

Biuletyn informacyjny

Okręgowej Izby Aptekarskiej
w Warszawie



#2/2019 (59) KWARTALNIK BEZPŁATNY



ISSN 1733-1323 59
9 1771733 132306

Spis treści

- 3** Słowo wstępne
- 4** Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Aptekarskiej za 2018 rok
- 9** Lista Delegatów OIA
- 13** Po pierwsze farmaceuta
- 16** Komisja Etyki i Deontologii Zawodowej
- 19** Okiem prawnika
- 28** Układ endokannabinoidowy i kliniczne zastosowanie konopi medycznych
- 31** Apteka dla aptekarza
- 34** Warsaw Pharmacy Show
- 36** Leczenie żywieniowe. Żywnienie pozajelitowe.
- 40** Najczęściej zadawane pytania
- 42** Farmaceuta radzi. Nasza wiedza ma znaczenie!
- 43** Płynne leki recepturowe z jodem
- 45** Pharmaciens Sans Frontières (PSF) - Polska 2019
- 47** Farmaceuci w Królestwie Niderlandów
- 48** Zwycięska drużyna
- 50** Strefa farmaceuty

Szanowni Państwo,

Nasz zespół redakcyjny oddaje w Państwa ręce najnowsze wydanie Biuletynu Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie. W numerze, który Państwo czytają znajdują się podsumowania aktywności Izby z ostatnich kilku miesięcy. Najważniejszym wydarzeniem w minionym kwartale był Zjazd Sprawozdawczy Delegatów OIA w Warszawie jak również wybory nowych przedstawicieli farmaceutycznej społeczności. Dla ułatwienia Państwu kontaktu z nowo wybranymi osobami publikujemy pełną listę Delegatów nadchodzącej kadencji. W tym numerze znajdziecie również sprawozdanie z działalności ORA- lekturę obowiązkową dla każdego farmaceuty zrzeszonego w naszej organizacji. Dodatkowo wprowadzamy nowy cykl poświęcony etyce i deontologii

zawodowej, po to by przybliżyć Państwu działania komisji OIA ale również uczulić na sytuację z naszego codziennego życia zawodowego. Miniony czas to również wielkie wydarzenia: pierwsza kampania wizerunkowa farmaceutów skierowana do pacjentów, dyskusje i warsztaty z opieki farmaceutycznej czy emocjonujące zawody siatkarskie. Nie zabraknie również podsumowania nowych przepisów antywywozowych czy najczęściej zadawanych pytań w ramach konsultacji prowadzonych przez Izbę, zagadnień związanych z recepturą, konopiami medycznymi oraz żywieniem pozajelitowym.

Nie sposób w kilku zdaniach opisać bogactwa tego numeru - zachęcam więc do lektury.

Redaktor Naczelny

Emilia Gąsińska



Zespół redakcyjny

Edyta Banackowska-Duda
Michał Byliniak
Agnieszka Chodkowska
Klaudiusz Kulak
Sylwester Majewski
Piotr Merks
Magdalena Stolarczyk
Marian Witkowski
Mikołaj Zerhau

Skład

Maciej Zawadzki

Druk

Przedsiębiorstwo Produkcyjno Usługowe
Handlowe „Progress” sp. z o.o.
ul. Łomżyńska 8,
41-219 Sosnowiec

Słowo wstępne od Prezesa

mgr farm. Michał Byliniak

Pierwsza połowa roku 2019 okazała się być czasem bardzo intensywnym dla polskiej ale również mazowieckiej farmacji. Aktywność samorządowa jak również zmiany legislacyjne stanowią mocny punkt naszej rzeczywistości.

Miniona wiosna to okres poświęcony na przeprowadzenie wyborów samorządowych w delegaturach Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie. Wśród wybranych przedstawicieli farmaceutów z terenu mazowsza znalazło się wiele znanych z aktywności samorządowych nazwisk jak również pojawili się nowi społecznicy, którzy swoją energią i chęcią do działania pragną wspierać działania na rzecz naszego zawodu. Zjazd sprawozdawczo-wyborczy zaplanowany na przełom listopada i grudnia uształtuje nową rzeczywistość i wskaże kierunek działań środowiska dlatego też cieszę się, że wśród wybranych delegatów mamy przedstawicieli wszystkich grup zawodowych i wiekowych. Uznałem, że dla Państwa ważną informacją stanowi to, kto będzie Was reprezentował- dlatego zdecydowaliśmy o publikacji pełnej listy delegatów VIII kadencji. Kolejnym krokiem już na poziomie ogólnopolskim będą przygotowania delegatów do Zjazdu Krajowego i wybór Prezesa i organów Naczelnej Izby Aptekarskiej na Zjeździe który odbędzie się na początku roku 2020.

Bardzo ważnym elementem minionego kwartału było rozpoczęcie pierwszej w Polsce kampanii wizerunkowej farmaceuty realizowanej przez Naczelną Izbę Aptekarską i Fundację Aflfarm. Rozpoczęcie spotów informujących Pacjenta o tym, w czym farmaceuta może mu pomóc poprzedzone było raportem z badania ogólnopolskiego przeprowadzonego z udziałem ponad 1000 osób. Opracowanie to zderza opinię społeczeństwa z naszymi własnymi odczuciami. Jednym z ważniejszych wniosków jakie z niego płyną wynika, że tylko 10% Polaków poszukuje porady w aptekach i to niestety pokazuje jak kampania jest potrzebna i jak wielkie wyzwania stoją przed nami w zakresie zwiększenia świadomości

pacjentów o roli i potencjale farmaceutów. To my jesteśmy ekspertami od leków, od ich działania i bezpieczeństwa i to naszą rolą jest wspieranie pacjentów w prawidłowej farmakoterapii i profilaktyce prozdrowotnej a fakt, że nie jesteśmy tak postrzegani pokazuje jak wiele jest w tej materii do zrobienia. Zdaję sobie sprawę, że kampania jest różnie przez Państwa oceniana ale nie zapominajmy, że jej odbiorcą jest pacjent a same działania mają na celu wsparcie wizerunku farmaceutów.

Minione pół roku to także niezwykle dynamiczny rozwój eZdrowia, implementacja e-recepty, wdrożenie Dyrektywy antyfałszywkowej oraz Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi - to wszystko sprawia, że czujemy się często zagubieni. Proszę Pamiętajcie Państwo o szkoleniach i poradach jakie Izba Państwu oferuje, staramy się odpowiadać na wszystkie wasze wątpliwości i reagować na niejasności prawne związane z waszą pracą. Zachęcamy do uczestnictwa w organizowanych przez Izbę szkoleniach oraz do śledzenia informacji publikowanych na naszej stronie internetowej i profilu izby na portalu Facebook. Głęboko wierzę, że pomimo wielu problemów te wszystkie zmiany docelowo ułatwią Państwu pracę i wpłyną na poprawę bezpieczeństwa pacjenta.

Z niecierpliwością czekamy również na publikację projektu Ustawy o zawodzie farmaceuty-zapisów kluczowych do funkcjonowania i rozwoju naszego zawodu. Liczymy na to, że najbliższym czasie wypracowany projekt zostanie wreszcie przyjęty i wdrożony w życie. Czekamy na możliwości jakie ten dokument przed nami otwóży- wdrożenie opieki farmaceutycznej, umocnienie roli farmaceuty w zapewnieniu profilaktyki prozdrowotnej i bezpieczeństwa farmakoterapii czy zwiększenie roli farmaceuty w opiece szpitalnej. Stoimy u progu wielkich zmian, jesteśmy od dawna mentalnie na nie gotowi, chcemy umocnienia roli farmaceuty, to nasz czas.

Aktywność ORA w 2018 roku w liczbach:

11	komisji Rady
327	liczba wpisanych nowych członków
202	liczba wykreślonych członków
692	liczba kierowników aptek ogólnodostępnych
7	wyjazdowych sesji szkoleniowych
80	stacjonarnych posiedzeń naukowo-szkoleniowych
7180	wydanych certyfikatów
99	farmaceutów wzięło udział w I edycji Akademii Kierownika
12	posiedzeń ORA
89	uchwał ORA
3,5	średni czas posiedzenia ORA
36	posiedzeń Prezydium
518	uchwał Prezydium i 64 postanowień

Sprawozdanie z działalności okręgowej rady aptekarskiej za 2018 rok

Miniony rok był dla Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie rokiem intensywnej i wymagającej pracy dla członków Rady, przewodniczących stałych Komisji Rady, pracowników biura oraz przede wszystkim dla członków Prezydium.

W strukturach naszej Izby w ostatnim roku działały następujące stałe Komisje Rady:

1. Aptek Ogólnodostępnych (przewodnicząca M. Majewska),
2. Aptek Szpitalnych, Zakładowych i Działów Farmacji Szpitalnej (przewodniczący A. Borowy), Ekonomiczna (przewodniczący M. Witkowski),
3. Etyki i Deontologii Zawodowej (przewodnicząca E. Lazurek),
4. Hurtowni Farmaceutycznych (przewodniczący J. Dorociak),
5. Legislacyjna (przewodniczący P. Tyrcha),
6. Nauki i Szkolenia (przewodnicząca E. Gąsińska),
7. Odznaczeń i Wyróżnień (przewodniczący W. Hudemowicz),
8. Pracowników Aptek (przewodnicząca M. Żelazna),
9. Seniorów (przewodnicząca S. Nowakowska),
10. Właścicieli Aptek i Hurtowni (przewodniczący W. Szkopański),
11. ds. Zawodowych i Młodych Farmaceutów (przewodniczący J. Żabiński).

Sprawozdania z działań Komisji zostały przekazane Delegatom drogą elektroniczną.

Statystyki

Liczba farmaceutów

Na liście członków n. Izby na dzień 31 grudnia 2017 r. figurowało 5696 Członków Izby.

Na liście członków n. Izby na dzień 31 grudnia 2018 r. figurowało 5821 Członków Izby.

Jednocześnie na listę członków w 2018 r. wpisano 327 osób (przyznano 169 Praw Wykonywania Zawodu) a skreślono z niej 202 farmaceutów.

Liczba specjalistów

Łącznie 1433 farmaceutów potwierdziło uzyskanie specjalizacji z farmacji aptecznej w tym:

1028 osoby z I stopniem specjalizacji, 144 z II stopniem specjalizacji oraz 261 posiada tytuł specjalisty.

Funkcje kierownika apteki ogólnodostępnej pełni 692 farmaceutów ze specjalizacją z farmacji w tym: 514 osób z I stopniem specjalizacji, 39 z II stopniem specjalizacji oraz 139 posiada tytuł specjalisty

Liczba seniorów

Grupę seniorów stanowią 328 osoby – farmaceutów, którzy znajdują na liście Członków OIA w Warszawie. W grupie tej 136 osób posiada specjalizację z farmacji aptecznej.

Liczba aptek i hurtowni farmaceutycznych 2018

Liczba aptek ogólnodostępnych (1.1.2018) – 1728

Liczba aptek ogólnodostępnych (31.12.2018) – 1742

Liczba aptek szpitalnych (1.1.2018) – 48

Liczba aptek szpitalnych (31.12.2018) – 52

Liczba działów farmacji (1.1.2018) – 100

Liczba działów farmacji (31.12.2018) – 115

Liczba hurtowni – 163

Działalność edukacyjna

Jak co roku Izba w intensywny sposób prowadziła szkolenia dla swoich członków. Zorganizowano 7 wyjazdowych sesji szkoleniowych:

- 2 sesje pracowników aptek szpitalnych i zakładowych oraz działów farmacji szpitalnej (w sumie dla **179** osób),
- 2 sesje kierowników aptek (w sumie dla **221** osób),
- sesja właścicieli aptek (**63** osoby),
- sesja hurtowników (**121** osób),
- sesja młodych farmaceutów (**73** osoby).

Zorganizowano również **80** stacjonarnych posiedzeń naukowo-szkoleniowych.

W ramach prowadzonych szkoleń wydano łącznie **7180** certyfikatów na łączną sumę **14360** punktów edukacyjnych.

Nowym przedsięwzięciem w kalendarzu prac Izby jest Akademia Kierownika Apteki stanowiąca cykl 6 całodziennych szkoleń dotyczących pozafarmaceutycznych aspektów prowadzenia apteki – Prawa, IT, zarządzania, etc.

W pierwszej edycji Akademii udział wzięło 99 farmaceutów, jednak należy zaznaczyć, że chęć uczestnictwa wyraziło kilkaset osób.

Działalność Integracyjna

W ramach pracy Izby zorganizowano również szereg imprez o charakterze integrującym środowisko farmaceutów. Do najważniejszych z nich można zaliczyć:

- wycieczkę Komisji Seniorów do Budapesztu,
- III integracyjny spływ kajakowy (czerwiec),
- kolejną edycję Rajdu Górskiego
- spotkania wigilijne dla seniorów, właścicieli aptek, „hurtowników”, „szpitalników” oraz „młodych”.

Izba była również współorganizatorem Pikniku Rodzinnego Forum Zawodów Zaufania Publicznego w parku im. Rydza-Śmigłego w Warszawie. Farmaceuci przy finansowym i organizacyjnym wsparciu naszej Izby uczestniczyli w Regatach Aptekarskich organizowanych przez Okręgową Izbę Aptekarską w Olsztynie, Mistrzostwach w Piłce nożnej organizowanych przez Śląską Izbę Aptekarską oraz Mistrzostwach.

Prace Okręgowej Rady Aptekarskiej

Jeśli chodzi o pracę w trakcie posiedzeń Rady to w 2018 roku odbyło się w sumie 12 posiedzeń, na których przyjęto łącznie 89 uchwał. Jeśli chodzi o typy przyjmowanych uchwał to wyglądało to następująco:

- 48 uchwał dotyczyło stwierdzenia PWZF,
- 17 uchwał przedłużenia okresu szkoleń ciągłych,
- 12 uchwał zwolnienia z obowiązku płacenia składek osób niewykonyjących zawodu,
- 12 uchwał w innych sprawach.

Łączny czas trwania posiedzeń Rady w 2017 roku to 41,5 godziny, co daje średnio 3,5 godziny na jedno posiedzenie.

Decyzją Prezydium protokoły z posiedzeń Rady są w tej kadencji publikowane na stronie internetowej Izby.

Poza kwestiami formalnymi najważniejszymi tematami którymi zajmowała się ORA były między innymi:

- Działania w związku z dostosowaniem nowego lokalu izby do potrzeb izby
- Podjęcie stanowiska odnośnie artykułu Dziennika Gazeta Prawna odnośnie niewystarczającej obsady w aptekach
- Wyznaczenie strategii mającej na celu sfinalizowanie postępowań w sprawie przekroczeń 1%
- Omówienie kwestii zapewnienia obsady aptek ogólnodostępnych
- Przedstawienie testowej wersji strony internetowej
- Dyskusje na temat specjalizacji i ustawy o zawodzie
- Przedstawienie i omówienie sytuacji aptek indywidualnych
- Przedstawienie projektu szkoleń dot. obsługi inhalatorów
- Przedstawienie projektu dotyczącego praktycznych aspektów wdrażania opieki farmaceutycznej – projekt SMART
- Przedstawienie projektu cyklu szkoleń Akademia Kierownika Apteki
- Omówienie organizacji Pikniku Integracyjnego Samorządów Zaufania Publicznego
- Dyskusja i przyjęcie uchwały w sprawie podziału OIA w Warszawie na rejony wyborcze
- RODO
- Porozumienie ze Związkiem Aptekarzy Pracodawców Polskich Aptek
- Podjęcie stanowiska w sprawie projektu ustawy zmieniającej ustawę o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych w części dotyczącej farmaceutów

- Omówienie propozycji współpracy z firmą EPRUF z OIA w Warszawie
- Omówienie spraw organizacyjnych związanych z przygotowaniem Koncertu Noworocznego
- Omówienie projektu ustawy antywywozowej Ministerstwa Sprawiedliwości
- Omówienie procesu przygotowania aptek do realizacji e-recepty
- Omówienie procesu przygotowania do wdrożenia serializacji w aptekach ogólnodostępnych, szpitalnych i hurtowniach farmaceutycznych

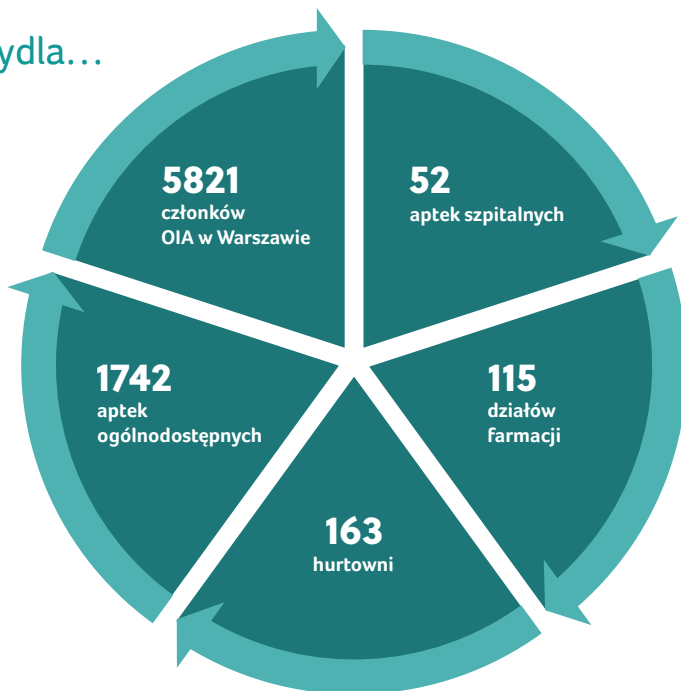
Prace Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej

W ubiegłym roku Prezydium spotykało się cyklicznie co tydzień (poza okresem

wakacyjnym) w składzie gwarantującym kworum niezbędne do podejmowania decyzji. Każdy projekt uchwały czy postanowienia oraz różne zagadnienia i decyzje podejmowane przez Prezydium były omawiane, a stosowna dokumentacja (np. kandydata na kierownika) przeglądana i analizowana przez skład Prezydium. W 2018 roku odbyło się w sumie **36** posiedzeń Prezydium, które trwały łącznie **98** godzin (średnio prawie **3** godziny na posiedzenie).

W trakcie posiedzeń Prezydium omawiano i następnie przyjęto łącznie **518** uchwał oraz **64** postanowienia. Zdecydowana większość procedowanych uchwał dotyczyła zmian na stanowiskach kierowników aptek ogólnodostępnych (funkcjonujących) oraz hurtowni farmaceutycznych i aptek szpitalnych oraz działów farmacji szpitalnej (funkcjonujących i nowo otwieranych).

Działamy dla...



Poniżej przedstawiamy główne typy podejmowanych przez Prezydium uchwał:

- w sprawie opinii dotyczącej pełnienia funkcji kierownika apteki osobie dającej rękojmię należytego prowadzenia apteki (zmiany na stanowiskach kierowników) – **327**,
- w sprawie opinii dotyczącej pełnienia funkcji kierownika apteki osobie dającej rękojmię należytego prowadzenia nowo otwieranej apteki – **14**,
- w sprawie opinii o osobie odpowiedzialnej za prowadzenie hurtowni farmaceutycznej (zmiany na stanowisku kierownika łącznie z nowo otwieranymi) – **62**,
- w sprawie opinii dotyczącej pełnienia funkcji kierownika apteki osobie dającej rękojmię należytego prowadzenia apteki szpitalnej lub działu farmacji szpitalnej (zmiany na stanowisku kierownika łącznie z nowo otwieranymi) – **42**,
- w sprawie opinii dotyczącej rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych – **19**
- **54** uchwały w innych sprawach.

