w pięciu azjatyckich miastach, na jedno łóżko szpitalne przypadało dziennie 3,4 kg odpadów zakaźnych - dziesięć razy więcej niż zwykle. Kto będzie się jednak zamartwiał w Polsce problemem odpadów, ekologią czy jakimś tam... śladem węglowym? A jednak.

Efektem II Międzynarodowej Konferencji „Rola zielonych szpitali w przeciwdziałaniu zmianom klimatu" w Kaliszu, która obradowała w czerwcu 2023 r., jest podpisanie deklaracji wielkopolskich szpitali na rzecz ochrony środowiska. Gratulacje dla

organizatorów tej wyjątkowej konferencji. Czyżby Wielkopolska wracała do korzeni, do idei dr. Karola Marcinkowskiego, Hipolita Cegielskiego, księdza Augustyna Szamarzewskiego czy wielu innych, którzy tworzyli etos pracy, jakości i odpowiedzialności? Warto wspomnieć, że generał Dezydery Adam Chłapowski (1788–1879) był już wówczas promotorem zadrzewień śródpolnych w Polsce, które wspomogły sukces gospodarczy jego majątku. A dzisiaj narzekamy, że wiatr nam wysusza pola. PROMOTORZY – czy wielu jest pośród nas? Otwarci na dobre pomysły, skuteczni w innowacjach, wspomagający bezpieczeństwo własne i otoczenia. Jednym słowem, Wielkopolanie na wzór swoich przodków.

Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy podjął działania, których celem jest redukcja $CO_2$. To prowadzi do transformacji placówki w stronę pierwszego polskiego zielonego szpitala. Jednak można. Brawo. Podczas konferencji dobre praktyki proekologiczne zostały przedstawione przez dyrektorów wielu wielkopolskich szpitali. Narażenie na szkodliwe chemikalia, jak PCV w plastikowych produktach medycznych, omawiali goście z zagranicy. Joel Fredholm z Sahlgrenska University Hospital w Szwecji mówił o zrównoważonej opiece zdrowotnej, a o serwisie infuzyjnym jako wsparciu dla zielonych szpitali mówiła mgr Maria Budnik–Szymoniuk z Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. W referacie „Serwis infuzyjny: zmiana organizacyjna i jakościowa w podmiotach leczniczych" wskazała, że dzięki kaniulom niepowodującym zabrudzeń krwią szpital znacząco ogranicza odpady medyczne w postaci gazików czy zabrudzonych opatrunków. O kilkadziesiąt procent spada także odsetek zakażeń związanych z kaniulą obwodową. Mniej zakażeń – krótszy czas pobytu pacjenta w szpitalu – mniej zużytego sprzętu. A więc warto.

Prof. Stefan Grajek, wybitny kardiolog, kierownik Kliniki Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, który kierował jedyną Pracownią Patomorfologii Serca w Polsce, w swojej najnowszej książce „W poszukiwaniu utraconego smaku" w subtelny, wnikliwy sposób przedziera się przez problem osobistej odpowiedzialności w życiu społeczeństwa. Kontemplacja europejskich mistrzów sztalugi i pędzla przenika się z dzwonowatą krzywą Gaussa, prowadząc autora do stawiania wielu pytań, choćby takich, jak: dlaczego przeciętność ma wciąż pejoratywny wydźwięk? Profesor, odnosząc się do jednego ze swoich wykładów „Cierpienie duszy: melancholia u ambitnych", pisze, że ambicje są potrzebne, ale niepohamowane mogą być przyczyną głębokich frustracji. Faktycznie, poziom frustracji w naszym społeczeństwie wzrasta dość gwałtownie. Może więc należy wskazywać, że doskonała przeciętność oraz spełniona codzienność to recepta dla sfrustrowanego społeczeństwa, gdyż krzywa Gaussa jest bezwzględna i nie pozostawia złudzeń co do wielkości dzwonu.

www.stock.adobe.pl

Kto wie, czy już niebawem nie pojawi się kierunek rozwoju społeczeństwa, który wskaże, że lepiej mieć twórczą i piękną codzienność niż jednorazowy ślub stulecia, bo to drugie wydarzenie jest uwielbiane przez media, a codzienność jest przeciętnością eliminowaną z przekazów medialnych. Przeciętność, nawet ta najlepszej jakości, nie jest medialna.

Mądrością jest więc, by tak kreować własną zawodową codzienność, aby większość pacjentów wracała ze szpitali zdrowsza i mogła dalej błogo przeżywać swoją przeciętność. Powiedzmy za Noamem Chomskim: „Nie powinniśmy szukać bohaterów, powinniśmy szukać dobrych pomysłów".

Warto zatem pytać, dlaczego służba zdrowia w Polsce w czasie pandemii tak dramatycznie różniła się od szwedzkiej. Jaki mamy pomysł wynikający z tak wysokiej przegranej 6149:697? Wszak chodzi o ludzkie życie.

NATALIA ZDRENKA

# ZDROWIE PACHNIE BZEM

www.stock.adobe.pl

## Wartości odżywcze, właściwości lecznicze i zastosowanie czarnego bzu (*Sambucus nigra*)

Bez czarny, nazywany również bzem lekarskim lub aptecznym, występujący powszechnie w Polsce, doceniany jest zarówno ze względu na swoje walory ozdobne i piękny zapach, jak i właściwości prozdrowotne. W kwiatach i owocach czarnego bzu występują liczne związki chemiczne, które dobroczynnie wpływają na funkcjonowanie organizmu ludzkiego.

Kwiaty bzu czarnego zajmowały w lecznictwie ludowym bardzo ważne miejsce już od najdawniejszych czasów. Wewnętrznie stosowane były jako lek napotny oraz przeciwgorączkowy, zewnętrznie natomiast do płukania jamy ustnej i gardła, a także do okładów przy wrzodach i egzemach. Współczesne ziołolecznictwo potwierdza powyższe zastosowanie i wskazuje jednocześnie, że spektrum działania surowców pozyskiwanych z bzu czarnego jest znacznie szersze. Preparaty otrzymywane z kwiatów i owoców stosowane są w konwencjonalnym lecznictwie między innymi do leczenia stanów grypowych, przeziębień oraz innych chorób przebiegających z gorączką i stanem zapalnym górnych dróg oddechowych. Bez czarny wykazuje także działanie moczopędne, uszczelniające ściany naczyń włosowatych oraz zwiększające ich elastyczność. Preparaty, soki, syropy i napary z zawartością tej rośliny wzmacniają odporność ludzkiego organizmu, polecane są osobom z chorobami układu krążenia, cukrzycą, otyłością. Rozwój metod badawczych przyczynił się do okrycia dotąd nieznanych działań bzu czarnego, które rzucają całkiem nowe światło na zastosowanie tego surowca roślinnego w leczeniu różnych schorzeń.

## Działanie przeciwzapalne

Kwiaty bzu czarnego wykazują działanie przeciwzapalne, wynikające z hamowania syntezy cytokin prozapalnych: TNF-α, interleukiny-1α, interleukiny-1β. Zarówno kwiaty, jak i owoce bzu czarnego hamują również wydzielanie tlenku azotu (NO), który indukuje uszkodzenia tkanek związane z ostrymi i przewlekłymi stanami zapalnymi. Hamowanie produkcji mediatorów prozapalnych, takich jak NO, jest ważnym celem w leczeniu różnych chorób zapalnych, między innymi reumatoidalnego zapalenia stawów.

## POChP

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest chorobą wieloczynnikową, w której kluczową rolę odgrywa ogólnoustrojowy stan zapalny. Zaawansowanie tej choroby określa się na podstawie skali BCSS (skala duszności, kaszlu i plwociny) oraz testów spirometrycznych. Wykazano, że sześciomiesięczne podawanie preparatu na bazie bzu czarnego doprowadziło do istotnego zmniejszenia liczby punktów BCSS oraz istotnego zwiększenia FEV1 (nasilona pierwszosekundowa objętość wydechowa).

## Działanie przeciwgorączkowe

Flawonoidy zawarte w kwiatach i owocach bzu czarnego wykazują działanie przeciwgorączkowe i napotne. Obniżają one próg pobudzenia ośrodków termoregulacji. Równocześnie wzrasta również produkcja potu, spowodowana wzmożoną odpowiedzią gruczołów potowych na bodźce cieplne.

## Działanie wykrztuśne

Działanie wykrztuśne preparatów z *Sambucus nigra* wywoływane jest przez triterpeny, które drażnią zakończenia nerwowe błony śluzowej żołądka, co w konsekwencji prowadzi do pobudzenia ośrodka nerwu błędnego. Skutkiem tego jest zwiększona produkcja i wydzielanie wodnistego śluzu w drogach oddechowych, wywołującego odruch kaszlu. Wykrztuśne działanie flawonoidów wynika z rozkurczania mięśni gładkich oskrzeli, co ułatwia odkrztuszanie zalegającej wydzieliny.

## Działanie przeciwdrobnoustrojowe

Badania kliniczne wskazują, że owoce i kwiaty bzu czarnego, samodzielnie lub w preparatach łączonych, mogą być z powodzeniem stosowane w przypadku infekcji górnych dróg oddechowych oraz w leczeniu grypy. Obydwa surowce wykazują właściwości przeciwwirusowe, przeciwbakteryjne, immunomodulujące, przeciwzapalne i przeciwutleniające.

## COVID-19

Wykazano zdolność ekstraktu z owoców i kwiatów bzu czarnego do hamowania wiązania wobec białka S (*spike*) SARS-CoV2, RBD (domeny wiążącej receptor) oraz hACE2 (enzymu konwertującego angiotensynę 2) w warunkach *in vitro*. Ekstrakty z *Sambucus nigra* zostały wybrane do oceny niezadeklarowanej wcześniej aktywności biologicznej – zdolności inhibicyjnej wobec SARS-CoV2. Zależne od stężenia ekstraktu hamowanie wiązania RBD do białka S ACE2-SARS-CoV2 zostało wykazane in vitro dla ekstraktów z owoców i kwiatów badanego gatunku.

www.stock.adobe.pl

## AIDS

Wykazano także, że flawonoidy i proantocyjanidyny zawarte w kwiatach i owocach bzu blokują infekcję HIV1 i mogą mieć działanie addytywne w stosunku do istniejących leków na HIV, takich jak enfuvirtide.

## Działanie przeciwbakteryjne

Aktywność przeciwbakteryjna ekstraktów z bzu czarnego związana jest z obecnością w nich kwasów fenolowych i flawonoidów. Związki, które mają największy wpływ na aktywność przeciwbakteryjną to: kemferol, apigenina, kwas ferulowy, kwas protokatechowy i p-kumarowy. Bakterie, które są

najbardziej wrażliwe na związki fenolowe z bzu czarnego to *Micrococcus luteus*, *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas fragi* oraz *Escherichia coli*. Wykazano także, że związki fenolowe i ich estry hamowały wzrost bakterii z następujących rodzajów: *Yersinia*, *Bacillus*, *Corynebacterium*, *Proteus*, *Staphylococcus*, *Enterococcus*, *Klebsiella*, *Micrococcus*, *Escherichia* i *Pseudomonas*.

## Działanie przeciwpasożytnicze

*Toxoplasma gondii* jest obligatoryjnym pasożytem wewnątrzkomórkowym, który zagraża wielu ciepłokrwistym zwierzętom i ludziom. Biorąc pod uwagę ciężkość przebiegu toksoplazmozy, skutki

www.stock.adobe.pl

uboczne obecnych metod leczenia oraz wkład wiedzy etnofarmakologicznej w leczenie infekcji pasożytniczych, ważne jest poszukiwanie nowych środków i sposobów leczenia tej choroby. Przeanalizowano między innymi skuteczności stosowania metanolowych ekstraktów z owoców i liści *Sambucus nigra*. Wyniki wykazały, że ekstrakty zarówno z owoców, jak i z liści *S. nigra* zabiły 100% tachyzoitów *T. gondii*.

## Działanie antyoksydacyjne i przeciwnowotworowe

Ze względu na wysoką zawartość antocyjanów owoce bzu czarnego są wymieniane jako surowiec posiadający potencjał antyoksydacyjny i przeciwnowotworowy, szczególnie w zapobieganiu zachorowaniu na nowotwory z grupy ENT, czyli nowotwory przełyku, żołądka i jelita grubego. Antocyjany zapobiegają również angiogenezie, czyli tworzeniu się w komórkach nowotworowych naczyń włosowatych, dostarczających tlenu i składników odżywczych potrzebnych małym guzom do wzrostu i namnażania.

## Działanie obniżające cholesterol

Wstępne badania wykazały, że owoce bzu czarnego mogą powodować obniżenie cholesterolu całkowitego, LDL-C („zły cholesterol") i triglicerydów. Niestety, w przeprowadzonych badaniach obniżeniu ulegała również frakcja HDL-C („dobry cholesterol").

## Działanie przeciwcukrzycowe

Kwiat bzu czarnego wykazuje właściwości przeciwcukrzycowe, które zachodzą poprzez aktywację receptora PPAR-γ, zwiększenie wydzielania insuliny i stymulację insulinozależnego wychwytu glukozy.

## Osteoporoza

Badania *in vitro* wykazały, że naturalne związki fenolowe wyekstrahowane z owoców bzu czarnego mają pozytywny wpływ na regresję osteoporozy u samców szczurów z cukrzycą, poprzez poprawę gęstości mineralnej kości, która u szczurów z cukrzycą jest wyjątkowo niska. Po rozszerzeniu badań przeprowadzanych na zwierzętach, na ludzkich pacjentów z cukrzycą, stwierdzono, że dieta bogata w naturalne związki fenolowe może prowadzić do regresji powikłań cukrzycy i osteoporozy.

## Otyłość

Ekstrakt z owoców bzu czarnego można uznać również za skuteczny inhibitor między innymi lipazy trzustkowej, α-amylazy i aktywności α-glukozydazy. Leczenie otyłości i zaburzeń metabolicznych mogłoby być prowadzone poprzez zdolność ekstraktu z owoców bzu do zmniejszania jelitowego wchłaniania lipidów i węglowodanów poprzez hamowanie aktywności enzymów trawiennych.

## Choroba Alzheimera

Wykazano, że uszkodzenia oksydacyjne spowodowane przez peptyd β-amyloidowy mogą być indukowane nadtlenkiem wodoru. Uszkodzenia oksydacyjne są kluczowym elementem patogenezy choroby Alzheimera. Polifenole zawarte między innymi w kwiatach i owocach bzu czarnego wykazują działanie antyoksydacyjne, czyli chronią przed reaktywnymi formami tlenu, a co za tym idzie są

również neuroprotekcyjne, ponieważ chronią tkankę nerwową przed szkodliwym wpływem nadtlenku wodoru. Antocyjanidyny także wykazują działanie neuroprotekcyjne oraz wazoprotekcyjne.

## Depresja

Badano aktywność przeciwdepresyjną między innymi ekstraktów z bzu czarnego poprzez poddanie myszy testowi wymuszonego pływania (FST) i testowi zawieszenia na ogonie (TST). Badania wykazały bardzo dobre właściwości przeciwdepresyjne badanego ekstraktu: skracał on czas bezruchu i zwiększał aktywność myszy, w porównaniu z grupą kontrolną. Czas bezruchu i poziom aktywności zwierząt były zależne od dawki ekstraktu. Ekstrakt z owoców bzu czarnego powodował znacznie wyższą aktywność myszy w FST niż imipramina – silny i efektywny lek przeciwdepresyjny.

## Epilepsja

Aktywność przeciwdrgawkową ekstraktów z kory, owoców i liści *S. nigra* badano w konwulsjach indukowanych pentylenetetrazolem (PTZ) i maksymalnym wstrząsem elektrycznym (MES) u myszy. Wstępne podanie ekstraktu z liści bzu czarnego istotnie skróciło czas trwania tonicznego wyprostu tylnej kończyny. Zmniejszenie śmiertelności i wydłużenie czasu wystąpienia drgawek w modelu MES było porównywalne z działaniem diazepamu. Ekstrakty z bzu mają działanie przeciwpadaczkowe poprzez zwiększenie poziomu GABA.

## Stres

Badacze stwierdzili, że hydroalkoholowy ekstrakt *S. nigra* łagodzi wszystkie skutki przewlekłego stresu u szczurów, co oznacza, że wykazuje znaczącą aktywność adaptogenną, porównywalną do diazepamu.

## Recesja dziąseł

Badania potwierdziły, że połączona terapia w postaci plastra i płukanki z bzu czarnego może być skuteczna jako leczenie adiuwantowe do standardowego leczenia zachowawczego recesji dziąseł.

## Zaparcia

Bez czarny może być stosowany także w problemach z przewlekłym zaparciem. W randomizowanym, krzyżowym, kontrolowanym, pojedynczo zaślepionym badaniu połowa badanych otrzymywała związek fitoterapeutyczny zawierający owoc bzu czarnego, koper włoski *Foeniculum vulgare*, biedrzeniec anyż *Pimpinella anisum* i jeden z gatunków senesu *Cassia angustifolia* przez 5 dni. W badaniu sprawdzano czas przejścia mas kałowych przez jelito grube (CTT), mierzony radiologicznie, liczbę wypróżnień na dzień, perystaltykę jelit, działania niepożądane oraz jakość życia. Uzyskano następujące wyniki. Średni CTT wynosił 15,7 godziny w okresie aktywnego leczenia i 42,3 godziny podczas leczenia placebo. Liczba defekacji na dobę zwiększyła się podczas stosowania mieszanki ziołowej. Istotne różnice obserwowano już od drugiego dnia leczenia.

Rozwój metod badawczych przyczynił się do okrycia dotąd nieznanych działań bzu czarnego, które rzucają nowe światło na jego zastosowanie w leczeniu różnych schorzeń

## Działania niepożądane

Wszystkie części roślinne bzu zawierające glikozydy cyjanogenne, w tym niedojrzałe/niegotowane owoce, świeże liście, kora i korzenie mogą po spożyciu powodować nudności, wymioty lub ciężką biegunkę i należy ich unikać. Obecność niewielkich ilości HCN w nasionach owoców jest jedyną obawą dotyczącą preparatów z czarnego bzu, ale te toksyczne substancje są usuwane przez obróbkę cieplną lub gotowanie owoców/soków, ponieważ HCN jest lotny i odparowuje. Należy także zachować ostrożność podczas stosowania *Sambucus nigra*, ponieważ niektórzy pacjenci mogą wykazywać alergię na owoce lub kwiaty tego gatunku.