Nowy Lokal

Pierwszy kwartał 2018 r. związany był z remontem nowego lokalu, przeprowadzką Izby w ostatnich dniach stycznia 2018 r. oraz urządzaniem i organizowaniem pracy w nowym otoczeniu. Prace remontowe rozpoczęły z 2 stycznia 2018 r. zakończyły się w przewidzianym terminie pozwalającym na zorganizowanie przeprowadzki zakończonej 31 stycznia 2018 r. Jednocześnie przeprowadzono z NIA oraz PTFarm skuteczne negocjacje dotyczące rozliczenia finansowego za pozostawione w lokalu meble i wyposażenie. W trakcie kolejnych tygodni

już w nowym lokalu prowadzone były prace dostosowawcze związane z umeblowaniem i wyposażeniem siedziby, instalacją infrastruktury teleinformatycznej i multimedialnej, dostosowania zabezpieczeń (wymiana zamków oraz konfiguracja instalacji alarmowej) oraz drobnych napraw i wymian instalacji.

Co ważne należy podkreślić, że ogrom działań związanych ze zmianą lokalizacji niemal nie wpłynął na czynność izby i był odczuwalny dla farmaceutów w bardzo ograniczonym zakresie.

Jednocześnie należy podkreślić, że podjęta przez Zjazd decyzja umożliwiająca podjęcie działań skutkujących sfinalizowaniem przez ORA zakupu lokalu doprowadziła do pełnej niezależności naszej izby a znaczące zwiększenie powierzchni biura umożliwiła jednocześnie prowadzenie wielu aktywności przy jednoczesnym zachowaniu komfortu wszystkich uczestników.

Lista Delegatów OIA w Warszawie w kadencji na lata 2019–2023

W maju i kwietniu 2019 roku odbyły się wybory samorządowe w Okręgowej Izbie Aptekarskiej w Warszawie. Teren mazowska podzielono na 13 okręgów wyborczych, spośród wszystkich członków Izby wybrano 166 delegatów, którzy będą reprezentować społeczność aptekarską przez najbliższe 4 lata. Będą również brali udział w tegorocznym zjeździe sprawozdawczo-wyborczym, który odbędzie się w ostatni weekend listopada (30.11-1.12). Obowiązkiem Delegatów jest uczestnictwo w corocznych spotkaniach sprawozdawczych, na których omawiane są aktualne zadania realizowane przez Izbę. Obowiązek ten daje również prawo do analizy działań Rady, wnoszenia komentarzy

i sugestii co do kierunku rozwoju Izby. Delegat to przedstawiciel danej grupy zawodowej wyodrębnionej w Izbie i jest zobligowany do reprezentowania jej spraw, wdrażania aktywności integrujących społeczność aptekarską oraz działania dla dobra zawodu. Spośród delegatów nowej kadencji zostanie wybrana Nowa Rada Okręgowej

Izby Aptekarskiej oraz członkowie komisji stałych OIA.

Samorząd Aptekarski to ludzie go tworzący, jego skład nie jest narzucony "z zewnątrz", jego aktywność stanowi pryzmat całej społeczności. Nie pytaj więc co Samorząd może zrobić dla Ciebie, zapytaj co Ty możesz zrobić dla Samorządu bo Samorząd to właśnie Ty.

LP.	NAZWISKO	IMIĘ	Rejon wyborczy
1	Długokęcka-Licbarska	Justyna	Ciechanów
2	Matejska	Dorota	Ciechanów
3	Matyjaszek	Stanisław	Ciechanów
4	Suskiewicz	Tomasz	Ciechanów
5	Dorociak	Jakub	Hurtownie
6	Falkowska	Martyna	Hurtownie
7	Kowalowski	Piotr	Hurtownie
8	Kowalski	Emil	Hurtownie
9	Krancberg	Aleksandra	Hurtownie
10	Weresiński	Łukasz	Hurtownie
11	Zdunowska-Geryk	Anna	Hurtownie
12	Babis	Dominik	Młodzi farmaceuci
13	Bielak	Anna	Młodzi farmaceuci
14	Dudziuk	Aleksandra	Młodzi farmaceuci
15	Flis	Beata	Młodzi farmaceuci
16	Garncarek	Magdalena	Młodzi farmaceuci
17	Goraj	Marcin	Młodzi farmaceuci
18	Matulka	Michał	Młodzi farmaceuci
19	Mazur	Magdalena	Młodzi farmaceuci
20	Nawrocki	Tomasz	Młodzi farmaceuci
21	Orzoł	Aleksandra	Młodzi farmaceuci
22	Piątek-Machaj	Urszula	Młodzi farmaceuci
23	Rapacz	Dariusz	Młodzi farmaceuci
24	Walczak	Urszula	Młodzi farmaceuci
25	Weremkowicz	Iwona	Młodzi farmaceuci
26	Wojtczak	Michał	Młodzi farmaceuci
27	Wróbel	Aleksandra	Młodzi farmaceuci
28	Wypych	Martyna	Młodzi farmaceuci
29	Zaborniak	Katarzyna	Młodzi farmaceuci

30	Lewandowski	Dariusz	Ostrołęka
31	Prusaczyk	Marta	Ostrołęka
32	Smótkowska	Dorota	Ostrołęka
33	Sobczak	Stawomir	Ostrołęka
34	Zerhau	Mikołaj	Ostrołęka
35	Cieślak	Aleksandra	Płock
36	Dobrosielska	Ewa	Płock
37	Jankowska	Anna	Płock
38	Kondracki	Krzysztof	Płock
39	Poptawska-Brzozowska	Ewa	Płock
40	Przemyska	Agnieszka	Płock
41	Szymańska	Joanna	Płock
42	Drab	Monika	Radom
43	Dryja	Katarzyna	Radom
44	Gąsińska	Emilia	Radom
45	Głuch	Anna	Radom
46	Gołacka	Aldona	Radom
47	Jarostawska	Bożena	Radom
48	Krawczyk	Jolanta	Radom
49	Rak	Benedykt	Radom
50	Samek-Baran	Ilona	Radom
51	Śliwa	Stawomir	Radom
52	Wiącek	Martyna	Radom
53	Dejewska	Joanna	Seniorzy
54	Galewska	Alicja	Seniorzy
55	Głowniak	Maria	Seniorzy
56	Młotek	Jadwiga	Seniorzy
57	Piesak	Gabryela	Seniorzy
58	Pławska	Anna	Seniorzy
59	Radecka	Jolanta	Seniorzy
60	Różycka	Irena	Seniorzy
61	Sołtysik-Kosito	Barbara	Seniorzy
62	Banasiuk	Anna	Siedlce
63	Chmielak	Małgorzata	Siedlce
64	Cielemęcka-Zajdel	Ewa	Siedlce
65	Dzido	Magdalena	Siedlce
66	Kańska	Jerzy	Siedlce
67	Klimowicz	Jolanta	Siedlce
68	Kurkus-Tchórzewska	Justyna	Siedlce

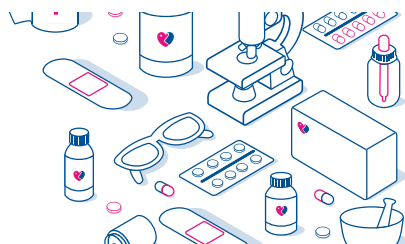
69	Uchimiak	Tomasz	Siedlce
70	Borowa	Marta	Szpitalnicy
71	Borowy	Adam	Szpitalnicy
72	Bosińska	Maria	Szpitanicy
73	Łopata	Monika	Szpitanicy
74	Nawłoka	Monika	Szpitanicy
75	Niedzielko	Magdalena	Szpitanicy
76	Pomorska	Ewa	Szpitalnicy
77	Rogala	Katarzyna	Szpitanicy
78	Roszkowska	Marta	Szpitanicy
79	Steckiewicz-Bartnicka	Ewa	Szpitalnicy
80	Chmielecka	Anna	W-wa centrum
81	Czerwiński	Maciej	W-wa centrum
82	Czuba	Grażyna	W-wa centrum
83	Gadamski	Zbigniew	W-wa centrum
84	Góraj	Piotr	W-wa centrum
85	Góraj	Agata	W-wa centrum
86	Hudemowicz	Włodzimierz	W-wa centrum
87	Kiszka	Przemysław	W-wa centrum
88	Konopka	Łukasz	W-wa centrum
89	Kosmala	Karolina	W-wa centrum
90	Kowal	Danuta	W-wa centrum
91	Kubrak	Izabela	W-wa centrum
92	Leśkiewicz-Szkopańska	Agnieszka	W-wa centrum
93	Lewandowska-Pachecka	Sylvia	W-wa centrum
94	Lipiński	Piotr	W-wa centrum
95	Malinowski	Marek	W-wa centrum
96	Marczak	Grażyna	W-wa centrum
97	Moczarski	Michał	W-wa centrum
98	Ogonowska	Mariola	W-wa centrum
99	Pachecka	Andrzej	W-wa centrum
100	Piasecka	Karolina	W-wa centrum
101	Pięta	Marek	W-wa centrum
102	Pisklak	Dariusz	W-wa centrum
103	Radziszewski	Robert	W-wa centrum
104	Rak	Iwona	W-wa centrum
105	Sobiech	Monika	W-wa centrum
106	Stachowiak	Marzena	W-wa centrum
107	Stachowicz	Maciej	W-wa centrum

108	Sygitowicz	Grażyna	W-wa centrum
109	Szarpak	Kinga	W-wa centrum
110	Szkopański	Wojciech	W-wa centrum
111	Witkowski	Marian	W-wa centrum
112	Augustyniak	Lucyna	W-wa pd
113	Bielejec	Agnieszka	W-wa pd
114	Jędra	Artur	W-wa pd
115	Lidke-Krawczyk	Agnieszka	W-wa pd
116	Lisowska	Agnieszka	W-wa pd
117	Peterson	Paweł	W-wa pd
118	Piłat	Ewa	W-wa pd
119	Sobiecka-Sisicka	Zofia	W-wa pd
120	Szelachowska	Małgorzata	W-wa pd
121	Szmyd	Barbara	W-wa pd
122	Tychmanowicz	Kapitolina	W-wa pd
123	Tyrcha	Piotr	W-wa pd
124	Żabiński	Jerzy	W-wa pd
125	Żmudzin	Urszula	W-wa pd
126	Białek	Sławomir	W-wa pn
127	Byliniak	Michał	W-wa pn
128	Drogowski	Maciej	W-wa pn
129	Fornal	Alina	W-wa pn
130	Gajewski	Klaudiusz	W-wa pn
131	Gregorczyk-Fac	Agnieszka	W-wa pn
132	Kieczka	Maria	W-wa pn
133	Król	Aleksandra	W-wa pn
134	Lazurek	Elżbieta	W-wa pn
135	Majewska	Magdalena	W-wa pn
136	Merks	Piotr	W-wa pn
137	Osmolska-Wiśniewska	Monika	W-wa pn
138	Romaniuk	Ewa	W-wa pn
139	Wiśniewski	Marcin	W-wa pn
140	Żelazna	Maria	W-wa pn
141	Bukiewicz	Eugeniusz	W-wa teren
142	Bartczak	Joanna	W-wa teren
143	Dera	Michał	W-wa teren
144	Dyga	Dorota	W-wa teren
145	Głowacka	Agnieszka	W-wa teren
146	Jabłońska	Iwona	W-wa teren

147	Jakóbsiak	Małgorzata	W-wa teren
148	Kotodziejczyk	Anna	W-wa teren
149	Krzemińska-Marek	Jolanta	W-wa teren
150	Łuksza-Bicka	Anna	W-wa teren
151	Materka	Beata	W-wa teren
152	Modzelewska	Joanna	W-wa teren
153	Pepliński	Przemysław	W-wa teren
154	Pietraniuk	Ewa	W-wa teren
155	Pokorowska	Jolanta	W-wa teren
156	Pokorowska-Alen	Agata	W-wa teren
157	Przystał	Zbigniew	W-wa teren
158	Raczkowska	Małgorzata	W-wa teren
159	Strasz	Katarzyna	W-wa teren
160	Szeligowska	Izabela	W-wa teren
161	Świgoniak	Krzysztof	W-wa teren
162	Tucholska	Iwona	W-wa teren
163	Tucholska-Owczarczyk	Dorota	W-wa teren
164	Wiatr	Małgorzata	W-wa teren
165	Wielgosz	Agnieszka	W-wa teren
166	Wielgosz	Grzegorz	W-wa teren



Po pierwsze
farmaceuta



„Po pierwsze farmaceuta” – ruszyła kampania wizerunkowa zawodu farmaceuty

Tylko 10 procent Polaków chodzi do apteki po poradę. Wiedzę na temat leków czerpiemy głównie z Internetu. Polacy ufają farmaceutom, ale nie wiedzą, czego mogą od nich oczekiwać – ich pracę kojarzą przede

wszystkim ze sprzedażą leków. To najważniejsze wnioski z ogólnopolskiego badania przeprowadzonego przez agencję Biostat na zlecenie Fundacji Aflofarm i Naczelnej Izby Aptekarskiej. Obie instytucje rozpoczęły 11 kwietnia pierwszą w historii zawodu farmaceuty ogólnopolską kampanię wizerunkową „Po pierwsze farmaceuta”. Akcja ma charakter edukacyjny. Jej celem jest przede wszystkim pokazanie Polakom, że farmaceuta to nie tylko sprzedawca, lecz

przede wszystkim ekspert w dziedzinie farmakologii i zdrowia.

– *Chcemy pokazać polskim pacjentom, że mogą oczekiwać od nas czegoś więcej, że nasze kompetencje i uprawnienia nie sprowadzają się jedynie do wydawania leków. To pierwsza tak nowoczesna i korzystająca z tak licznych kanałów dotarcia kampania samorządu aptekarskiego w Polsce – podkreśla prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Elżbieta Piotrowska-Rutkowska.*

– *Fundacji Aflofarm zależy na tym, by Polacy w odpowiedzialny sposób dbali o swoje zdrowie. Farmaceuci mogą im w tym pomóc – to bardzo dobrze wykształceni specjaliści, którzy posiadają szeroką wiedzę z zakresu farmakologii i potrafią doradzić w wielu dolegliwościach zdrowotnych, a w razie potrzeby – zalecić wizytę u lekarza. Tymczasem, jak pokazały badania, Polacy wiedzę na temat leków czerpią przede wszystkim z Internetu. I to w sytuacji, w której tuż za rogiem mają najlepszego specjalistę w tej dziedzinie – podkreśla prezes zarządu Fundacji Aflofarm, Tomasz Furman.*

Tylko 13% Polaków korzysta z porad farmaceuty

W blisko 14 tys. polskich aptek pracuje w sumie 27 tys. farmaceutów. Polacy spotykają ich każdego dnia – codziennie nawet dwa miliony pacjentów odwiedza swoje apteki. Głównie po to, by kupić lek – taki był cel ostatniej wizyty w tym miejscu prawie 70% Polaków. Pokazały to badania przeprowadzone przez niezależną agencję badawczą Biostat na zlecenie Fundacji Aflofarm i Naczelnej Izby Aptekarskiej. To pierwsze w historii tak kompleksowe badania, w których udział wzięto 380 farmaceutów i 1067 pacjentów. Ich celem było sprawdzenie, jak obie grupy postrzegają zawód farmaceuty i jak wygląda relacja na linii magister farmacji – pacjent. Ich szczegółowe

wyniki wraz z analizą opublikowane zostały w raporcie **Farmaceuta w Polsce. Ogólnopolskie badania wizerunkowe 2019.**

Aby uzyskać poradę w zakresie drobnych dolegliwości zdrowotnych do apteki udało się jedynie 13,4% Polaków. Po poradę dotyczącą leków – jeszcze mniej, bo zaledwie 10,2%. To zaskakuje, bo z tych samych badań wynika, że farmaceutom ufa ponad 90% Polaków.

– *Wynik na poziomie 90,4% oznacza wyjątkowo duży kredyt zaufania, jaki pokładamy w farmaceutach. Dlaczego więc pacjenci nie korzystają z ich porad? Bo nie wiedzą, że mogą o nie poprosić – zauważa prezes zarządu Fundacji Aflofarm, Tomasz Furman.*

W istocie, aż trzy czwarte Polaków kojarzy pracę farmaceuty przede wszystkim ze sprzedażą leków. Trzykrotnie mniej (27%) – z udzielaniem fachowych porad na ich temat. Nie wiedząc, że specjalistę od leków mają na wyciągnięcie ręki, informacji o działaniu leków czy skutkach ubocznych pacjenci szukają przede wszystkim w Internecie (64%). Farmaceuta/apteka jako źródło wiedzy o lekach wymieniany jest jedynie przez 34% Polaków.

Farmaceutyci zadowoleni z pracy, ale oczekują większych uprawnień

Farmaceutyci zapytani o to, czy są zadowoleni ze swojej pracy w zdecydowanej większości odpowiedzieli tak (82,6%), choć ponad połowa (54%) uważa, że ich kompetencje nabyte podczas wielu lat ciężkich studiów i później, w trakcie wykonywania zawodu, nie są w pełni wykorzystywane.

– *Za farmaceutami stoi profesjonalne przygotowanie merytoryczne, wymagające 5,5-letnie studia medyczne oraz wiedza o lekach, jakiej nie posiadają przedstawiciele innych zawodów. Dzięki tym umiejętnościom farmaceutyci mogą mieć realny wpływ na poprawę bezpieczeństwa farmakoterapii i jakość opieki nad pacjentami,*

a także przyczynić się do poprawy funkcjonowania i wydajności systemu ochrony zdrowia w naszym kraju. Niestety ten potencjał i wiedza nie są wystarczająco wykorzystywane – mówi prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, Elżbieta Piotrowska-Rutkowska.

Dwie trzecie magistrów farmacji oczekuje w związku z tym większych uprawnień w stosunku do pacjentów. Farmaceuci deklarują, że są gotowi świadczyć dodatkowe usługi, m.in. przegląd stosowanych leków pod kątem możliwych interakcji.

Różne opinie farmaceutów i pacjentów

Badanie pokazało też rozbieżności między w tym, jak zawód farmaceuty postrzegają pacjenci oraz sami farmaceuci. I tak, na przykład, 83,4% farmaceutów uważa, że pacjenci kierują się ich rekomendacjami podczas podejmowania decyzji o zakupie leku. Tymczasem tylko 11% pacjentów przyznało, że faktycznie tak jest. Największy wpływ na lekowe decyzje Polaków ma lekarz – i zgadzają się z tym obie grupy (aż 92,6% farmaceutów i 63,4% pacjentów).

Dużą różnicę widać też w tym, jak obie grupy postrzegają samą aptekę. Dla 94,5% farmaceutów jest to ważny punkt konsultacji zdrowotnych, niezależny od gabinetów lekarskich. Jednocześnie tylko 35% pacjentów kojarzy aptekę jako miejsce, w którym otrzymać można poradę w zakresie zdrowia.

Działania na dużą skalę

Kampania edukacyjna „Po pierwsze farmaceuta”, prowadzona wspólnie przez Naczelną Izbę Aptekarską i Fundację Aflfarm, ma za zadanie wzmocnić wizerunek zawodu farmaceuty w Polsce. Będzie realizowana do września przy użyciu różnorodnych środków i kanałów komunikacji. Raport **Farmaceuta w Polsce**. Ogólnopolskie badania wizerunkowe 2019 jest jednym z nich.

– Taka kampania jest niezbędna, nie tylko w kontekście promocji zawodu farmaceuty, ale również rozwiązań prawnych. Mam tutaj na myśli długo oczekiwaną przez całe środowisko ustawę o zawodzie farmaceuty – zauważa prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, Elżbieta Piotrowska-Rutkowska.

W ramach kampanii planowana jest emisja spotu wizerunkowego promującego zawód farmaceuty oraz czterech animowanych spotów edukacyjnych. Polacy dowiedzą się z nich, w czym może im pomóc magister farmacji i jak wygląda proces jego kształcenia. Jeden z filmów opowiadać będzie o zawodzie farmaceuty szpitalnego, z którego istnienia niewielu pacjentów zdaje sobie sprawę. Ostatni spot poruszy natomiast temat opieki farmaceutycznej i pokaże, jaką rolę może odgrywać farmaceuta w polskim systemie opieki zdrowotnej, o ile rozwiązanie to zostanie wprowadzone w naszym kraju w sposób systemowy. Badania pokazały, że 39,4% Polaków nie wie, czym jest opieka farmaceutyczna i jaki mógłby być jej zakres.