**NATALIA ZDRENKA**
Studentka V roku farmacji Collegium Medicum w Bydgoszcz, autorka pracy magisterskiej „Porównanie zawartości flawonoidów w kwiatach i owocach *Sambucus nigra L.* zebranych w okolicach Kowalewa Pomorskiego, Wąbrzeźna, Rypina i Brodnicy" (opiekun pracy: dr Dorota Gawenda-Kempczyńska)

atw

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

# 100 ZIÓŁ
# I CO Z TEGO MAMY?

Od wejścia Polski do Unii Europejskiej systematycznie wzbogacana jest lista substancji roślinnych w Farmakopei. Są wśród nich nowe i mało znane, stosowane w tradycyjnej medycynie chińskiej (TCM). Dla uściślenia nazewnictwa, co ma znaczenie przy imporcie ziół, wprowadzono specjalny rozdział nr 5.22 w tomie pierwszym. Monografie szczegółowe substancji i przetworów roślinnych w tomie drugim skupiają się tylko na normach jakościowych. To oczywiste, ponieważ normalizacja wymagań jest głównym zadaniem każdej farmakopei. Dość powiedzieć, że w FP XI wymieniono 53 surowce, a w FP XII są już 73. Wliczając stosowane w TCM substancje z roślin kosmopolitycznych, jak rdest ptasi, czy wspólnych dla wielu systemów medycznych, jak goździki czy opium, to niemal 100 substancji. Tak więc liczba nowych substancji stale wzrasta. Nadal brakuje w obowiązującej farmakopei dawkowania substancji roślinnych. Niezależnie od działań legislacyjnych rozwija się rynek ziół chińskich, można je nabyć w co najmniej trzech wyspecjalizowanych sklepach internetowych w Polsce i w kilkudziesięciu na terenie Unii Europejskiej. Czy spełniają one jakiekolwiek normy jakościowe? Trudno powiedzieć, bo i równie trudno nakłonić sprzedawców do publikowania takich informacji. Wiemy za to, że i pojedyncze surowce i różne specyfiki cieszą się dużą popularnością, głównie za sprawą rozwijającego się poradnictwa z zakresu innych systemów medycznych, w tym TCM.

www.stock.adobe.pl

Co wiemy o ich zastosowaniu, prawidłowym dawkowaniu, w jakich postaciach leku najlepiej je podawać? Nie jest łatwo znaleźć dokładne informacje na wzór charakterystyk produktu leczniczego. Opracowań książkowych jest niewiele, a w porównaniu z literaturą anglojęzyczną to prawie nic! Ukazało się kilka tłumaczeń kierowanych raczej do adeptów dodatkowych kursów z zakresu TCM. Monumentalne dzieło dr. Tadeusza Błaszczyka „Leczę ziołami chińskimi" (ponad 2500 stron!) wraz z „Podstawami medycyny chińskiej" to wydatek rzędu półtora tysiąca zł, czyli raczej nie na podręczną półkę farmaceuty. Lukę stara się wypełnić nasza publikacja z 2018 r., z założenia jednak „Leksykon naturalnych surowców leczniczych" nie zawiera opisów i wyjaśnień, które pozwoliłyby dogłębnie zrozumieć i docenić wartość tych nowych dla większości z nas ziół. Również i tak już bardzo szeroki program

www.stock.adobe.pl

studiów nie zawiera choćby zarysu wiedzy o nich, a byłby, przynajmniej dla zainteresowanych, wartościowym uzupełnieniem. Warto poznać podstawy TCM, pozwalają one spojrzeć na leki roślinne z innej perspektywy.

Jako przykład ilustrujący różnice w podejściu do wykorzystania ziół wybraliśmy dwa korzenie piwonii: biały i czerwony. Dla obu surowców gatunkiem źródłowym jest piwonia chińska, *Paeonia lactiflora Pall.*, dla czerwonego również *Paeonia veitchii Lynch*. Różnica polega na tym, że biały korzeń przed wysuszeniem traktuje się wrzątkiem, a wymagalna zawartość peonifloryny jest nieco większa w korzeniu czerwonym.

Najstarsze, klasyczne teksty TCM wymieniają jeden korzeń piwonii, uznają jednak, że obie odmiany różnią się jakością działania terapeutycznego. Podział i różnicowanie nastąpiło w VI wieku, czyli obserwacje działań i wymiana doświadczeń lekarzy chińskich odbywały się na przestrzeni, bagatela, ponad 1500 lat. Wspominamy o tym, ponieważ zakładamy, że nasz system medyczny jest oparty na faktach. A więc fakty: wiadomo, że surowiec ten jest znany od ponad dwóch tysięcy lat, że był i nadal jest stosowany w bardzo dużej grupie chorych. Prowadzone jest ciągłe monitorowanie działań ubocznych i interakcji oraz badania składu i aktywności związków chemicznych, niezwykle ważne dla bezpieczeństwa stosowania.

Przed porównaniem surowców należy wyjaśnić pojęcie Xue – często tłumaczone dosłownie jako „krew", co może być mylące, gdyż Xue stanowi zbiór funkcji krwi, limfy i płynów ustrojowych, roli składników krwi. Natomiast mechanizmy krążenia tych płynów opisuje zbór funkcji obiegu czynnościowego Wątroby. Jeśli pojęcia Qi i Yang można odnieść do funkcji o charakterze pojedynczych, dynamicznych ciągów reakcji, to Xue i Yin będą zbiorami funkcji złożonych, procesów stabilizujących i budujących tkanki. Najciekawsze jest to, że wymienione pojęcia, stanowiąc uogólnienia, nie naruszają szczegółowej wiedzy medycyny współczesnej. Mówiąc, że choroba weszła na poziom Xue, że uszkadza Yin, zawsze oznajmimy, iż procesy

**TABELA 1.** Porównanie substancji z korzenia piwonii w FP XII. Jako surowce uzupełniające w nawiasach podano wyłącznie substancje roślinne zamieszczone FP XII.

| ***RADIX PAEONIAE ALBA, baishao*** | ***RADIX PAEONIAE RUBRA, chishao*** |
|---|---|
| cechy: smak gorzki, kwaśny i lekko zimna, głównie tonizująca; odżywia Xue, chroni Yin, łagodzi obieg Wątroby i zatrzymuje ból | cechy: smak gorzki, lekko zimna i głównie usuwa zastoje i obrzęki; ochładza Xue, usuwa zastój i łagodzi ból |
| **Odżywia Xue i reguluje miesiączki** | **Porusza Xue i likwiduje jej zastoje** |
| krwawienia z macicy, zaburzenia miesiączkowania, bolesne i nadmierne miesiączki, upławy (z *Angelicae sinensis radix*) | zaburzenia miesiączkowania, brak miesiączki, problemy ginekologiczne związane z krwawieniami (z *Angelicae sinensis radix*) |
| **Uspokaja Yang obiegu Wątroby** | urazy, kontuzje i związane z nimi obrzęki oraz wynaczynienia krwi (z *Myrrha* i *Olibanum indicum*) |
| reguluje ciśnienie i krążenie krwi (z *Bupleuri radix*) | bolesne kurcze mięśni i bóle spowodowanie niedokrwieniem (z *Radix Paeoniae alba*) |
| bóle w klatce piersiowej, bóle brzucha i kolka jelitowa (z *Scutellariae baicalensis radix*) | czyraki, ropnie z bolesnym obrzękiem i zaczerwienieniem (*Scutellariae baicalensis radix*) |
| bóle i kurcze mięśni, w tym bolesne skurcze łydek (z *Glycyrrhizae radix* i *Angelicae sinensis radix*) | **Oczyszcza z gorąca i ochładza Xue** |
| bóle i zawroty głowy (z *Uncariae Rhynophyllae ramulus cum uncis*) | obrzęk, stany zapalane oczu z wyraźnym przekrwieniem (z *Scutellariae baicalensis radix*) |
| **Chroni Yin w jego odżywczym aspekcie** | krwiomocz i bolesne oddawanie moczu z obecnością krwi |
| obfite pocenie i poty nocne w chorobach przewlekłych, niewydolności serca i stanach wyczerpania (z *Fructus Schisandrae*) | przewlekłe lub ostre choroby z wysoką, wyczerpującą gorączką i osłabieniem ogólnym (z *Moutan cortex*) |
| upławy białe; nasieniotok, uszkodzenia nasienia (z *Rehmanniae radix*) | |
| peonifloryny nie mniej niż 1,6% | peonifloryny nie mniej niż 1,8% |

KORZEŃ PIWONII CZERWONEJ

www.stock.adobe.pl

patologiczne spowodowały głębsze uszkodzenie funkcji i/lub struktury organizmu.

Z punktu widzenia Medycyny Zachodu (MZ) mamy do czynienia z jednym surowcem pierwotnym – korzeniem piwonii, który został poddany dwóm nieco innym procesom konserwacji. Nie użyto innych ekstrahentów (na przykład ziele dziurawca a działanie przeciwdepresyjne), różnice w zawartości peonifloryny są minimalne (0,2%), co w praktyce i przy zalecanych dawkach, a szczególnie w kompozycjach kilku ziół nie ma znaczenia. Peonifloryna wykazuje działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne, przeciwgorączkowe, przeciwuczuleniowe, przeciwwrzodowe, uspokajające, rozkurczowe, rozszerzające naczynia krwionośne, hamujące lipooksygenazę i jest inhibitorem agregacji płytek krwi. Oba surowce należy zakwalifikować przede wszystkim jako przydatne w problemach ginekologicznych. Drugim obszarem zastosowania mogą być bóle o specyficznych cechach, a trzecim – zaburzenia krążenia mózgowego, wieńcowego i nadciśnienie. Dobór właściwej substancji uzależniono od dokładnie zdiagnozowanego problemu, również w kategoriach TCM. Liczne badania właściwości peonifloryny, potwierdzające tradycyjne wskazania korzeni piwonii, pozwalają na zastosowanie tego surowca co najmniej jako wspierającego i uzupełniającego leczenie opisanych dolegliwości ginekologicznych, w których poza lekami rozkurczowymi i przeciwbólowym nie mamy zarejestrowanych preparatów OTC.

Czy ilość nowych substancji pochodzenia roślinnego przełoży się na wzrost asortymentu dostępnych w aptece produktów? Czy są nam potrzebne i jaki powinny mieć status? W jakich dolegliwościach chcielibyśmy dysponować nowymi preparatami? Z tymi pytaniami pozostawiamy czytelników „Farmacji Wielkopolskiej" i zachęcamy do dyskusji.

afw

prof. dr hab.
**ILONA KACZMARCZYK-ŻEBROWSKA**
Śląski Uniwersytet Medyczny

afw

mgr farm.
**ZBIGNIEW SKOTNICKI**
Uniwersytet Opolski

# APTEKI NAD MOZELĄ

„Apteki w Niemczech są zazwyczaj przedsiębiorstwami rodzinnymi, a koncesja wydawana jest tylko farmaceutom. Jeśli nie ma osoby dziedziczącej, apteka wystawiana jest na sprzedaż, jak to było w przypadku tej, którą obecnie prowadzę. Koncesja jest wówczas wydawana na nazwisko nowego właściciela, oczywiście po uprzedniej wizycie inspektora, bez konieczności zamykania apteki nawet na kilka dni" – mówi magister farmacji i magister analityki medycznej **MARIA KALICIAK-ROZIEL**, właścicielka dwóch aptek w regionie nad Mozelą, w rozmowie z mgr farm. **Magdaleną Todys**.

**MAGDALENA TODYS: Rozmawiamy telefonicznie po wielu latach od naszego pierwszego spotkania w Niemczech. Miałyśmy okazje poznać się i razem pracować w Trewirze, pięknie położonym miasteczku nad Mozelą. Region ten słynie w świecie z bardzo dobrych białych win, stromo położonych winnic i historycznych aptek. W jednej z nich razem pracowałyśmy. Była to Engel Apotheke, należąca do rodziny von der Mark. Druga to Loewen-Apotheke, o której czytelnicy „Farmacji Wielkopolskiej" mieli okazję czytać w ostatnim wydaniu („Löwen-Apotheke w Trewirze", nr 20-21/2022). Ja spędziłam w Trewirze 7 lat, ty zapuściłaś korzenie i zostałaś na stałe. Obecnie jesteś właścicielką dwóch aptek. Pomyślałam, że to może być bardzo ciekawy punkt wyjścia do naszej rozmowy, mającej ukazać różnice, ale także liczne podobieństwa w pracy aptekarzy polskich i niemieckich. Jaka zatem, Twoim zdaniem, jest największa różnica w wykonywaniu zawodu aptekarza i prowadzeniu apteki między Niemcami a Polską?**

**MARIA KALICIAK-ROZIEL**: Zasadnicza różnica jest taka, że apteki w Niemczech są zazwyczaj przedsiębiorstwami rodzinnymi, a koncesja wydawana jest tylko farmaceutom. Jeśli nie ma osoby dziedziczącej, apteka wystawiana jest na sprzedaż, jak to było w przypadku tej, którą obecnie prowadzę. Koncesja jest wówczas wydawana na nazwisko nowego właściciela, oczywiście po uprzedniej wizycie inspektora, bez konieczności zamykania apteki nawet na kilka dni.

**Skoro poruszyłaś temat inspektora oraz kontroli przedstawicieli inspektoratu, powiedz, jak wygląda taka wizyta. Osobiście miałam okazję przyjmować inspektora właśnie w trewirskiej aptece, w której byłam kierownikiem i wspominam tę wizytę bardzo pozytywnie. W Polsce kierownicy aptek są bardzo spięci, zestresowani i ogólnie przejęci takim spotkaniem. Aczkolwiek moje ostatnie doświadczenia w naszym kraju dowiodły czegoś zupełnie innego.**

W Niemczech jest to zdecydowanie bardzo spokojne i rzeczowe spotkanie. W czasie kontroli inspektor spisuje protokół i stara się sugerować ewentualne poprawki i ulepszenia. Zaleca zmiany, jeśli są

www.stock.adobe.pl

afw

**MARIA KALICIAK-ROZIEL**

■ Absolwentka Wydziału Farmacji i Analityki Medycznej Akademii Medycznej we Wrocławiu. Przez 8 lat pracowała w aptece ogólnodostępnej we Wrocławiu. Od 2007 r. wykonuje zawód farmaceuty w Niemczech. Od 2012 r. prowadzi tam własną działalność aptekarską.

konieczne. Miałam okazję kilkakrotnie przyjmować inspektora, między innymi przy zakupie i otwarciu nowej apteki, a także przy zmianie lokalu. Wszystkie wizyty wspominam bardzo pozytywnie, inspektorzy byli osobami wspierającymi, służącymi pomocą i sugerującymi konstruktywne rozwiązania.

**Jak wygląda realizacja recept? Myślę, że dla polskiego czytelnika akurat ten aspekt może być dużym zaskoczeniem.**

W tym obszarze pracy aptekarskiej różnice są zdecydowanie większe. W Niemczech istnieje kilkadziesiąt kas chorych, które co dwa lata podpisują nowe umowy z firmami farmaceutycznymi na leki refundowane. W praktyce dla apteki, a przede wszystkim dla pacjenta oznacza to, że przez dwa lata pan Schmidt otrzymuje Bisoprolol na przykład firmy Ratiopharm, a przez dwa kolejne innej, przykładowo Hexal. Leki każdego producenta mają szansę trafić na listę leków refundowanych. System działa tak, że kasy chorych podpisują kontrakty z określonymi firmami farmaceutycznymi i następnie, my, aptekarze mamy obowiązek wydać lek z listy przypisanej do konkretnej

afw

afw

afw

afw

MGR FARM. MARIA KALICIAK-ROZIEL PROWADZI W REGIONIE NAD MOZELĄ DWIE APTEKI OGÓLNODOSTĘPNE

kasy chorych. Można ewentualnie wydać lek innej firmy niż ten zapisany na recepcie przez lekarza, nawet oryginalny, ale wówczas różnicę w cenie dobrowolnie ponosi pacjent. W 95% przypadków pacjenci odbierają leki, za które płaci kasa chorych. Jeśli chodzi o dopłaty do leków, to system jest bardzo prosty i zrozumiały także dla pacjenta. Jeśli cena leku nie przekracza 50 euro, pacjent dopłaca 5 euro. Jeśli cena mieści się między 50 a 100 euro, wówczas pacjent dopłaca 10% wartości. Przykładowo, jeśli lek kosztuje 73 euro, pacjent dopłaca 7,3 euro. Każdy lek w cenie wyższej niż 100 euro wiąże się z opłatą 10 euro, nawet jeśli kosztuje kilka tysięcy euro. W przypadku recept dla dzieci do dwunastego roku życia leki wydawane są bezpłatnie, także leki OTC przepisane przez lekarza na recepcie lekarskiej. W tym przypadku bardzo często przepisywane są leki homeopatyczne, na przykład Euphorbium Compositum, Engystol czy Angin firmy HEEL, a także preparaty roślinne czy standardowe krople do nosa. Dla młodzieży między 12. a 18. rokiem życia leki także są bezpłatne, jednak z wyłączeniem leków OTC.

**Jak wygląda refundacja i cały proces rozliczania recept? Pamiętam, że pod tym względem między Polską a Niemcami były zasadnicze różnice.**

Tak jest nadal. Recepty są wysyłane dwa razy w miesiącu do centrum rozliczeniowego – 15 dnia miesiąca i na koniec miesiąca. Wszystkie recepty opuszczają aptekę na zawsze. Nigdy już do mnie nie wracają. W ciągu dwóch – trzech tygodni mam wgląd na drodze online i mogę receptę wycofać, poprosić o jej zwrot (wraca pocztą) i wprowadzić ewentualne poprawki, jeśli był popełniony błąd przy nadruku.

**Czy to oznacza, że w Niemczech nadal funkcjonują recepty papierowe? A co z systemem elektronicznym?**

Niestety, w Niemczech system elektroniczny nadal nie jest powszechny. To problem systemów IT. Pod tym względem Polska jest zdecydowanie w lepszej sytuacji.

**Czy dyżury nocne są dodatkowo rozliczane? Kiedy jeszcze pracowałam w Niemczech, doliczaliśmy opłatę 2,5 euro za receptę. Jakie zasady obowiązuje obecnie?**

Częściowo jest tak samo, tak więc na recepty wystawione w dniu dyżuru doliczamy opłatę 2,5 euro, którą płaci kasa chorych. W pozostałych przypadkach doliczamy taką kwotę pacjentowi do rachunku. Dodatkowo dla aptek zostały ustalone roczne dopłaty za prowadzenie dyżurów nocnych. Jeden dyżur to rekompensata w wysokości 245 euro. Zostało to wprowadzone w celu ratowania i wspierania Landapotheken, czyli aptek wiejskich, prowincjonalnych, w których dyżury nocne są często kompletnie nieopłacalne. Od czasu pandemii za dostarczenie leków do domu (dokładnie raz w tygodniu, jedna recepta na jedno gospodarstwo domowe) doliczamy opłatę 2,98 euro.

**Dobrze, że o tym wspomniałaś. W naszych aptekach zawsze był serwis w postaci dostawy leków do domu. Często robiłyśmy to same, osobiście. Szczególnie jeśli dotyczyło to starszych i mniej lub całkiem niemobilnych pacjentów. Rozumiem, że ta praktyka nadal jest żywa?**

Tak, jak najbardziej. Właściwie bez niej żadna apteka nie ma szans na przetrwanie. Szczególnie w małych miejscowościach. To zupełnie powszechne.

**A co z recepturą? Podczas mojej ostatniej pracy w berlińskiej aptece miałam okazję prowadzić bogatą dokumentację kontroli tożsamości substancji używanych do receptury. Jak to obecnie wygląda?**

Receptura w niemieckich aptekach, podobnie jak w polskich, wymaga od aptekarzy bardzo dużej uważności i wiedzy. Konieczne jest sprawdzenie zgodności substancji użytych do receptury (Plalusibilitaet). W niemieckiej aptece oprócz receptury mamy dobrze wyposażone i bogato zaopatrzone w odczynniki laboratoria. Do niedawna to technicy wykonywali mozolną pracę wewnętrznej kontroli substancji przeznaczonych do receptury, czyli podłoży, roztworów i substancji czynnych. Obecnie większość aptek jest wyposażona w spektrometr, który pozwala zaoszczędzić czas i jednocześnie z dużą dokładnością potwierdzić tożsamość badanej substancji. Dodatkowo dostępne są programy pozwalające sprawdzić zgodność lub niezgodność wykonywanej receptury. Roczna licencja takiego programu to koszt około 400 euro.

**Czy zawód farmaceuty nadal cieszy się poważaniem i zaufaniem wśród pacjentów zamieszkujących Niemcy?**

Zdecydowanie tak. To nadal zawód zaufania publicznego. Szczególnie odczuwamy to na wsiach i w małych osiedlowych aptekach. Pacjenci są zwykle stałymi klientami. Znamy ich z imienia i nazwiska. Znamy ich rodziny. Oni znają nas. Z okazji świąt, rocznic czy urodzin pacjenci przynoszą nam domowe ciasto, wino, kwiaty czy kartki z życzeniami, wyrażając w ten sposób swoją wdzięczność. To naprawdę piękny zwyczaj. Dla nas to bardzo miłe, bo jest wyrazem uznania naszej ciężkiej pracy i zaangażowania.