– Trzeba podkreślić, że zależy nam przede wszystkim na tym, by dotrzeć bezpośrednio do pacjentów. Dlatego będziemy szeroko dystrybuować tysiące ulotek informacyjnych mówiących o uprawnieniach farmaceuty. Polacy dowiedzą się z nich m.in. o tym, że magister farmacji pomoże im skompletować wakacyjną apteczkę, doradzi, jak przechowywać leki, poinformuje o interakcjach czy udzieli porad w drobnych problemach zdrowotnych, a w razie potrzeby zaleci wizytę u specjalisty – mówi prezes zarządu Fundacji Aflfarm, Tomasz Furman.

Organizatorzy chcą także zaangażować w dyskusję o zawodzie środowisko akademickie, w tym przede wszystkim studentów farmacji. Dlatego zaplanowali dyskusje panelowe, które odbędą się na wybranych uczelniach medycznych w całym kraju w kwietniu i w maju.

Akcję edukacyjną zakończy merytoryczna debata na temat przyszłości zawodu farmaceuty w Polsce, która odbędzie się we wrześniu, podczas Ogólnopolskiego Dnia Aptekarza.

Informacje dotyczące kampanii, zawodu farmaceuty oraz pełną wersję raportu: „Farmaceuta w Polsce. Ogólnopolskie badania wizerunkowe 2019” znaleźć można na stronie internetowej kampanii:

www.popierwszefarmaceuta.pl

źródło: www.nia.org.pl



Komisja Etyki i Deontologii Zawodowej. Strach ma wielkie oczy

mgr farm. Elżbieta Lazurek
Przewodnicząca Komisji Etyki i Deontologii Zawodowej
Okręgowa Izba Aptekarska w Warszawie

Zaproszenie na spotkanie z Komisją Etyki wywołuje w wielu farmaceutach uczucie niepokoju. Z pewnością przyczyna tkwi w nieznanym przepisów kodeksu etyki, jak i charakteru działań powołanej w 2014r.,

przy OIA w Warszawie, Komisji Etyki i Deontologii Zawodowej.

Komisja zajmuje się zgłoszonymi do niej sprawami związanymi z nieprzestrzeganiem norm, reguł lub zasad zawartych w obowiązującym Kodeksie Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej.

Pomaga również rozwiewać wątpliwości, rozwiązywać dylematy i konflikty moralne, zgłaszane przez farmaceutów, w związku z wykonywanym zawodem.

Takie koleżeńskie spotkania mają charakter prewencyjny i edukujący.

Odnosząc się do zadań Komisji należy zdefiniować kluczowe pojęcia i omówić obowiązujące w tym zakresie przepisy prawa.

Według encyklopedii PWN etyka definiowana jest jako: *zespół norm wyznaczających określone obowiązki moralne związane z wykonywanym zawodem i społecznymi stosunkami zawodowymi np. etyka lekarska, prawnicza.*

Są to spisane normy odpowiadające na pytanie, jak ze względów moralnych przedstawiciele danego zawodu powinni, a jak nie powinni postępować.

Zawód farmaceuty należy do grupy zawodów zaufania publicznego.

Warunkiem utrzymania aprobaty społecznej konieczne stało się stworzenie samoregulacji i ustanowienie norm etyki zawodowej, które powinny być przez uprawiających zawód przestrzegane. Do realizacji tego zadania niezbędne było uzyskanie przez grupę zawodową autonomii i uprawnień do egzekwowania przestrzegania ustanowionych norm etycznych.

Tę możliwość zdefiniowano w art.17 Konstytucji RP: *"Tworzenie samorządów..."*

Dzięki temu zapisowi, ustawą z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, powołano Samorząd Aptekarski.

Do zadań Samorządu należy dbanie o należyte wykonywanie zawodu przez farmaceutów, reprezentowanie zawodu aptekarza, integracja środowiska zawodowego oraz współpraca z innymi instytucjami w doskonaleniu zawodowym farmaceutów.

Realizując te zadania Samorząd między innymi ustala zasady etyki zawodowej i postępowania moralnego (deontologii), prowadzi postępowanie przeciwko farmaceucie, który naruszył zasady etyki zawodowej, może zawiesić lub pozbawić prawa wykonywania zawodu.

Obowiązujący obecnie Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej został uchwalony na podstawie art.37 pkt 1 ustawy z dnia 19kwietnia 1991r.i izbach aptekarskich

Uchwała Nr VI/25/2012 z dnia 22 stycznia 2012 r., VI Krajowy Zjazd Aptekarzy

Po tym wprowadzeniu można skupić się na tym ważnym dla nas wyznaczniku moralności i etyki.

Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitejskłada się z dwóch części: ogólnej i szczegółowej.

W części szczegółowej są cztery rozdziały:

- I-Aptekarz wobec pacjenta
- II-Zasady postępowania wobec zawodu, nauki i społeczeństwa
- III-Zasady postępowania wobec społeczności zawodowej i współobywateli
- IV-Przepisy końcowe.

Każdy członek zawodu zaufania publicznego, składając ślubowanie, zobowiązuje się do przestrzegania zasad kodeksu etyki.

Farmaceuta, któremu przyznano prawo wykonywania zawodu, składa ślubowanie odbierane przez Prezesa właściwej Okręgowej Rady Aptekarskiej albo Prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej, które ten obowiązek potwierdza.

Treść ślubowania jest następująca:

„Ślubuję uroczyście w swej pracy farmaceuty sumiennie i gorliwie i z należytą starannością wykonywać swoje obowiązki, mając zawsze na uwadze dobro pacjenta, wymogi etyki zawodowej i obowiązujące prawo, a także zachować tajemnicę zawodową, zaś w postępowaniu swoim kierować się zasadami godności, uczciwości i słuszności”.

Obecnie prestiż zawodu farmaceuty i wysoki status zawodowy ulega znacznej degradacji. Biznesowy model prowadzenia działalności w dużej mierze przystania moralne i etyczne zasady i wymusza niezgodne z prawem działania.

Pracujący farmaceuci często poddawani są naciskom pracodawców nastawionych na maksymalizację zysków. W wyniku tego świadomie lub nieświadomie wchodzą w konflikt z obowiązującymi przepisami. Dlatego, popularyzacja działań pro-etycznych, piętnowanie działań patologicznych i edukacja z zakresu kodeksu etyki jest celem działania Komisji Etyki i Deontologii Zawodowej. Przed wyzwaniem obecnych czasów staje system nauczania farmaceutów, samorząd, Inspekcja Farmaceutyczna, pracodawcy i sami farmaceuci. Mam nadzieję, że działania Komisji Etyki są przykładem stawiania czoła temu wyzwaniu i kontynuacji walki o godność zawodu farmaceuty.

Komisja Etyki i Deontologii Zawodowej skupia chętnych do pracy farmaceutów, którym nieobojętne jest postrzeganie zawodu.

Na spotkania z Komisją Etyki i Deontologii Zawodowej zapraszani są odpowiedzialni za prowadzenie apteki kierownicy i właściciele, jeśli jest farmaceutą.

Szczególny nacisk podczas spotkań kładziemy na art.18 pkt.1 Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej

Art. 18.

1. *Aptekarz w każdej sytuacji zawodowej zawiera z pracodawcą lub pracownikiem taką umowę, która gwarantowałaby Aptekarzowi możliwość wykonywania zawodu zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym Kodeksie Etyki Aptekarza RP*

W stosunku do farmaceutów, którzy mimo zaangażowania edukującego członków Komisji, nie zaprzestają działań łamiących zasady etyki zawodowej, zostaje wszczęte postępowanie.

Organami samorządu prowadzącymi postępowanie są Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowy Sąd Administracyjny.

Okręgowy Sąd Administracyjny może orzekać: upomnienia, nagany, wstrzymanie prawa wykonywania zawodu na okres od 3 miesięcy do 3 lat lub pozbawienia prawa wykonywania zawodu.

Najczęstszą przyczyną zaproszenia na spotkanie Komisją Edukacji i Deontologii Zawodowej jest podejrzenie o łamanie zakazu reklamy tj. art 94a Prawo Farmaceutyczne..

Zakaz reklamy aptek lub punktów aptecznych

1.

Zabroniona jest reklama aptek i punktów aptecznych oraz ich działalności. Nie stanowi reklamy informacja o lokalizacji i godzinach pracy apteki lub punktu aptecznego.

Definicja słownik PWN określa reklamę następująco:

reklama

1. *«działanie mające na celu zachęcenie potencjalnych klientów do zakupu konkretnych towarów lub do skorzystania z określonych usług»*

2. *«plakat, napis, ogłoszenie, krótki film itp. służące temu celowi»*

Ponieważ działalność na granicy prawa i „twórczość” w tym zakresie jest nieograniczona i coraz bardziej pomysłowa, powiększa się ilość prawomocnych wyroków sądów administracyjnych i ich uzasadnień.

Jako przykład wyrok dotyczący intencji i odbioru przekazu.

W wyroku z dnia 2 października 2007 r., sygn. akt II CSK 289/07, sąd najwyższy podkreślił, iż "powszechnie przyjmuje się, że reklamą są wszelkie formy przekazu, w tym także takie, które nie zawierając w sobie elementów ocennych ani zachęcających do zakupu, mogą jednak zostać przyjęte przez ich odbiorców jako zachęta do kupna. (...) Przy różnieniu informacji od reklamy trzeba mieć na względzie, że podstawowym wyznacznikiem przekazu reklamowego jest nie tylko mniej lub bardziej wyraźna zachęta do kupna towaru, ale i faktyczne intencje podmiotu dokonującego przekazu oraz odbiór przekazu przez podmioty, do których jest kierowany. Wypowiedź jest reklamą, gdy nad warstwą informacyjną przeważa zachęta do nabycia towaru - taki cel przyświeca nadawcy wypowiedzi i tak odbiera ją przeciętny odbiorca, do którego została skierowana. Wszelkie promocje, w tym cenowe, są reklamą towaru i firmy, która ich dokonuje.

Zachęcam wszystkich do braku obojętności na wszelkie nieetyczne działania i zgłaszanie ich do Komisji Etyki i Deontologii Zawodowej.

Trudno oczekiwać szacunku od innych, jeśli nie szanujemy siebie sami.

Zrozumieć sens tych słów i wprowadzić je w życie, tego życzę wszystkim farmaceutom.



Okiem prawnika

Nowelizacja ustawy Prawo Farmaceutyczne w zakresie nowych przepisów antywywozowych

mec. Sylwester Majewski

Zasadniczym celem ustawy z dnia 26 kwietnia 2019 r. o zmianie ustawy - Prawo Farmaceutyczne (Dz. U. poz. 959), która weszła w życie z dniem 6 czerwca 2019 r. jest zmiana podejścia do sposobu penalizacji zachowań związanych z obrotem produktami leczniczymi, przede wszystkim w kontekście proceduru tzw. „odwróconego łańcucha dystrybucji produktów leczniczych”. Potrzeba wprowadzenia rozwiązań wynika z konieczności stworzenia rozwiązań prawnych pozwalających na skuteczne przeciwdziałanie nieprawidłowościom występującym na rynku farmaceutycznym, w szczególności „odwróconemu łańcuchowi dystrybucji produktów leczniczych” oraz ich

nielegalnemu wywozowi za granicę. W tym celu ustawodawca uznał za konieczną zmianę przepisów karnych oraz wprowadzenie uregulowań umożliwiających sprawne przeprowadzenie inspekcji albo kontroli działalności gospodarczej z zakresu dystrybucji produktów leczniczych poprzez zapewnienie przez jednostki Policji i Straży Granicznej pomocy osobie uprawnionej do przeprowadzenia kontroli lub inspekcji w celu zapewnienia niezakłóconego jej przebiegu.

Celem omawianej nowelizacji jest wprowadzenie instrumentów prawnych, dzięki którym możliwe będzie skuteczne przeciwdziałanie procederowi „odwróconego łańcucha dystrybucji deficytowych produktów leczniczych.” Założeniem nowych przepisów jest usystematyzowanie i doprecyzowanie zakresu odpowiedzialności osób biorących udział w obrocie produktami leczniczymi. Ustawa wprowadza penalizację zachowań związanych zarówno z prowadzeniem aptek i hurtowni, biorących udział w „odwróconym łańcuchu dystrybucji produktów leczniczych”, jak i działaniem podmiotów wykorzystujących produkty lecznicze pozyskane w ten sposób. Nowe przepisy wprowadzają nadto odpowiedzialność karną za zachowania powiązane z nakazami i zakazami określonymi w Prawie farmaceutycznym

Zmiany w zakresie **art. 37ao**, **art. 80** i **art. 101** Prawa Farmaceutycznego. Zmiany te są konsekwencją zmiany reżimu odpowiedzialności za naruszenia związane z tzw. „odwróconym łańcuchem dystrybucji” oraz nielegalnym wywozem produktów leczniczych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Wprowadzenie odpowiedzialności karnej za tego typu naruszenia spowodowało konieczność modyfikacji przepisów regulujących kwestie postępowań administracyjnych w zakresie wydawania zezwoleń na prowadzenie działalności gospodarczej regulowanej przepisami Prawa farmaceutycznego. Przewidziane w ustawie

zmiany pozwolą, w założeniu ustawodawcy, na stosowanie przepisów art. 37ao, art. 80 i art. 101 Prawa Farmaceutycznego w ich dotychczasowym zakresie, mimo zmiany reżimu odpowiedzialności za wskazane powyżej naruszenia.

Nowy art. 37ata Prawa Farmaceutycznego – reguluje kwestie współpracy Policji, w tym Centralnego Biura Śledczego Policji i Straży Granicznej z organami Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej. Dodanie tego przepisu ma zapewnić skuteczność przeprowadzenia przez osobę upoważnioną do dokonywania inspekcji lub kontroli niezakłóconego jej przebiegu. W sytuacji, gdy właściwy miejscowo komendant Policji otrzyma od organu zezwalającego lub osoby upoważnionej do dokonywania inspekcji lub kontroli stosowny wniosek o pomoc w trakcie przeprowadzanych czynności inspekcji lub kontroli, ma wówczas obowiązek takiej pomocy udzielić. W zależności od zaistniałych podczas kontroli okoliczności, Policja będzie mogła korzystać z uprawnień określonych w art. 15 ustawy z 6 kwietnia 1990 r. o Policji (określający uprawnienia Policji w toku dokonywanych czynności operacyjnych). Nowe przepisy zobowiązują ww. organy do pomocy pracownikom Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej w sytuacji, gdy jest to konieczne do przeprowadzenia przez nich czynności inspekcji lub kontroli. Wprowadzenie takiego rozwiązania wynika z narastającego zjawiska blokowania inspekcji lub kontroli przez kontrolowanych, m.in. poprzez kierowanie gróźb wobec inspektorów, fizyczne uniemożliwienie wstępu do pomieszczeń, w których prowadzona jest kontrolowana działalność, ograniczanie swobody poruszania się po kontrolowanych obiektach oraz utrudnianie przeprowadzenia poszczególnych czynności. Obecność funkcjonariuszy organów ścigania w określonych przypadkach

ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa i swobody działania inspektorów, zapewnienie dostępu do miejsca, w którym czynności inspekcji lub kontroli mają być wykonywane czy porządku w miejscu dokonywania inspekcji lub kontroli.

Nowa regulacja przewiduje możliwość pisemnego wystąpienia o pomoc wymienionych organów przed inspekcją lub kontrolą, jak również wezwania Policji lub Straży Granicznej ad hoc, jeżeli wymagają tego okoliczności zastane w miejscu inspekcji lub kontroli.

Z przebiegu udzielonej pomocy funkcjonariusz organu udzielającego pomocy będzie sporządzał notatkę urzędową, w której winien podać termin, miejsce, czas trwania udzielanej pomocy podczas inspekcji lub kontroli, oznaczenie organu zezwalającego lub osoby upoważnionej do dokonywania inspekcji lub kontroli, oznaczenie kontrolowanego a także zakres udzielonej pomocy, który to dokument będzie zobowiązany przekazać organowi zezwalającemu lub osobie upoważnionej do dokonywania inspekcji lub kontroli.

Koszty udzielonej pomocy będzie ponosił podmiot kontrolowany, którego postawa i działania spowodują konieczność wezwania pomocy organów Policji lub Straży Granicznej. Tylko w przypadkach uznania, iż wezwanie pomocy było oczywiście bezzasadne, koszty pomocy ponosi organ zezwalający.

Przepis art. 37 ata ust. 10 Prawa farmaceutycznego zawiera upoważnienie do wydania przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia rozporządzenia określającego sposób i tryb rozliczania kosztów udzielonej przez Policję lub Straż Graniczną pomocy w umożliwieniu

dokonania inspekcji lub kontroli organowi zezwalającemu lub osobie upoważnionej do dokonywania tej inspekcji lub kontroli z uwzględnieniem nakładów niezbędnych do udzielenia pomocy i sprawnego ich rozliczenia.

Nowy art. 37a1b Prawa farmaceutycznego ma na celu wprowadzenie ogólnego obowiązku współpracy, instytucji państwowych i samorządowych z organem zezwalającym przy wykonywaniu przez niego swoich zadań, w szczególności przekazywania posiadanych dokumentów, danych, informacji związanych z działalnością organów Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej.

W dodanym **art. 78b** Prawa farmaceutycznego wprowadzono przepis zakazujący wprost zaopatrywania się przez hurtownie farmaceutyczne w produkty lecznicze od podmiotów innych niż wskazane w przepisach ustawy (innych niż wymienione w art. 78 ust. 1 pkt 1). Rozwiązanie takie podyktowane jest koniecznością zakreślania zakazów i nakazów ustawowych na potrzeby stosowania znowelizowanego art. 126b Prawa farmaceutycznego. Dodanie art. 78b Prawa farmaceutycznego wprowadza wyraźny zakaz zaopatrywania się przez hurtownie farmaceutyczne w produkty lecznicze od podmiotów prowadzących obrót detaliczny. W dotychczasowym stanie prawnym brak było takiego przepisu. Przepis art. 78 ust. 1 pkt 1 Prawa farmaceutycznego określa bowiem jedynie katalog podmiotów, u których hurtownia farmaceutyczna może zaopatrywać się w produkty lecznicze. Nie przewiduje on zatem wprost zakazu zaopatrywania się w produkty lecznicze u podmiotów detalicznych, choć teoretycznie taki pośredni zakaz można wywieść z jego treści. Zakaz zaopatrywania się, o którym mowa w tym przepisie, zgodnie z treścią uzasadnienia projektu ustawy, ma być przy tym rozumiany również jako zakaz przesunięć

międzymagazynowych między różnymi zorganizowanymi częściami przedsiębiorstwa. Zaopatrywanie się nie dotyczy bowiem tylko dokonania czynności cywilnoprawnej pomiędzy dwoma różnymi przedsiębiorstwami, ale dotyczy również* w założeniu ustawodawcy) przesunięć pomiędzy różnymi zorganizowanymi częściami tego samego przedsiębiorstwa. W tym kontekście działalność hurtowni farmaceutycznej powinna być rozumiana jako działalność niejako odrębnego zakładu. Regulacja ta zawiera analogiczne rozwiązania do obowiązującego art. 86a Prawa farmaceutycznego i ma na celu objęcie odpowiedzialnością, w tym karną, za tzw. odwrócony łańcuch dystrybucji, również podmioty prowadzące obrót hurtowy produktami leczniczymi. W dotychczasowym stanie prawnym jedyną sankcją wobec podmiotu prowadzącego hurtownię farmaceutyczną, który dokonywał skupu produktów leczniczych z aptek, było cofnięcie zezwolenia na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej.

Zmiany w art. 86a Prawa farmaceutycznego mają na celu jednoznaczne wskazanie, że zasadniczym celem funkcjonowania apteki i punktu aptecznego jest zbycie, na zasadach określonych w ustawie lub w przepisach odrębnych, produktu leczniczego wyłącznie:

- 1) w celu bezpośredniego zaopatrywania ludności, w tym nieodpłatnie pacjentowi - wyłącznie na potrzeby jego leczenia;
- 2) w celu zaopatrzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – na podstawie zapotrzebowania, o którym mowa w art. 96 ust. 1;
- 3) nieodpłatnie, na zasadach określonych w ust. 3 i 4,
- 4) w celu zaopatrzenia w celu zaopatrzenia podmiotów innych niż wymienione w pkt 1 i 2, niebędących podmiotami

uprawnionymi do obrotu produktami leczniczymi, w produkty lecznicze dopuszczone do obrotu w sklepach ogólnodostępnych oraz w sklepach specjalistycznego zaopatrzenia medycznego, wymienione w wykazie, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 71 ust. 3 pkt 2.

Art. 86a ust. 3 umożliwia aptece lub punktowi aptecznemu przekazanie produktu leczniczego za zgodą właściwego wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego jedynie w trzech enumeratywnie wymienionych przypadkach, tj. na rzecz domów pomocy społecznej – w zakresie zadań ustawowych związanych z pomocą w organizowaniu farmakoterapii, organowi władzy publicznej – w przypadku wystąpienia konstytucyjnych stanów nadzwyczajnych oraz podmiotom wykonującym działalność leczniczą – wyłącznie w celu ich zaopatrzenia.

Nieodpłatne zbycie produktów leczniczych (tak chyba trzeba odczytywać użyte w tym przepisie wyrazy „może przekazać”) na rzecz tych podmiotów wskazanych w art. 86a ust. 3 pkt 1-3 Prawa farmaceutycznego musi być poprzedzone zgodą właściwego miejscowo wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, udzielaną w drodze postanowienia, na wniosek składany przez podmiot prowadzący aptekę w terminie 7 dni przed planowanym przekazaniem. Jednocześnie wojewódzki inspektor farmaceutyczny będzie miał prawo odmówić udzielenia zgody, w przypadku podejrzenia, że produkt leczniczy będzie wykorzystany w celu innym niż zadeklarowany. Udzielenie albo odmowa udzielenia zgody, w powołanych wypadkach, będzie następowała w formie postanowienia, na które przysługuje zażalenie. W przypadku przekazania przez aptekę nieodpłatnie produktu

leczniczego pacjentowi nie wymaga to konieczności uzyskania zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego (WIF). Jednakże w takim przypadku apteka jest obowiązana do każdorazowego przekazania informacji do WIF o imieniu, nazwisku, numerze dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta, nr PESEL i adresie pacjenta, któremu przekazano produkty lecznicze (**art. 86a ust. 2**).

Zmiany w **art. 87 ust. 5, 5a i 6** Prawa farmaceutycznego, tj. przepisach określających przeznaczenie produktów leczniczych nabywanych przez podmioty prowadzące działalność leczniczą oraz zasady współpracy między organami Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, i organem nadzorującym działalność tych podmiotów (województwa), mają na celu wyeliminowanie luk i nieścisłości dotychczasowych regulacji w tym zakresie. Dotychczasowe brzmienie art. 87 ust. 5 Prawa farmaceutycznego przewidywało, że produkty lecznicze o kategorii dostępności innej niż wydawane bez przepisu lekarza (OTC) albo środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne objęte refundacją mogą zostać wykorzystane przez podmiot wykonujący działalność leczniczą wyłącznie w celu udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i nie mogły być zbywane za wyjątkiem sytuacji przewidzianych w ustawie. Ograniczenie zakresu przedmiotowego obowiązku do produktów leczniczych innych niż produkty OTC spowodowało powstanie luki. Nowe brzmienie przepisu art. 87 ust. 5 Prawa farmaceutycznego wprowadza wyraźny zakaz nabywania produktów leczniczych w celu innym niż udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Takie rozwiązanie jest uzasadnione zarówno z punktu widzenia penalizacji określonych zachowań na podstawie

przepisu art. 126b Prawa farmaceutycznego, jak również przez wzgląd na usprawnienie nadzoru nad działalnością podmiotów wykonujących działalność leczniczą przez powołane do tego organy.

Dodany w **art. 87 nowy ust. 5a** wprowadza wyraźny zakaz zbywania przez podmiot wykonujący działalność leczniczą produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego objętych refundacją, z wyjątkiem przypadku określonego w art. 106 ust. 3 pkt 1 (zaopatrywanie podmiotu leczniczego w powyższe produkty przez aptekę szpitalną).

Zmiana przepisu **art. 87 ust. 6** Prawa farmaceutycznego stanowi doprecyzowanie jego brzmienia w celu zapewnienia skuteczności jego stosowania. Dotychczasowe brzmienie przedmiotowego przepisu zakładało, że organ Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej przekazywał organowi rejestrowemu (województwie) informację o zbywaniu przez podmiot wykonujący działalność leczniczą produktów leczniczych wbrew zakazowi określonymu w ust. 5 lub 5a. Organy Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej nie mają jednak kompetencji do prowadzenia kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą i w konsekwencji nie mogą uzyskać informacji o fakcie zbycia przez taki podmiot produktu leczniczego wbrew przepisom Prawa farmaceutycznego. Praktyka działań nadzorczych tych organów polegała na przekazywaniu wojewodom informacji uzyskanych w toku kontroli aptek ogólnodostępnych i dotyczących nabywania przez podmiot wykonujący działalność leczniczą produktów leczniczych w ilości nieuzasadnionej jego potrzebami. Literalna wykładnia przepisu art. 87 ust. 6 Prawa farmaceutycznego w jego dotychczasowym brzmieniu prowadziła do wniosku, że przekazanie takiej informacji nie stanowiło informacji o zbyciu przez podmiot wykonujący działalność

leczniczą produktów leczniczych. Opierając się na takiej interpretacji przepisu, organy rejestrowe stawały na stanowisku, że nie są zobowiązane do przeprowadzenia kontroli na podstawie art. 111a ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Taki stan rzeczy w oczywisty sposób utrudniał wykrywanie odwróconego łańcucha dystrybucji produktów leczniczych i skuteczne działania organów rejestrowych, organów Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, jak również organów ścigania. Nowe brzmienie przedmiotowego przepisu ma na celu wyeliminowanie opisanego powyżej problemu.

Zmiany w art. 80 ust. 1 pkt 4 i art. 101 pkt 7 PF – zmiany w tym zakresie mają na celu rozciągnięcie podstaw obligatoryjnej odmowy wydania przez organ zezwalający zezwolenia na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej lub apteki ogólnodostępnej również w sytuacji, gdy właściciel, współnik, współwłaściciel lub członek organu wnioskodawcy został prawomocnie skazany za przestępstwo, o którym mowa w art. 126b lub art. 126c.

Art. 125 Prawa farmaceutycznego - Przemodelowanie zakresu uprawnień organów Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, kompleksowe uregulowanie inspekcji przeprowadzanej przez te organy oraz wprowadzenie prawnych mechanizmów przeciwdziałających tzw. odwróconemu łańcuchowi dystrybucji i kontroli skutkowało także, dla zapewnienia kompletności i efektywności wprowadzanych zmian, ingerencją legislacyjną w zakresie przepisów karnych. W pierwszej kolejności, celem uporządkowania przepisów karnych, doprecyzowano art. 125 Prawa farmaceutycznego poprzez dookreślenie, iż karalnym jest zachowanie polegające na wykonywaniu bez wymaganego zezwolenia działalności gospodarczej w zakresie wytwarzania lub importu produktu leczniczego (kara pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5). Zaostrenie

sankcji karnej przewidzianej za te zachowania wynika z konieczności adekwatnej reakcji karnej w przypadku objęcia ściganiem wszystkich osób, które z uwagi na funkcje zezwoleń, umyślnie naruszają proces wytwarzania i importu produktu leczniczego. Przepis art. 125 Prawa farmaceutycznego chroni bowiem szerokokorozumianą pewność i zaufanie, iż produkty lecznicze są wytwarzane tylko przez wyspecjalizowane podmioty gospodarcze, co w konsekwencji gwarantuje i chroni wymaganą jakość produktów leczniczych.

Zmiana art. 126b Prawa farmaceutycznego wprowadza odpowiedzialność karłą za naruszenie zakazu zbycia produktów leczniczych z naruszeniem warunków określonych w art. 86a ust. 1-4 Prawa farmaceutycznego lub z naruszeniem zakazu, o którym mowa w art. 87 ust. 5a Prawa farmaceutycznego, uzasadnione jest przeciwdziałaniem procederowi niepożądanego, odwróconego łańcucha dystrybucji produktów leczniczych, w szczególności ze względu na jego wieloetapową konstrukcję. Ustawodawca uznał, iż dotychczasowe rozwiązania ukierunkowane jedynie na etap związany ze zbyciem produktu leczniczego przez podmiot, którego działalność polega na zaopatrywaniu pacjentów oraz podmiotów prowadzących działalność leczniczą (aptek ogólnodostępnych czy punktów aptecznych), na rzecz hurtowni lub innej apteki lub punktu aptecznego, była niewystarczająca. Pomijał on bowiem całą strukturę stworzoną dla osiągnięcia założonego celu tj. osiągnięcia zysku ze sprzedaży produktów leczniczych za granicę ze zwiększoną marżą, z powodu którego to celu dochodzi do drenażu rynku detalicznego z produktów leczniczych przeznaczonych dla pacjentów.

Nowe przepisy co do zasady nie tworzą nowych reguł zachowań w zakresie obrotu produktami leczniczymi, a jedynie zmierzają, z jednej strony do wyeliminowania

wątpliwości interpretacyjnych, które częstoć były wykorzystywane do obejścia istniejących już zasad, a z drugiej rozszerzają penalizację na negatywne z punktu widzenia ochrony zdrowia publicznego obszary, w których dotychczasowe uregulowania nie przyniosły spodziewanych efektów.

W art. 126b ust. 1 Prawa farmaceutycznego penalizowane pozostaje w dalszym ciągu zbycie produktów leczniczych z naruszeniem przepisu art. 86a Prawa farmaceutycznego, odnoszącego się do aptek lub punktów aptecznych, przy czym wprowadzany nakaz administracyjny nie wskazuje jak dotychczas katalogu podmiotów, którym apteki lub punkty apteczne nie mogą zbywać produktów leczniczych, a wskazuje wyłącznie komu i w jakim celu podmioty te mogą zbyć produkty lecznicze. Takie rozwiązanie zmierza do jednoznacznego określenia zasady, jaką powinny kierować się apteki biorące udział w obrocie detalicznym produktami leczniczymi, tj. ukierunkowania obrotu na bezpośrednie zaopatrywanie w produkty lecznicze ludności, a także podmiotów wykonujących działalność leczniczą na potrzeby związane z leczeniem pacjentów. Intencją ustawodawcy było ograniczenie możliwości obejścia tej zasady, jak to miało miejsce w przypadku dotychczasowego brzmienia art. 86a Prawa farmaceutycznego, które doprowadziło do nieuprawnionego wykorzystania podmiotów leczniczych do odwrócenia klasycznego łańcucha dystrybucji leków. Z tego też powodu w ust. 1 art. 126b Prawa farmaceutycznego ujęto również zakaz administracyjny skierowany wyłącznie do podmiotu leczniczego z art. 87 ust. 5a Prawa farmaceutycznego, zgodnie z którym podmiot wykonujący działalność leczniczą nie może zbywać produktów leczniczych poza przypadkiem określonym w art. 106 ust. 3 pkt 1 Prawa farmaceutycznego. Przepis art. 126b ust. 1 Prawa farmaceutycznego w swoim założeniu penalizuje więc

niepożądane zachowania związane ze zbywaniem na rzecz innych podmiotów, leków pozostających w obrocie detalicznym, które, zgodnie z zakładanym klasycznym łańcuchem dystrybucji, winny trafić do pacjenta, bądź to poprzez bezpośrednią sprzedaż na jego rzecz, bądź też zaaplikowanie leku pacjentowi w trakcie zabiegu leczniczego.

W art. **126b ust. 2** Prawa farmaceutycznego penalizuje nabywanie leku z naruszeniem zakazu określonego w art. 78b Prawa farmaceutycznego (zakaz zaopatrywania się przez hurtownie w produkty lecznicze od podmiotów innych niż ściśle określone) oraz z naruszeniem zakazu, o którym mowa w art. 87 ust. 5 Prawa farmaceutycznego (zakaz nabywania przez podmiot wykonujący działalność leczniczą produktu leczniczego w innym celu niż udzielanie przez ten podmiot świadczenia opieki zdrowotnej). Powyższe regulacje stanowią rozszerzenie zakresu kryminalizacji zachowań związanych z odwróconym łańcuchem dystrybucji produktów leczniczych. Do tej pory odpowiedzialności karnej podlegały bowiem osoby, których zachowania co do zasady polegały na naruszeniu skierowanego do aptek i punktów aptecznych zakazu zbycia produktów leczniczych. Zgodnie z nowym przepisem, działanie osób naruszających zakaz nabywania produktów leczniczych od podmiotów prowadzących obrót detaliczny i podmiotów wykonujących działalność leczniczą stanowi samodzielną podstawę odpowiedzialności bez względu na możliwość przypisania naruszenia nakazów związanych ze zbywaniem produktów leczniczych przez osoby reprezentujące podmioty tego ostatniego rodzaju. To rozwiązanie winno spowodować możliwość ukierunkowania reakcji karnej na osoby organizujące i zarządzające niepożądanym procederem.

Podobną funkcję ma spełnić art. **126b ust. 3** Prawa farmaceutycznego, w którym

wprowadza się penalizację nabycia, zbycia, wywozu poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przewozu oraz przechowania produktu leczniczego uzyskanego za pomocą czynu, o którym mowa w ust. 1 lub 2 art. 126b Prawa farmaceutycznego, co ma w sposób zupełny objąć kryminalizacją każdy etap proceduru polegającego na nielegalnym obrocie produktami leczniczymi. Odpowiedzialności karnej na podstawie tego przepisu podlegałyby osoby uczestniczące w obrocie na etapie następującym po naruszeniu obowiązku związanego z nabywaniem lub zbywaniem produktu leczniczego, a więc po realizacji jednego z wymienionych działań dokonanego z naruszeniem konkretnego obowiązku ustawowego, np. odpowiedzialności podlegałoby działanie osoby w ramach podmiotu nabywającego produkt leczniczy od hurtowni, która z kolei nabyła go z apteki z naruszeniem art. 78b Prawa farmaceutycznego. Dla przypisania odpowiedzialności karnej, niezbędne jest, by osoba biorąca udział w obrocie takim produktem miała świadomość, iż został on uzyskany z naruszeniem ustawy. Odpowiedzialności nie będzie podlegać jedynie osoba nabywająca produkt bezpośrednio od osoby naruszającej nakaz ustawowy, ale wszystkie podmioty – osoby, które mając świadomość naruszenia nakazu ustawowego przez jednego z uczestników obrotu, wzięły w nim udział na którymkolwiek późniejszym etapie. Z tego powodu penalizowana może być nawet transakcja pomiędzy podmiotami posiadającymi zezwolenia na odpowiedni rodzaj obrotu danym produktem leczniczym i spełniającymi wymogi prawne, pod warunkiem, iż transakcja ta została dokonana ze świadomością, iż produkt leczniczy został na wcześniejszym etapie uzyskany z naruszeniem nakazu lub zakazu ustawowego.

Podkreślić należy, że przedmiotem penalizacji omawianego przepisu pozostaje wyłącznie produkt leczniczy, zgodnie

z definicją legalną określoną w art. 2 pkt 32 Prawa farmaceutycznego.

Jednocześnie w **art. 126b ust. 4 i 5** Prawa farmaceutycznego, wprowadzono typy kwalifikowane nielegalnego obrotu produktami leczniczymi w przypadku, gdy przedmiotem takiego obrotu jest mienie o znacznej wartości (ust. 4), a także gdy przedmiotem obrotu jest produkt leczniczy zamieszczony w wykazie, o którym mowa w art. 37av ust. 14 Prawa farmaceutycznego (ust. 5).

Pojęcie mienia znacznej wartości należy rozumieć zgodnie z definicją określoną w art. 115 § 5 Kodeksu karnego, natomiast wykaz, o którym mowa w ust. 4, obejmuje produkty lecznicze zagrożone brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Z uwagi na znaczny stopień negatywnych skutków społecznych penalizowanych zachowań zostały one zagrożone karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat w zakresie czynów stypizowanych w ust. 1-3 art. 126b Prawa farmaceutycznego. Natomiast w przypadku typów kwalifikowanych (ust. 4 i 5) wprowadzono zaostrzenie sankcji podstawowej. W odniesieniu do typu z ust. 4 sankcja została określona w postaci kary pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, a w przypadku ust. 5 zagrożenie karą pozbawienia wolności od roku do lat 10.

Art. 126c ust. 1 Prawa farmaceutycznego penalizuje zachowanie polegające na wywozie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub zbyciu produktu leczniczego, zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 37av ust. 14 Prawa farmaceutycznego (objętego brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej), bez zgłoszenia, o którym mowa w art. 37av ust. 1 Prawa farmaceutycznego, wbrew sprzeciwowi, o którym mowa w art. 37av ust. 3 Prawa farmaceutycznego lub przed upływem terminu na zgłoszenie

tego sprzeciwu. Sankcja za przestępstwo określone tym przepisem w postaci kary pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Z kolei ust. 2 art. 126c Prawa farmaceutycznego penalizuje wywóz poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub zbycie bez zgłoszenia, o którym mowa w art. 37av ust. 1 Prawa farmaceutycznego, wbrew sprzeciwowi, o którym mowa w art. 37av ust. 3 Prawa farmaceutycznego lub przed upływem terminu na zgłoszenie tego sprzeciwu środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny, zawarte w wykazie, o którym mowa w art. 37av ust. 14 Prawa farmaceutycznego. Sprawca tego przestępstwa podlegał karze pozbawienia wolności do lat 2. Ustawodawca uznał, że odejście od reżimu odpowiedzialności administracyjnej za zachowania określone dotychczasowym art. 127b ust. 1 Prawa farmaceutycznego na rzecz odpowiedzialności karnej (nowy art. 126c ust. 1 i 2 Prawa farmaceutycznego) jest niezbędne z uwagi na znaczny stopień społecznej szkodliwości tych czynów.

Zmiana art. 127 ust. 1 Prawa farmaceutycznego jest powiązana ze zmianą art. 125 Prawa farmaceutycznego i wynika z konieczności jednoznacznego określenia reżimu odpowiedzialności. Prowadzenie działalności gospodarczej reglamentowanej przez Prawo farmaceutyczne bez stosownego zezwolenia będzie sankcjonowane prawnokarnie na podstawie art. 125 Prawa farmaceutycznego. Natomiast posiadacz takiego zezwolenia, który prowadzi działalność wbrew jego warunkom będzie natomiast popełniał delikt administracyjny, sankcjonowany administracyjną karą pieniężną.

Zmiany w art. 127b polegające na uchyleniu w ust. 1 pkt 1 i w ust. 2 pkt 1 Prawa farmaceutycznego. Są spowodowane zmianą

kwalifikacji opisanych w nim czynów i odejściem od reżimu odpowiedzialności administracyjnej (administracyjnych kar pieniężnych) na rzecz odpowiedzialności karnej. Przepis art. 127b ust. 1 pkt 1 przewidywał karę pieniężną nakładaną w trybie administracyjnym zastąpioną obecnie reżimem odpowiedzialności karnej uregulowaną w art. 126b Prawa farmaceutycznego. Uchylenie ust. 2 pkt. 1 art. 127b Prawa farmaceutycznego jest konsekwencją powyższej zmiany.