**Marysiu, dziękuję za rozmowę i życzę Tobie pomyślności w dalszej pracy.**

afw

mgr farm.
**MAGDALENA TODYS**
Absolwentka Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej (obecnie Uniwersytet Medyczny) w Lublinie, w latach 2006-2018 pracowała w aptekach w Trewirze i Berlinie, od czerwca 2022 r. jest kierownikiem Działu Farmacji Szpitalnej na Oddziale Kardiologii Szpitala Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie

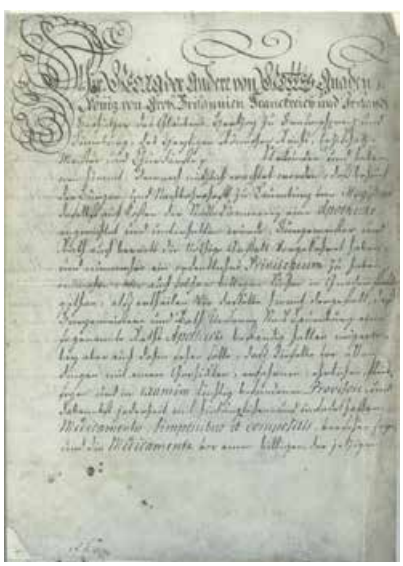
dr KLAUS KOCH
dr SUSANNE TIMM

# OCALONA OD ZAPOMNIENIA

## Zabytkowa „Lauenburger Raths-Apotheke" w hamburskim Altonaer Museum

Współczesna apteka z wystawionymi na półkach opakowaniami leków i suplementów diety produkowanych przemysłowo nie jest już tym magicznym miejscem, pełnym naczyń z tajemniczymi łacińskimi nazwami substancji i płynów, z których kiedyś aptekarz samodzielnie przygotowywał leki. Te czasy minęły bezpowrotnie. Farmaceutę coraz częściej wspomaga w pracy robot apteczny. Mimo całej radości z postępu w medycynie i farmacji warto spojrzeć w przeszłość, bo wygląd starych aptek to więcej niż odległe wspomnienie o niegdysiejszej roli i znaczeniu zawodu aptekarza.

Niewiele starych aptek przetrwało do dnia dzisiejszego. W Hamburgu w wyniku ogromnych zniszczeń podczas II wojny światowej wiele historycznych aptek zniknęło na zawsze – ocalały dwie: „Pelikan-Apotheke" na Großneumarkt i apteka „Zum Ritter St.Georg" przy ulicy Lange Reihe, które zostały zmodernizowane i nadal przyjmują pacjentów. Imponującym przykładem w Polsce jest apteka „Pod Gwiazdą" w Stargardzie pod Szczecinem. Miejscowemu aptekarzowi, dr. Jerzemu Waliszewskiemu, udało się wielkim wysiłkiem uratować tę dziewiętnastowieczną aptekę przed zniszczeniem. Obecnie apteka znajduje się w Muzeum Archeologiczno-Historycznym obok ratusza w Stargardzie. Podobny los spotkał starą aptekę ratuszową „Lauenburger Raths-Apotheke" w niemieckim mieście Lauenburg nad Łabą, która w 1996 r. została przeniesiona do muzeum w hamburskiej dzielnicy Altona, nieopodal dworca kolejowego Hamburg-Altona.



Altonaer Museum

PRZYWILEJ DLA „RATHS-APOTHEKE" Z 1736 ROKU

OTTO LUDWIG THUN

LAUENBURG NAD ŁABĄ – RZEKĄ, KTÓRA UKSZTAŁTOWAŁA HISTORIĘ TEGO MIASTA

www.stock.adobe.pl

Pierwsza apteka w Lauenburgu powstała w 1694 r. na mocy prywatnego przywileju i przetrwała do 1735 r. Nowy przywilej został nadany miastu Lauenburg 26 marca 1736 r. przez króla Wielkiej Brytanii i Irlandii Jerzego II z dynastii hanowerskiej. Było to spowodowane przynależnością Lauenburga do księstwa Hanoweru, które w latach 1714-1837 połączone było unią personalną z Wielką Brytanią. Rada Miasta uzyskała prawo do prowadzenia apteki miejskiej, co zapewniło jej niezależność, między innymi nie obejmowały ją przepisy cechowe. Obiekt ten, nazwany „Raths-Apotheke", stanowiący własność Lauenburga, został wydzierżawiony aptekarzowi, aby zapewnić miastu dodatkowe źródło dochodów. Ze względu na bezpośrednie położenie przy Łabie przepływające barki mogły cumować na tyłach tej apteki i uzupełniać swoje pokładowe apteczki. Z powodu częstego zalewania przybrzeżnych terenów przez Łabę „Raths-Apotheke" nie mogła, jak inne apteki, posiadać swojej piwnicy na leki. Dzięki specjalnemu zezwoleniu leki przeznaczone do przechowywania w piwnicach mogły być składowane na poziome gruntu, mimo tego pomieszczenie zachowało nazwę Arzneikeller (piwnica apteczna).

Kiedy w 1821 r. miała nastąpić kolejna zmiana aptekarza, Rada Miasta chciała przekazać prawo do prowadzenia „Raths-Apotheke" wdowie po poprzednim właścicielu, natomiast rząd okręgowy w Ratzeburgu faworyzował czeladnika aptekarskiego Otto Ludwiga Thuna, syna kupca. Ostatecznie rząd w Kopenhadze rozstrzygnął spór na korzyść Thuna. Młody aptekarz nabył dom przy Elbstrasse 64 i wyposażył aptekę w nowe meble. W 1824 r., po krótkim okresie dzierżawy, Otto Ludwig Thun nabył przywilej prowadzenia apteki od miasta Lauenburg za 8500 talarów (Reichstaler), dzięki czemu „Raths-Apotheke"

Altonaer Museum

RECEPTURA I IZBA EKSPEDYCYJNA PRZENIESIONA Z DAWNEJ „RATHS-APOTHEKE" W LAUENBURGU (BUDYNEK NA ZDJĘCIU)

stała się własnością prywatną i taką pozostała aż do jej zamknięcia w 1990 r. i przeniesienia do muzeum w Altonie w 1996 r.

Muzeum w Altonie – obecnie jest to dzielnica Hamburga, miasta na prawach kraju związkowego – przy Museumsstrasse 23 zostało wzniesione w 1903 r. W placówce tej lokowano zespoły pomieszczeń, które stały się częścią wystawy stałej. Zwiedzający przechodzi z izby do izby, wtapiając się w klimat lat minionych. Są to: dom Kate Rieck, 16 zabytkowych budynków gospodarczych z północnych Niemiec, sklep ogólnospożywczy z Altenwerder oraz różne warsztaty związane z żeglugą i rybołówstwem, między innymi budka poławiaczy homarów z Helgolandu.

Jak to się stało, że „Raths-Apotheke" z Lauenburga, położonego około 50 km na południowy wschód od Hamburga, trafia do muzeum w Altonie? Farmaceutka Margarete Lammers (1915-2006), ostatnia właścicielka, pragnęła zachować swoją zadbaną zabytkową aptekę dla przyszłych pokoleń. Altonaer Museum jako krajowa instytucja muzealna północnych Niemiec było najodpowiedniejszym miejscem do przejęcia starej „Raths-Apotheke" i zaprezentowania jej jako instalacji (wystawy) otwartej dla zwiedzających. Było również gotowe zaakceptować warunki postawione przez Margarete Lammers. Umowa notarialna pomiędzy muzeum w Altonie a właścicielką apteki uwzględnia wyrażoną przez nią wolę, aby zachować „Raths-Apotheke" w całości. Muzeum zobowiązało się do przeniesienia całego wyposażenia apteki do sal wystawowych, a także sporządzenia szczegółowej dokumentacji z planami, szkicami i opisem wszystkich obiektów.

24 kwietnia 2001 r. w obecności już 86-letniej byłej właścicielki Margarete Lammers nastąpiło uroczyste otwarcie umiejscowionej na trzecim piętrze muzeum w Altonie „Raths-Apotheke".

Odrestaurowanie mebli i urządzenie całego zespołu pomieszczeń: sieni jako sali sprzedaży, poradni z recepturą, laboratorium, komory materiałowej, komory wstrząsowej i piwnicy lekarskiej, a także ewidencja wszystkich przedmiotów zajęła sporo czasu. Przy okazji przeniesienia eksponatów do placówki muzealnej w Altonie pracownicy muzeum szczegółowo zinwentaryzowali wszystkie elementy wyposażenia.

W Altonaer Museum wyeksponowano stare środki lecznicze, takie jak suszone korzenie, zioła,

aromatyczne olejki, proszki, dziwnie pachnące herbaty oraz surowce odzwierzęce, stosowane w przeszłości jako leki, które świadczą o możliwościach terapii w czasach wszechobecnego strachu przed szalejącymi epidemiami, na przykład cholery, której ofiarą 8 października 1848 r. padł Otto Ludwig Thun. Ponadto w muzeum znajdują się garnki na pijawki, mikroskopy, termometry, moździerze, także te służące do rozcierania morfiny, skrzynki piżmowe itp.

Wyposażenie gabinetu „Raths-Apotheke" jest proste i odzwierciedla różne etapy realizacji. Można dostrzec dużą trzyczęściową półkę wiszącą z 1736 r., stół recepturowy z 1824 r. oraz inne elementy wyposażenia z okresu między drugą połową XIX a połową XX wieku. W poszukiwaniu pierwotnej kolorystyki „Raths-Apotheke" odsłonięto 16 warstw różnych farb, między innymi najstarsze – z dominującą barwą niebieską i czerwoną (krawędzie). Następnie meble przemalowywane były na różne odcienie szarości i zieleni.

Wnętrza „Raths-Apotheke", zrekonstruowanej w hamburskim muzeum, pozwalają nam spojrzeć na 250 lat historii farmacji. Należy zauważyć, że w chwili zamknięcia w 1990 r. apteka ta już dawno przestała spełniać wymogi nowoczesnej placówki aptecznej. Nie miała systemu szafek szufladowych ani nowoczesnego stołu recepturowego. Niezwykły jest jednak zasięg i wszechstronność tej małomiasteczkowej apteki, która musiała obsługiwać także pacjentów z okolicznych obszarów wiejskich. Oprócz mechanicznego sprzętu laboratoryjnego do produkcji leków we własnym zakresie w aptece istniało dobrze wyposażone laboratorium chemiczne i komora wstrząsowa do ziół. Godny uwagi jest również bogaty zasób leków homeopatycznych.

Warto podkreślić, że w muzeum w Altonie pracują liczni wolontariusze, należący do Stowarzyszenia Przyjaciół Muzeum w Altonie e.V. Dzięki swoim doświadczeniom przekazują oni zwiedzającym wiedzę i umiejętności dawnych aptekarzy. W niektóre dni aptekarze-ochotnicy demonstrują, jak w dawnych czasach sporządzano pigułki, maści czy krople do oczu. Zwiedzający informowani są też o funkcjonowaniu systemu aptecznego w kontekście społeczno-historycznym, a także o różnych etapach rozwoju dyscypliny nauki farmaceutyczne.

Projekt finansowany przez Federalne Ministerstwo Edukacji i Badań Naukowych (BMBF) umożliwił włączenie tego zespołu pomieszczeń ponownie do badań muzealnych jako tak zwane Dziedzictwo Kulturowe Hamburga „Lauenburger Raths-Apotheke" w Altonaer Museum. Projekt zakłada wykorzystanie środków cyfrowych do ponownego zinwentaryzowania apteki i jej fotograficznej dokumentacji. W ten sposób z jednej strony można zachować wielopłaszczyznowe obiekty apteki w ich wielowarstwowym kontekście historycznym, a z drugiej utrwalić jako dziedzictwo kulturowe i źródło wiedzy oraz udostępnić je przez Internet. Jest to obszerne i bardzo specjalistyczne zadanie, realizowane przez zespół pracowników muzeum oraz wolontariuszy – farmaceutów i chemików.

W 2011 r. grupa polskich aptekarzy ze Stargardu i Szczecina, wśród których był dr n. farm. Jerzy Waliszewski, podziwiała zabytkową „Raths-Apotheke", oprowadzana przez farmaceutę dr. Rudolpha Rinckera.

Obecnie farmacja jest coraz bardziej zdominowana przez biotechnologię i chemię, wspomagana komputerowo, co powoduje, że współczesna wiedza farmaceutyczna jest większa niż kiedykolwiek wcześniej. Nadal jednak jednym z najważniejszych zadań farmaceuty jest przekazywanie tej wiedzy w sposób zrozumiały dla pacjentów. Tak opisuje to jeden z byłych farmaceutów-wolontariuszy Ulrich Menard i dodaje, że umiejętność profesjonalnej komunikacji wymaga pewności siebie, godnego zachowania i doceniania własnej historii zawodowej, bo przyszłość należy do tych, którzy znają przeszłość.

EJ/afw

dr **KLAUS KOCH**
Hamburski aptekarz i historyk farmacji

afw

dr **SUSANNE TIMM**
Historyk sztuki, kierownik projektu Lauenburger Raths-Apotheke w Altonaer Museum

dr HANNA CYTRYŃSKA

# DUCH ROMAŃSKI

## Burzliwe losy apteki „Pod Orłem" w Strzelnie

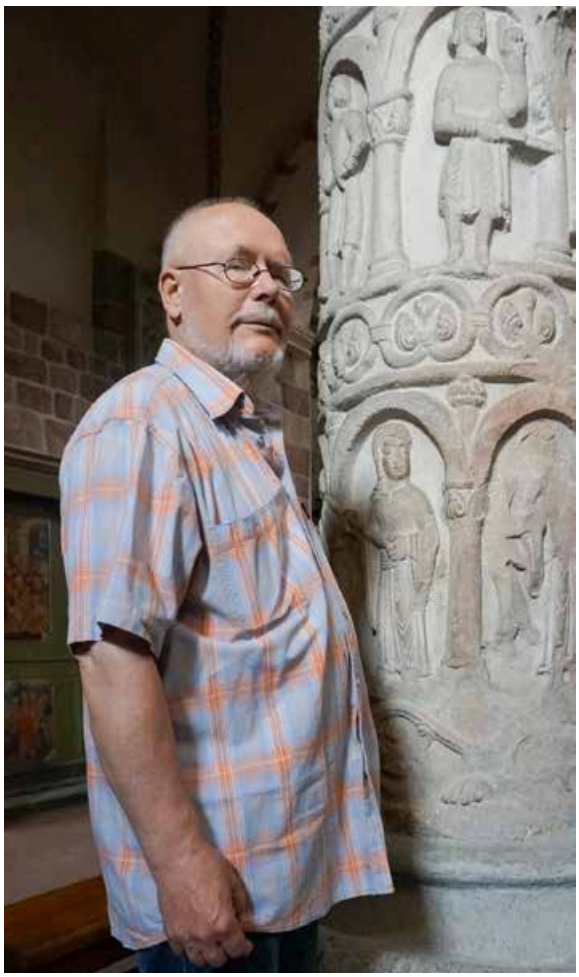
Najwspanialsze zabytki sztuki romańskiej pochodzą z okresu rozbicia dzielnicowego. Lata 1138-1320 były znakomitym okresem dla rozwoju kultury, świadomości narodowej i życia artystycznego[1]. W Strzelnie na wzgórzu św. Wojciecha powstał kościół pod wezwaniem św. Prokopa. Założenie oparte o rotundową nawę reprezentowało sieć kościołów targowych, stwarzających materialne podstawy inkorporacji chrześcijaństwa w życie wiejskich społeczności[2]. Pod koniec XII wieku w kompleksie klasztornym sióstr norbertanek, realizujących powołanie we wspólnocie kontemplacyjnej, powstał kościół pod wezwaniem Świętej Trójcy[3]. W nawie głównej, pomimo licznych przebudowań, zachowały się kolumny o zdobionych trzonach i głowicach. reprezentujące nurt sztuki romańskiej adekwatny do rozwiązań z Kolonii i Quedlinburga. Od 50 lat kolumny udekorowane personifikacjami Cnót i Przywar stanowią twórczą inspirację dla aptekarza Jana Harasimowicza, artysty rzeźbiarza z apteki „Romańskiej".

W latach 1800-1839 funkcjonowała w Strzelnie apteka Jana Georga Schulze. Oficjalną zgodę na prowadzenie działalności wydała Królewska Kamera Wojenno-Skarbowa Prus Zachodnich w 1804 r., a rutynową kontrolę sanitarną przeprowadzono po 13 latach. Z protokołu pokontrolnego podpisanego przez fizyka dr. Wolffa i prowizora Alschera wynikało, że apteka rozpoczęła działalność w zaprezentowanym lokalu dopiero w 1816 r. Niestety, komisja nie ustaliła poprzedniej lokalizacji apteki działającej przez 16 lat na terenie miasta. Lokal kontrolowanej apteki, mieszczący się w jednopiętrowej kamienicy narożnej przy Rynku 8, uzyskał ocenę pozytywną. Izba ekspedycyjna o wymiarach 6,7 m × 2,4 m × 3,1 m posiadała okno oraz oddzielne wejście z płyty rynku. Materialnia

ROMAŃSKA ROTUNDA ŚWIĘTEGO PROKOPA ORAZ PONORBERTAŃSKI KOŚCIÓŁ ŚWIĘTEJ TRÓJCY I NAJŚWIĘTSZEJ MARII PANNY W STRZELNIE www.stock.adobe.pl

znajdowała się obok w strefie przyziemia, a laboratorium wraz z pięterkiem zielarni było zlokalizowane w budynku na podwórzu. Ocena czystości i porządku oraz wiadomości fachowych aptekarza wypadła pozytywnie. W protokole zanotowano niewielki obrót lekarstwami i zaaprobowano przygotowywanie preparatów na miejscu, z wyjątkiem zakupu soli i compositów. Kolejne kontrole przeprowadzano w latach 1824-1833. Jan Georg Schulze zadeklarował powiększenie apteki o dodatkowe pomieszczenie dobudowane od strony podwórza, rozpoczął handel winem, korzeniami oraz utrzymywał agencję pocztową. W późniejszych raportach notowano notoryczny brak porządku, co skutkowało karami pieniężnymi. W latach 1834–1835, pomimo zatrudniania czterech pomocników, kontrole wykazały poważne uchybienia. Zarzucano aptekarzowi między innymi używanie nietarowanych odważników, co groziło odebraniem koncesji. W protokole z 1835 r. podano nowy wymiar izby ekspedycyjnej 8,9 m × 5,5 m × 2,9 m. Z porównania danych metrycznych wynika, że zgodnie z deklaracją aptekarz rozbudowywał lokal, a permanentny bałagan związany z robotami budowlanymi był nie do zaakceptowania przez komisję sanitarną. Groźba zamknięcia działalności i wysokie kary pieniężne poskutkowały i kontrola przeprowadzona w 1837 r. nie zanotowała żadnych uchybień (porządek pochwały godzien, czystość, stan apteki dobry, na ogół zadowalający)[4]. W ostatnim protokole z 1839 r. zanotowano informacje o pomocniku pracującym w aptece.

19 sierpnia 1839 r. (prawdopodobnie po śmierci Jana Georga Schulze) Fryderyk August Pielke dysponował prawami majątkowymi aptekarza i natychmiast aktem notarialnym dokonał sprzedaży apteki Janowi Boguchwałowi Klamrothowi z Pakości. Zanim dokonano formalnego przeniesienia własności



Eugeniusz Jamsik

JAN HARASIMOWICZ

## APTEKI WIELKOPOLSKIE

Dr Hanna Cytryńska realizuje projekt wydawniczy pod tytułem „Apteki wielkopolskie", którego celem jest ukazanie działalności aptek i aptekarzy w Wielkopolsce. Projekt zakłada między innymi przedstawienie sylwetek aptekarzy wplecionych w historię miast i miasteczek nie tylko w obszarach związanych z farmacją. Często pełnili oni urzędy burmistrzów, wójtów i ławników i rozwiązywali istotne problemy społeczne. Przykładem jest burmistrz Kalisza Adam Czerwieniewicz, który w 1692 r. stworzył struktury działania organizacji uznawanej dzisiaj za prekursora Straży Pożarnej.

W publikacji podkreśla się istotną rolę, jaką odegrali wielkopolscy aptekarze na terenie zaboru pruskiego, prowadząc działalność pozwalającą przetrwać kulturze polskiej. W Pleszewie nestor rodziny Suchockich (dziadek premier Hanny Suchockiej) Leopold założył koło śpiewacze upowszechniające polskie pieśni patriotyczne. Łobżenicki aptekarz Józef Reinholz zaangażował się w walkę o odzyskanie niepodległości w 1918 r., działając później na rzecz społeczności miasteczka. Jako burmistrz został rozstrzelany przez Niemców w pierwszych dniach II wojny światowej.

Autorka przedstawia też farmaceutów artystów. Osią historii aptekarskiej w Pobiedziskach jest rzeźbiarz Julian Boss–Gosławski, który wykonał dla poznańskiego Muzeum Farmacji drzwi z symbolem aptekarskim. W Strzelnie działa aptekarz Jan Harasimowicz, artysta, dla którego inspiracją jest sztuka romańska, której materialne ślady przetrwały w tamtejszej kolegiacie. *(EJ)*

na Klamrotha, aptekarz Pielke przyrzekł sprzedaż strzeleńskiej apteki Karolowi Hoffmanowi ze Strasburga. Ponieważ transakcja nie doszła do skutku, Hoffman wniósł skargę na niewykonanie przyrzeczenia. Niestety, nie wiadomo, jak zakończyła się sprawa Hoffmana przeciwko Pielkemu.

Aptekarz Fryderyk August Pielke pieniądze ze sprzedaży postanowił zainwestować w fabrykę mydła. Odstąpił jednak od pomysłu, ponieważ w Gołańczy otrzymał koncesję na otwarcie apteki. Niestety, z powodu braków utensyliów i wyposażenia dopiero w 1851 r. wyrażono zgodę na uruchomienie działalności[5].

Jan Boguchwał Klamroth działał tylko 2 lata i sprzedał aptekę Karolowi Hoffmanowi, który zrealizował pierwotne zamierzenie utworzenia w Strzelnie aptekarskiej dynastii. Kolejnym potwierdzonym właścicielem apteki „Pod Czarnym Orłem" w 1882 r. był Oskar Hoffman. Na Wystawie Krajowej w Krakowie w 1887 r. aptekarz Pinkowski ze Strzelna zaprezentował esencję żołądkową kaszubską według receptury własnej[6]. Następnymi właścicielami byli: B. Leppel (1888 r.) i F. Życki (1890 r.). W 1899 r. aptekę kupił Henryk Umbreit. Studia na Wydziale Farmaceutycznym Królewsko-Pruskiego Uniwersytetu we Wrocławiu ukończył w 1892 r. Dodatkowo studiował nauki filozoficzne i uzyskał stopnień doktora filozofii. Po zakończeniu studiów został wykładowcą na Uniwersytecie Viadrina oraz członkiem zwyczajnym i rewizorem Wydziału Przyrodniczego Polskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk[7]. W 1902 r. aptekę kupił Alfons Amrogowicz, późniejszy właściciel poznańskiej apteki „Zielonej".

Od 1913 r. właścicielem apteki był Michał Stęczniewski. Nie wiadomo, kiedy apteka została przeniesiona z kamienicy przy Rynku 8 do nowych pomieszczeń przy Rynku 2. Na pocztówce datowanej 1905-1908 widnieje napis APTEKA i godło Czarnego Orła na elewacji w starej lokalizacji. Według Rocznika Lekarskiego Rzeczypospolitej Polskiej w 1936 r.

właścicielem apteki nadal był Michał Stęczniewski, natomiast mieściła się już pod adresem Rynek 2 oraz miała nową nazwę „Pod Białym Orłem”[8]. Aż do upaństwowienia w 1951 r. apteka nadal była własnością rodziny Stęczniewskich.

Kierownikiem apteki „Pod Orłem” w Strzelnie w 1974 r. został mgr farm. Jan Harasimowicz i pracował w niej 20 lat, służąc pacjentom specjalistyczną wiedzą i doświadczeniem. Urodzony we wsi Stajki na Wileńszczyźnie, chodził do szkoły podstawowej w Wilnie, szkołę średnią ukończył w Bydgoszczy, natomiast studia na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Gdańsku. W 1994 r. mgr farm. Jan Harasimowicz i mgr farm. Bogumiła Reinholz otworzyli aptekę „Romańską” przy ul. św. Ducha i rozpoczęli nowy rozdział strzeleńskiego aptekarstwa. Duża izba ekspedycyjna oraz dobrze zaprojektowane pod względem technologicznym pomieszczenia magazynowe pozwoliły szybciej obsługiwać pacjentów, a doskonale wyposażona izba recepturowa umożliwiała przygotowanie leku na cito. Aptekarz Jan Harasimowicz jest współcześnie jedną z najbarwniejszych postaci wśród farmaceutów. W swojej pracowni maluje i rzeźbi otaczającą go rzeczywistość, wypełnioną misją dyspozycyjności wobec pacjentów. Specjalizuje się w płaskorzeźbach o tematyce aptekarskiej, ukazując świat dawnych pracowni i utensyliów. Drugą inspiracją jest kultura romańska, która oddziaływuje na jego twórczość z położonego nieopodal kościoła Świętej Trójcy i NMP oraz rotundy św. Prokopa. Najciekawszymi dziełami aptekarza są interpretacje figuralnych przedstawień Cnót i Przywar z romańskich kolumn. Jego prace wyrzeźbione w lipowym drewnie znajdują się w kolekcjach prywatnych i muzeach Watykanu, Japonii, RPA, Norwegii i Francji, a wystawy cieszą się dużym zainteresowaniem na całym świecie. Twórca statuetki Galena, wręczanej Aptekarzowi Roku, autor przydrożnych kapliczek wokół Strzelna, wojów piastowskich i znakomity farmaceuta, pochylający się nad chorym pacjentem[9].

W 1994 r. aptekę przy Rynku 2 na fali reprywatyzacji wykupił Jerzy Stęczniewski i prowadził pod szyldem „Pod Białym Orłem”. Obecnie apteka jest zamknięta.

fotopolska.eu

RYNEK W STRZELNIE (POCZTÓWKA Z LAT 1905–1908). NAD DRZWIAMI W KAMIENICY NR 8, NAROŻNEJ Z ULICĄ PIEKARSKĄ, JEST Nnapis APTEKA, A NAD OKNEM IZBY EKSPEDYCYJNEJ GODŁO CZARNEGO ORŁA

RŚ/afw

dr **HANNA CYTRYŃSKA**
Architekt wnętrz. Autorka książek „Poznańskie apteki. Wnętrza, historia, wyposażenie” (Poznań 2016) i „Apteki klasztorne i szpitalne Poznania” (Poznań 2019) oraz artykułów związanych z historią farmacji i układami przestrzennymi wnętrz. Członek Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego

PRZYPISY:

[1] J. Topolski, *Wielkopolska poprzez wieki*, Poznań 2018, s. 78.
[2] T. Manteuffel, *Monarchia wczesnopiastowska*,[w:] J. Tazbir (red.), *Zarys historii Polski*, Warszawa 1980, s. 38.
[3] A. Mirek, *Atlas żeńskiego ruchu zakonnego na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, Lublin 2007, s. 114.
[4] L. Kostrzeński, *Materiały do historii aptek wielkopolskich*, Warszawa 1936, t.2. s. 197.
[5] *ibidem*, s. 54.
[6] S. Proń, *Musaeum Poloniae Pharmaceuticum*, Warszawa 1967, s. 303.
[7] A. Drygas, *Apteka Pod Orłem w Trzemesznie*, Łódź 2008, s. 49.
[8] S. Konopka, *Rocznik Lekarski Rzeczypospolitej Polskiej na 1936 rok*, Warszawa 1936.
[9] E. Jarosik, *Rzeźbiarz z apteki Romańskiej*, „Farmacja Wielkopolska”, nr 4-5, wrzesień/październik/ listopad/grudzień 2018, s. 60-65.

Sylwia Gruszewska

# MIĘDZY NIEBEM A ZIEMIĄ

„Farmaceuta w aptece ma ograniczone możliwości podejmowania wolnych decyzji, ponieważ musi dopasować się do systemu. Albo inaczej: jeżeli podejmuje te wolne decyzje, ze względu na dobro pacjenta, to często staje w kontrze do systemu, czymś ryzykuje. Jednak dzięki temu rodzi się satysfakcja, że pacjenci nam ufają i nas cenią" – mówi **AGATA SŁYK**, farmaceutka, artystka, autorka kilkudziesięciu ikon, w rozmowie z **Eugeniuszem Jarosikiem**, redaktorem naczelnym „Farmacji Wielkopolskiej".

**EUGENIUSZ JAROSIK: Jest Pani absolwentką Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Co skłoniło Panią do studiowania farmacji?**

**AGATA SŁYK:** Z całą pewnością dziś, kiedy jestem dojrzałą osobą, odpowiedziałabym na to pytanie inaczej niż 20 lat temu. Zdecydowany wpływ na ten wybór miała postawa mojej mamy, która jest farmaceutką i wykonuje ten zawód od niemal pięćdziesięciu lat.

**Po studiach pracowała Pani w aptekach warszawskich, a potem w aptece rodzinnej w Garbatce-Letnisko. Kierowała też Pani apteką „Lawenda". Jak postrzega Pani rolę i pozycję aptekarza w naszym kraju? Jakie są Pani refleksje związane z wykonywaniem zawodu farmaceuty?**

Szeroki i trudny temat. Miałam możliwość obserwować ten zawód, właśnie ze względu na pracę mamy, od dawna. Od 18 lat patrzę już nie z boku, ale zza pierwszego stołu. Ukształtowało się we mnie przeświadczenie, że jest to zawód pomocowy. Jednak wraz ze stażem pracy coraz bardziej dostrzegałam, że farmaceuta istnieje w systemie: patologiczna konkurencja, dominacja firm z ogromnym kapitałem (rynek aptek, dystrybucji, produkcji), nieuczciwa reklama... Aptekarz stał się pionkiem, koniecznym, ale tylko pionkiem w tym systemie. Farmaceuta w aptece ma ograniczone możliwości podejmowania wolnych decyzji, ponieważ musi dopasować się do systemu. Albo inaczej: jeżeli podejmuje te wolne decyzje, ze względu na dobro pacjenta, to często staje w kontrze do systemu, czymś ryzykuje. Jednak dzięki temu rodzi się satysfakcja, że pacjenci nam ufają i nas cenią.

**Jako farmaceutka jest Pani wrażliwa na ludzkie cierpienie. Nieść profesjonalną pomoc jako „sługa życia" – jak pięknie nazwał farmaceutów Jan Paweł II – choremu, darząc go**

**empatią, a jednocześnie dzieląc się z nim swoją ogromną wiedzą i doświadczeniem zawodowym – to najważniejsze zadanie farmaceuty. Czego nauczyły Panią codzienne kontakty z pacjentami, ludźmi potrzebującymi nie tylko wsparcia lekowego, ale i duchowego?**

Bardzo pięknie Pan określił misję farmaceutów. W mojej pracy doświadczyłam, że dla osób chorujących, cierpiących i ich bliskich wyjaśnienie jakichś wątpliwości przez profesjonalistę, spotkanie się z życzliwością i zrozumieniem, krótka rozmowa mogą mieć bezcenną wartość.

**Niedawno postanowiła Pani zrezygnować z wykonywania zawodu farmaceuty. Skąd ta radykalna decyzja?**

Może i decyzja wydaje się radykalna, ale dla mnie ta zmiana taką nie jest. Dojrzewała. Kiedyś postrzegałam nasz zawód jako „służebny" i tak go określałam. Dwie niezależne osoby przypomniały mi niedawno o tym, że w pierwszych latach pracy mówiłam o pragnieniu pomagania ludziom i tak przedstawiałam sens pracy w aptece. Po latach nie tylko zapomniałam o tym, ale czuję, że to się wypaliło. To, jak apteki funkcjonują w Polsce, kto rozdaje karty i jakie są zasady tej gry, co trzeba robić, aby być w grze, wszystko to sprawiło, że nabrałam niechęci do pracy w aptece. Przez kilka lat zastanawiałam się: gdzie lepiej i skuteczniej będę mogła zrealizować moje pragnienie pracy w zgodzie z wyznawanymi wartościami, cechami osobowości, zdolnościami? Kiedy zdecydowałam, że polem tym będzie psychologia, po prostu zakończyłam pracę w aptece i zaczęłam nowy etap.

**„Nigdy nie zrozumiemy ludzkiego życia, jeśli nie weźmiemy pod uwagę jego najwyższych dążeń. Rozwój, samorealizacja, dążenie do zdrowia, poszukiwanie tożsamości i autonomii, tęsknota za doskonałością muszą być bezwarunkowo przyjęte jako rozpowszechnione, a być może powszechne dążenia ludzkie [...]. Nie możesz dokonywać mądrych wyborów życiowych, jeśli nie odważysz się słuchać samego siebie, swego własnego Ja, w każdej chwili swojego życia" – to myśl Abrahama Maslowa, zapisana w książce „Motywacja i osobowość". Co jest na szczycie Pani „piramidy potrzeb"?**

Przytoczony cytat jest bardzo na miejscu w tej chwili naszej rozmowy. Zastanawiam się, gdybym nie znała idei samorealizacji Maslowa, to jak bym próbowała określać to szczytowe dążenie... Można się z przytoczonymi refleksjami Maslowa zgodzić albo powiedzieć: nie, ja to czuję inaczej. Przypominają mi się też słowa Jana Pawła II, że człowieka nie można do końca zrozumieć bez Chrystusa: „ani kim jest, ani jaka jest jego właściwa godność, ani jakie jest jego powołanie i ostateczne przeznaczenie". Wydaje mi się, że z całej historii człowieka, z przejawów kultury, religijności, można wnioskować, że jest w nim „od zawsze" pragnienie jakiejś pełni. Osobiście tę potrzebę nazwałabym pragnieniem piękna, dobra, harmonii, pokoju, zgody ze światem i sobą...

**Rozwój osobisty i zawodowy jest procesem dynamicznym i trwa aż po kres naszego życia. Gdzie zakreśliła Pani horyzont swoich marzeń i pragnień?**

Kiedy idziemy przed siebie, to horyzont się cały czas oddala... Tym, co nas powstrzymuje, co wyznacza kres, okazuje się być przemijanie, nasza biologia... Konieczność pogodzenia się z upływem czasu, starzeniem ciała jest niemałym wyzwaniem, kiedy staje się dojrzałym dorosłym. Ale mam nadzieję na rozwój przez kolejne kilkadziesiąt lat. Moim wzorem jest 85-letnia psychoterapeutka, wciąż aktywna zawodowo i pomagająca pacjentom.

**Co było punktem zwrotnym w Pani biografii artystycznej? Jaką rolę odegrała w Pani życiu warszawska grupa „Droga ikony", skupiająca twórców sztuki ikonopisarskiej?**

Czasem jakieś spotkanie, zdarzenie sprawia, że życie podąża już innym torem. Spotkanie z warsztatami ikonopisania było takim wydarzeniem. Na „Drodze Ikony" poznałam technikę tworzenia ikon i poznałam cudownych, pełnych pasji ludzi. Są obecni w moim życiu i sercu do dziś. Religijna motywacja, pragnienie modlitwy przez tworzenie ikony, kontakt ze środowiskiem twórców dały mi możliwość rozwinięcia talentu malarskiego, którego nie miałam okazji dostatecznie obudzić wcześniej.

**W centrum Pani życia artystycznego jest ikona. „Moja przygoda z ikoną jest, śmiało mogę powiedzieć, najważniejszym dramatem mego życia artystycznego i duchowego" – wyznał Jerzy Nowosielski. Czy powtórzyłaby Pani te słowa, odnosząc je do swojej twórczości?**

Ikonę pozostawiłam w obszarze „pasja, hobby". Nowosielski był Artystą w pełnym tego słowa znaczeniu. Tworzeniu było podporządkowane jego życie. Jego duch się musiał wyrazić w tej konkretnej formie, nawet jeśli Nowosielski nie miał przychylnej recepcji. Ja nie mam pewności, czy jestem artystą. Stawiam sobie wysoko

poprzeczkę i widzę, czego mi brakuje. Czasem jestem jedynie odtwórcą, kopistą. Ale właśnie na tym polegał kiedyś warsztat tworzenia ikon, na kopiowaniu, dlatego nie czuję, by mi to jakoś umniejszało. Wielokrotnie też słyszałam od odbiorców moich prac, że są wyjątkowe, duchowe. W każdej pracy wykonywanej ręcznie, szczególnie tak żmudnej jak ikonopisanie, jest odcisk osobowości twórcy, tego jak on postrzega świat. Jest więc czymś więcej niż rzemiosło.

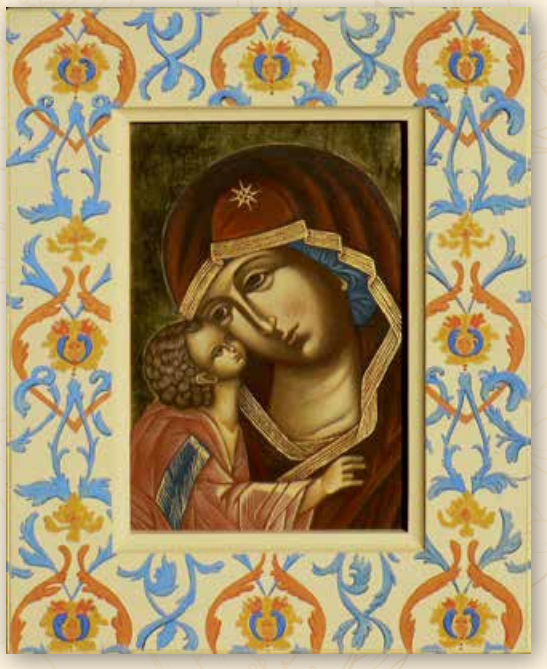
**Według Jerzego Nowosielskiego ikona jest nie tylko szczególnym miejscem teologicznym (*locus theologicus*), lecz także swoistym miejscem ekumenicznym (*locus ecumenicus*). Artysta przekonywał, że kult i kontemplacja ikony mogą być szkołą ekumenicznej wrażliwości oraz znakiem nadziei na przemianę człowieka i ostateczną przemianę świata. Podziela Pani tę refleksję?**

Zgadzam się z Nowosielskim. Tej ekumenicznej wrażliwości doświadczałam na przykład na międzynarodowych plenerach ikonopisów, gdzie modlili się wspólnie artyści z kręgu chrześcijaństwa zachodu i wschodu. Jednocześnie, jestem dziś bardziej skłonna myśleć o chrześcijaństwie, że przestaje mieć znaczenie w zachodniej kulturze. Że oglądamy zmierzch cywilizacji chrześcijańskiej. Tak, jak mówi o tym zjawisku profesor filozofii politycznej Chantal Delsol. Dlatego myślę, że wiara w chrześcijańskiego Boga, a wraz nią ikony, jako znak duchowego piękna, mogą za mojego życia nie mieć mocy zmieniania świata. Lecz jeśli zmieniają czyjeś życie, to przecież cały świat tego człowieka ulega zmianie.