Zmiany art. 132 Prawa farmaceutycznego wynikają z konieczności zagwarantowania prawidłowego przeprowadzenia kontroli albo inspekcji przez osoby do tego uprawnione. Inspektorzy podejmując czynności kontrolne spotykali się z celowym działaniem przedsiębiorcy polegającym na stwarzaniu zamierzonych przeszkód opóźniających lub uniemożliwiających skuteczne przeprowadzenie inspekcji lub kontroli czy też realizację poszczególnych czynności kontrolnych. Dotychczas spotykane liczne przypadki udaremniania lub utrudniania wykonywania czynności kontrolnych poprzez m.in. odmowę ze strony kontrolowanego chociażby wpuszczenia inspektora na teren podmiotu objętego kontrolą czy też na tyle agresywne, zagrażające bezpieczeństwu inspektorów zachowanie kontrolowanego lub innych osób znajdujących się na terenie podmiotu objętego kontrolą doprowadzały do sytuacji, gdy inspektorzy nie mogli przeprowadzić inspekcji lub kontroli.

Zmiana art. 133 Prawa farmaceutycznego, uprawniającego do orzeczenia przez sąd przypadku przedmiotu przestępstwa, chociażby nie stanowiły własności sprawcy wynika z konieczności rozszerzenia tego przepisu o wprowadzone zmiany w art. 126b Prawa farmaceutycznego i nowy art.

126c Prawa farmaceutycznego, penalizujące zachowania godzące w obrót produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi lub środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Dodatkowo sąd może zarządzić zniszczenie tych przedmiotów.

Zmiany wprowadzono również w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Zmiana w art. 111a ust. 2 tej ustawy tj. w przepisie pozwalającym wojewodom na nakładanie kar finansowych za nielegalną sprzedaż produktów leczniczych przez podmioty prowadzące działalność leczniczą. Zmiana podyktowana jest koniecznością dostosowania przedmiotowego przepisu do nowego brzmienia art. 87 ust. 5 i 5a Prawa farmaceutycznego.

Zmieniono również ustawę z dnia 20 lipca 2018 r o zmianie ustawy o systemie informacji o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1515 i 2429) poprzez uchylenie w art. 3 pkt 1 (dotyczącego zmian wprowadzonych tą ustawą w art. 68 Prawa farmaceutycznego) oraz w art. 12 pkt 3 (terminu wejścia zmiany w zakresie art. 68).

W art. 4 ustawy nowelizującej wprowadzono przepisy przejściowe w zakresie kontroli, inspekcji oraz postępowań administracyjnych prowadzonych na podstawie przepisów ustawy w dotychczasowym brzmieniu przyjmując, że do kontroli, inspekcji lub postępowania administracyjnego wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie nowelizacji zastosowanie mają przepisy Prawa farmaceutycznego w brzmieniu dotychczasowym. Powyższe rozwiązanie ma zapewnić przeprowadzenie postępowań kontrolnych i administracyjnych w oparciu o zasady obowiązujące w chwili ich rozpoczęcia, co nie powinno negatywnie wpłynąć na ich przebieg

oraz zapewni kontrolowanym oraz stronom postępowania administracyjnych skorzystanie z praw przysługujących im w chwili wszczęcia tych czynności lub postępowania.

Ustawa weszła w życie, co do zasady, w dniu 6 czerwca 2019 r. Przewidziane w art. 5 ustawy wyjątki od wskazanego powyżej terminu

wejścia w życie przepisów (dotyczące art. 37at ust. 3a i art.37 at a i art. 37 at b oraz art. 3 ustawy nowelizującej dokonyjący zmian w ustawie zmieniającej ustawę o systemie informacji ...) uwzględniają przede wszystkim konieczność dostosowania się adresatów poszczególnych norm do nowych wymagań.



Układ endokannabinoidowy i kliniczne zastosowanie konopi medycznych

prof. Małgorzata Łukowicz, Katedra Rehabilitacji,
Wydział Rehabilitacji AWF Warszawa

mgr farm. Małgorzata Wagner, Punkt Konsultacyjny
dla pacjentów ze wskazaniem do leczenia Medyczną
Marihuaną w Koninie.

W ciągu ostatnich lat znacznie wzrosło zarówno zainteresowanie jak i zastosowanie odmian konopi medycznych na całym świecie. Badania naukowe na polu kannabinoidów prowadzone są od wielu lat,

ale to w ostatnich latach obserwujemy znaczny progres badań, które prowadzone są w dwóch kierunkach: badania układu endokannabinoidowego jak również badania kliniczne nad efektywnością działania konopii i kannabinoidów.

Konopie (*Cannabis sativa* L.) używane są przez człowieka od ponad pięciu tysięcy lat i są jedną z najdłużej stosowanych roślin leczniczych. Dopiero w XX wieku wyizolowano z rośliny pierwsze fitokannabinoidy, odkryto receptory tworzące endokannabinoidowy układ kontroli (ECS) oraz endokannabinoidy. Jak się okazuje układ endokannabinoidowy jest obecny u wszystkich kręgowców i ma około 400 mln lat. Same konopie mają natomiast około 20 mln lat.

Układ endokannabinoidowy jest pierwotnym systemem regulującym homeostazę organizmu a wchodzące w jego skład receptory endokannabinoidowe są jednymi z najliczniej występujących receptorów neuronalnych. Układ ten odpowiada za regulację metabolizmu i termoregulację, jest głównym systemem regulującym komunikację międzykomórkową, w tym regulację układu nerwowego, hormonalnego i immunologicznego. Wśród innych procesów fizjologicznych, które reguluje ECS jest kontrola procesów zapalnych, rozwój układu nerwowego jak i przetrwanie komórki nerwowej, apetyt, praca układu sercowo-naczyniowego, trawienie, gęstość kości,

uczenie i plastyczność synaptyczna, reprodukcja, ból, zachowania psycho-motoryczne, pamięć, cykl snu i czuwania, regulacja stresu i stanu emocjonalnego. Ponadto wiemy już dzisiaj, że dysregulacja ECS prowadzi do wielu chorób przewlekłych o podłożu zapalnym, zaburzeń psychiatrycznych i chorób neurodegeneracyjnych.

Ojcem badań na konopiami medycznymi jest profesor Raphael Mechoulam, który w latach 60-tych wyizolował i zsyntetyzował jeden z głównych składników zespółu kannabinoidów - delta-9-tetrahydrokannabinol (THC) oraz zidentyfikował wraz ze współpracownikami endogenne kannabinoidy - anandamid (AEA) i 2-arachidonylglicerol (2-AG). W 1992 roku odkrył system endokannabinoidowy oraz wchodzące w jego skład dwa podstawowe typy receptorów - CB1 oraz CB2. Receptory CB1 w przeważającej ilości występują w mózgu ale obecne są także w tkance tłuszczowej, komórkach układu immunologicznego, wątrobie, mięśniach szkieletowych i innych narządach naszego organizmu. Receptory CB2 występują przede wszystkim w obwodowym układzie nerwowym, komórkach mikrogleju i układzie immunologicznym. Wiemy już, że istnieje o wiele więcej receptorów tego układu, jak również że endokannabinoidy oddziałują z wieloma innymi receptorami takimi jak 5-HT, GPR55 TRPV1 TRPV2. Aktywacja receptorów kannabinoidowych prowadzi do hamowania uwalniania wielu neuroprzekazników w tym acetylocholino, noradrenaliny, dopaminy, serotoniny, glutamianu, kwasu gamma-aminomastowego.

Anandamid to organiczny związek psychoaktywny z grupy endokannabinoidów. Jest neuroprzekaznikiem wydzielanym przez organizm na żądanie, działa zarówno ośrodkowo jak i obwodowo. Oddziałuje na receptory CB1. Odgrywa istotną rolę

w patomechanizmie hipotensji związanej ze wstrząsem o różnym pochodzeniu. Badania opublikowane w 2003 roku wykazały, że u biegaczy i rowerzystów - sportowców, którzy uprawiają sport o umiarkowanym natężeniu w długim okresie, następuje znaczny wzrost anandamidu, co może wywołać odurzenie kannabinoidowe i wystąpienie fenomenu „euforii biegacza”. Stwierdzono również, że anandamid produkowany jest nie tylko podczas wysiłku fizycznego, ale również podczas „pracy z ciałem” np. podczas masażu.

Drugi endokannabinoid 2-AG występuje głównie obwodowo, jego wysokie stężenie Mechoulam zaobserwował w mleku matek karmiących, co wywołuje u dziecka chęć ssania piersi.

Układ endokannabinoidowy odpowiada za kontrolę odbioru przez nasz organizm bodźców zewnętrznych, niweluje skutki stresu poprzez działanie tonizujące wyrzut hormonów kory nadnerczy. Aktywacja receptora CB2 przeciwdziała stresowi oksydacyjnemu w komórce, zmniejszając wydzielanie głównych markerów stresu oksydacyjnego. Zwiększa to obronę antyoksydacyjną komórki.

W związku z opisanymi powyżej działaniami, za które odpowiada układ ECS, medyczne konopie można stosować w terapii bardzo wielu dolegliwości. Nie są one lekarstwem w ścisłym tego słowa znaczeniu, są elementem uzupełniającym działanie naszego ECS. Ponieważ jest to układ utrzymujący homeostazę, w niskich dawkach powodują działanie pobudzające a w wysokich dawkach hamujące.

W organizmie ludzkim stopień zaburzeń homeostazy może się znacznie różnić, zarówno ekspresja receptorów tego układu jest zmienna osobniczo jak również biodostępność związków aktywnych z konopi.

Kluczem do efektywnego stosowania konopi medycznych jest dobranie odpowiedniej dawki, drogi podania oraz częstotliwości. Terapia powinna być dobierana indywidualnie dla każdego pacjenta. Ważne jest również dobranie odpowiedniej odmiany konopi.

Tradycyjne leki oddziałują na poziomie objawów, natomiast kannabinoidy oddziałują na poziomie układów. Głównymi wskazaniami do zastosowania konopi w terapii są:

- dysfunkcje układu immunologicznego i przewlekłe stany zapalne takie jak: choroby autoimmunologiczne, RZS, toczeń układowy, fibromialgia, łuszczyca, SM, choroba Crohna, wrzodziejące zapalenie jelit.
- choroby układu nerwowego- demencja, autyzm, ADHD, zaburzenia snu, migrena, padaczki,
- leczenie objawów abstynencji alkoholowej i opioidowej
- choroby psychiatryczne-schizofrenia, psychozy, lęk, depresja
- choroby metaboliczne - otyłość, cukrzyca.

Jednym z najważniejszych obszarów zastosowań konopi medycznych jest terapia bólu przewlekłego w tym bólu neuropatycznego, bólu nowotworowego ale również bólów głowy i migren. Istnieją wiążące i istotne dowody naukowe na to, że konopie i kannabinoidy są efektywne w leczeniu nudności i wymiotów w przebiegu chemioterapii oraz spastyczności mięśni towarzyszącej stwardnieniu rozsianemu. W ślad za rosnącą liczbą dowodów naukowych w zakresie bezpieczeństwa i efektywności stosowania konopi medycznych powstają wytyczne towarzystw naukowych. Rekomendują one terapię konopną jako lek drugiego i trzeciego rzutu głównie w leczeniu chronicznych

bólów neuropatycznych, spastyczności w przebiegu SM.

Większość raportowanych objawów ubocznych pochodzi od palaczy rekreacyjnych, nie obserwowano objawów ubocznych w badaniach klinicznych, jedynie umiarkowany dyskomfort. Objawy niepożądane są głównie związane z działaniem THC na układ nerwowy (działanie psychoaktywne, możliwość nasilenia lęku, indukowanie psychozy, schizofrenii) oraz układem sercowo-naczyniowym (bradykardia, obniżenie ciśnienia krwi, działanie prozakrzepowe). Działania te znosi CBD, który jest słabym antagonistą receptora CB1. CBD według najnowszego raportu WHO z 2018 roku jest bezpieczny, dobrze tolerowany i ma potwierdzone działania kliniczne, głównie leczenie padaczki lekoopornej (na podstawie badań preparatu Epidiolex).

Wielu lekarzy obawia się uzależnienia pacjentów od zażywania medycznej konopi. Nie istnieją badania, które analizują wskaźnik uzależnienia u pacjentów, którym przepisuje się medyczne konopie w zestawieniu z jednostkami, które zażywają konopie w sposób „rekreacyjny” (CUD - Zespół Uzależnienia od Konopi w klasyfikacji DSM-V (klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego)).

Od stycznia 2019 roku również w Polsce jest możliwość stosowania konopi medycznych w terapii. Do obrotu został dopuszczony surowiec farmaceutyczny, który pacjenci mogą stosować zgodnie z ordynacją lekarską. Receptę może wystawić lekarz medycyny i stomatologii na druku RPw za 100% odpłatnością dla pacjenta. Ustawodawca nie przewidział listy wskazań do stosowania konopi, to lekarz podejmuje decyzję o zakwalifikowaniu pacjenta do terapii. Nie istnieje dawka maksymalna ani dawka dobową dla tego surowca, co umożliwi

pacjentowi realizację recepty na 90 dni stosowania zgodnie z dawkowaniem. Terapię rozpoczyna się od niskiej dawki i powoli zwiększa się ją do momentu uzyskania zamierzonego efektu terapeutycznego zgodnie z zasadą „start low go slow”. Pacjent stosuje najniższą możliwą dawkę terapeutyczną.

Polskie prawo w zakresie stosowania konopi medycznych jest bardzo liberalne i daje dużą swobodę w prowadzeniu terapii lekarzowi. Dla porównania w Chorwacji możliwe jest zastosowanie konopi w leczeniu wspomagającym przy chorobie nowotworowej, stwardnieniu rozsianym lub AIDS. W Czechach mogą ją ordynować tylko wyspecjalizowani lekarze. Słowenia zakwalifikowała kannabinoidy jako narkotyki II klasy, umożliwiając stosowanie leków kannabinoidowych, bez dopuszczenia do takiej możliwości samego surowca roślinnego. Z kolei w Niemczech dopuszczona jest refundacja kosztów terapii konopnej w uzasadnionych przypadkach przez prywatnych ubezpieczycieli.

„Apteka dla aptekarza” ma już 2 lata

Swobodny dostęp do aptek i usług farmaceutycznych dla pacjentów, placówki powstające tam, gdzie faktycznie są potrzebne oraz eliminacja z rynku nieuczciwych przedsiębiorców – to główne skutki nowelizacji Prawa farmaceutycznego, a więc tzw. „Apteki dla Aptekarza”, która już od dwóch lat porządkuje polski rynek apteczny.

Swobodny dostęp do aptek

Nowelizacja prawa farmaceutycznego, potocznie zwana „Apteką dla Aptekarza” była ważnym krokiem w kierunku stabilizacji rynku aptecznego. Po niespotykanej

w historii, często sztucznie „pompowanej” liczbie otwarć placówek, rynek powoli wraca do poziomu sprzed 2014 roku. W skali ogólnopolskiej nadal istnieje ok. 14 tys. aptek i punktów aptecznych (źródło: Centralny Rejestr Aptek). **Obecny poziom nasycenia aptek w pełni pokrywa więc potrzeby polskich pacjentów** związane z dostępem do tych placówek, zapewniając pacjentom swobodny dostęp do usług farmaceutycznych. Wraz z przyjęciem omawianych przepisów, polskie apteki dołączyły do europejskiego ekosystemu – **obecnie ok. 70 proc. europejskich placówek** objętych jest podobnymi regulacjami (m.in. Niemcy, Francja, Austria, Hiszpania, Dania, Finlandia, Belgia).

Nowe apteki i punkty apteczne na terenach wiejskich

Okresowe zmiany liczby aptek wynikają z pewnej dynamiki rynkowej – w jednych miejscach apteki zamykają się, za to powstają w innych, najczęściej tam, gdzie faktycznie są potrzebne. Przykładem są choćby tereny wiejskie i mniejsze miejscowości, w których od momentu obowiązywania ustawy powstało **319 nowych aptek i punktów aptecznych**, stanowiących 57% wszystkich powstałych w omawianym okresie placówek (563). Na tych obszarach aż o połowę spadła liczba upadających aptek. Przed wprowadzeniem „Apteki dla Aptekarza” codziennie upadały 2 apteki indywidualne, a otwierały się 3 sieciowe. Ten niekorzystny trend został zahamowany.

„Twarda franczyza” i skupowanie aptek „na słupe” pomysłem na rozwój?

Ustawa w dużej mierze ograniczyła podmiotom sieciowym przejmowanie mniejszych aptek. Szukają więc alternatywnych metod umożliwiających im dalsze przejmowanie. Z sygnałów, które docierają do Izby

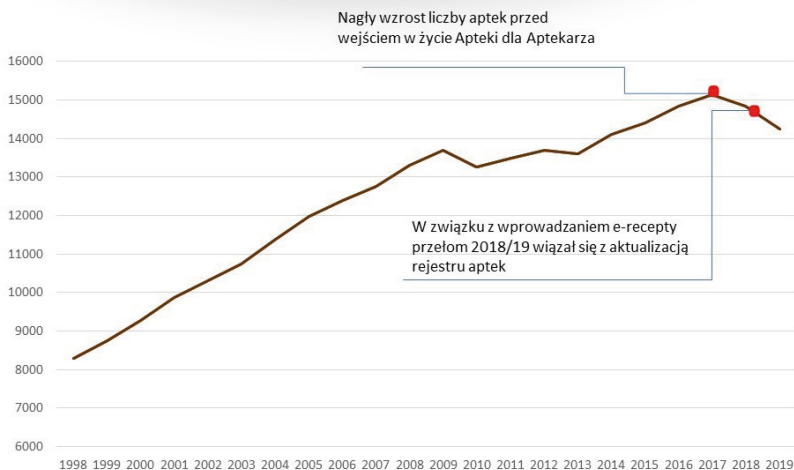
wynika, że farmaceuci otrzymują propozycje skorzystania w tzw. „twardych francyz” poprzez m.in. podpisywanie weksli in blanco. Popularnym rozwiązaniem jest również skupowanie aptek na tzw. „słupa”, co najczęściej kończy się tym, iż rola aptekarza-właściciela placówki sprowadza się jedynie do roli „posiadacza” zezwolenia. W praktyce traci on możliwość podejmowania samodzielnych decyzji biznesowych. Bezpowrotnie traci więc swą niezależność ekonomiczną. Inną metodą jest skupowanie akcji lub udziałów, a następnie przejmowanie tą drogą kontroli nad spółkami prowadzącymi apteki.

Próba stosowania takich mechanizmów przez niektóre sieci apteczne nie tylko lekceważy stanowiska Ministerstwa Zdrowia, czy Głównego Inspektora Farmaceutycznego, ale również wyroki sądowe. Przykładem świadczącym o istnieniu omawianego proceduru jest 25. tysięczne miasto

w województwie opolskim, w którym dokonano faktycznego przejścia trzech aptek należących do jednego podmiotu przez podmiot sieciowy, skupiający w swych ramach organizacyjnych liczbę aptek już wykraczającą poza dozwolone limity. Przejście to polegało na skupowaniu udziałów w spółkach od posiadaczy zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej, a następnie firmowanie należących do tych podmiotów aptek wybranym przez spółkę dominującą logotypem i nazwą.

Zdaniem Naczelnej Izby Aptekarskiej, przejmowanie aptek tą drogą może prowadzić do tworzenia grup podmiotów powiązanych, w rozumieniu ustawy o UOKiK, co jest wyraźnie zabronione przez Prawo farmaceutyczne i sankcjonowane karą cofnięcia zezwolenia. Niejednokrotnie konsekwencje w postaci cofnięcia zezwolenia oraz pełnej odpowiedzialności finansowej i prawnej spoczywają w takim przypadku wyłącznie

Liczba aptek i punktów aptecznych działających w Polsce od 1998 roku



na farmaceutach – podchodząc ławowiernie do zapewnień dużych podmiotów, narażają więc siebie i swój biznes. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na raport sporządzony przez Związek Aptekarzy Pracodawców Polskich Aptek (ZAPPA), mówiący o przejęciu tą drogą **ok. 700 aptek** m.in przez cypryjskie i holenderskie spółki prowadzące sieci aptek.