**Co chce Pani przekazać światu, mówiąc językiem ikony? Jaki jest duch tego języka?**

Myślę, że jest to duch dialogu między wschodnim i zachodnim sposobem wyrażania tajemnicy Boga. W centrum religii chrześcijańskiej stoi człowiek i jego nadzieja na przemianę, albo powrót do źródła, czy domknięcie się cyklu stworzenia. Chcemy się stać dziećmi Boga, na wzór nowego Adama. Myślę, że widać to w moich pracach.

**Można tworzyć kopie starych ikon zgodnie z kanonem ikonograficznym ukształtowanym na przestrzeni wieków, ale można też, posługując się językiem ikony, wypowiadać rzeczy nowe, przemawiające do współczesnego człowieka zgodnie z wrażliwością estetyczną naszych czasów. Jakie są Pani doświadczenia w artystycznych działaniach**



**MATKA BOŻA DOŃSKA**

*Deska lipowa, 26×20, złocenie na pulment, tempera żółtkowa*

**ŚWIĘTY MICHAŁ ARCHANIOŁ**

*Deska, 32×21, lewkas, złocone złotem 23 ct tło i asystki, tempera żółtkowa*

**ŚWIĘTA TATIANA**

*Deska, 22×17, lewkas, złoto 23 ct, tempera żółtkowa*

**UBOGI**

*Deska, 35×30, lewkas, tempera żółtkowa*

**pomiędzy tym, co stare, uznane, a tym, co nowe, będące wynikiem własnych twórczych poszukiwań?**

Obserwując działania moich znajomych, zwłaszcza z Ukrainy, którzy zawodowo zajmują się ikoną, widzę, jak szerokiej gamy środków wyrazu używają. Niejednokrotnie zachwycają mnie te nowe formy. Trzeba sztukę sakralną podporządkować jej celowi: aby się dusza chciała modlić. Myślę, że współczesne zagrożenie dla ikonopisów tkwi w przymusie nadania indywidualnego piętna swoim dziełom, rozpoznawalnego i powtarzalnego charakteru. Wynika to z narcystycznego rysu naszych czasów. Jak wspomniałam, ja raczej twórczo interpretuję to, co mi się podoba i mnie porusza w dziełach anonimowych często mistrzów sprzed wieków. Lubię rekonstruować przedstawienie, które nie przetrwało w całości. Dopowiadać, nadawać mu na nowo pełny kształt. Poprawiam też czasem to, co oceniam, że nie udało się poprzedniemu twórcy.

**Jaka jest geneza ikon, które powstały według Pani własnej kompozycji, koncepcji artystycznej? Jaka rolę w procesie twórczym odgrywają wyobraźnia, lektura Biblii, osobiste duchowe doświadczenia?**

Moje pojmowanie chrześcijaństwa rozszerzyło się podczas studiów teologicznych u jezuitów oraz rekolekcji ignacjańskich, które są bardzo specyficzne i wymagające, a także przez obcowanie ze sztuką wschodu: ikonami i muzyką. Własne koncepcje powstawały siłą rzeczy, kiedy dany temat nie został jeszcze opracowany w ikonografii. Jak na przykład św. Szymon z Lipnicy albo bł. Emilian Kowcz. A czasem była to po prostu wewnętrzna potrzeba.

**Na jednej z ostatnich Pani prac, nazwanej przez Panią „Ubogi", rozgwieżdżone niebo otula zielone połaci ziemi, różnokolorowe rośliny i drzewa. To jak ikona ze szkoły Stroganowa, która odkryła piękno i poezję krajobrazu. Wiele ikon z tej szkoły ma panoramy z łąkami i wzgórzami, zwierzętami i lasami, ziołami i kwiatami. Autorzy ikon na ogół pozostali anonimowi. Wśród tych najbardziej znanych są tacy ikonografowie, jak Andriej Rublow, Michaił Wrubel czy Jerzy Nowosielski. Czy są szkoły ikonopisania lub konkretni twórcy, którzy są dla Pani szczególnym źródłem natchnienia?**

Zieleń, drzewa i kwiaty pojawiają się często na moich ikonach zapewne dlatego, że interesują mnie zioła i rośliny ozdobne. One towarzyszyły człowiekowi już w raju. Nie wyobrażam sobie bez nich nowej ziemi. A na ikonach przedstawia się właśnie tę przemienioną

rzeczywistość, do której zdążamy, której pragniemy. Jest kilku twórców, którzy wywarli na mnie szczególne wrażenie, na przykład Szymon Uszakow. Częściej jednak zatrzymuje mnie konkretna ikona. Jeżeli autor jest znany, szukam kolejnych jego prac i podziwiam. Są to zazwyczaj chwilowe fascynacje.

**Które ikony z kanonu ikonograficznego są najbliższe Pani sercu?**

Zdecydowanie Eleusa. Ponieważ to jest wręcz archetypiczne przedstawienie. Czułość matki przejawiająca się w spokojnej twarzy, delikatnym uśmiechu, uważnym spojrzeniu, ufne oparcie się dziecka w ramionach rodzicielki, figlarne pozy wyrażające poczucie zadowolenia i bezpieczeństwa – to dotyka elementarnego pragnienia absolutnie każdego człowieka. Każdy z nas ma matkę i każdy pragnąłby jako dziecko być tak przyjęty na świat jak to Dzieciątko. Maleńkie dziecko płacząc zdradza to właśnie oczekiwanie – że jest ktoś, kto odpowie na każdą jego potrzebę. A teraz my, będąc dorośli, możemy patrzeć na tę ikonę z oczekiwaniem Boga, który sam jest cały Miłosierdziem. Proszę porównać słowa psalmu 131: „Jak niemowlę u swej matki, jak niemowlę – tak we mnie jest moja dusza".

***Salus aegroti suprema lex* – zdrowie pacjenta, jego dobro jest priorytetem dla farmaceuty. Czy ikona ma siłę, moc uzdrawiającą? Czy pomogła Pani znaleźć harmonię w swoim życiu?**

Ha ha :) Dotykamy tu problemu doświadczenia jednostkowego. Nie wiemy, co byłoby, gdyby jakieś warunki takiego doświadczenia się zmieniły. Jedna z moich prac jest kopią obrazu, który ma sławę czyniącego cuda (MB Wysokolska). Z pewnością, jeśli poszukamy, znajdziemy też współczesne opisy cudów doświadczonych przez modlących się za wstawiennictwem ikon. W mojej historii bezsprzecznie ikona i ludzie, których dzięki niej poznałam, wpłynęli na kształt mojego życia. Przecież, gdyby nie ikona, nie byłoby tej naszej pięknej rozmowy.

**Rozmawiał EUGENIUSZ JAROSIK**
**„Farmacja Wielkopolska"**

**W październiku 2023 roku w Muzeum Farmacji w Poznaniu zostanie otwarta wystawa ikon Agaty Słyk**

**JEZUS CHRYSTUS KRAINA ŻYJĄCYCH**

*Deska z kowczegiem, 30×30, lewkas, złoto 23 ct, srebro, tempera żółtkowa*

**ELEUSA WEDŁUG IKONY BIAŁORUSKIEJ**

*Deska lipowa, 22×16, lewkas, złoto 23 ct na poler i mat, tempera żółtkowa*

# SZCZĘŚLIWY ZAKĄTEK

## Pacjenci wzięli w obronę aptekę na poznańskich Jeżycach

Do Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej dociera wiele informacji o konieczności zamykania aptek prowadzonych przez rodziny farmaceutyczne. Rodziny, które swoją codzienną, wieloletnią pracą budowały zaufanie do zawodu farmaceuty i apteki wśród swoich pacjentów. Zmiana planów właścicieli nieruchomości, zmiana planów właścicieli gruntów, na których znajdują się apteki, zmiotły z powierzchni ziemi niejedną aptekę rodzinną.

Taki los miał spotkać także aptekę „Zakątek" przy ul. Galla Anonima 4 w Poznaniu. Apteka założona została przez mgr farm. Krystynę Starzecką w roku 1998, która obecnie pracuje w niej razem ze swoją córką Marią, również wykonującą zawód farmaceuty.

Jeżyce to dynamicznie rozwijająca swoją infrastrukturę dzielnica Poznania. Wśród secesyjnych kamienic, odnawianych z wielką pieczołowitością, powstają nowe budynki mieszkalne. Jeżyce ładnieją z każdym rokiem. Piękna secesyjna architektura komponuje się ze współczesną zabudową, wpisaną w historyczny charakter dzielnicy, która zyskuje nowy blask.

Mirosław Baryga

MGR FARM. MARIA STARZECKA W APTECE „ZAKĄTEK"

Plany zagospodarowania terenów przy ul. Galla zakładały postawienie na małej przestrzeni trzech wielokondygnacyjnych budynków mieszkalnych, a co za tym idzie wyburzenie pawilonu, w którym jest prowadzona apteka. W tej sytuacji mgr Krystyna Starzecka wraz ze swoją córką podjęły heroiczną walkę o miejsce, w którym przez lata prowadzą swoją praktykę aptekarską. Po pomoc zwróciły się do samorządu aptekarskiego w Poznaniu, radnych osiedlowych i miejskich, a także organizacji społecznych i lokatorskich. Ponadto rozpoczęły akcję informowania pacjentów o planach miasta, które musiałyby doprowadzić do bezpowrotnej likwidacji apteki. Po wielokrotnych tłumaczeniach skomplikowanego procesu uzyskania zezwolenia na prowadzenie apteki oraz braku możliwości przeniesienia „ich" apteki do nowych pomieszczeń mieszkańcy zwarli szeregi. Plany zostały oprotestowane przez mieszkańców interweniujących w Radzie Osiedla Jeżyce, w Radzie Miasta i u Prezydenta Miasta Poznania. Mieszańcy wysłali do władz miasta dziesiątki pism negatywnie oceniających nowe plany, a sprawa była szeroko komentowana w lokalnych mediach społecznościowych oraz prasie. Pod petycją sprzeciwiającą się likwidacji apteki położonej tuż obok zespołu przychodni lekarzy rodzinnych i lekarzy specjalistów w krótkim czasie podpisało się 900 pacjentów. Apteka tuż obok przychodni

MGR FARM. KRYSTYNA STARZECKA I JEJ CÓRKA MARIA

Mirosław Baryga

SPOTKANIE MIESZKAŃCÓW JEŻYC Z PRZEDSTAWICIELAMI RADY OSIEDLA W MAJU 2022 ROKU PRZED APTEKĄ

to dobro, o które pacjenci chcieli walczyć. Wiele lat ofiarnej pracy, codzienne budowanie dobrych relacji i zdobywanie zaufania pacjentów oraz wdrażanie szeroko pojętej opieki farmaceutycznej przez aptekę zaprocentowały.

Czy wspólne działania społeczności broniącej charakteru tego miejsca oraz swojej apteki doprowadzą do zmiany miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego w zakresie trzech kontrowersyjnych budynków? Czy Miejska Pracownia Urbanistyczna, działając z upoważnienia prezydenta, zaakceptuje ewentualną zmianę pomysłów na rewitalizację tego miejsca? To niestety jest ciągle kwestią otwartą. Ostateczną decyzję podejmie Rada Miasta Poznania. Nowy, alternatywny projekt, zgodny z oczekiwaniami społeczności Jeżyc przewiduje pozostawienie parterowego pawilonu z apteką, pozostawienie ceglanych budynków pobamberskich, ochronę historycznego założenia tego miejsca i nowy projekt zieleni. Kolejny protest przeciwko nadmiernej urbanizacji po pierwszej decyzji władz zmienił się w radosny wiec. Pacjenci docenili obywatelską postawę decydentów. Czy ostatecznie walka o aptekę zakończy się pomyślnie? Prawdą jest, że właścicielka apteki potrafiła zjednoczyć społeczność i zmobilizować ją do działania w tak znaczącym dla niej celu, lecz czy to wystarczy, by uchronić aptekę przed zniszczeniem?

Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska życzy Krystynie Starzeckiej i jej córce Marii pomyślności w dążeniu do ocalenia apteki oraz późniejszym jej prowadzeniu i rozwijaniu w poczuciu bezpieczeństwa. Gratulujemy wielkiego sukcesu, jakim niewątpliwie jest gigantyczne poparcie społeczności dla praktyki aptekarskiej obu farmaceutek.

*dr ALINA GÓRECKA*

Eugeniusz Jarosik

# Noc w muzeum

Muzeum Farmacji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu po raz czwarty wzięło udział w akcji NOC MUZEÓW. Tegoroczne wydarzenie zostało przeprowadzone w różnych miastach Polski w dwie kolejne soboty (w stolicy Wielkopolski 20 maja), przyciągając rzesze zwiedzających nie tylko do placówek muzealnych, ale i kulturalnych. W ciągu sześciu sobotnich godzin (17.00–23.00) poznańskie Muzeum Farmacji przy Alejach Karola Marcinkowskiego 11 odwiedziło około 1100 osób.

Zwiedzający klimatyczne wnętrza wieczorową porą mogli wsłuchać się w opowieści o dawnym aptekarstwie i artefaktach zgromadzonych na wystawie stałej, a ponadto mieli możliwość wysłuchania dwóch wykładów. Mgr farm. Weronika Guzenda, asystentka w Katedrze i Zakładzie Technologii Postaci Leku Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, zapoznała słuchaczy z nowymi kompetencjami farmaceutów w aptece, przedstawiając wprowadzane przeglądy lekowe i usługę Nowy Lek. „Kilka słów o pszczołach" to temat fascynującego

Eugeniusz Jarosik

DR N. FARM. WOJCIECH MUSIAŁ W MUZEUM FARMACJI W POZNANIU

wykładu dr. n. farm. Wojciecha Musiała, członka Prezydium Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej, autora artykułu „O pszczole i miodzie", opublikowanego w ubiegłorocznym wydaniu „Farmacja Wielkopolskiej" (nr 19). Koniec jego prezentacji był początkiem dialogu z słuchaczami, którzy zadawali wiele pytań dotyczących zarówno życia pszczół, jak i pożytków od nich pozyskiwanych. Wszyscy byli pod wielkim wrażeniem wiedzy i pasji pszczelarskiej dr. Wojciecha Musiała

Goście odwiedzający poznańską placówkę muzealną w tę niezwykłą noc żywo interesowali się realiami pracy aptekarza z przełomu XIX i XX wieku, oprowadzani po ekspozycji przez kustosza i studentki farmacji. Sporo osób do niedawna nie wiedziało, że w Poznaniu działa Muzeum Farmacji. Wielu zwiedzających pojawiło się tu po raz pierwszy, często z dziećmi, czerpiąc przyjemność z tej wizyty, o czym świadczą wpisy pozostawione w księdze pamiątkowej.

Rosnąca liczba osób spędzających kolejną Noc Muzeów w Muzeum Farmacji w Poznaniu pokazuje na niemalejące zainteresowanie zarówno historią farmacji, jak i aptekarstwem wielkopolskim, czy nawet, generalizując, farmacją jako częścią ochrony zdrowia. Z opinii gości wynika, że muzeum finansowane ze składek wielkopolskich aptekarzy jest bardzo potrzebne nie tylko jako element wielkopolskiej

Eugeniusz Jarosik

oferty turystycznej, ale również w istotny sposób przyczynia się promocji zawodu farmaceuty.

Wykładowcom, studentkom farmacji odbywającym staż unijny w biurze Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej oraz studentkom kierunku lekarsko-dentystycznego, które osobiście dopomogły w organizacji Nocy Muzeów 2023 w poznańskim Muzeum Farmacji, serdecznie dziękuję.

*dr n. farm. STEFAN PIECHOCKI*

# Majówka w Puszczykowie

W ostatnim dniu maja seniorzy farmacji wyruszyli w stronę Puszczykowa. Integracyjna wycieczka była kontynuacją spotkań, które jeszcze przed pandemią koronawirusa (inauguracyjne zebranie odbyło się 26 lutego 2020 r.) zainicjowała mgr farm. Elżbieta Taterczyńska. Organizacyjnego wsparcia udziela seniorom Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska.

Emerytowani farmaceuci rozpoczęli majówkę w podpoznańskich Jeziorach, gdzie pod opieką przewodnika zwiedzili otwarte w 1998 r. Muzeum Przyrodnicze Wielkopolskiego Parku Narodowego (WPN), znajdujące się w dawnej rezydencji namiestnika tzw. Kraju Warty Arthura Greisera. Seniorzy zapoznali się z historią WPN oraz występującą na jego terenie florą i fauną. W jednej z sal wystawowych zaprezentowano zwierzęta, jakie żyły na tym obszarze w epoce lodowcowej. Na tablicy zobrazowano cztery duże plejstoceńskie ssaki roślinożerne: mamuta, nosorożca włochatego, tura i dzikiego konia, a obok umieszczono szczątki tych zwierząt, które zostały odnalezione na terenie żwirowni w Pradolinie Warciańsko-Odrzańskiej.

Przewodnikiem grupy podczas spaceru po Puszczykowie był Maciej Krzyżański, przewodniczący Komisji Edukacji, Kultury i Sportu Rady Miasta Puszczykowa. Oglądając stare fotografie, można było w wyobraźni przenieść się do drugiej połowy XIX wieku, kiedy zaczęła powstawać tak charakterystyczna dla tej miejscowości zabudowa willowa. Sentymentalną podróż w blasku majowego słońca zakończyły rozmowy przy kawie w miejscowej kawiarni.

*KATARZYNA GĘBKA*

Katarzyna Gębka

UCZESTNICY MAJÓWKI W PODPOZNAŃSKICH JEZIORACH

# MUZEUM FARMACJI

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

**Poznań, al. Marcinkowskiego 11**

tel.: **798 195 988**

e-mail: **muzeumfarmacji@woia.pl**

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

**Wstęp bezpłatny**

ANTONI BIAŁEK
MIŁOSZ IGNACYK

# CATCH THE SKILLS W POZNANIU

## Studenci farmacji pragną rozwijać swoje umiejętności i kompetencje

Dynamiczny postęp szeroko rozumianej medycyny wymusza na przedstawicielach systemu ochrony zdrowia nieustanny rozwój. W obliczu szybkich zmian otoczenia wiedza i umiejętności osadzone w realiach XX wieku stają się anachroniczne. Środowiska zawodowe pracowników ochrony zdrowia wypracowały przestrzeń i mechanizmy dające możliwość uaktualnienia swojej wiedzy i spełnienia obowiązku kształcenia przewidzianego przez ustawodawcę. Ale czy sama aktualizacja wiedzy jest jedynym wyzwaniem stawianym przez współczesność?

Katarzyna Gębka

DR HAB. N. FARM. MAGDALENA WASZYK-NOWACZYK PODCZAS ZAJĘĆ W CENTRUM SYMULACJI MEDYCZNEJ

Ostatnie lata to z punktu widzenia polskiej farmacji zdecydowanie więcej niż tylko nowe doniesienia naukowe. Przed farmaceutami otwiera się odmieniona perspektywa realizacji zawodu, która wymaga innego spojrzenia i szczególnych umiejętności. W nowej przestrzeni jawią się dwa wyraźne punkty odniesienia: pacjenci oraz przedstawiciele innych zawodów medycznych. Po pierwsze, w obliczu nowych usług farmaceutycznych większa uwaga skupiona na pacjencie wymaga wypracowania umiejętności komunikacji, która pozwoli usłyszeć to, co niewypowiedziane oraz skutecznie przekazać to, co oczywistym jest jedynie na pozór. Choć ta zdolność wydawać by się mogła pewnego rodzaju banałem, w obliczu jej braku wszystko inne traci na wartości. Z drugiej strony, wyższa skuteczność opieki nad pacjentem wymaga współpracy między zawodami zaangażowanymi w ten proces. Bez umiejętności dobrego kontaktu, zrozumienia

UCZESTNICY KONFERENCJI OGÓLNOPOLSKIEJ CATCH THE SKILLS W POZNANIU

Katarzyna Gębka

różnych punktów widzenia oraz docenienia różnorodności wiedzy fachowych partnerów plany o interdyscyplinarności pozostaną jedynie w sferze marzeń.

Kreowanie umiejętności określanych mianem miękkich coraz częściej postrzegane jest nie tylko w formie dodatku, ale jako element fundamentalny. Podstawą edukacji farmaceuty są studia wyższe. A skoro to one są momentem na stawianie fundamentów, warto uwzględnić cegiełkę „soft skills".

Wychodząc naprzeciw tym potrzebom studentów farmacji, powstała idea zorganizowania konferencji Catch the Skills, której celem jest rozwój umiejętności interpersonalnych, ułatwiających zarówno kontakt na linii farmaceuta-pacjent, jak i farmaceuta-lekarz. Oferta konferencji jest swoistym uzupełnieniem kształcenia tzw. twardych umiejętności, realizowanego w programie uniwersytetów medycznych.

Tegoroczna edycja Konferencji Ogólnopolskiej Catch the Skills odbyła się w Poznaniu na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego, a zorganizowana została przez Polskie Towarzystwo Studentów Farmacji Oddział Poznań. Wydarzenie cieszyło się dużym zainteresowaniem i bardzo wysoką frekwencją – na spędzenie majowego weekendu na szkoleniach i wykładach zdecydowało się ponad 140 osób, w tym studenci ze wszystkich dwunastu ośrodków realizujących kształcenie na kierunku farmacja.

Konferencja miała na celu w szczególny sposób skupić uwagę uczestników na tematyce związanej z farmacją kliniczną oraz opieką farmaceutyczną. Wydarzenie zainaugurował fascynujący wykład konsultant krajowej w dziedzinie farmacji klinicznej, przewodniczącej Polskiego Towarzystwa Farmacji Klinicznej, prof. Anny Wieli-Hojeńskiej, zatytułowany: „Ewolucja czy rewolucja w farmacji klinicznej?". Uczestnicy oprócz wysłuchania dwóch wykładów mieli także możliwość wzięcia udziału w ponad 20 warsztatach i treningach umiejętności miękkich, przeprowadzonych w nowoczesnych przestrzeniach nowego Collegium Pharmaceuticum UMP.

Studenci, poza pogłębianiem swojej wiedzy dotyczącej farmacji klinicznej, doskonalili się także w dziedzinie opieki farmaceutycznej podczas warsztatów z usługi NOWY LEK w Centrum Symulacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu,

Katarzyna Gębka

OFERTA KONFERENCJI CATCH THE SKILLS JEST UZUPEŁNIENIEM KSZTAŁCENIA REALIZOWANEGO W PROGRAMIE UNIWERSYTETÓW MEDYCZNYCH

przeprowadzonych przez dr hab. Magdalenę Waszyk-Nowaczyk oraz mgr farm. Beatę Plewkę. Podczas warsztatów studenci z całej Polski mieli możliwość zweryfikowania swoich umiejętności z wykorzystaniem aktorów jako symulowanych pacjentów.

Przyszli farmaceuci mogli także zgłębić tajniki pracy w hurtowni farmaceutycznej oraz poznać bliżej strukturę i zadania samorządu aptekarskiego na dwóch warsztatach przeprowadzonych przez mgr. farm. Mateusza Szamałka.

Kolejną tematyką warsztatów była obsługa diabetyków w aptece, w ramach której uczestniczki i uczestnicy mogli rozszerzyć swoje kompetencje pod czujnym okiem mgr farm. Małgorzaty Bekier.

Na Catch the Skills 2023 nie zabrakło oczywiście treningów umiejętności miękkich prowadzonych zarówno przez partnerów, jak i Szkołę Trenerów Polskiego Towarzystwa Studentów Farmacji. Dla uczestniczek i uczestników przygotowano szerokie pole do rozwoju, między innymi z takich kompetencji, jak: budowanie zespołu, zarządzanie projektem, kryzysem oraz czasem. Aktywne uczestnictwo w konferencji pozwoliło także na zapoznanie się z realizowaniem obsługi sprzedażowej w zgodzie z etyką zawodu farmaceuty. Liczne treningi pozwoliły również podszlifować umiejętność „public speaking", czy komunikacji z trudnym pacjentem.

Wydarzenie nie odbyłoby się bez wsparcia Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej oraz władz Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, w tym Wydziału Farmaceutycznego, którzy zapewnili nie tylko wsparcie merytoryczne, ale i nowoczesną infrastrukturę do realizacji wydarzenia.

Konferencja Catch the Skills 2023 została objęta patronatem honorowym przez Polskie Towarzystwo Farmacji Klinicznej, Wielkopolską Okręgową Izbę Aptekarską, Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk, Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne Oddział Poznań, rektora Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu prof. dr. hab. Andrzeja Tykarskiego oraz dziekana Wydziału Farmaceutycznego UMP prof. dr hab. Annę Jelińską.

Patronami wydarzenia były firmy: Poznańskie Zakłady Zielarskie Herbapol SA, MyPharmaSpace, Gedeon Richter Polska Sp. z o.o., 4Value Business Consulting oraz Soft Communication. „Farmacja Wielkopolska" była jednym z patronów medialnych Catch the Skills 2023.

afw

**ANTONI BIAŁEK**
Koordynator główny
Catch the Skills 2023

afw

**MIŁOSZ IGNACYK**
Przewodniczący Polskiego
Towarzystwa Studentów Farmacji
Oddział Poznań

# Ślubowanie 2023

Po raz kolejny Muzeum Farmacji im. Włodzimierza Witolda Głowackiego gościło absolwentów Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytety Medycznego w Poznaniu, którzy wystąpili do Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej z wnioskiem o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu farmaceuty. Po przerwie spowodowanej pandemią koronawirusa SARS-CoV-2 już w ubiegłym roku powrócono do zapoczątkowanego w roku 2016 zwyczaju organizowania uroczystości składania ślubowania przed prezesem Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej w placówce muzealnej przy Alejach Karola Marcinkowskiego 11.

Na uroczyste spotkanie z prezes Wlkp. ORA dr Aliną Górecką 25 kwietnia 2023 roku przybyło 60 absolwentów poznańskiego Wydziału Farmaceutycznego. Dla niektórych była to pierwsza wizyta w muzeum, którego działalność finansowana jest ze składek wielkopolskich aptekarzy. Niezwykłe wnętrze, zgromadzone w nim artefakty kultury materialnej aptekarstwa tworzą niezapomniany klimat tego wydarzenia, który pozostanie na długo w pamięci młodych adeptów farmacji, tak jak refleksje prezes Wlkp. ORA na temat istoty zawodu zaufania publicznego, informacje o otoczeniu prawnym dla jego wykonywania, w tym ustawie o zawodzie farmaceuty, a także o prawach i obowiązkach członka Wlkp. OIA.

*PATRYCJA LISOWSKA*

Eugeniusz Jarosik

# Mikroskop dla Kocha

W pierwszym tegorocznym numerze „Farmacji Wielkopolskiej” (nr 22) znalazł się interesujący i wymagający przemyśleń artykuł „Nie podążaj za tłumem”, którego autor mgr inż. Dariusz Łukaszyński porusza problem nadużywania antybiotyków w dzisiejszych terapiach, zarówno szpitalnych, jak i ambulatoryjnych. W ciekawy sposób wplata w ten problem jednego z twórców współczesnej bakteriologii, światowej sławy odkrywcę laseczek wąglika i prątków gruźlicy, laureata nagrody Nobla Roberta Kocha, związanego z Wielkopolską pracą w Wolsztynie.

www.stock.adobe.pl

Jednak jako wolsztynianina, farmaceutę i niejako następcę aptekarskiej dziewiętnastowiecznej rodziny aptekarskiej Knechtlów brakuje mi w nim informacji o naukowej współpracy ówczesnego fizyka miejskiego dra Roberta Kocha z wolsztyńskim aptekarzem Józefem Knechtlem.

Rodzina Knechtlów przybyła do Wolsztyna w 1799 r. z Nowogrodźca nad Kwisą i nabyła istniejącą od sześciu lat aptekę. Pierwszym aptekarzem był Józef, który aptekę prowadził do 1826 r., a następnie sprzedał ją synowi Teodorowi. Teodor aptekę prowadził do roku 1858, w którym przekazał ją synowi Józefowi (imię po dziadku) Jakubowi. W 1904 r. Józef Knechtel umiera, a aptekę w 1905 r. wdowa Waleria zmuszona jest odsprzedać Niemcowi Wilhelmowi Roestelowi. W 1919 r. apteka wraca w polskie ręce, a jej właścicielem zostaje Edmund Piechocki, powstaniec wielkopolski i dwukrotny wiceburmistrz Wolsztyna w latach 1923-1931.

W opublikowanych pracach naukowych znajdujemy dowody na znaczny udział polskiego aptekarza Józefa Knechtla w badaniach nad etiologią wąglika, prowadzonych przez Kocha w Wolsztynie (Bednarski i Bednarska 2003). Farmaceuta udostępnił Robertowi Kochowi odczynniki chemiczne i sprzęt laboratoryjny oraz pomagał w przeprowadzaniu eksperymentów. Należy nadmienić, że mikroskopy były wtedy bardzo drogimi instrumentami. W związku z tym trzeba w tym miejscu postawić pytanie: czy to prezent urodzinowy od oszczędnej Emmy, czy dar od polskiego aptekarza był iskrą, a może napędem do naukowej kariery Kocha? Dokumenty przypadkowo odnalezione w archiwach firmy Carla Zeissa dokumentują zakup trzech mikroskopów (wpis w księdze handlowej nr 3479 z 1877 r.) przez wolsztyńskiego aptekarza Józefa Knechtla. Stąd też wynika pewność, że ofiarodawcą był polski aptekarz. W archiwach znajdują się dokumenty, z których wynika, że propozycje od Kocha dla firmy Zeiss udoskonaleń technicznych dotyczą właśnie zakupionych przez Knechtla mikroskopów. Dlatego należy podkreślić, że pierwszym „cichym” współpracownikiem Kocha był polski aptekarz. Po śmierci Knechtla jego żona przekazała do Królewskiego Pruskiego Instytutu Chorób Zakaźnych, na ręce ówczesnego jego dyrektora prof. dr. Georga Theodora Augusta Gaffky, pamiątki po wspólnie prowadzonych badaniach przez jej męża i Kocha (w tym mikroskop), na co zachowała się korespondencja w niemieckich archiwach (Skrobacki 1990). Wdowę zapewniono o umieszczeniu nazwiska męża przy eksponatach oraz inskrypcji „Józef Knechtel, pierwszy naukowy współpracownik uczonego”.

Szkoda, że wątek współpracy polsko-niemieckiej był do tej pory skrywany. Niestety, również Robert Koch nigdy nie wspominał o wolsztyńskim aptekarzu.

*dr n. farm. STEFAN PIECHOCKI*

# Sekcja historii farmacji

Eugeniusz Jarosik

W PIERWSZYM RZĘDZIE SIEDZĄ: ANNA NOWICKA, GRAŻYNA KUCHARSKA, IRENA MATŁAWSKA, ELŻBIETA ZIÓŁKOWSKA I JADWIGA TUROWSKA. W DRUGIM RZĘDZIE STOJĄ: MAREK NOWICKI, DIONIZY SKWARSKI, TADEUSZ WÓJTOWICZ, JAN MAJEWSKI, HANNA CYTRYŃSKA, STEFAN PIECHOCKI, MICHAŁ H. UMBREIT I LUCJUSZ ZAPRUTKO

Muzeum Farmacji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej to tradycyjne miejsce spotkań członków Sekcji Historii Farmacji Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Uczestnicy zebrania 14 czerwca 2023 r., prowadzonego przez przewodniczącego sekcji dr. n. farm. Jana Majewskiego, wysłuchali wykładu dr Hanny Cytryńskiej „Apteki historyczne w przestrzeni miejskiej Poznania" oraz relacji dr. n. farm. Stefana Piechockiego, który przedstawił pokonferencyjną publikację „Pamiętnik XXX Jubileuszowego Sympozjum Historii Farmacji" (Krosno 2022). Kustosz poznańskiego muzeum przypomniał, że rok 2022 był Rokiem Ignacego Łuksiewicza. Ogólnopolska Sekcja Historii Farmacji Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego postanowiła uczcić dwusetną rocznicę urodzin polskiego farmaceuty, pioniera przemysłu naftowego w Europie, organizując w Krośnie sympozjum pod hasłem „Ropa naftowa – dobrodziejstwo czy przekleństwo współczesnego świata".

Wykład dr Hanny Cytryńskiej, autorki wydanych przez Wlkp. OIA książek „Poznańskie apteki – wnętrza, historia, wyposażenie" (Poznań 2016) i „Apteki klasztorne i szpitalne Poznania" (Poznań 2019), nawiązywał do raportu o stanie aptek historycznych w stolicy Wielkopolski w roku 2022, opublikowanego w pierwszym tegorocznym wydaniu „Farmacji Wielkopolskiej" (nr 22) pod tytułem „Genius loci poznańskiej farmacji". Głównym przedmiotem zainteresowania autorki było ustalenie pierwotnej lokalizacji aptek ogólnodostępnych w przestrzeni miejskiej Poznania oraz analiza impulsów migracyjnych w latach 1491-2022. Badając translokacje placówek aptecznych, dr Hanna Cytryńska uwzględniła przyczyny naturalne, zaangażowanie autorytetu zawodu aptekarza w służbę publiczną oraz kultywowanie genius loci godła aptecznego.

*EUGENIUSZ JAROSIK*

mgr farm. KATARZYNA GÓRSKA

# W OPARACH ABSURDU

## Niechlubne karty dawnego lecznictwa: kanibalizm, organoterapia, leczenie zwłokami

Pierwsze doniesienia o użyciu w medycynie organów ludzkich pochodzą aż ze starożytnego Egiptu (około 1500 roku p.n.e.), gdzie odnaleziono papirusy opisujące sporządzanie leków z mózgu jako remedium na uszkodzenie oczu[1]. Skupię się jednak na lepiej poznanym i udokumentowanym wykorzystaniu zwłok, mającym swój początek pod koniec średniowiecza, trwającym poprzez nowożytność, z rozkwitem tej praktyki w XVII, XVIII i XIX wieku. Przesłanki do wykorzystania w lecznictwie nieszczęśników oraz poszczególnych ich części wynikały ze znanych już klasycznych teorii medycznych, ale też z przekonań religijnych, filozoficznych czy nawet magicznych. Ciało ludzkie, jako wyjątkowe i wybrane, miało posiadać fizyczne oraz duchowe właściwości nieobecne w żadnych innych zwierzętach, roślinach ani minerałach. Krew, kości, tłuszcz, pot, mocz – to tylko niektóre z badanych i wykorzystywanych „lekarstw" na wszelakie dolegliwości.

Aby zrozumieć rozwój organoterapii, musimy cofnąć się do wieku XIV, kiedy coraz częściej zaczęto wykorzystywać w lecznictwie relikwie. Wierzono, iż zarówno części ciała, takie jak kości czy włosy, ale także przedmioty dotknięte przez świętych posiadają cudowne właściwości. Przekazywaniem cudu, w tym wypadku uzdrowienia, z relikwii na chorego zajmował się mediator (często będący równocześnie medykiem) – osoba posiadająca odpowiednią wiedzę na temat uzyskiwania, przechowywania i używania relikwii z zachowaniem ich leczącej mocy. Co więcej, każdy wierzący mógł je preparować oraz dystrybuować. Przykładowymi problemami, na które stosowano relikwie, były nieprzemijająca gorączka, głuchota, trudności przy porodzie, nowotwory, bóle zębów czy urazy oczu. Czas po śmierci, a przed pochowaniem świętego lub błogosławionego był ważnym momentem w uzdrawianiu i wytwarzaniu relikwii. Uważano, że wyjątkowe połączenie zmarłego z Bogiem w tym czasie pozwala na przekazywanie cudu przez sam dotyk. Przemiana wewnętrzna prostytutki, odzyskanie władzy w mięśniach paralityka, uzdrowienie śmiertelnie chorego dziecka – te wydarzenia zaistniały podczas nabożeństwa przy ciele zmarłej Delfiny de Signe (1283-1358). Relikwie były w lecznictwie czymś na podobieństwo amuletów, a sposób ich aplikacji wskazuje na powiązanie z praktyką zarówno medyczną, jak i magiczną[2].

Wraz z rozpowszechnieniem teorii głoszonych przez Paracelsusa w XV wieku oraz w wyniku społecznej normalizacji kanibalizm stał się przedmiotem zainteresowania medyków. Sprzyjały temu również liczne egzekucje, które można uznać za główny czynnik popularyzujący wykorzystanie

www.stock.adobe.pl

ludzkich zwłok w celach leczniczych. Sceny, które mogą nam się kojarzyć z okrutnym rytuałem składania ofiar przez Inków czy Azteków, nie różniły się znacznie od tych, które można było ujrzeć w ówczesnej Europie. Pierwszym wykorzystywanym „składnikiem" była krew. Tłum gromadził się przy straconym nieszczęśniku, wyciągając naczynia, by uchwycić jak najwięcej cennego płynu. Wierzono, że picie krwi leczy epilepsję czy pomaga odzyskać siły witalne starcom. Uważano bowiem, że picie jeszcze ciepłej ludzkiej krwi odmładza ciało i zapobiega chorobom. Połączenie krwi z nalewkami roślinnymi, na przykład z piwonii, było rekomendowane na astmę, paraliż czy zawał.

Następnie zaczęto przepisywać maści z tłuszczu ludzkiego na reumatyzm oraz krople zawierające czaszkę (zwane kroplami Goddarda) na epilepsję. Nawet sam król Anglii i Szkocji Karol II Stuart wykupił recepturę na ten specyfik i produkował go w swoim laboratorium w XVII wieku. Miał być też on ostatnim preparatem, który w życiu zażył, aby załagodzić konwulsje, których doznawał na łożu śmierci.

Mumie wykorzystywane w Mezopotamii, Egipcie, Grecji, Chinach czy Indiach już w starożytności oraz w szesnastowiecznej Europie były głównym remedium używanym przez większość medyków

W ówczesnej medycynie wykorzystywano jednak nie tylko części ciała zmarłych, ale także wytwory skóry i płyny żyjących. Włosy były używane do tamowania krwotoków oraz leczenia ran, paznokcie do wywoływania wymiotów i na łagodzenie obrzęków, pot jako remedium na gruźlicę, krew menstrualna na epilepsję, kamicę i krosty, a ślina głodującego człowieka była stosowana na ugryzienia psów ze wścieklizną lub ukąszenia

jadowitych węży. Dużym zainteresowaniem cieszył się również mocz – miał łagodzić ból i zapobiegać zakażeniom ran. Picie męskiego moczu uważano także za lek na dnę moczanową, a wdychanie stężonego moczu miało zapobiegać zasypianiu.

Równolegle do użycia świeżych zwłok rozwijał się handel mumiami. Wykorzystywane w Mezopotamii, Egipcie, Grecji, Chinach czy Indiach już w starożytności, w szesnastowiecznej Europie były głównym remedium używanym przez większość medyków. Mumią nazywano oryginalnie naturalną mieszaninę smoły i asfaltu, którą później powiązano z dobrze zakonserwowanymi egipskimi zwłokami. Uważano, że mumifikacja pozwala zachować duchowy „pierwiastek" witalności w tkankach i krwi zmarłych. Przygotowanie oraz użycie takiego ciała w obrębie jednej społeczności nazwane zostało przez antropologów endokanibalizmem.