Warto wspomnieć, że powyższy mechanizm stosowany jest w dużej mierze przez największe sieci apteczne, z których część, mimo prowadzenia działalności w Polsce **nie płaci podatku CIT**. Tylko kilka firm z grona największych sieci reprezentowanych przez PharmaNET, osiągnęło w 2016 przychód w wysokości **7,3 mld zł**, nie płacąc przy tym podatku dochodowego.

Nieuczciwi przedsiębiorcy eliminowani z rynku

Do 25 czerwca 2017 r. o zezwolenie na prowadzenie apteki mógł starać się zarówno farmaceuta, jak i osoba fizyczna niebędąca farmaceutą. Nowelizacja prawa farmaceutycznego to zmieniła, powierzając jedynie farmaceutom odpowiedzialność za prowadzenie nowych aptek, w ramach wybranych spółek osobowych. Dla farmaceuty oznacza to przede wszystkim podwójną odpowiedzialność: zawodową – dopuszczając się poważnych naruszeń prawa, grozi mu utrata prawa wykonywania zawodu, co de facto eliminuje go z zawodu oraz finansową – nową aptekę może prowadzić w ramach wybranych spółek osobowych, odpowiada więc całym swoim majątkiem, a nie tylko do wysokości wkładu (jak ma to miejsce choćby w przypadku spółek z o.o., prowadzonych głównie przez apteki sieciowe).

Wprowadzony przez ustawodawcę mechanizm wprowadził surowe konsekwencje dla podmiotów naruszających prawo, a więc również tych uwikłanych w proceder

nielegalnego wywozu leków za granicę, stanowiącego jedną w przyczyn braku leków ratujących życie. Tym podmiotom grozi nawet całkowita eliminacja z rynku – ustawa uniemożliwia im otwarcie aptek w dotychczasowych lokalizacjach, nie uzyskają też nowych zezwoleń na prowadzenie działalności aptecznej. Od momentu wejścia w życie ustawy zlikwidowano ok. **100 aptek** trudniących się tym procederem, a kolejne śledztwa są prowadzone. Dowodem na to jest choćby głośne aresztowanie przez Centralne Biuro Antykorupcyjne właściciela sieci aptek – z doniesień medialnych wynika, że w ciągu ostatnich dwóch lat grupa przestępcza, której był uczestnikiem, wywozła z Polski leki o wartości ponad **100 mln zł**.

Poprawić skuteczność inspekcji farmaceutycznej

W opinii Naczelnej Izby Aptekarskiej ustawa generalnie spełnia swoje założenia, przynosi oczekiwane skutki w obszarach, których dotyczy, na co wskazują przytoczone powyżej argumenty. Niemniej jednak bierność organów Inspekcji Farmaceutycznej w zakresie egzekucji prawa powoduje, że nie wszystkie postanowienia tej regulacji są realizowane. Przykładem takiego działania jest brak reakcji Inspekcji na proceder przejmowania małych aptek przed duże sieci apteczne na tzw. „stupa”, bądź skupowanie akcji lub udziałów, a następnie przejmowanie tą drogą kontroli nad spółkami prowadzącymi apteki. Ostatnio jedną ze stosowanych metod jest dokonywanie zakupu na podstawie spółki, zarejestrowane na Cyprze. Do tej pory przejęto tą drogą przejęto nawet 700 aptek. Należy więc zainicjować działania, których celem będzie zmotywowanie Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej do podjęcia odpowiednich kroków skutecznie eliminujących to niekorzystne zjawisko

Źródło: www.nia.org.pl



foto: Warsaw Pharmacy Show

Najważniejsze problemy polskiej farmacji poruszane podczas Warsaw Pharmacy Show

Przedstawiciele branży medyczno-farmaceutycznej, farmaceuci, lekarze, przedstawiciele samorządu aptekarskiego, uczelni medycznych, urzędów związanych z funkcjonowaniem rynku farmaceutycznego w Polsce, a także przedstawiciele świata europejskiej farmacji gościli na międzynarodowych Targach i Kongresie Warsaw Pharmacy Show, który odbył się w Warszawie 18-19 maja b.r. Plan wykładów, szkoleń, wystąpień i debat obejmował wiele zagadnień, które odgrywać będą kluczową rolę w najbliższej przyszłości polskiej farmacji. Wśród prelegentów byli m.in. prezes NRA Elżbieta Piotrowska Rutkowska oraz wiceprezes NRA i prezydent PGEU Michał Byliniak. Naczelna Izba Aptekarska była partnerem tego wydarzenia.

Prof. Małgorzata Kozłowska-Wojciechowska, Kierownik Zakładu farmacji Klinicznej i Opieki farmaceutycznej WUM podczas wykładu inauguracyjnego przedstawiła zasadniczy dla polskich farmaceutów projekt ustawy o zawodzie. Położyła nacisk na kluczową rolę jaką farmaceuci powinni odgrywać w polskim systemie ochrony zdrowia,

jak bardzo ten system ich nie docenia. Rola farmaceuty sprowadza się do roli wykwalifikowanego sprzedawcy, a jego wiedza zdobyta podczas studiów jest niewykorzystywana.

„Sama jestem po kierunku lekarskim i mówiąc szczerze nie zamieniałabym się z farmaceutami. Studia na wydziale lekarskim to spacer po parku w porównaniu do studiów farmaceutycznych, które są wspinaczką na wyżyny. Studia farmaceutyczne są bardzo ciężkie i dlatego farmaceuci muszą wykorzystywać swoją wiedzę, a nie zamykać ją w dyplomach” – mówiła prof. Wojciechowska.

Prezes NRA Elżbieta Piotrowska-Rutkowska wtórując przedmówczyni wymieniała działania, które trzeba podjąć, aby farmaceuci zostali wreszcie dostrzeżeni. Przedstawiła podczas swojego wystąpienia case study kampanii promującej zawód: „Po pierwsze farmaceuta”, zwracając szczególną uwagę na wizerunek farmaceuty i świadomość pacjentów, którzy muszą zmienić swoje wyobrażenie na temat tego, co właściwie mogą otrzymać od swojego farmaceuty?

„Kampania ma wzmocnić profesjonalny wizerunek farmaceuty, wyedukować pacjentów w zakresie jego możliwości, odpowiedzieć w przypadku których problemów pacjenci mogą szukać pomocy u farmaceuty i z jakimi dolegliwościami powinni w pierwszej kolejności udać się do apteki. Chcemy pokazać, że apteki to najłatwiej dostępny element opieki zdrowotnej bez konieczności umawiania wizyty” – powiedziała Elżbieta Piotrowska Rutkowska, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Wiceprezes Michał Byliniak przedstawił zarys opieki farmaceutycznej funkcjonującej w krajach Unii Europejskiej. Mówił o problemie adherencji i zarejestrowanych blisko 200 tys. przypadków śmiertelnych spowodowanych niewłaściwym przyjmowaniem leków, o sprawdzonych rozwiązaniach i serwisach świadczonych w europejskich

aptekach, które z powodzeniem zwiększają bezpieczeństwo pacjentów, o trendach w opiece farmaceutycznej oraz o tym, jak należałoby wprowadzić opiekę farmaceutyczną w Polsce.

W wielu krajach Unii Europejskiej aktywności farmaceuty są finansowane ze środków budżetowych. Są nie tylko finansowane, ale też rozwijane, co pokazuje, że dyskusje o tym, czy te interwencje są skuteczne i przynoszą korzyść dla systemu ochrony zdrowia nie są w ogóle podejmowane, bo to jest oczywiste. – tłumaczył Michał Byliniak, który pogłębił ten temat podczas panelu dyskusyjnego „Przyszłość opieki farmaceutycznej w Polsce”, w którym wzięli udział eksperci z kraju i z zagranicy. Dyskutowano o tym, jakie trudności, problemy i wyzwania stoją przed wprowadzeniem opieki farmaceutycznej w Polsce i co powinno się zadziałać, aby proces wprowadzania serwisów aptecznych został uruchomiony.

„W Polsce jeszcze nie wszyscy zdają sobie sprawę z tego, jak ważna jest opieka farmaceutyczna i jaki potencjał wyływa ze sprawowania jej przez farmaceutów, czyli rozprężenie systemu i oszczędności ekonomiczne i farmakoekonomiczne, a przede wszystkim jakie oszczędności i korzyści wynikają bezpośrednio dla pacjenta, to on jest tutaj głównym beneficjentem, ale także dla lekarza czy pielęgniarki. Pamiętajmy, że mamy duże braki kadrowe w personelu medycznym w Polsce i farmaceuta jest uzupełnieniem tej luki.” – powiedziała Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, prezes NRA.

„Z raportu OBOP-u wynika, że co 4 pacjent przyjmujący leki przyjmuje je niewłaściwie, niezgodnie ze wskazaniami i dawkowaniem. To budzi alarm, nie jest to mała liczba pacjentów. Trzeba działać szybko. Potrzebna jest współpraca farmaceutów i odpowiednich urzędów także w kwestii edukacji pacjentów” – Grzegorz Cessak, Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych

„Podmiotem opieki farmaceutycznej nie jest farmaceuta, nie jest apteka, tylko jest pacjent. Serwisy świadczone w aptekach nie zawsze będą miały charakter definicyjny, udokumentowany, który znamy z książek i publikacji, ale ona musi być ustandaryzowana. Więc kiedy słyszymy, że każdy chce u siebie w aptece robić swoją opiekę farmaceutyczną i jeszcze o niej mówić, to mówimy o wdrażaniu chaosu. Opieka farmaceutyczna musi mieć charakter ustandaryzowany, osoby które ją świadczą muszą być odpowiednio przygotowane i informację w całym kraju, które otrzymuje pacjent muszą być na tym samym poziomie. Te informacje nie mogą być ukierunkowane na model biznesowo-marketingowy, tylko na realną pomoc pacjentowi tu i teraz, kiedy on jej potrzebuje.” skomentował – Michał Byliniak, wiceprezes NRA.

„To, co słyszę od państwa, kiedy mówicie o problemach przy wdrażaniu opieki farmaceutycznej, bardzo przypomina mi sytuację w Chorwacji, czyli w moim kraju, ale też w wielu innych krajach, które odwiedzam. Teraz rozmawiamy o tym, co wolno, czego nie wolno, co zabronione, co zabronione, a tak naprawdę tracimy cenny czas. Często problemy i bariery, które uniemożliwiają wprowadzenie opieki farmaceutycznej tak naprawdę są w głowie farmaceuty. Tyle się mówi o pieniądzach, a my doskonale wiemy, że 1 Euro zainwestowane w opiekę farmaceutyczną przynosi 4 do 5 Euro zysku i oszczędności dla systemu opieki zdrowotnej.” – Arijana Meštrović, Pharma Expert Consultancy and Education.

Wydarzenie skierowane było nie tylko do farmaceutów, ale również do lekarzy, studentów, pacjentów oraz wszystkich osób zainteresowanych profilaktyką i tematyką prozdrowotną.

Źródło: www.nia.org.pl



Leczenie żywieniowe. Żywnienie pozajelitowe.

Cz.I. Planowanie żywienia pozajelitowego

dr n. farm. Maria Ciszewska-Jędrasik

Niedożywienie, jego następstwa i leczenie

Prawidłowy stan odżywienia jest jednym z podstawowych warunków utrzymania odpowiedniego stanu zdrowia. Zaburzenia stanu odżywienia – niedożywienie i otyłość – mogą prowadzić do ciężkich powikłań.

Niedożywienie jest jednym z najistotniejszych czynników ryzyka występowania powikłań leczenia – zaburzeń metabolicznych, zmniejszonej odporności, zaburzeń w gojeniu się ran, wzrostu chorobowości a nawet śmiertelności. Dlatego zapobieganie, leczenie ale przede

wszystkim, wczesne wykrywanie niedożywienia powinno być podstawowym elementem opieki nad chorym, a ocena stanu odżywienia elementem każdego badania lekarskiego.

W praktyce klinicznej często nie zwraca się uwagi na stan odżywienia chorych, nie prowadzi się rutynowych badań w kierunku wykrycia niedożywienia, chociaż na podstawie wielośrodkowych badań dowiedziono, że niedobory pokarmowe stanowią poważny problem wśród osób hospitalizowanych. Wykazano np., że aż u 30% chorych prawidłowo odżywionych, niedożywienie rozwija się po przyjęciu do szpitala, a u 70% niedożywienie w momencie przyjęcia ulega dalszemu pogłębieniu podczas hospitalizacji.

Wg standardów Polskiego Towarzystwa Żywnienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu (POLSPEN), Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15.09.2011r oraz z dnia 12.12.2017 każdy pacjent trafiający do szpitala powinien przejść przesiewowe badanie oceny stanu odżywienia (z wyjątkiem oddziałów ratunkowych). Polega ono na ocenie czterech podstawowych czynników, do których należą: dynamika zmniejszenia masy ciała, zaburzenia w przyjmowaniu pokarmu, aktualny wskaźnik masa ciała/wzrost oraz stopień nasilenia choroby. Ocenę tą ułatwiają odpowiednie formularze – NRS 2002 (formularz przesiewowej oceny ryzyka związanego z niedożywieniem – przeznaczony dla dorosłych) lub SGA (subiektywna, globalna ocena stanu odżywienia - przeznaczony dla dorosłych i dzieci). W razie stwierdzenia lub podejrzenia zaburzeń stanu odżywienia lub stwierdzenia dużego prawdopodobieństwa ich wystąpienia, należy poddać chorego pogłębionej ocenie stanu odżywienia (obiektywna ocena), opierając się na analizie danych z wywiadu, badania

fizykalnego, wyników pomiarów antropometrycznych (masa ciała, grubość łańdu skórny nad mięśniem trójgłowym, obwód mięśnia ramienia) i wskaźników biochemicznych (stężenie albumin, transferyny, limfocytów w surowicy krwi). Oceny nie można dokonywać w oparciu o izolowany rezultat pomiaru jednego rodzaju. Wiarygodnych wyników dostarczyć może tylko łączna analiza różnych parametrów .

W przypadku stwierdzenia niedożywienia, należy opracować plan i jak najszybciej wdrożyć **leczenie żywieniowe**, jako integralną część terapii. Kiedy żywienie drogą doustną jest niemożliwe, należy rozważyć zastosowanie żywienia dojelitowego lub pozajelitowego. Preferowanym sposobem żywienia, najbardziej zbliżonym do fizjologicznego, jest podawanie składników odżywczych, w postaci zbilansowanych diet przemysłowych, przez przewód pokarmowy (pp). Mogą być one podawane drogą doustną, przez zgłębnik wprowadzony do żołądka lub jelita, albo przez operacyjnie wytworzone przetoki odżywcze (żołądkowe lub jelitowe). Gdy żywienie drogą pp jest niemożliwe, niewskazane lub niewystarczające powinno być zastosowane żywienie pozajelitowe (ŻP). Może być ono prowadzone drogą żyły głównej lub żył obwodowych. Wybór drogi zależy m.in. od przewidywanego czasu żywienia, planowanej podaży, osmolarności mieszaniny do ŻP, dostępu żylnego. Wraz z postępowaniem leczenia, poprawą stanu zdrowia i wchłaniania jelitowego droga podawania substancji odżywczych powinna zmieniać się z pozajelitowej na dojelitową lub doustną .

Żywienie pozajelitowe

Kompletne ŻP polega na wprowadzaniu bezpośrednio do układu krwionośnego tych wszystkich substancji, które w normalnych

warunkach, tj. w stanie zdrowia, zostałyby wchłonięte z pp do krwiobiegu (aminokwasów, cukrów prostych, emulsji tłuszczowych, elektrolitów, pierwiastków śladowych, witamin i wody) w odpowiednich ilościach i proporcjach.

Takie postępowanie ma ogromne znaczenie w profilaktyce niedożywienia u chorych z małymi rezerwami energetycznymi i białkowymi, u których podaż doustna z różnych przyczyn jest niemożliwa, niewskazana lub niewystarczająca.

Wskazaniem do ŻP są: długotrwałe stany nieprzytomności, zaburzenia czynnościowe pp (upośledzenie trawienia i wchłaniania), zewnętrzne przetoki pp, ostre zapalenie trzustki, choroby zapalne jelit (wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniewskiego-Crohna), wysokie niedrożności pp (poparzeniowe lub nowotworowe zwężenie przetyku, niedrożność odźwiernika), głodzenie w okresie okotooperacyjnym, zła tolerancja żywienia doustnego (w radio- lub chemioterapii), uporczywe wymioty, ciężkie rozległe oparzenia oraz zespół krótkiego jelita.

W okresie noworodkowym wskazaniem do Ż.P. są: skrajna niedojrzałość p.p. z powodu przedwczesnego porodu i bardzo małej masy urodzeniowej, niedrożność przetyku, wady rozwojowe p.p. doprowadzające do niedrożności, perforacji lub martwicy jelit, niedrożność smółkowa , martwicze zapalenie jelit (NEC), poresekcyjny zespół krótkiego jelita, przewlekająca się biegunka.

W zależności od wskazań, najczęściej ŻP jest stosowane przez okres do kilku tygodni, po których możliwe jest żywienie dojelitowe lub zwykłe żywienie doustne. Zdarza się jednak, że w celu utrzymania przy życiu chorych z przewlekłym niedostatecznym wchłanianiem jelitowym, ŻP musi być prowadzone

przez wiele miesięcy lub lat np. u chorych z zespołem krótkiego jelita. Żywienie takie można prowadzić w szpitalu lub, w przypadku chorych stabilnych metabolicznie, w domu zapewniając im większy komfort życia i szanse bycia z rodziną (tzw. żywienie domowe).

Zapotrzebowanie na substancje odżywcze

Sztuka ŻP polega na podaniu choremu dokładnie takiej ilości substancji odżywczych ile wynosi jego zapotrzebowanie. Wszelkie odstępstwa od tych zasad (przekarmienie, niedożywienie) mogą prowadzić do ciężkich powikłań. Ocena zapotrzebowania na substancje odżywcze obejmuje określenie zapotrzebowania na energię, z podziałem na węglowodany i tłuszczy, na białko, pozostałe składniki pokarmowe i wodę. Zapotrzebowanie energetyczne wyliczane jest według standardowych wzorów, a następnie modyfikowane przez uwzględnienie takich czynników jak uraz, aktywność chorego. Inną, prostszą metodą obliczenia jest pomnożenie masy ciała przez kcal (od 25 do 35 kcal) .Metoda ta nie uwzględnia różnic w zależności od zawartości tkanki tłuszczowej, co powoduje nadmierną podaż energii u chorych z nadwagą, niedostateczną u chorych niedożywionych. Obliczając zapotrzebowanie chorego, należy brać pod uwagę nie tylko masę ciała, ale także rodzaj choroby, zaburzenia metaboliczne i dokonywać odpowiednich korekt, w zależności od stanu pacjenta. Po dokonaniu oceny zapotrzebowania na energię, należy określić rodzaj i ilość podawanych substancji energetycznych, ustalić procentowy udział węglowodanów i tłuszczu.

Zapotrzebowanie na białko wynosi 0,1g – 0,25 N/kg mc./dobę w zależności od stanu chorego.

Podaż elektrolitów w ŻP, powinna zapewnić utrzymanie prawidłowych stężeń w surowicy

krwi i zapobiec ich niedoborom. Powinny być one podawane zgodnie z dobowym zapotrzebowaniem, aktualnym stężeniem w surowicy krwi, a także w zależności od utraty dobowej.

Ze względu na niebezpieczeństwo związane z niedoborami, od początku żywienia należy podawać wszystkie niezbędne witaminy i pierwiastki śladowe. Podstawowe zapotrzebowanie na wodę określa się na podstawie masy lub powierzchni ciała chorego wg ustalonych wzorów.

Należy pamiętać, że podanie zbyt dużej objętości płynów drogą parenteralną, może być równie groźne, jak zbyt mała ich podaż. Może prowadzić do obrzęków i niewydolności krążeniowo-oddechowej.

Standard programu żywienia pozajelitowego

Żywienie pozajelitowe, jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia, pod warunkiem przestrzegania standardu określenia jego składu. Standard ten obejmuje:

- **zasadę kompletności** – ŻP może być skuteczne tylko pod warunkiem dostarczenia organizmowi wszystkich niezbędnych składników; niedobór któregośkolwiek z nich uniemożliwia skuteczne wykorzystanie pozostałych, żywienie takie jest mniej skuteczne i obciążone ryzykiem wystąpienia powikłań niedoborowych
- **zasadę proporcjonalności** podawania składników - aby składniki pokarmowe zostały skutecznie wykorzystane przez organizm, niezbędne jest dostarczenie ich w odpowiednich proporcjach:

energia pozabiałkowa : N (Q) =
80-200 kcal : 1 g N

kcal węglowodanów : kcal tłuszczu =
60-80 : 40-20 %

- **zasada dopasowania** programu żywienia do potrzeb i sytuacji - chorzy wyniszczeni z zaburzeniami metabolicznymi - mogą wymagać podaży zwiększonych dawek elektrolitów wewnątrzkomórkowych oraz tiaminy; chorzy z niewydolnością narządów wymagają stosowania **zmodyfikowanych** programów leczenia żywieniowego (chorzy z niewydolnością nerek, z encefalopatią wątrobową, z cukrzycą, w ostrym stresie).

Przestrzeganie, opisanych wyżej zasad jest niezmiernie ważne, ponieważ Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) wymaga ścisłej dokumentacji – jako podstawy do refundacji terapii (karta kwalifikacji do ŻP, karta monitorowania ŻP). Stosowanie ŻP, niezgodnego ze standardem programu, może narazić szpital na straty finansowe.

Finansowanie świadczeń zdrowotnych przez NFZ wymaga dokładnego ich zdefiniowania, w związku ze zróżnicowanymi kosztami poszczególnych form leczenia (żywniecie pozajelitowe kompletne, niekompletne i immunomodulujące). Aby uporządkować te świadczenia, POLSPEN sformułowało definicje i opisy poszczególnych procedur i przekazało je do NFZ. Zawarte są one w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15.09.2011 (Dz.U.11.206.1225). Stosowanie się do tych wytycznych, pozwala uniknąć nieporozumień w rozliczaniu określonych procedur. Uniemożliwia również rozliczanie świadczeń niezgodnych z przekazanymi definicjami.

KOMPLETNE ŻP

podanie białka, energii, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody drogą dożylną

NIEKOMPLETNE ŻP –

bez podaży 1 ze składników

IMMUNOMODULUJĄCE ŻP

dodanie do kompletnej mieszanki substancji modulujących działanie układu immunomodulującego - glutaminy lub kwasów tłuszczowych omega-3 (w postaci oleju rybiego) w dawce nie mniejszej niż 0,2g glutaminy/kg m.c. lub 0,1g oleju rybiego/kg m.c u dorosłych i 0,5-1g/kg m.c oleju rybiego u niemowląt i małych dzieci.

Wg Zarządzenia Nr 119/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30.11. 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz Nr 66/2018/DSOZ z dnia 29.06. 2018r - aktualnie finansowane procedury żywieniowe w katalogu 1c za każdy dzień żywienia oznaczony datą są następujące (maksymalna wartość punktu rozliczeniowego 1 zł):

KOMPLETNE ŻYWIENIE POZAJELITOWE

216,32 punktu x 1 zł = maksymalnie 216,32 zł

CZĘŚCIOWE NIEKOMPLETNE ŻYWIENIE POZAJELITOWE

108,16 punktu x 1 zł = maksymalnie 108,16 zł

ŻYWIENIE POZAJELITOWE IMMUNOMODULUJĄCE

324,48 punktu x 1 zł = maksymalnie 324,48 zł

Podsumowanie:

- Wszyscy chorzy przyjmowani do leczenia powinni być poddani przesiewowej ocenie stanu odżywienia.
- W przypadku stwierdzenia niedożywienia, powinien być opracowany i jak najszybciej wdrożony plan leczenia żywieniowego.

- Leczenie żywieniowe powinno stanowić integralną część terapii.
- Program ŻP i podaż poszczególnych składników odżywczych powinna być odpowiednio zaplanowana, zgodnie z zapotrzebowaniem chorego i jego wydolnością metaboliczną.
- Opracowując program ŻP powinno się brać pod uwagę szereg czynników, m.in. zasady standardu programu ŻP, dotyczące kompletności i proporcjonalności składu mieszanin do ŻP.
- Zgłoszone do rozliczeń świadczenia powinny być zgodne z opracowanymi, przekazanymi do NFZ definicjami.

Piśmiennictwo u autora.



Najczęściej zadawane pytania

mgr farm. Marian Witkowski

1. Czy możemy realizować recepty pro-longowane na leki psychotropowe? Jaki może być maksymalny odstęp między datami? Na ile dni terapii można wydać leki?

Odp. Na środki psychotropowe i substancje odurzające o kategorii dostępności Rp. lekarz może wystawiać do 12 recept w sumie na 360 dniowy okres kuracji, gdzie każda z recept może opiewać na 120 dni kuracji. Nie liczymy odstępu pomiędzy

datami, poza tzw. ostatnią receptą gdzie od daty wystawienia do daty realizacji nie może upłynąć więcej aniżeli 330 dni.

2. Czy możliwa jest realizacja recepty na lek narkotyczny refundowany, na której lekarz nie wpisał numeru PESEL pacjenta? Czy na takiej receptce możemy go sami ustalić i dopisać?

Odp: Zgodnie z §10 ust. 2. rozporządzenia w sprawie recept, możemy uzupełnić brakujący pesel na każdym rodzaju recepty pod warunkiem, że zostały na niej wpisane imię i nazwisko pacjenta.

3. Czy w obecnej sytuacji prawnej wymagane jest zapotrzebowanie na wyroby medyczne, opatrunki, leki OTC, jeżeli kupujący prosi o fakturę na dane przychodni lekarskiej, prywatnej praktyki lekarskie, szkoły lub prywatnej firmy?

Na podstawie zapotrzebowania w aptekach mogą zaopatrywać się tylko podmioty wykonujące działalność leczniczą gdy dokonują zakupu: wszystkich produktów leczniczych (leków) o kategorii OTC, Rx oraz wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

Podmioty inne aniżeli podmioty lecznicze (szkoły, domy dziecka, firmy) mogą dokonywać w aptece zakupu produktów leczniczych, ale tylko tych produktów w dawce i wielkości opakowań, które dopuszczone są do obrotu w sklepach ogólnodostępnych. Postały asortyment apteki jak suplementy, środki spożywcze spż i kosmetyki są dla nich dostępne bez ograniczeń prawnych.

4. Czy możemy zrealizować receptę na leki refundowane jeżeli data wystawienia recepty i data realizacji od dnia są identyczne?

Odp: Tak, gdyż taki zapis świadczy o tym, że jest to pierwsza z np. 12 recept na 360 dniowy okres kuracji.

5. Czy e-recepta może być wypisana bez oddziału NFZ? Bywa, że część recept ma wypisaną refundację np. lek R i pod spodem jest napisany oddział NFZ 07 (dane o ubezpieczeniu i uprawnieniach a w innych jest tylko lek R (życzenie refundacji) i pod spodem nie ma napisanego oddziału NFZ. Czy w drugim przypadku można wydać leki ze zniżką czy należy poprosić pacjenta o poprawę e-recepty?

Odp. E-recepta na której lekarz nie wpisał oddziału województwa NFZ nie może być zrealizowana z uwzględnieniem odpłatności zniżkowej.

6. Czy jeśli na receptce przy Berotecu N aerozol jest podana ilość 3 op a dawkowanie opisane: doraźne to czy zapis ten jest poprawny?. Ile opakowań leku można wydać na tak wypisaną receptę?

Odp: Zapis sposobu użycia DORAŻNIE traktujemy jak brak dawkowania i wydajemy dwa najmniejsze opakowania z wykazu leków

7. Jeżeli na Rp. Pacjent ma wpisane uprawnienia ZK i zaznaczoną odpłatność 100% przy lekach to z jaką odpłatnością powinno się wydać przepisane leki?

Odp: Tylko uprawnienie IB może znieść wpisaną odpłatność 100% dla leków o kategorii Rp i Rpz. Dla wszystkich pozostałych uprawnień gdy lekarz oznaczy 100% leki wydajemy z taka odpłatnością.

8. Czy można realizować recepty pełnopłatne bez numeru regon na receptce, jeśli nie są one *pro familiae* i *pro auctore*?

Odp: Zgodnie z §7 ust. 5a w/w rozporządzenia recepta na podstawie, której wydawane są pełnopłatne produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki spożywcze spż może nie zawierać numeru Regon jako identyfikatora świadczeniodawcy

9. Czy zamknięcie okresu refundacyjnego całkowicie przekreśla możliwość jakichkolwiek poprawek?

Odp: Procedura wnioskowania o otwarcie zamkniętego okresu refundacyjnego celem dokonania w nim korekt opisana jest w Art.45 ust.11 i 12 ustawy o refundacji:

11. Złożenie przez aptekę korekty do zamkniętego okresu rozliczeniowego jest możliwe jedynie po pozytywnym rozpatrzeniu umotywowanego wniosku apteki przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

12. Korekty do zamkniętego okresu rozliczeniowego apteka może składać w terminie 3 miesięcy od daty jego zamknięcia, nie później jednak niż do 15 marca roku następnego, z zastrzeżeniem ust. 9.

10. Czy można zrealizować e- receptę bez podanego sposobu dawkowania? Rozporządzenie w sprawie recept określa w jakich przypadkach możliwa jest realizacja recepty PAPIEROWEJ wystawionej niezgodnie z art. 96 a o receptce elektronicznej brak wzmianki.

Odp: Tak, można zrealizować e-receptę bez podanego na niej sposobu dawkowania (do dwóch najmniejszych opakowań leku leku) ponieważ §10 rozporządzenia w sprawie recept został zmieniony i aktualnie wszystkie dane o których mówi ustęp 1 i 2 w.w § 10 można fakultatywnie uzupełnić również na receptce elektronicznej jak również wydać produkty lecznicze po spełnieniu warunków w tym § zawartych.

Farmaceuta radzi



Nasza wiedza ma znaczenie!

Kampania społeczna „Zaufaj mojej wiedzy, jestem Farmaceutą”

dr n. farm. Magdalena Stolarczyk

W codziennej pracy w aptece korzystamy z naszej wiedzy. Wiedzy rozległej, wielokierunkowej i bardzo specjalistycznej. Wiedzy zdobytej na studiach, rozwijanej i uzupełnianej na licznych kursach, szkoleniach, warsztatach i konferencjach. Bo tak naprawdę każdy z nas wie i ma świadomość, że wiedza farmaceutyczna z każdym kolejnym dniem rozwija się. Jest niezwykle dynamiczna, zmienia się i ewoluuje. I właśnie dzięki takiej najnowszej wiedzy, my farmaceuci jesteśmy w stanie zająć się i zaopiekować pacjentem. Jesteśmy w stanie zapewnić mu skuteczną i bezpieczną farmakoterapię. Co więcej możemy pomóc pacjentowi w wyborze racjonalnej suplementacji a także edukować go w szeroko pojętej profilaktyce prozdrowotnej. Ale podstawą tych działań jest i powinna być stale uzupełniana i rozwijana wiedza. Wiedza oparta na najnowszych doniesieniach i publikacjach naukowych a także na stanowiskach i rekomendacjach ekspertów.

Niestety w natłoku codziennych obowiązków, zarówno rodzinnych jak i zawodowych, bardzo ciężko wygospodarować czas na szukanie i weryfikowanie doniesień naukowych. Często ciężko dotrzeć

do publikacji naukowych a dodatkowo w kwestii wielu tematów jest nisza oraz brakuje rzetelnych i merytorycznych źródeł wiedzy. A przecież tylko rzetelna wiedza daje swobodę farmaceutyce w opiece nad pacjentem i przy rekomendacji produktu – czy to leku czy suplementu diety. Tylko taka wiedza pozwala nam farmaceutom z pełną odpowiedzialnością powiedzieć pacjentowi „Zaufaj mojej wiedzy, jestem Farmaceutą”.



Jestem farmaceutą zaufaj mojej wiedzy

powered by



Tak też nazywa się kampania społeczna zainicjowana przez firmę NutroPharma, której celem jest pokazanie, że wiedza farmaceuty jest wielkim atutem, że warto o nią właściwie dbać i ją rozszerzać. Chcemy pokazać jak to zrobić, aby być lepszymi farmaceutami dla naszych pacjentów. Farmaceutami, którzy korzystając z wiedzy opartej na EBM, sprawując opiekę nad pacjentem, edukują go i chronią go przed nieprawdziwymi i nierzetelnymi informacjami, jakie w dzisiejszych czasach docierają do nich z reklam, Internetu czy od pseudoekspertów.

Pamiętajmy, wiedza to największy atut każdego farmaceuty. To podstawa naszej codziennej pracy zawodowej. To źródło satysfakcji, ale również bardzo wielkie zobowiązanie. Bo wiedzy zdobytej na studiach nie ma się raz na zawsze. Ta wiedza powinna być stale zdobywana, rozwijana i uzupełniana w oparciu o najnowsze

doniesienia naukowe. Tylko taka wiedza, aktualna, rzetelna, merytoryczna pozwoli nam farmaceutom w pełni skutecznie i bezpiecznie zajmować się naszymi pacjentami. Tylko taka wiedza i korzystanie z niej, pacjentom przyniesie korzyść a nam zadowolenie i satysfakcję z naszej codzienne wykonywanej pracy.



Płynne leki recepturowe z jodem

mgr farm. Edyta Banaczkowska-Duda,
mgr farm. Agnieszka Chodkowska
Zakład Farmacji Stosowanej,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Według FP XI:

IODUM – Jod, *Iodine, Iode*

Wygląd: szarawofioletowe, łamliwe blaszki lub drobne kryształki o metalicznym połysku.

Rozpuszczalność: substancja bardzo trudno rozpuszczalna w wodzie, bardzo łatwo rozpuszczalna w stężonych roztworach jodków, rozpuszczalna w etanolu (96%), trudno rozpuszczalna w glicerolu.

Substancja sublimuje powoli w temperaturze pokojowej.

Aby poprawnie sporządzić płynną postać leku niezbędna jest znajomość rozpuszczalności stałych składników leku.

Określenie rozpuszczalności substancji wg FPXI

Rozpuszczalność 1 g substancji w x ml rozpuszczalnika (przybliżona objętość).

Bardzo łatwo rozpuszczalna	< 1
Łatwo rozpuszczalna	1-10
Rozpuszczalna	10-30
Dość trudno rozpuszczalna	30-100
Trudno rozpuszczalna	100-1000
Bardzo trudno rozpuszczalna	1000-10 000
Praktycznie nierozpuszczalna	> 10 000

Jod jest substancją silnie działającą, należy do wykazu B.

Doustnie stosowany jest w chorobach tarczycy. Maksymalne dawki doustne: jednorazowa **0,02**; dobową **0,06**.

Zewnętrznie wykazuje działanie przeciwbakteryjne i odkażające. Zwykle stosowane stężenia w postaciach do użytku zewnętrznego wynoszą od **1,0%** do **5,0%**.

Często spotykanym lekiem recepturowym zawierającym w składzie jod jest mieszanka do płukania gardła. Poprawne wykonanie mieszanki z jodem jest ściśle związane ze znajomością rozpuszczalności poszczególnych substancji oraz z odpowiednią kolejnością łączenia składników leku. Poniżej zamieszczono składowe zapisywanych mieszanek oraz poprawny sposób ich sporządzenia.

1.

Rp.

Vit. A liq.		
Vit. E liq.	aa	10,0
Mentholi		0,2
Glyceroli		150,0
Sol. Lugoli	ad	200,0
M.f. mix.		

Sporządzanie leku należy rozpocząć od przygotowania 29,8 g Płynu Lugola według Farmakopei Polskiej XI.

Płyn Lugola – *Solutio Lugoli, Iodi solutio aquosa* FP XI

Skład:

Iodi	1,0
Kalii iodidi	2,0
Aqua	97,0

Wykonanie:

- Odważyć 0,596 g jodku potasu i rozpuścić go w wodzie. Jodek potasu jest bardzo łatwo rozpuszczalny w wodzie (1cz. jodku potasu +1 cz. wody). Ponieważ do rozpuszczenia jodu potrzebujemy stężonego roztworu jodku potasu należy użyć jak najmniejszej ilości wody (ilość łatwą do odważenia, aby powstał roztwór stężony jodku potasu) – 1,0 g.
- Odważyć 0,298 g jodu i rozpuścić w stężonym roztworze wodnym jodku potasu.
- Uzupelnąć wodą do 29,8 g.
- Dodać 150,0 g glicerolu.
- Mentol rozetrzeć w moździerzu i odważyć 0,2 g. Z uwagi na to, że mentol łatwo rozpuszcza się w olejach tłustych, bardzo trudno rozpuszcza się w glicerolu, należy rozpuścić go w **Witamianie E 300mg /1 ml** – krople doustne, roztwór (olej arachidowy) 10,0g.
- Do Płynu Lugola z gliceryną dodać mentol rozpuszczony w witamianie E oraz 10,0g **Witaminy A** - krople doustne, roztwór (solubilizat wodny) 45 000 j.m. /ml.
- Dokładnie wymieszać składniki, przenieść do butelki z nakrętką, opisać sygnaturę, dołączyć informacje: zmieszać przed użyciem, zużyć w ciągu siedmiu dni.

Wykonana mieszanka jest jednorodna, bez osadu, lekko opalizująca.

Inna kolejność łączenia składników powyższej recepty spowoduje nie rozpuszczenie substancji, mieszanka będzie niejednorodna, na ściankach butelki powstanie osad.

2.

Rp.

Iodi	0,4
Kalii iodidi	4,0
Menthae ol.	0,2
Glyceroli	40,0
M.f. sol.	



W przedstawionej receptie rozpuszczalnikiem jest glicerol. Jodek potasu według FP XI bardzo łatwo rozpuszcza się w wodzie, łatwo rozpuszcza się w glicerolu. Wiemy, że do rozpuszczenia jodu potrzebujemy stężonego roztworu jodku potasu. Uzyskać go możemy rozpuszczając jodek potasu w jak najmniejszej ilości wody, w tym przypadku 4,0 g. W podanym przykładzie jodek potasu mógłby rozpuścić się w 40,0 g glicerolu, ale proces ten trwałby długo i powstały roztwór nie byłby wystarczająco stężony do rozpuszczenia jodu. Należy więc dodać 4,0 g wody kosztem glicerolu.

Wykonanie:

- Odważyć 4,0 g jodku potasu i rozpuścić w 4,0 g wody.
- W otrzymanym roztworze rozpuścić 0,4 g jodu.
- Dodać 36,0 g glicerolu.
- Dodać olejek miętowy odważając 0,2 g lub dodając 10 kropli (masa jednej kropli olejku miętowego 20 mg).
- Składniki dokładnie wymieszać, przelać do butelki z nakrętką, opisać sygnaturę, dołączyć informację: zmieszać przed użyciem, zużyć w ciągu siedmiu dni.



Pharmaciens Sans Frontières (PSF) - Polska 2019

www.farmaceucibezgranic.pl

Lokalizacja misji: Warszawa, Polska

Data misji: 16 lutego - 2 marca 2019 r

Organizator: Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, CM UMK w Bydgoszczy wraz ze Związkiem Zawodowym Pracowników Farmacji (ZZPF).

Kierownik kursu:

Dr n. farm. Piotr Merks

Cel warsztatów:

Zapewnienie warsztatów edukacyjnych na temat modelu Farmaceutycznej Opieki i jego zastosowań w kanadyjskiej aptece, z ostatecznym celem włączenia aspektów do polskiego modelu farmacji.

Streszczenie:

Dwóch farmaceutów przyjechało do Warszawy, aby uczyć polskich farmaceutów podstaw opieki farmaceutycznej. Pięć warsztatów odbyło się w ciągu dwóch tygodni 18, 20, 25, 26 i 27 lutego. Wielkości grup wahała się od 10 do 90 uczestników. Warsztaty trwały jeden dzień i odbywały się od 10:00 do 19:00. Uczestnikami byli studenci (farmacja i medycyna), aptekarze społeczni i szpitalni oraz osoby z branży i technologii. Warsztaty odbyły się na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Projekt był objęty patronatem Rektora prof. Stanisława Dziekońskiego.

Wydział Farmaceutyczny w Bydgoszczy zapewnił punkty edukacyjne dla farmaceutów dzięki Dziekanowi prof. Stefanowi Kruszewskiemu i prof. Jerzemu Krysińskiemu. Całe wydarzenie zostało zorganizowane przez Związek Zawodowy Farmaceutów Polskich (ZZPF) przy współpracy z Konsorcjum Naukowym UKSW.

Pierwszego dnia warsztaty otworzyła Prezes Naczelnej Izby Aptekarskiej (NIA) Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, a drugiego dnia prezes PGEU mgr farm. Michał Byliniak. Jednodniowe warsztaty składały się z czterech modułów nauczania. Kanadyjscy farmaceuci nauczali trzech modułów. Obejmowały one opiekę farmaceutyczną i komunikację, przeglądy stosowania leków (MUR) oraz interakcji lekowych. Każdy moduł zawierał wykłady dydaktyczne i dyskusje grupowe. Po każdym wykładzie omawiano przypadki, pozwalając uczestnikom na bezpośrednie wykorzystanie umiejętności opanowanych na wykładzie. Farmaceuci się udzielali, dyskusja była żywa, a dyskusje grupowe miały charakter informacyjny. Uczestnicy dzielili się swoimi doświadczeniami z polskiej apteki i chętnie poznawali kanadyjskie doświadczenia. Czwarty moduł dotyczący ciąży i karmienia piersią prowadziła je polska farmaceutka dr. n. farm. Magdalena Stolarczyk. Po warsztatach każdy uczestnik ukończył test z 10 pytaniami wielokrotnego wyboru na temat treści warsztatów.

1 marca w aptece Cosmedica w Warszawie zorganizowano sesję praktyczną. Kanadyjscy farmaceuci i ich polscy koledzy zwiedzili pokój konsultacji i pomieszczenie do receptury. Polscy aptekarze wykazali się umiejętnościami doradczymi w zakresie różnych usług, które obecnie oferują społeczności, w tym monitorowania stężenia glukozy we krwi i monitorowania ciśnienia tętniczego krwi. Kanadyjscy farmaceuci byli również w stanie obserwować proces

wydawania leków od momentu otrzymania recepty do momentu odebrania leku przez pacjenta. Kanadyjscy i polscy farmaceuci byli w stanie przedyskutować różnicę w praktyce pomiędzy naszymi krajami. Kanadyjscy farmaceuci byli również w stanie zaproponować sposoby wdrożenia procesu opieki farmaceutycznej w codziennej pracy. Farmaceuci mogli również omówić bariery praktyczne, które obecnie uniemożliwiają polskim farmaceutom wdrażanie niektórych usług opieki farmaceutycznej.

Zbiorczy raport z ocen warsztatów

Warsztaty spotkały się z bardzo pozytywnym odzewem ze strony większości uczestników. Średnia ocen z warsztatów wynosiła 4 na 5. Znaczna część opinii wyrażała brak możliwości kontynuowania nauki w aptece w Polsce i obejmowała prośby o dalsze sesje edukacyjne, w tym sesje bardziej specjalistyczne. Niektórzy uczestnicy, którzy już mówili po angielsku, otrzymywali informacje zwrotne dotyczące potrzeby tłumaczenia. Doprowadziło to do dyskusji na temat przyszłych misji, w których zasugerowano, aby grupy były podzielone na uczestników wymagających tłumaczenia, oraz tych, którzy tego nie potrzebują. Preferencje te zostaną wskazane przez uczestników podczas rejestracji na kolejne warsztaty.

Wyniki ankiety i kolejne kroki

Jak już wcześniej wspomniano, uczestnicy wyrazili chęć dalszych sesji edukacyjnych na temat opieki farmaceutycznej i praktyki klinicznej w farmacji. Wskazuje to na potencjał przyszłych misji o podobnym charakterze w Polsce.



Farmaceuci w Królestwie Niderlandów

mgr farm. Jolanta Radecka

Gdy nadchodzi maj, kwitną bzy i kasztany, to Seniorzy z Warszawskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej przygotowują się do 5. dniowej wyprawy – w tym roku była to Holandia. 7 maja 2019 r. wspaniały autokar czekał na nas wczesnym rankiem przed Pałacem Kultury. Miło było spotkać koleżanki i kolegów, z którymi wreszcie można było długo porozmawiać. My to wiemy, że ciągle brakuje nam czasu. Podróż mimo iż dosyć długa (960 km) nie była tym razem zbyt męcząca. Na kolację i nocleg dojechaliśmy do Osnabrucku (Niemcy).

Następnego dnia przejechaliśmy przez Sneek, a potem kilkudziesięciokilometrową tamę oddzielającą Morze Północne od Morza Wątwowego, utrzymującą kilkumetrową różnicę poziomów między tymi morzami.

Po południu zwiedzaliśmy Amsterdam. Wszędzie mnóstwo rowerów. Wśród 863 tys. mieszkańców znajduje się ponad 900 tys. rowerów. W Amsterdamie każdy dom ma swoją historię. Jest tu największa ilość muzeów przypadająca na metr kwadratowy, biorąc pod uwagę wszystkie miasta na świecie – jest ich około 100. Pierwszym,

które zwiedzaliśmy, było Muzeum Vincenta van Gogha – malarza ubogich i wieśniaków. Znajduje się w nim największy zbiór jego obrazów. Przez całe życie van Gogh był wspierany finansowo przez swojego brata. Sprzedał tylko jeden obraz za swojego życia – „Czerwone winnice”. Mówił „tylko jak stoję za sztalugą, to czuję, że żyję”. Jego słoneczniki znane są w całym świecie.

Późnym popołudniem udaliśmy się na rejs statkiem po kanałach Amsterdamu, które wpisane są na listę zabytków UNESCO. Przy brzegach kanałów widoczne były liczne zamieszkiwane barki. Ceny ich są porównywalne lub niewiele mniejsze od cen mieszkań w tej części Amsterdamu. Rejs po kanałach to niepowtarzalna atrakcja, którą się długo pamięta.

W czwartek 9 maja zwiedzaliśmy Rijksmuseum – holenderskie muzeum narodowe z imponującą i przepiękną kolekcją obrazów holenderskich (i nie tylko) malarzy, grafiki, rzeźby i sztuki użytkowej. Zwiedzaliśmy również szlifiernię diamentów, gdzie można było kupić piękne, niepowtarzalne wyroby. Niewątpliwie wielką atrakcją w tym okresie są ogrody Keukenhof. Na obszarze 32 ha rozkwitają miliony przepięknych tulipanów, hiacyntów, szafirków, krokusów, narcyzów sadzonych tu ręcznie. Co roku sadi się tu 7 mln kwiatów – zawsze są nowe kompozycje. W tym roku było nawiązanie do ruchu hipisowskiego „Dzieci kwiaty”. W mozaice znajduje się 50 tys. kwiatów. Na terenie ogrodu odbywały się różne atrakcyjne pokazy m.in. w teatrze był prezentowany wielopiętrowy tort kwiatowy.

Następnym miastem przez nas zwiedzonym była Haga. Jest tu siedziba rządu, parlamentu i rodziny królewskiej. To miasto seniorów i dyplomatów. Jest nazywana stolicą administracyjną Holandii. Większość ambasad i ministerstw ma tu swoje siedziby.

Holandia od średniowiecza posiada monopol na piwo. Słynie również z wysmienitych śledzi, czego mieliśmy okazję doświadczyć w Hadze degustując je serwowane w butce z cebulką i kiszonym ogórkiem.

Z Hagi pojechaliśmy do Madurodamu, by podziwiać Holandię w miniaturze. Budowle przedstawiono w skali 1:25.

Następnie zwiedziliśmy urokliwe miasteczko Delft, położone pomiędzy Hagą a Rotterdamem znane z fabryki i muzeum wyrobów ceramicznych. Tu zapoznaliśmy się z procesem wypalania i ozdabiania wyrobów ceramicznych. Mieliśmy również okazję zakupu różnych serów holenderskich, poprzedzoną wykładem i degustacją.

W piątek 10 maja zwiedziliśmy największy do 2004 r. port w świecie, a obecnie największy w Europie – Rotterdam. Nie jest to miasto zabytków, lecz nowoczesnej architektury. Miasto, w którym zarabia się pieniądze. W Hadze decyduje się co z nimi zrobić, a w Amsterdamie się je wydaje.

Ikoną Rotterdamu od 1950 r. jest wieża widokowa o 186 m. wysokości – największa wieża widokowa w Holandii. Tarasy widokowe umożliwiają podziwianie miasta z każdej strony – widok sięga na odległość do 30 km. Wiatrą można dojechać na wysokość 185 m. Na wysokości 96 m znajdują się restauracja i dwa apartamenty.

Ostatnią noc spędziliśmy w Brenner. Rano po dobrym śniadaniu i porannej gimnastyce w rytmie znanych „Kaczuszek” udaliśmy się do Warszawy, do której dotarliśmy w rekordowym tempie, bo około 21.30.

Wyjazd był bardzo udany zarówno pod względem turystycznym, jak i koleżeńskim. Była okazja i czas na rozmowy dotyczące problemów zawodowych, a także działości na rzecz seniorów farmaceutów.



Zwycięska drużyna

mgr farm. Przemysław Kiszka

W dniach 10-12 maja 2019 roku w Lublinie odbyły się III Mistrzostwa Polski Farmaceutów oraz Studentów Wydziałów Farmaceutycznych w Piłce Siatkowej. Była to już trzecia odstona z reaktywowanego przez profesora Ireneusza Sowę turnieju piłki siatkowej, na którym nie zabrakło reprezentantów Warszawskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w składzie: kapitan Przemysław Kiszka (libero), przyjmujący: Michał Moczarski, Zuzanna Rusak, Piotr Rybarczyk, Mateusz Zięba, Jerzy Żabiński; rozgrywający: Dawid Majcherek; środkowi bloku: Tomasz Bala, Małgorzata Fedorowicz, Sebastian Kurzak oraz atakujący Maciej Starczewski. Rokrocznie drużynę wspiera warszawski samorząd zawodowy, w tym roku dodatkowego wsparcia drużynie udzieliła również firma Servier Polska, która ufundowała profesjonalne stroje siatkarskie, za co zawodnicy serdecznie dziękują.

W tegorocznej imprezie w szranki stanęło 6 drużyn rozpisanych w dwóch grupach, Grupa A: Lublin I, De Medici Volley Team Łódź, Drug-ony Kraków oraz Grupa B: OIA Warszawa, Lublin II oraz Golden Team Kielce.

O zmaganiach sportowych opowiedzieli nam świeżo upieczeni Mistrzowie Polski:

"Apetyt na zwycięstwo był spory, w myśl powiedzenia do trzech razy sztuka jechaliśmy do Lublina po pierwsze miejsce. Jako, że w 2017 roku zajęliśmy najniższy stopień podium, w 2018 roku ulegliśmy jedynie gospodarzom w finale to w tym roku celowaliśmy w zwycięstwo, ale po kolei: rozgrywki zaczęliśmy w piątek od fazy grupowej i gładkiego zwycięstwa 2:0 nad zespołem Lublin II. Kolejnym rywalem na drodze do sukcesu był Golden Team Kielce, niestety na rozgrzewce kontuzji uległ jeden z kluczowych zawodników naszego przeciwnika, grając w "piątkę" kielczanie nie poddali się bez walki, jednak ulegli nam 0:2. Tym samym zajęliśmy pierwsze miejsce w grupie B, pozostało nam czekać na rozstrzygnięcia w grupie A. Ku naszemu zaskoczeniu obrońcy tytułu drużyna Lublin I uległa świetnie dysponowanym tego dnia zawodnikom De Medici Volley Team reprezentującym OIA w Łodzi. Wszystko stało się jasne, na drodze do finału stanęli nam dwukrotni Mistrzowie Polski czyli pierwsza drużyna z Lublina zajmując drugie miejsce w grupie A. Do wspomnianego półfinału podeszliśmy niezwykle skoncentrowani a konsekwentna gra w obronie i w ataku sprawiła, że obrońcy tytułu ulegli nam 0:2 i tym samym zameldowaliśmy się w niedzielnym finale. Do finałowej rozgrywki stanęły drużyny, które nie doznały jeszcze smaku porażki w tym turnieju. Pierwszy set

i 1:0 dla Warszawy, konsekwentnie szliśmy po zwycięstwo, nic nie zapowiadało dramaturgii tego meczu, jednak w drugim secie "tryby maszyny się zacięły" a 10 punktów z rzędu straconych po własnych błędach sprawiło, że na tablicy wyników pojawił się stan 1:1 w setach. Tego co działo się w tie-breaku nie wymyślił by nawet sam Hitchcock, w decydującym momencie finału przegrywaliśmy 24:18 i było niemalże pewne, że doznamy pierwszej, jakże bolesnej porażki w tych mistrzostwach. Obroniliśmy pierwszego "match-ball'a" a w polu zagrywki ustawiła się Małgorzata Fedorowicz, studentka V roku farmacji. Jak się okazało "kąśliwa" zagrywka Gosi w połączeniu z dobrą grą blokiem i kontratakiem sprawiły, że niemożliwe stało się możliwe. Wygraliśmy 26:24 tym samym zdobywając upragniony puchar Mistrza Polski. Radości nie było końca! Cieszymy się tym bardziej, że przyszłoroczne mistrzostwa odbędą się w Warszawie. Już teraz wszystkich serdecznie zapraszamy!"

Klasyfikacja końcowa:

- I Miejsce OIA Warszawa
- II Miejsce De Medici Volley Team Łódź
- III Miejsce Lublin
- IV Miejsce Lublin
- V - VI Miejsca Golden Team Kielce oraz Drug-ony Kraków

Informujemy, iż karty szkolenia ciągłego członków Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie zamieszkujących na terenie m. st. Warszawy zostały rozliczone i oczekują na odbiór w biurze Izby.

Karty członków Izby zamieszkujących poza Warszawą zostały również rozliczone i wraz z kartami na nowy okres szkoleniowy zostały wysłane pocztą.



<https://oia.waw.pl/strefa-farmaceuty>

Szanowni Farmaceuci – Członkowie Izby.

Uprzejmie przypominamy, że na stronie internetowej OIA w Warszawie (www.oia.waw.pl) znajduje się dedykowana Członkom n. Izby tzw. STREFA FARMACEUTY (bezpośredni link: <https://oia.waw.pl/strefa-farmaceuty>)

STREFA FARMACEUTY dostępna jest wyłącznie po zalogowaniu się.

Loginem jest numer prawa wykonywania zawodu (ośmiocyfrowy numer – pisany cyframi arabskimi).

Pierwszym hasłem jest PESEL (po pierwszym zalogowaniu istnieje możliwość zmiany hasła w panelu: EDYCJA DANYCH).

W **STREFIE FARMACEUTY** możecie Państwo samodzielnie sprawdzić (swoje) saldo składek Członkowskich (które jest aktualizowane co dwa tygodnie) a także opłacić składki (online).

Przypominamy, że regulowanie składek Członkowskich wynika z tytułu przynależności do Izby aptekarskiej - OIA w Warszawie.

W **STREFIE FARMACEUTY** można także obejrzeć, wysłuchać relacji video z zebrań, szkoleń, Sesji Szkoleniowych, etc.

Uprzejmie informujemy, że ta część strony internetowej (**STREFA FARMACEUTY**) została opracowana w ten sposób aby pomóc Państwu w bieżącej pracy zawodowej (wszystko znajduje się w jednym miejscu) z podziałem na grupy tematyczne.

W **STREFIE FARMACEUTY** Członkowie Izby mogą m.in. uzyskać informacje nt.:

- 24 godzinnej bezpłatnej Opieki Prawnej (dowolny zakres pytań dot. spraw prywatnych jak i zawodowych),
- bardzo atrakcyjnej cenowo propozycji prozdrowotnej FIT (Fit Sport i Fit Profit),
- ubezpieczenia OC Zawodowego (obowiązującego w ramach przynależności do Izby) a także innych zagadnień (opracowania, komunikaty, wyjaśnienia, etc.).

Serdecznie zapraszamy do korzystania ze STREFY FARMACEUTY!!!

Biuro Izby w Warszawie

e-mail: biuro@oia.waw.pl

ul. Żeromskiego 77, lok. 6, 01-882 Warszawa

tel. 22 635 45 54; 22 831 38 58;

fax 22 635 27 72

Biuro Izby w Warszawie czynne od:

poniedziałku do piątku w godz. 9.00 – 15.00

W czwartki w godz. 9.00 – 17.00

Biuro Delegatury w Radomiu

email: radom@oia.waw.pl

ul. Kilińskiego 15/17, 26-610 Radom

tel./fax 48 363 54 47; tel. kom. 785 665 516

Biuro Izby w Radomiu czynne od

poniedziałku do piątku w godz. 8.00 – 15.00

Prezydium Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie VII kadencji:

Prezes – **mgr farm. Michał Byliniak**

prezes@oia.waw.pl

Zastępca Prezesa – **mgr farm. Jakub Dorociak**

jakub.dorociak@oia.waw.pl

Zastępca Prezesa – **mgr farm. Ewa**

Steckiewicz-Bartnicka

ewa.steckiewicz-bartnicka@oia.waw.pl

Zastępca Prezesa – **mgr farm. Wojciech**

Szkopański wojciech.szkopanski@oia.waw.pl

Sekretarz – **mgr farm. Dorota Smółkowska**

dorota.smolkowska@oia.waw.pl

Sekretarz – **dr n. farm. Jerzy Żabiński**

jerzy.zabinski@oia.waw.pl

Skarbnik – **mgr farm. Marian Witkowski**

skarbnik@oia.waw.pl

Dyżury konsultantów

Konsultant ds. farmaceutycznych

mgr farm. Marian Witkowski

pytania@oia.waw.pl

Radca Prawny

mec. Sylwester Majewski – czwartek

13.00 – 16.30 prawnik@oia.waw.pl

785 665 513

Kontakt z biurem izby

Aneta Starczewska 785 665 512

ksiegowosc@oia.waw.pl

Anna Skołek 785 665 514

anna.skolek@oia.waw.pl

Klaudiusz Kulak 785 665 515

klaudiusz.kulak@oia.waw.pl

Elżbieta Nowakowska 785 665 516

oia.radom@poczta.fm

Bożena Olech 785 665 517

bozena.olech@oia.waw.pl

Emilia Napora (sekretariat) 785 665 518

sekretariat@oia.waw.pl

Jolanta Komorowska 785 665 519

jolanta.komorowska@oia.waw.pl

Konto bankowe:

Bank Pekao S.A. XI Oddział w Warszawie

21 1240 1138 1111 0000 0209 2153

farmacja.hr

BEZPŁATNE wsparcie i **DORADZTWO**



Zaproponujemy Ci oferty pracy
INDYWIDUALNIE dobrane
do Twoich oczekiwań



Pokażemy Ci szersze
HORYZONTY: Polska, Szwecja,
Irlandia i inne kraje



DBAMY O POUFNOŚĆ

Wysyłamy Twoje CV
wyłącznie do pracodawców,
których wybierzesz



BEZPŁATNIE zaopiekujemy się
Tobą na każdym etapie rekrutacji

Wejdź na:

www.farmacja.hr i znajdź z nami nowego pracodawcę.

Kontakt do konsultanta: 506 214 175 / 516 470 411