Z biegiem czasu mumie zaczęto wywozić do Wielkiej Brytanii na taką skalę, że znalazły się nawet w angielskim wydaniu Farmakopei z roku 1721 w przepisie na gips na złamania[3]. Ogromny popyt sprawił, że nie brakowało prób podrobienia mumii. W Afryce zakopywano w pustynnym piasku topionych wcześniej podróżnych – powstawały w ten sposób tak zwane „białe mumie". Uczniowie Paracelsusa uważali jednak, że prawdziwą mumię uzyskać można jedynie według konkretnej procedury opisanej przez Johanna Schrödera, niemieckiego farmakologa – sugeruje to, iż mumifikacja była również w jakimś stopniu wykonywana z premedytacją w Europie.

Jednakże, wraz z przywróceniem biskupów do angielskiego parlamentu, wprowadzających ścisłą ortodoksję[4], lekarze zajmujący się leczeniem mumiami zostali poddani ostrej krytyce, a ich metody przestały być akceptowane przez społeczeństwo. Praktyka ta była coraz rzadziej spotykana. Wynikało to również z wyczerpania surowca i wzrostu ceny takiego leczenia.

Wracając do cudownych właściwości dotyku, które opisałam w kontekście relikwii, warto również wspomnieć o „ręce wisielca". Praktyka okładania się dłonią powieszonego człowieka jest, jak można się spodziewać, ściśle powiązana z egzekucjami. Historia opisuje głównie kobiety i dzieci, którym zalecano tę metodę leczenia przeciwko cystom na twarzy, aby uniknąć inwazyjnych zabiegów chirurgicznych

wikipedia.org

JOHANN SCHRÖDER (1600-1664)

oraz późniejszych blizn. Rytuał ten stosowano także w przypadku nowotworów skóry, opuchnięcia oraz wola tarczycy. Jedna z teorii tłumacząca takie działania mówi, iż życie ludzkiego organizmu było zapewnione przez przepływ płynów witalnych – w chwili śmierci proces ten miał zostać odwrócony, powodując fermentację i rozkład. W momencie dotarcia danych płynów do zewnętrznej granicy ciała mogły być one przekazane przez dotyk na inną osobę, powodując „rozpuszczenie" opuchlizn oraz innych wytworów skórnych. Inny punkt widzenia zakłada wpływ duszy w przekazywaniu leczniczej mocy, wyszczególniony w wypadku straceń – brutalny akt morderstwa miał chwilowo uwydatniać siłę życiową, która mogła być następnie wykorzystana w krótkim przedziale czasowym przez żyjących. Wymagano bowiem, aby krew straceńca była jeszcze ciepła, ciało sprężyste, a mózg i nerwy wykazywały swoje funkcje. Dawało to dosłownie kilka minut na wykorzystanie wisielca w celach leczniczych. Liczba uderzeń ręką w zmiany skórne nie była przypadkowa, a wręcz kluczowa – trzy, siedem lub dziewięć

wikipedia.org

KAROL II STUART (1630-1685)

razy; liczby te powtarzają się w opisywanych rytuałach magicznych. Istotna miała być również płeć chorego i wisielca – powinny być one odmienne. Tłumaczyć to może jednak fakt, iż z tej praktyki głównie korzystały kobiety, a skazańcami zazwyczaj byli mężczyźni. Bardziej naukowe wytłumaczenie tego fenomenu przedstawił uzdrowiciel Valentine Gretrakes oraz aptekarz John Quincy. Ich podobne teorie opisywały fizyczny wpływ uderzeń zimnej ręki wisielca na skurcze włókien w skórze, powodujące rozluźnienie tkanek i wchłonięcie się miejsc zmienionych chorobowo. Quincy pisał też o istocie wyobraźni pacjenta w całym procesie, co możemy prawdopodobnie uznać za określenie efektu placebo. Cały rytuał nie mógł się odbyć bez osoby pośredniczącej, bardzo dobrze zaznajomionej z anatomią – egzekutora. Możemy więc dostrzec w tym względzie istotne podobieństwa do mediatora, używającego w praktyce lekarskiej relikwii[5].

Kolejnym ciekawym użyciem dotyku, tym razem żyjących, było leczenie gruźliczego zapalenia węzłów chłonnych, potocznie nazywanego od osoby uzdrawiającej „king's evil". Uważano bowiem, że dotyk władcy wiąże się z przekazywaniem boskiej mocy. W Anglii pierwszym królem kładącym ręce na podwładnych był Edward Wyznawca, natomiast we Francji Filip I. Wytwarzano również amulety oraz talizmany naznaczone dotykiem władcy, które posiadały równie silne właściwości. Ceremonia osiągnęła szczyt popularności podczas Restauracji, kiedy Karol II Stuart w ciągu dwunastu lat dotknął dłonią ponad dziewięćdziesiąt tysięcy chorych. Rytuał ten przetrwał w Anglii do 1712 r., a ostatnią uzdrowicielką była królowa Anna[6].

Zakończenie terapii zwłokami w Europie datuje się na drugą połowę XIX wieku. Związane to było głównie z ewolucją kulturową i światopoglądową (uświadomiono sobie znaczenie etyki w praktyce lekarskiej), a także z zakończeniem wykonywania publicznych egzekucji. Rozwój chemii i biologii, przyczyniający się do wzrostu wiedzy z zakresu medycyny i farmacji, pozwolił zastąpić stare rozwiązania innowatorskimi i bardziej efektywnymi. Trudno jednoznacznie stwierdzić, czy efekty organoterapii były związane z faktycznymi właściwościami leczniczymi, czy może z efektem placebo, trzeba jednak przyznać, iż studiowanie ludzkich zwłok dało podwaliny współczesnej nauce i umożliwiło głębsze zrozumienie człowieka jako niezwykle skomplikowanego organizmu.

afw

mgr farm.
**KATARZYNA GÓRSKA**
Absolwentka Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

PRZYPISY:

[1] *The Pharmaceutical Journal*, December 2004, online | URI: 20013612

[2] Archambeau, N. (2017). *Miracle Mediators as Healing Practitioners: The Knowledge and Practice of Healing with Relics*, Social History of Medicine Vol. 31, No. 2 pp. 209–230

[3] Sugg, R. (2006). *'Good Physic but Bad Food': Early Modern Attitudes to Medicinal Cannibalism and its Suppliers*, Social History of Medicine Vol. 19, No. 2 pp. 225–240

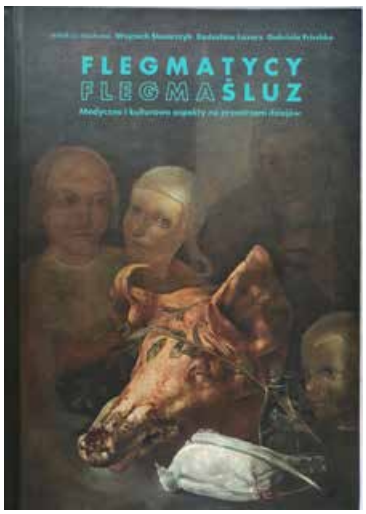
[4] Encyclopædia Britannica, (2019). *Restoration*

[5] Davies, O.; Matteoni, F., *A virtue beyond all medicine': The Hanged Man's Hand, Gallows Tradition and Healing in Eighteenth- and Nineteenth-century England*, Social History of Medicine Vol. 28, No. 4 pp. 686–705

[6] Encyclopædia Britannica, (2010), *King's evil*

# Humory Hipokratesa

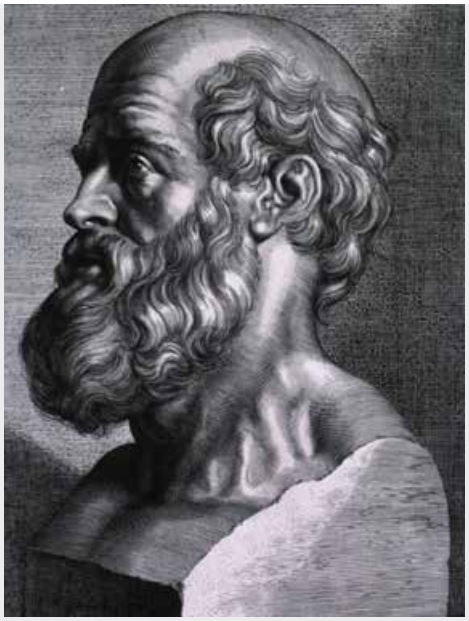
Słowo śluz posiada wiele znaczeń. Jest to bezbarwna, lepka substancja wydzielana przez gruczoły błony śluzowej przewodu pokarmowego, dróg oddechowych czy narządów rodnych, pełniąca rolę ochronną. Śluzem są także niektóre substancje pochodzenia roślinnego, znajdujące szerokie zastosowanie w preparatyce farmaceutycznej. Ale to również jeden z humorów (śluz = flegma) w koncepcji zdrowia i choroby stworzonej przez Hipokratesa. Flegma zajmowała wiodące miejsce w wyobrażeniach na temat stanów chorobowych organizmu człowieka. Koncepcja owa, rozwinięta w późniejszym czasie przez Klaudiusza Galena oraz średniowiecznych arabskich uczonych, była podstawową teorią medyczną do końca XVIII wieku. Takie pojmowanie istoty chorób wpływało znacząco na rodzaje podejmowanych terapii i stosowanych leków. Z powyższym powiązana jest również typologia temperamentów, która wprowadziła do obiegu obraz flegmatyka jako osoby, która ze względu na przewagę śluzu w organizmie, cechuje się powolnością, spokojem, jest więc solidna i ugodowa. Połączenie koncepcji humoralnej z astrologią przyporządkowało śluz wpływom Księżyca oraz znakom zodiaku – rybom, wodnikowi i koziorożcowi. Jatroastrologia nie wytrzymała próby czasu, poddana krytyce przez nurty Oświecenia. W tym też okresie, wskutek rozwoju medycyny klinicznej, zrezygnowano z koncepcji humoralnej. Stąd obecnie flegma i śluz są przedmiotem zainteresowania pulmonologów i ginekologów, a także technologów.




Obszerny i wielopłaszczyznowy temat flegmy, śluzu oraz temperamentu flegmatycznego stał się problemem, który postanowiła przybliżyć w świetle aktualnych badań ogólnopolska konferencja naukowa pt. „Flegmatycy – flegma – śluz. Medyczne i kulturowe aspekty na przestrzeni dziejów", zorganizowana wspólnie przez Fundację Naukową „Bydgoska Szkoła Historii Nauk Medycznych", Muzeum Okręgowe im. Leona Wyczółkowskiego w Bydgoszczy oraz Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. W wydanej po konferencji monografii pod tym samym tytułem znalazło się dwanaście rozdziałów związanych z tematem i ukazujących różnorodne zagadnienia.

Jednym z nich było zaprezentowanie przez kustosza Muzeum Farmacji w Poznaniu surowców śluzowych w farmakopeach państw zaborczych, obowiązujących w Polsce do końca 1937 r. Śluzy roślinne są mieszaninami substancji polisacharydowych, występującymi najczęściej w glonach oraz roślinach z rodzajów: *Malvaceae*, *Linaceae*, *Fabaceae* i *Rosaceae*. Ich właściwości sprawiły, że znalazły zastosowanie w lecznictwie jako środki powlekające, ochronne oraz zmiękczające. W rozdziale ukazano i porównano surowce oraz postaci leku wykonane z takich surowców, które zostały zakwalifikowane jako farmakopealne w trzech różnych farmakopeach: austriackiej (Pharmacopoea Austriaca Editio Octava, 1906), rosyjskiej (Российская фармакопея шестое издание, 1910) i niemieckiej (Deutsches Arzneibuch 5. Ausgabe, 1910). Podobną tematykę (Roślinne substancje śluzowe i ich znaczenie) zaprezentowali autorzy ze Studenckiego Koła Naukowego Botaniki Farmaceutycznej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy.

Inne rozdziały prezentowały dużą rozpiętość zainteresowań autorów, związaną jednak z tematem przewodnim. Wątek medyczny został poruszony w trzech pracach. Pierwsza, Marcina Piechockiego, omawiała plwocinę w dyskursie medycyny polskiej drugiej połowy XIX wieku. W drugiej Radosław Łazarz omówił problem postrzegania zagrożenia gruźliczego w wybranych sferach życia ziem czeskich w pierwszych dekadach XX wieku. Trzecia praca, Karoliny Ekes, prezentowała renesansowy



wikipedia.org

## Medycyna humoralna

Teoria humoralna wiązana jest z postacią Hipokratesa, jednak jej początki znajdujemy w szkole medycznej w Knidos, gdzie początkowo wyróżniano jedynie 2 soki ustrojowe: żółć i śluz. W szkole z Kos została ona rozwinięta, a liczbę płynów zwiększono do czterech. Hipoteza o wzajemnym wpływie czterech soków była obecna u Hipokratesa, a została spisana przez jego zięcia i ucznia Polibosa w dziele *De natura hominis* (O naturze człowieka), będącym częścią zbioru *Corpus Hippocraticum*. W następnych stuleciach dodano do niej kolejne elementy. Patologia humoralna zrywała z etiologią odwołującą się do zrządzeń bogów. Według tej koncepcji ciało ludzkie podlegało prawom obejmującym całą przyrodę. Związane było to również z czwórpodziałem natury: w cyklu pór roku czy istnieniu czterech żywiołów, a także czterech podstawowych cech materii – ciepła, zimna, wilgotności i suchości. Ukoronowaniem fizjologii i patologii humoralnej były dzieła rzymskiego lekarza Galena, a jego wizja medycyny pozostawała w średniowieczu najpoważniejszym nurtem w medycynie arabskiej i europejskiej. Średniowiecze przyniosło zintegrowanie medycyny humoralnej z astrologią i alchemią, co skutkowało silniejszym powiązaniem ze znakami zodiaku. W czasach nowożytnych jatrochemicy z Paracelsusem na czele zaczęli podważać patologię humoralną, choć jej niektóre elementy funkcjonowały nadal, a medycyna humoralna była traktowana jako podstawa medycyny akademickiej jeszcze w XVIII wieku.

Zgodnie z teorią humoralną zdrowie zapewniane było przez równowagę płynów (zarówno ilościową, jak i jakościową) – eukrazja, krazja. Uznawano ją za stan fizjologiczny. Gdy wszystkie płyny występują w odpowiednich stosunkach, tworzą relatywnie trwałą mieszaninę, którą określa się jako temperament. Według Galena temperament to trwała cecha konstytucyjna człowieka, wynikająca z ustalonej proporcji mieszaniny płynów, która może przybrać jeden z czterech typów, w zależności od przewagi jednego płynu nad innymi: sangwiniczny – przewaga krwi, choleryczny – przewaga żółci, flegmatyczny – przewaga śluzu, melancholiczny – przewaga czarnej żółci. Z kolei nierównowaga płynów to inaczej dyskrazja, prowadzący do chorób. Według szkoły z Kos z Hipokratesem na czele nie istniały konkretne choroby, a należało leczyć nierównowagę humorów w całym ciele. Stałym elementem diagnostyki była urynoskopia (badanie moczu), gdyż zakładano, że odzwierciedleniem kompozycji płynów ciała miał być skład uryny. Natomiast konsekwencją terapeutyczną uznania, że nadmiar lub zepsucie płynu jest przyczyną choroby, było leczenie oparte na puszczaniu krwi, przeczyszczeniu, wywołaniu wymiotów czy wypoceniu, a więc wyprowadzające z ciała zbędne ciecze. *(SP)*

poradnik „O godziwej przyjemności i o dobrym zdrowiu" pod kątem flegmy jako jednego z czterech humorów. Wiktoria Jaskulska poruszyła problematykę flegmy przez pryzmat reklam telewizyjnych. Podobne „ujęcie", tym razem śluzu w filmie, znalazło się w analizie autorstwa Ireny Borucckiej i Wojciecha Ślusarczyka pt. „Blob – zabójca z kosmosu. Filmowe obrazy drapieżnej flegmy". Pozostałe rozdziały ukazywały flegmę w ujęciu psychologicznym poprzez przyjrzenie się postaciom historycznym, takim jak cesarz rzymski Klaudiusz (Mateusz Żmudziński) czy Alfred Neppert, aptekarz niemiecki w Łabiszynie w latach 1940-1944 (Karolina Winiarek, Wojciech Ślusarczyk). Jedna z prac przedstawiała flegmatyka w dziełach francuskiego filozofa René Le Senne (Monika Opioła-Cegiełka). Maria Katarzyna Przybylska prześledziła stereotypy osób flegmatycznych w zależności od płci od czasów powstania teorii humoralnej do dnia dzisiejszego. Ciekawym rozdziałem jawi się opracowanie Katarzyny Winiarek na podstawie ankiety internetowej, ukazujące wpływ temperamentu flegmatycznego na uzależnienie od Internetu i mediów społecznościowych.

*dr n. farm. STEFAN PIECHOCKI*

# Apothecaria Bydgostiana

W roku 2005 z okazji otwarcia wystawy „Apothecaria Bydgostiana" ukazał się pierwszy numer zeszytów naukowych pod tytułem „Apothecaria Bydgostiana. Studia z Dziejów Farmacji i Medycyny". Od tego czasu przygotowano i wydano dwanaście tomów tego periodyku. Był on rozsyłany do 40 naukowych bibliotek w Polsce i za granicą. Prezentacja XII tomu tego wydawnictwa odbyła się 20 maja 2023 r. w Muzeum Apteki „Pod Łabędziem" – Oddział Muzeum Okręgowego im. Leona Wyczółkowskiego w Bydgoszczy (MOB).

Na początku spotkania mgr farm. Bartłomiej Wodyński, pomysłodawca i założyciel Muzeum Farmacji Apteki „Pod Łabędziem", opowiedział o idei stworzenia periodyku z dziedziny historii farmacji. O filmowych wywiadach z przedstawicielami zawodów związanych z farmacją oraz prezentacjach artefaktów aptecznych mówił realizator filmowy Jakub Wróbel. Na zakończenie fenomen czasopisma „Apothetacaria Bydgostiana" omówił prof. dr hab. Wojciech Ślusarczyk, pierwszy kustosz byłego prywatnego muzeum farmacji, obecnie kierownik oddziału MOB Apteka „Pod Łabędziem" i nauczyciel akademicki Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Moderatorką prezentacji była Jolanta Skibińska-Wróbel, druga kustosz byłego prywatnego muzeum farmacji.

Stefan Piechocki

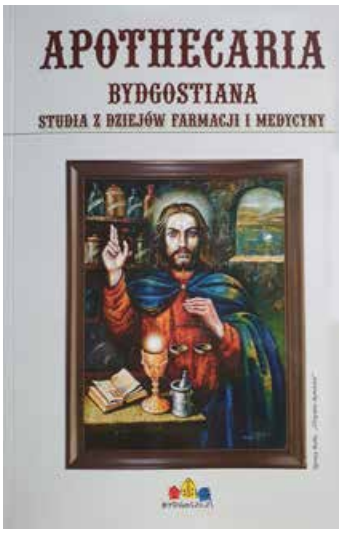
PROF. DR HAB. WOJCIECH ŚLUSARCZYK I JOLANTA SKIBIŃSKA-WRÓBEL

Czasopismo „Apothecaria Bydgostiana. Studia z Dziejów Farmacji i Medycyny" wydawane było w latach 2005-2010 przez prywatne Muzeum Farmacji Apteki „Pod Łabędziem", istniejące w latach 2003-2017. Tytuł, dla którego inspiracją była wystawa zorganizowana w 2005 roku dla uczczenia drugiej rocznicy powstania muzeum, wskazywał na regionalny charakter czasopisma. Jednak – jak podkreślał w pierwszym numerze redaktor naczelny Bartłomiej Wodyński, a także rozwinięcie tytułu – periodyk nie miał żadnych ograniczeń tematycznych ani geograficznych. Sekretarzem redakcji był Wojciech Ślusarczyk, a dodatkowo funkcję tę pełnił w przypadku tomu trzeciego dr Jan Majewski, aptekarz z Poznania. Recenzentem od tomu trzeciego był prof. dr hab. Sławój Kucharski. Czasopismo wydawano nieregularnie; w ciągu sześciu lat wydano 11 tomów. Periodyk miał niejednorodny charakter, choć zdominowany był przez tematykę związaną z historią farmacji i aptekarstwa. Szczególnie cenne pod względem poznawczym są dwa tomy: piąty, zawierający niemal wyłącznie wspomnienia Aleksandra Drygasa poświęcone jego ścieżce zawodowej i naukowej oraz siódmy, w którym zamieszczono katalog medali związanych z polską farmacją i medycyną, w większości znajdujących się w zbiorach Muzeum Okręgowego im. Leona Wyczółkowskiego w Bydgoszczy. Na łamach „Apothecaria Bydgostiana" publikowało aż 57 autorów. Ilustracje były czarno-białe, z wyjątkiem umieszczonych na okładkach, a jedynie tom czwarty, poświęcony powrotowi do Bydgoszczy godła Apteki „Pod Łabędziem", wydrukowano w kolorze i na lepszym papierze. Nakład czasopisma wynosił 150 egzemplarzy. Wydawanie periodyku finansowane było generalnie z dochodów apteki oraz dotacji Urzędu Miasta Bydgoszczy.

Tomasz Czachorowski

MGR FARM. BARTŁOMIEJ WODYŃSKI, REDAKTOR NACZELNY CZASOPISMA „APOTHECARIA BYDGOSTIANA"

W dwunastym tomie, ostatnim, jak zapowiedział jego redaktor naczelny mgr farm. Bartłomiej Wodyński, opublikowano pięć artykułów autorów związanych z Poznaniem i Wielkopolską, a mianowicie mgr filologii polskiej Grażyny Kucharskiej, dr. n. farm. Stanisława Pica, dr. n. farm. Jana Majewskiego, prof. dr. hab. Michała H. Umbreita oraz dr. n. farm. Stefana Piechockiego i studenta medycyny Marcina Piechockiego. Pierwsza praca poświęcona została przez Grażynę Kucharską, sekretarza poznańskiej Sekcji Historii Farmacji PTFarm pamięci męża, prof. dr. hab. Sławoja Kucharskiego, w dziesiątą rocznicę śmierci. Dr n. farm. Stanisław Pic, emerytowany trzeci kustosz Muzeum Farmacji w Poznaniu, przybliżył czytelnikom postać Oscara Troplowitza, twórcy biznesowej potęgi koncernu Beiersdorf, który doświadczenie zawodowe zdobywał w poznańskiej „Aptece Nadwornej" (*vide* „Poznańskie tropy Oscara Troplowitza", „Farmacja Wielkopolska", nr 15). O udziale aptekarzy w zwycięskim Powstaniu Wielkopolskim (1918-1919) napisał dr n. farm. Jan Majewski, pierwszy kustosz Muzeum Farmacji w Poznaniu i przewodniczący poznańskiej Sekcji Historii Farmacji PTFarm. Wskazał on także na udział farmaceutów w tworzących się władzach samorządowych na terenie województwa poznańskiego. Z kolei prof. dr hab. Michał H. Umbreit podzielił się swoimi wspomnieniami na temat historii konkursów prac magisterskich na wydziałach farmaceutycznych w Polsce, których jeszcze jako student II roku i wiceprzewodniczący Rady Uczelnianej Zrzeszenia Studentów Polskich Akademii Medycznej w Poznaniu był inicjatorem. Artykuł dr. n. farm. Stefana Piechockiego, obecnego kustosza Muzeum Farmacji w Poznaniu i jego syna Marcina, finiszującego studenta kierunku lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, dotyczył zaangażowania aptekarzy powiatu babimojskiego w działaniu na rzecz odzyskania i umacniania niepodległości w początkach XX wieku.




W czasie spotkania zaprezentowano też pocztówki z przełomu XIX i XX wieku z motywem łabędzia ze zbiorów Bartłomieja Wodyńskiego, a jego uczestnicy mogli ponadto zapoznać się z wystawą stałą Apteki „Pod Łabędziem".

*dr n. farm. STEFAN PIECHOCKI*

dr n. farm. JAN MAJEWSKI

# RADOSNE ŚWIĘTOWANIE

## Od trzydziestu lat wielkopolscy farmaceuci obchodzą w Poznaniu Święto Aptekarzy pod patronatem świętych Kosmy i Damiana

27 września 1993 r. poznańscy aptekarze po raz pierwszy obchodzili swoje święto pod patronatem świętych braci męczenników Kosmy i Damiana. Organizatorem obchodów była Sekcja Historii Farmacji Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, a współorganizatorem Hurtownia Zioła Polskie Pharma.

### Obraz patronów święta

Podczas uroczystości w Pałacu Działyńskich w 1993 r. referat pod tytułem „Św. Kosma i św. Damian – patroni farmacji" wygłosił prof. dr hab. Jerzy Masiakowski, ówczesny kierownik Katedry i Zakładu Farmacji Klinicznej Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Uczestnicy obchodów mogli kontemplować obraz przedstawiający świętych Kosmę i Damiana, namalowany w 1952 r. przez siostrę Rafaelę Szymkowiak ze Zgromadzenia Sióstr Świętej Elżbiety Prowincji Poznańskiej. Obraz olejny (o wymiarach 85×130 cm), znajdujący się w domu zgromadzenia przy ul. Łąkowej w Poznaniu, przedstawia świętych przy łóżku chorego. Św. Kosma, lekarz, siedzi przy chorym, lewą rękę trzyma na jego ramieniu, a prawą wskazuje na krzyż, jakby jednocześnie badał chorego, uspokajał go modlitwą lub błogosławił. Obok niego św. Damian, aptekarz, stoi u wezgłowia chorego, trzyma w lewej ręce naczynie, z którego odmierza najprawdopodobniej płynny lek (krople, miksturę) na łyżkę w prawej dłoni. Można by powiedzieć, że pełni rolę farmaceuty klinicznego. Przedstawiona scena pozwala wnioskować, że uprawiana przez świętych medycyna jest pełna współczucia i humanizmu. Człowiek odczuwa lęk przed cierpieniem. Łagodzenie tego lęku oraz wzbudzenie nadziei, która uzdrawia, może być dokonane tylko w osobistych kontaktach z chorym człowiekiem.

Kopię tego obrazu wykonał Jerzy Winkler, poznański artysta malarz. 25 września 1999 r. obraz został poświęcony w poznańskiej farze przez ks. bpa Marka Jędraszewskiego, który celebrował mszę świętą w czasie obchodów VIII Święta Aptekarzy. Kopia przechowywana jest w siedzibie Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej i towarzyszy cyklicznym obchodom święta, natomiast dla zbiorów Muzeum Farmacji w Poznaniu wykonano dodatkową kopię; w sumie są więc cztery kopie obrazu śp. s. Rafaeli Szymkowiak.

Przez 30 lat obraz patronów prezentowany był blisko ołtarza w czasie liturgii w poznańskiej farze, tradycyjnie rozpoczynającej obchody święta. Po liturgii w salce przy kościele odbywały się tradycyjne spotkania towarzyskie, a przy okazji także wystawy i promocje książek. Ponadto świętowaliśmy między innymi w Pałacu Działyńskich, Auli Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Teatrze Nowym, Muzeum Farmacji oraz poza Poznaniem – w Licheniu i na Zamku Królewskim w Warszawie. W obchodach uczestniczyli nie tylko farmaceuci, ale również zaproszeni przedstawiciele władz państwowych i samorządowych, środowisk kościelnych, naukowych i artystycznych, hurtowni farmaceutycznych oraz pacjenci.

## 30 lat minęło

Poznańskie obchody zainspirowały aptekarzy w naszym kraju (Białystok, Bydgoszcz, Katowice, Kielce, Warszawa – Naczelna Izba Aptekarska) do organizowania podobnych uroczystości. W Poznaniu każdorazowo Święto Aptekarzy organizują Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska oraz Oddział Poznański Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego i jego Sekcja Historii Farmacji. Wielokrotnie podczas uroczystości wręczano Statuetkę im. prof. Franciszka Adamanisa, przyznawaną wybitnie zasłużonym dla swojego środowiska wielkopolskim farmaceutom.

Przypomnienie obchodów z minionych lat pozwala uzmysłowić znaczenie i dynamikę tego święta w środowisku lokalnym i ogólnopolskim.

- **V ŚWIĘTO APTEKARZY** (27 września 1997 r.) – na uroczystości, która odbyła się w Auli Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, referat „Miejsce apteki w naszym krajobrazie" wygłosił ks. prof. Józef Tischner, który ze wzrokiem skierowanym na obraz świętych powiedział: „Widzimy chorego, który cierpi, ma wzrok skierowany

Eugeniusz Jarosik

MSZA ŚWIĘTA W POZNAŃSKIEJ FARZE (2018)

Eugeniusz Jarosik

KONCERT ORKIESTRY KAMERALNEJ WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W FARZE (2018)

Eugeniusz Jarosik

SPOTKANIE W POZNAŃSKIM MUZEUM FARMACJI (2018)

Archiwum Jana Majewskiego

AKCJA „APTEKARZE PACJENTOM" (2003)

Eugeniusz Jarosik

DR ALINA NOWACKA-WALISZKA ODBIERA STATUETKĘ IM. PROF. FRANCISZKA ADAMANISA (2018)

Eugeniusz Jarosik

POETKA DR MARIA ELLNAIN-WOJTASZEK I DR HANNA CYTRYŃSKA (2018)

w stronę krzyża. Obok jest Kosma – lekarz i Damian – farmaceuta, ten który aplikuje lekarstwo. Jedna i druga postać ucieleśnia dużą wiedzę o człowieku. Tak więc dwie te postaci reprezentują wiedzę o człowieku, o jego nieszczęściach".

- **VII ŚWIĘTO APTEKARZY** (1999 r.) – uroczystości odbywały się w kościele farnym w Poznaniu. Mszę świętą celebrował i homilię wygłosił ks. prof. bp Marek Jędraszewski. Po liturgii zebrani wysłuchali wykładu „Duchowość świętych Kosmy i Damiana", który wygłosił ksiądz mitrat Michał Niegierewicz, proboszcz soboru prawosławnej parafii Św. Trójcy w Hajnówce i dziekan okręgu hajnowskiego.
- **VIII ŚWIĘTO APTEKARZY** (22 września 2000 r.) – podczas uroczystości w poznańskim Teatrze Nowym wykład pod tytułem „Kaplica świętych Kosmy i Damiana w gdańskiej Bazylice Mariackiej" wygłosił prof. Mariusz M. Żydowo z Akademii Medycznej w Gdańsku. Zebrani dowiedzieli się o istnieniu takiej kaplicy, związanej z cechem chirurgów w tym mieście. Piękne wyposażenie kaplicy świętych Kosmy i Damiana zdobiło wnętrze gigantycznej bazyliki. W 1945 r. kaplica razem z kościołem została zrujnowana i zaginęły wszystkie elementy wyposażenia. Po odbudowie Bazyliki Mariackiej ponownie wznowiono kult świętych braci męczenników, patronów gdańskich chirurgów. W 1997 r. została ukończona rekonstrukcja kaplicy oraz zawieszono w niej obrazy świętych Kosmy i Damiana namalowane przez gdańską artystkę Grażynę Piórko.
- **XI ŚWIĘTO APTEKARZY** (27 września 2003 r.) – w poznańskiej farze mszę świetą celebrował i homilię wygłosił bp Marek Jędraszewski. Następnie dr n. farm. Jan Majewski przedstawił wykład „Najdawniejsze świadectwa o aptekarzach i aptekach poznańskich". Tego samego dnia na poznańskim placu Wolności organizatorzy obchodów przeprowadzili akcją „Aptekarze PACJENTOM" (członkowie Sekcji Historii Farmacji PTFarm dokonali bezpłatnych przeglądów przydatności i oceny leków z apteczek domowych; przeterminowane środki lecznicze zostały fachowo zutylizowane na koszt Hurtowni Aptekarzy Galenica Panax). Odbyła się także promocja tomiku poetyckiego Janusza Sauera „Koła na wozie", książki, która ukazała się dzięki finansowemu wsparciu aptekarzy.

- **XIV ŚWIĘTO APTEKARZY** (30 września 2006 r.) – mszę świętą w poznańskiej farze odprawił jej proboszcz, ks. prałat Wojciech Wolniewicz, a homilię wygłosił ks. dr Adam Sikora, duszpasterz środowiska farmaceutycznego w Archidiecezji Poznańskiej. Po mszy dr n. med. Joanna Nieznanowska z Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie wygłosiła wykład „Domowa i podróżna apteczka rodziny Mozartów", nawiązując w ten sposób do obchodów Międzynarodowego Roku Mozartowskiego, ogłoszonego z okazji 250. rocznicy urodzin kompozytora. Następnie wysłuchano koncertu prof. Elżbiety Karolak z Akademii Muzycznej im. Ignacego Jana Paderewskiego w Poznaniu. Organy Friedricha Ladegasta pięknie zabrzmiały w odnawianym barokowym wnętrzu świątyni. Odbyła się także promocja książek Marii Ellnain-Wojtaszek, Jana Majewskiego i Andrzeja Sikorskiego.
- **XVII ŚWIĘTO APTEKARZY** (26 września 2009 r.) – po mszy świętej dr n. farm. Aleksander Kuehn wygłosił wykład „Ścienne malowidło o tematyce aptekarskiej we wschodniej emporze poznańskiej fary". Wielu farmaceutów i gości biorących udział w obchodach święta po raz pierwszy obejrzało to malowidło. Następnie odbyło się tradycyjne spotkanie w dawnych pomieszczeniach klasztoru pojezuickiego.
- **XVIII ŚWIĘTO APTEKARZY** (2 października 2010 r.) odbywało się pod hasłem „Sacrum i profanum, etyka i komercja na progu XXI wieku w aptekarstwie". Po mszy świętej wysłuchano wykładu prof. dr hab. Anity Magowskiej „Sacrum i profanum w farmacji dawnej oraz współczesnej". Po uroczystości w farze swój tomik poezji „Przez liliowy cień" promowała dr n. farm. Maria Ellnain-Wojtaszek.
- **XIX ŚWIĘTO APTEKARZY** (24 września 2011 r.) – mszę świętą celebrował ks. prałat Wojciech Wolniewicz, proboszcz fary, a homilię wygłosił ks. dr Adam Sikora. Po liturgii wykład przedstawiła mgr farm. Barbara Fiklewicz-Dreszczyk „Maria Sagrario – patronka Stowarzyszenia Farmaceutów Katolickich Polski". Podczas agapy odbyła się promocja książki „Święci Kosma i Damian, patroni aptekarzy i lekarzy" (pod red. Jana Majewskiego; Wydawnictwo Flos Carmeli, 2010).
- **XX ŚWIĘTO APTEKARZY** (29 września 2012 r.) – po liturgii wysłuchano referatu dr. n. farm. Jana

Eugeniusz Jarosik

SPOTKANIE W MUZEUM FARMACJI („MOJA MAMA, MÓJ TATA SĄ FARMACEUTAMI", 2021)

Eugeniusz Jarosik

WYSTAWA PRAC FARMACEUTY JANA HARASIMOWICZA (2018)

Eugeniusz Jarosik

MAŁGORZATA KUCZEROWSKA, ALINA GÓRECKA, DANUTA KURASZ I JĘDRZEJ JANUS (2022)

Kontekst

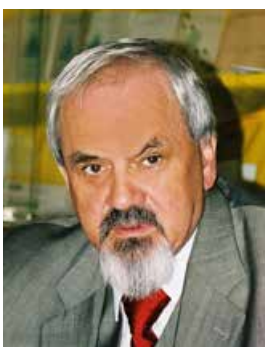
Kontekst

Kontekst

Wiesław Wiszowaty

Majewskiego „Apteka jezuicka w Poznaniu na tle innych aptek klasztornych od XVII do XVII wieku". Następnie wysłuchano koncertu organowego w wykonaniu prof. Elżbiety Karolak. Na zakończenie odbyła się promocja tomiku wierszy śp. Mariana Cezarego Abramowicza „Czarek przyjaciołom" (pod red. Jana Majewskiego). Swoje książki prezentował także poznański poeta i satyryk Lech Konopiński, przyjaciel farmaceutów.

- **XXI ŚWIĘTO APTEKARZY** (28 września 2013 r.) – po mszy świętej referat „Rośliny poświęcone świętym" przedstawiła prof. dr hab. Irena Matławska, kierownik Katedry i Zakładu Farmakognozji Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. W Piśmie Świętym czytamy: „(...) Bóg stworzył z ziemi lekarstwa, a człowiek mądry nie będzie nimi gardził. Dzięki nim się leczy i ból usuwa, a z nich aptekarz sporządza leki..." (Mądrość Syracha 38).
- **XXII ŚWIĘTO APTEKARZY** (27 września 2014 r.) – po mszy świętej odprawionej przez ks. kanonika Mateusza Misiaka, proboszcza fary, referat „Wino i zdrowie" przedstawił prof. dr hab. Edmund Grześkowiak, prorektor Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu". Następnie wysłuchano koncertu w wykonaniu organisty katedralnego Krzysztofa Wilkusa i Piotra Maćkowiaka, oboisty. Odbyła się także promocja książek mgr farm. Teresy Mielczarek „Wokół leszczyńskich aptek", Lecha Konopińskiego „Pierwsze kroki – seria dla najmłodszych czytelników", Marii Magdaleny Pocgaj „A włosy im czesał biblijny wiatr" oraz Anny Elżbiety Zalewskiej „Nadzieją pisane".
- **XXIII ŚWIĘTO APTEKARZY** (26 września 2015 r.) – po liturgii wysłuchano referatu prof. dr hab. Anity Magowskiej „Motywy aptekarskie w dawnym teatrze jezuickim", a po pięknym koncercie (ze znakomitym komentarzem) prof. Elżbiety Karolak odbyła się promocja tomiku wierszy Andrzeja Sikorskiego „niepewne", poetyckiej książki 2015 roku.
- **XXX ŚWIĘTO APTEKARZY** (8 października 2022 r.) – po mszy świętej w intencji farmaceutów oraz ich rodzin, a także zmarłych w ostatnim roku (jak bywało w poprzednich latach) obchody kontynuowano w Muzeum Farmacji Wlkp. OIA. Uczestnicy spotkania wzięli udział w otwarciu wystawy malarstwa mgr farm. Małgorzaty Kuczerowskiej i mgr. farm. Jędrzeja Janusa.



afw

dr n. farm.
**JAN MAJEWSKI**
Honorowy przewodniczący Ogólnopolskiej Sekcji Historii Farmacji Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego.
Apteka „Pod Złotym Lwem" w Poznaniu

Bezpieczne rozwiązanie do przygotowywania roztworów leków, takich jak np. antybiotyki

# Ecoflac® Connect

(w trzech rozmiarach dla każdego rodzaju fiolek)

Urządzenie do transferu leku

- w Systemie Zamkniętym
- zgodne z definicją NIOSH
- zapewnia szczelność chemiczną
- zapewnia szczelność mikrobiologiczną

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

Aesculap Chifa sp. z o.o. | www.bbraun.pl

BUN/FarmacjaWielkopolska/23/2023

WIELKOPOLSKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA