

Nr 4 (14) kwiecień 2007

APTEKARZ POLSKI

ISSN 1895-6041

Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej

www.aptekarzpolski.pl



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

egzemplarz bezpłatny

ŚLĄSKIE TARGI FARMACEUTYCZNE WIOSNA 2007

19 maja 2007 r.

„Szafranowy Dwór”
Czeladź, ul. Będzińska 82



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

Zakres tematyczny:

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

Partnerzy farmaceutyczni:

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

W programie:

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

Organizator

KOLPORTER EXPO

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

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

Fot. archiwum redakcji



Nieoczekiwany zakręt

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

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

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

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

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

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

Andrzej Wróbel
Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

Warszawa, kwiecień 2007 r.

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

Aptekarz Polski - Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej, www.aptekarzpolski.pl

Wydawca: Naczelna Izba Aptekarska, ul. Długa 16, 00-238 Warszawa, tel: 022 635 92 85, fax: 022 887 50 32, e-mail: nia@nia.org.pl; www.nia.org.pl

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

Stali współpracownicy: mgr farm. Joanna Marczak

Marketing i reklama: Olga Sierpniowska, Ewa Firlej

Grafik: Magda Sierocińska

Korekta: Halina Śnieżko

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

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

AKTUALNOŚCI
WYBÓR Z KURIERA NIA
www.nia.org.pl

Nr 14 – 2007

5 kwietnia:

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

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

www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier_2007_14_zal3.pdf

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

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

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

www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier_2007_14_zal2.pdf

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

www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier_2007_14_zal4.pdf

Nowe listy leków refundowanych a rynek apteczny



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

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

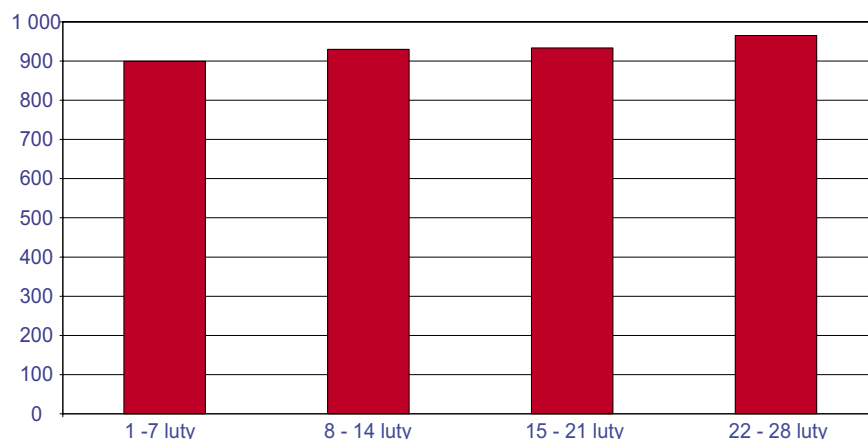
Poniższy wykres ilustruje rosnącą ilość pacjentów w ostatnich dniach lutego.

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

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

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

OBRAZ STATYSTYCZNEJ APTEKI OGÓLNODOSTĘPNEJ
Ilość pacjentów w poszczególnych tygodniach lutego



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

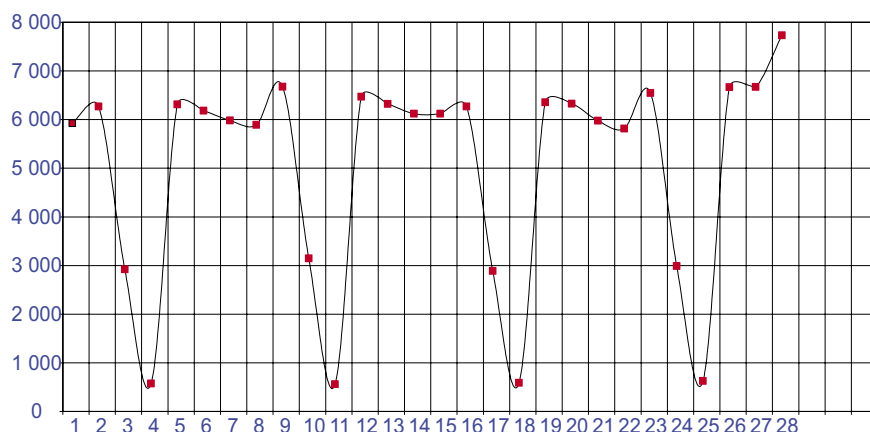
Opieka farmaceutyczna świadczona przez aptekarza ma również

przekroczenia dawek terapeutycznych poszczególnych składników leków.

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

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

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



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

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

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

Piotr Kula
Prezes PharmaExpert

► 4 kwietnia:

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

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

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

Nr 13 – 2007

30 marca – Prezes NRA złożył w Ministerstwie Zdrowia pismo, w którym zgłosił uwagi samorządu aptekarskiego do projektu ustawy o zmianie ustawy Prawo farmaceutyczne oraz o zmianie niektórych innych ustaw. www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier_2007_13_zal1.pdf

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

Nr 12 – 2007

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

ROZLICZENIA

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

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

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

21 marca:

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

– odbyło się posiedzenie Naczelnego Sądu Aptekarskiego

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

www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier_2007_12_zal1.pdf

Nr 11–2007

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

13 marca:

– odbyło się posiedzenie Prezydium NRA.

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

Z notatnika rzecznika prasowego NRA

Argumenty schowane do szuflady

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

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

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

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

mgr farm. Maria Głowniak

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

Gospodarka lekami i drobnym sprzętem medycznym w szpitalu

Część II - Propozycje zmian organizacji gospodarki lekami w szpitalach

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

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

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

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

Zainteresowanie zarządów szpitali na zachodzie tworzeniem

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ze wskazaniem na konieczność rozliczania kosztów indywidualnych pacjentów,

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

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

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

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

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

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

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

dr Wojciech Giermaziak

Opracowanie powstało przy współpracy dr n. farm. Mirosława Szelińskiego i dr n. farm. Beaty Welk

Programowa ofensywa

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

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

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

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

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

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

oprac. zs

XX Zjazd Naukowy PTFarm

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

Profesor Janusz Pluta, prezes PTFarm wystosował do farmaceutów zaproszenie do udziału w Zjeździe. Profesor Pluta przekonuje, że Zjazd „będzie okazją dla środowiska akademickiego do prezentacji jego dorobku, dyskusji nad kierunkami i możliwościami rozwoju nauk farmaceutycznych, a dla Koleżanek i Kolegów pracujących w zawodzie do dyskusji nad zmieniającą się rolą farmaceuty w obecnej rzeczywistości”.

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

Program Zjazdu oraz inne informacje dotyczące tej imprezy są udostępnione pod adresem internetowym: www.ptfarmzjazd.pl.

oprac. zs



Przepustka do zawodu

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



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

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

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

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

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

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

Zbigniew Solarz

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



Mieć czas dla pacjentów

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

– Co zdecydowało, że wybrała Pani zawód farmaceuty?

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

– Czy znalazła już Pani pracę?

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

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

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

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

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

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

– Odnoszę wrażenie, że nie boi się Pani wyzwań

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

– Jaką radę dali Pani profesorowie na zakończenie studiów?

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

– Dziękuję za rozmowę i życzę powodzenia.

Spotkać się w Krakowie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zbigniew Solarz





Hiszpański „Plan strategiczny dla opieki farmaceutycznej”

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Wydawanie produktów leczniczych

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

2. Konsultacje lub wskazania farmaceutyczne

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



Fot. archiwum redakcji

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

3. Obserwacje farmakoterapeutyczne

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

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

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

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

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

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

Definicja opieki farmaceutycznej według Hiszpańskiej Kolegialnej Organizacji Farmaceutycznej jest następująca:

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

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



Fot. archiwum redakcji

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

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

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

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

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

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

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

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

dr n. farm. Tadeusz Bąbelek

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

Komputer farmaceuty nie zastąpi

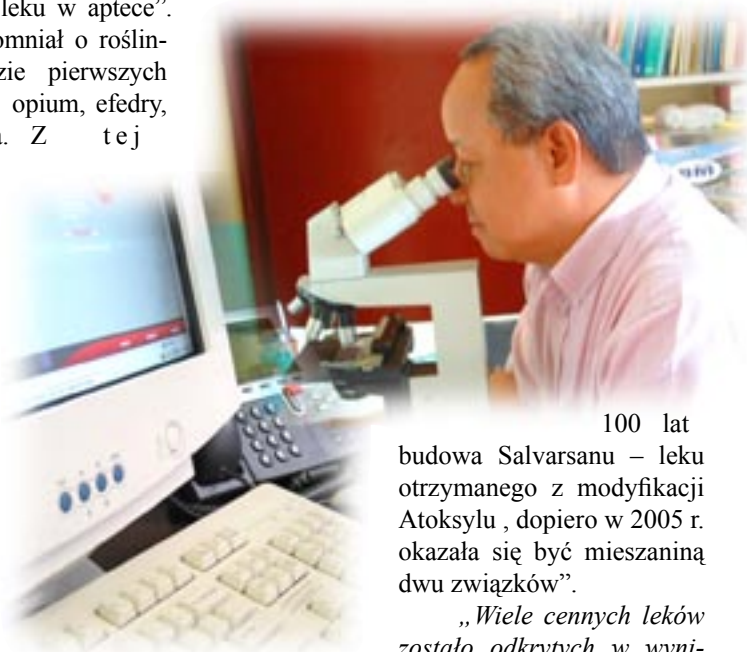
Wiele cennych leków zostało odkrytych w wyniku szczęśliwego przypadku.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

oprac. j.świd.



XIV Ogólnopolskie Spotkanie Aptekarzy

**Jurata
24-26 maja 2007**

**23 punkty
edukacyjne**

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

ORGANIZATOR

INTERSERVIS
BIURO TARGOW Sp. z o.o.

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

www.interservis.pl

Wiosna, ach to ty!

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

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

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

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

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

przyznać, że jako konsument powiedziałam dokładnie te same wzorce.

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

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

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

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



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

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

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

mgr farm. Olga Sierpniowska
 fot. autorki

Prowadzenie aptek ogólnodostępnych a termin dostosowania się do ustawowych wymagań lokalowych

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

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

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

Zgodnie z tymi regułami apteka ogólnodostępna może stano-

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

Rozwiązaniem zawartym w przywołanym art. 97 rodzącym największe obiektywne problemy natury dostosowawczej był wymóg, w świetle którego powierzchnia podstawowa apteki ogólnodostępnej nie może być mniejsza niż 80 m². Dopuszczono przy tym, aby w aptekach ogólnodostępnych zlokalizowanych w miejscowościach liczących do 1.500 mieszkańców oraz na terenach wiejskich powierzchnia podstawowa była nie mniejsza niż 60 m².

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

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

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

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

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

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

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

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

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

nie czynności urzędowych przez Inspekcję Farmaceutyczną lub Narodowy Fundusz Zdrowia;

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

dr n. prawnych Jędrzej Bujny

Dr Krystian Ziemiński & Partners
Kancelaria Prawna

NOVERBAN®
Syrop z dziewanny

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

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

Św. Rej. MZ nr 9020

LANCETAN®
Syrop z babki lancetowatej

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

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

Św. Rej. MZ nr 9021

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

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



INFORMACJA ZE SPRAWOZDANIA PREZESA NRA Z PRACY SAMORZĄDU ZAWODOWEGO APTEKARZY W ROKU 2006.

Liczba członków OIA w Polsce:

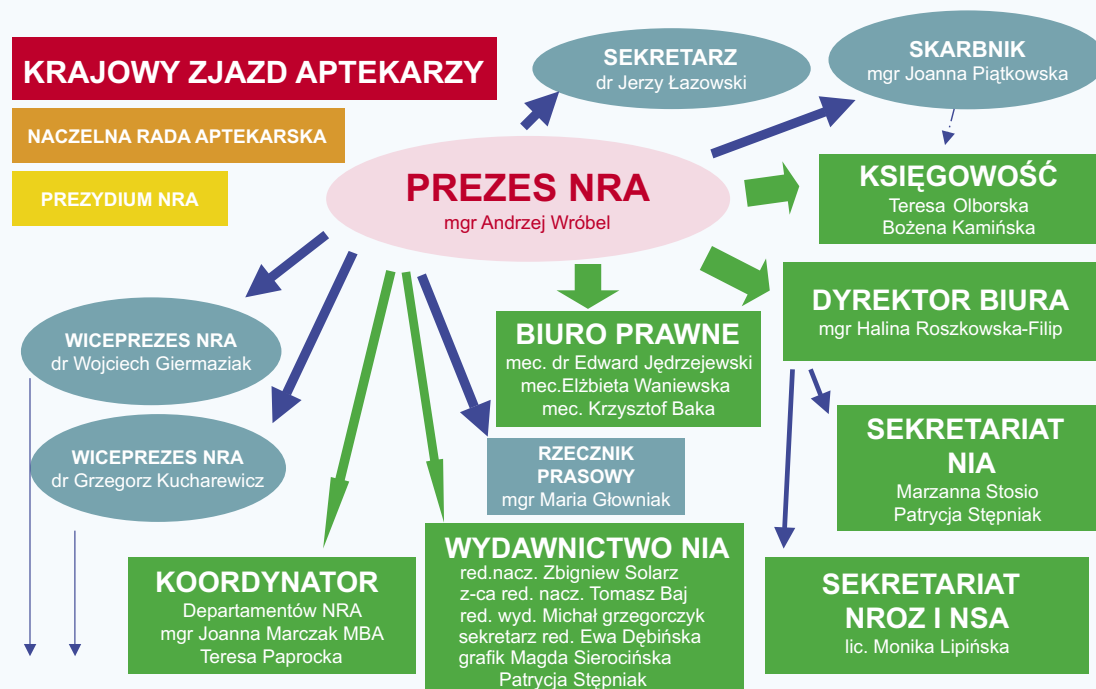
- w dniu 31.12.2004 roku wynosiła 23.584 osób
- w dniu 31.12.2006 roku wynosiła 25.285 !!!

LICZBA CZŁONKÓW OIA W POLSCE

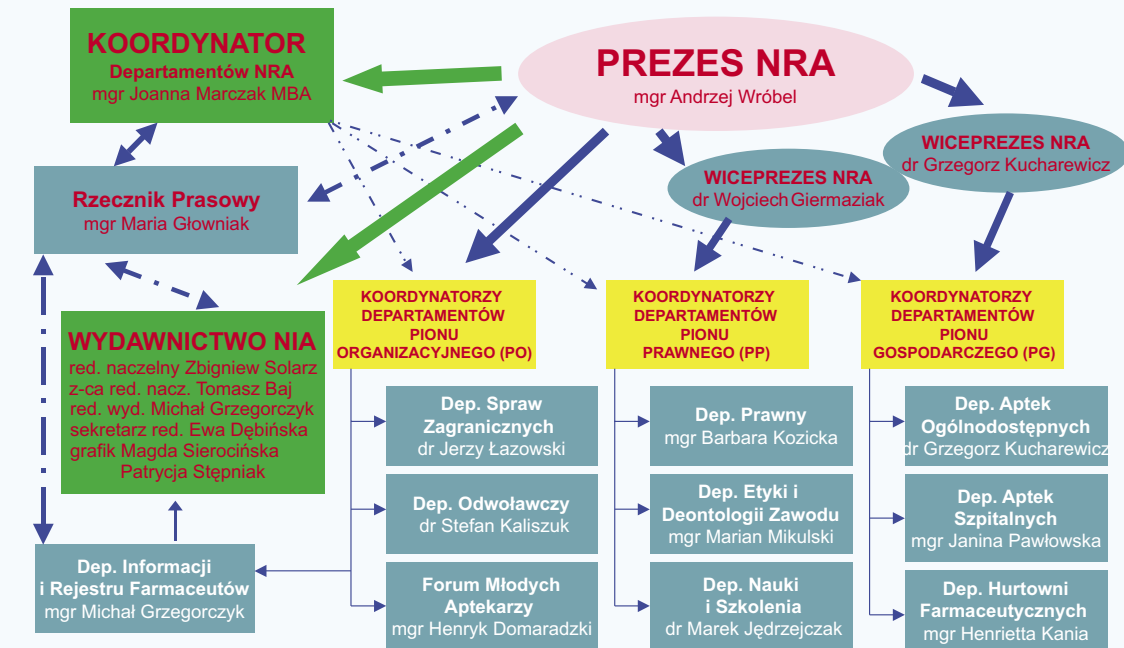
(wg danych z okręgowych izb aptekarskich z dnia 31 grudnia)

2003 / 2006		2003 / 2006	
Białystok	643 → 698	Łódź	2033 → 2189
Bielsko-Biała	478 → 514	Olsztyn	438 → 456 !
Bydgoszcz	1021 → 1084	Opole	426 → 487
Częstochowa	376 → 400	Poznań	1590 → 1966 !
Gdańsk	1848 → 1937	Rzeszów	980 → 1024 !
Katowice	2104 → 2242	Szczecin	487 → 497
Kielce	589 → 645	Wrocław	1924 → 2078 !
Koszalin	397 → 417	Zielona Góra	441 → 465
Kraków	2198 → 2385	Warszawa	3087 → 3614
Lublin	1810 → 1864	Kalisz	298 → 323 !

SCHEMAT ORGANIZACYJNY NACZELNEJ IZBY APTEKARSKIEJ



SCHEMAT ORGANIZACYJNY NACZELNEJ IZBY APTEKARSKIEJ **ca.d.**



Braliśmy udział i współorganizowaliśmy:

- Spotkania robocze z delegacją niemieckiej izby aptekarskiej ABDA w Davos i Berlinie (luty, maj),
- Zgromadzenie Delegatów Grupy Farmaceutycznej Unii Europejskiej PGUE w Lizbonie (czerwiec),
- Symposium międzynarodowe „O roli samorządów aptekarskich...” w Warszawie (wrzesień),
- Międzynarodowy Kongres Naukowo-Szkoleniowy Farmaceutów w Krakowie (październik).

Wzięliśmy aktywny udział w 19 krajowych konferencjach:

- Koalicja Teraz Zdrowie
- 3 x Farmacja

- Rynek Zdrowia
- Debaty o Zdrowiu
- Forum Ekonomiczne Aptekarzy
- Dni Farmacji
- Konferencje Naukowe PTFarm itp...

Patronowaliśmy targom farmaceutycznym Torfarmu i dwa razy „Forum Medicamentum” Prospera.

- Z inicjatywy NRA odbyło się 101 spotkań z delegacjami organizacji zawodowych i społecznych oraz osobami indywidualnymi.
- W następnych 116 spotkaniach członkowie władz samorządu brali udział jako goście zaproszeni.

- Wydano łącznie 50 Kurierów NIA z bieżącymi informacjami, które stanowią szczegółową ilustrację wydarzeń 2006 roku.
- Wydano 7+2 miesięczniki Aptekarz Polski.

Realizacja zadań w ramach dotacji z Ministerstwa Zdrowia:

- Prowadzenie rejestru ukaranych farmaceutów.
Założono 80 kart w tym:
 - a) wpis do rejestru - 40
 - b) skreślenie z rejestru - 17
 - c) zapytanie o karalność - 23
- Postępowanie w zakresie odpowiedzialności zawodowej prowadzone przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej - 40 spraw
- Postępowanie w zakresie odpowiedzialności zawodowej prowadzone przez Naczelny Sąd Aptekarski - 7 spraw

Pozyskano na roczną działalność ustawową:

- z Ministerstwa Zdrowia na rejestr 66.800,-
- ze sponsoringu ponad 300.000,-
- z działalności gospodarczej ok. 280.000,-
- ze składek członkowskich ok. 1.800.000,-

W ciągu trzech lat odbudowano rezerwę finansową na organizację Krajowego Zjazdu Aptekarzy w kwocie
180.000,-

Prezydium NRA 2006

- Odbyło się 14 na 11 zaplanowanych posiedzeń Prezydiów NRA
 - Poruszono ponad 70 różnych problemów z 15 grup tematycznych.

Naczelne Rady Aptekarskie 2006

- Odbyło się 6 na 5 zaplanowanych posiedzeń NRA.
 - Poruszono 75 różnych problemów z 15 grup tematycznych.
 - Podjęto 46 uchwał 67 apeli, stanowisk i postanowień NRA.

Sekretariat 2006

- Zanotowano ruch 1908 pism.

Dla porównania:

- w roku 2005 było ich ponad 1600
- w 2004 - 1720,
- a w 2003 - 1079.

(Coraz częściej przychodzą zapytania pocztą elektroniczną i dla części odpowiedzi są udzielane poza ewidencją tą samą drogą.)

- W tym wychodzących pism 388

Dla porównania:

- w roku 2005 - 365
- w 2004 - 378
- w 2003 - 249

Ramowy plan zadań NRA na 2007 rok

- Realizacja strategii rozwoju samorządności aptekarskiej w Polsce przewidziana na lata 2006-7.
- Pomoc udzielana członkom samorządu w zakresie nauki i wykonywania zadań w aptekach w ramach opieki farmaceutycznej.
- Współpraca samorządu z uczelniami i towarzystwami naukowymi oraz administracją państwową i izbami polskiego parlamentu.

- Przeprowadzenie działań na rzecz zmian w polskim prawie w zakresie:

- przepisów dotyczących reklamy aptek i produktów leczniczych,
- zapobiegania nieuczciwej konkurencji,
- przepisów antykoncentracyjnych na rynku dystrybucji detalicznej produktów leczniczych,
- zachowania praw nabytych i dziedziczenia aptek przez podmioty prowadzące działalność apteczną,
- wprowadzenia stałych cen urzędowych na preparaty z list leków refundowanych.

- Przygotowanie systemu weryfikacji szkolenia ciągłego farmaceutów zarówno pod kątem tematycznym jak i punktowym.
- Prowadzenie działalności gospodarczej.
- Dalsza budowa Aptekarskiego Banku Danych – przygotowanie kolejnych badań we współpracy z firmami monitorującymi rynek apteczny jak i samodzielnie.
- Ciąg dalszy unifikacji programów komputerowych oraz baz danych okręgowych izb aptekarskich w celu prowadzenia spójnego rejestru aptekarzy i dokumentów prawa wykonywania zawodu farmaceutów.
- Organizowanie egzaminów z języka polskiego dla obcokrajowców z krajów spoza UE ubiegających się o pracę w Polsce.
- Wspieranie oferty szkolenia ciągłego dla farmaceutów, w tym kursów zakończonych testem metodą nauki na odległość (e-learning).
- Pomoc organizacyjna i informacyjna udzielana kandydatom chcącym podjąć pracę w zawodzie farmaceuty poza granicami Polski.
- Weryfikacja uprawnień i kwalifikacji zawodowych obcokrajowców z UE chcących podjąć pracę na terytorium Polski.
- Przygotowanie i przeprowadzenie I Spotkania Farmaceutów Artystów i Twórców Amatorów „SFATA 2007”.
- Przygotowanie i przeprowadzenie III Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Farmaceutów - KRAKÓW 2007.
- Ogólnopolskie obchody Dnia Aptekarza - Święta Kosmy i Damiana.
- Ogólnopolskie spotkanie kierowników hurtowni farmaceutycznych.
- Ogólnopolskie spotkanie farmaceutów szpitalnych.
- Stały monitoring jakości pracy okręgowych izb aptekarskich.

W marcu br. odbyła się uroczystość nadania samorządowi aptekarskiemu sztandaru oraz obchody rocznicy wydania pierwszego numeru Aptekarza Polskiego – organu prasowego NIA.

Andrzej Wróbel

Warszawa, 24 stycznia 2007 roku

INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA SPRAWOZDANIE PREZESA NRA ZA 2006 ROK

Rok 2006 charakteryzował się dużą częstotliwością oficjalnych spotkań z udziałem prezesa i wiceprezesów NRA. Odbyliśmy łącznie ich ponad sto. Były to rozmowy z politykami w ministerstwie zdrowia, spotkania w klubach parlamentarnych,

w sejmowej komisji zdrowia i indywidualne z poszczególnymi posłami. Drugą grupę stanowiły spotkania eksperckie np. z przedstawicielami firmy Pharma Expert i IMS Poland, z którymi nasz samorząd współpracuje od wielu lat. Dzięki tej współpracy dysponujemy obecnie coraz bogatszą bazą danych opisujących rynek apteczny i szerzej - rynek farmaceutyczny. Odbywały się także spotkania z prezesami i przedstawicielami wszystkich największych hurtowni farmaceutycznych w Polsce.

W zakresie kontaktów z mediami była utrzymywana ciągła współpraca z pismami farmaceutycznymi i medycznymi, a w szczególności z redakcjami Gazety Farmaceutycznej, Czasopisma Aptekarskiego, Rynku Zdrowia, Pulsu Medycyny. Udzielono dziesiątki wywiadów i opinii do czasopism, radia i telewizji.

W siedzibie Izby przyjęliśmy delegacje przedstawicieli samorządów oraz stowarzyszeń farmaceutycznych Portugalii, Niemiec i Litwy. W miesiącu wrześniu dwuletnie nasze starania zostały uwieńczone przygotowaniem i przeprowadzeniem w Warszawie europejskiego sympozjum na temat roli samorządów aptekarskich w zmieniających się na starym kontynencie systemach opieki zdrowotnej. Spotkanie to odbyło się pod patronatem Grupy Farmaceutycznej Unii Europejskiej (PGUE) i zostało zakończone przyjęciem deklaracji o roli samorządów aptekarskich. Jej ostatecznym adresatem są systemy opieki zdrowotnej europejskich państw, pacjenci i wszyscy obywatele Europy. Dokument ten jest udaną próbą wypracowania wspólnej płaszczyzny oddziaływania organizacji farmaceutycznych na sfery polityczne. Do dnia dzisiejszego podpisali go przedstawiciele 20 państw.

Systematycznie, choć nie bez trudności, są realizowane zadania z planowanym udziałem Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego mające służyć konsolidacji środowiska wokół najważniejszych dla niego problemów. W ramach tej współpracy zostały zrealizowane zadania dotyczące projektu nowelizacji Kodeksu Etyki Aptekarza-Farmaceuty R.P. i opracowanie strategii wdrażania opieki farmaceutycznej do praktyki aptecznej. Wspólnym przedsięwzięciem był również organizowany przy współudziale niemieckiej izby aptekarskiej ABDA Kongres Naukowo-Szkoleniowy Farmaceutów w Krakowie.

Andrzej Wróbel

Warszawa, 24 stycznia 2007 roku

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI NACZELNEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ NIA W ROKU 2006

Do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Aptekarskiej w roku 2006 wpłynęło i zostało wysłanych ogółem 360 pism.

W ramach swej działalności ustawowej Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej rozpatrzył 44 sprawy (opatrzone symbolem sygn. akt).

- 37 spraw dotyczyło przedłużenia terminu rozpatrywania spraw przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej.
- 2 sprawy – NROZ rozpatrywał jako I instancja.

- 2 sprawy – utrzymanie w mocy zaskarżonego postanowienia OROZ
 - 2 zarządzenia NROZ o oddaleniu wniosku o wyłączenie OROZ i przekazaniu sprawy rzecznikowi innej izby.
 - 1 sprawa – umorzenie wszczętego postępowania
- Odbyły się dwa szkolenia rzeczników odpowiedzialności zawodowej:

1. W dniach 18-19 października 2006 r. w Nadarzynie.

Tematem szkolenia było: *Omówienie wątpliwości występujących w pracy okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej na podstawie akt spraw prowadzonych postępowań wyjaśniających oraz Reklama produktów leczniczych w rozumieniu ustawy z dn. 06.09.2001 r. Prawo farmaceutyczne.*

2. W dniu 14 grudnia 2006 r. w Warszawie.

Tematem szkolenia było: *Rola rzecznika w trakcie postępowania przed sądami aptekarskimi.*

Wykładowcami byli: Sędzia Naczelnego Sądu Administracyjnego Jerzy Chromicki oraz Sędzia Sądu Najwyższego Józef Dołhy.

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępcy przeprowadzili wizytację działalności okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej (OROZ w Szczecinie, OROZ w Poznaniu, OROZ w Częstochowie, OROZ w Opolu, OROZ w Krakowie).

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI NACZELNEGO SĄDU APTEKARSKIEGO W 2006 ROKU

Do Naczelnego Sądu Aptekarskiego w okresie sprawozdawczym wpłynęło 15 spraw.

Na 4 sesjach Naczelny Sąd Aptekarski rozpatrzył 12 spraw.

Posiedzenia Naczelnego Sądu Aptekarskiego odbyły się w terminach:

I – 15.03.2006 r.

II – 19.09.2006 r.

III – 15.11.2006 r.

IV – 07.12.2006 r.

W rozpatrywanych sprawach NSApt. wydał następujące postanowienia lub orzeczenia:

- w 6 przypadkach – przedłużono termin rozpatrywania sprawy (postępowanie wyjaśniające 4 OROZ i 2 NROZ)
- w 1 przypadku – utrzymano w mocy postanowienie NROZ o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego
- w 2 przypadkach – utrzymano w mocy orzeczenie sądu I instancji (kara upomnienia i zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres 1 roku)
- w 2 przypadkach – uniewinniono obwinionego
- w 1 przypadku – zmieniono orzeczenie sądu I instancji z kary nagany na karę upomnienia

Odbyły się dwa szkolenia sędziów sądów aptekarskich:

I. W dniach 18-19 października 2006 r. odbyło się szkolenie sędziów Okręgowych i Naczelnego Sądu Aptekarskiego (szkolenie wspólne z rzecznikami).

Tematyka szkolenia obejmowała:

1. Przypomnienie postępowania dowodowego przed sądem aptekarskim I instancji.
 - postępowanie dowodowe przed sądem aptekarskim II instancji
 - praktyczne wskazówki dla sądu

2. Orzeczenia sądów aptekarskich i ich uzasadnienie w oparciu o badania akt.
3. Omówienie spraw dotyczących reklam prowadzonych przez apteki – przykłady z prowadzonych spraw.
4. Wyjaśnienie wątpliwości występujących w trakcie prowadzenia rozprawy przed sądem aptekarskim.

II. W dniu 14 grudnia 2006 r. w Warszawie.

Tematem szkolenia było: *Wymogi formalne i typowe uchybienia w praktyce postępowania przed sądem aptekarskim.*

Wykładowcami byli: Sędzia Sądu Najwyższego Józef Dołhy oraz Sędzia Naczelnego Sądu Administracyjnego Jerzy Chromicki.

STANOWISKO SAMORZĄDU APTEKARSKIEGO W SPRAWIE RÓWNOMIERNEGO ROZMIESZCZENIA APTEK W POLSCE Z UWZGLĘDNIENIEM M.IN. KRYTERIUM DEMOGRAFICZNEGO.

Proponowana przez Rząd RP zmiana w art. 99 ustawy – Prawo farmaceutyczne polegająca na wprowadzeniu ustawowych ograniczeń demograficznymi przy otwieraniu nowych aptek ogólnodostępnych zasadniczo wpisuje się w oczekiwania rodzimego środowiska aptekarskiego. Trzeba pamiętać, iż podejmowanie oraz wykonywanie działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia aptek ogólnodostępnych już dawno poddane zostało szczególnym rygorom prawnym, uzasadnianym charakterem działalności oraz jej podstawowym celem, czyli ochroną zdrowia publicznego (*art.22 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*). Najważniejsze ograniczenie stanowi obowiązek uzyskania zezwolenia na prowadzenie apteki. **Ponieważ uzależnianie podjęcia i wykonywania działalności gospodarczej w postaci prowadzenia apteki od posiadania zezwolenia organu administracji publicznej stanowi ograniczenie konstytucyjnej wolności działalności gospodarczej, unormowania w tym zakresie muszą spełniać rygorystycznie określone wymogi.** W orzecznictwie oraz w piśmiennictwie przedmiotu wskazuje się, że projektując rozwiązania prawne zawierające ograniczenia wolności działalności gospodarczej należy przestrzegać zasady proporcjonalności, z której wynikają następujące szczegółowe wskazówki:

- a) środki zastosowane przez prawodawcę muszą być w stanie doprowadzić do zamierzonych celów,
- b) muszą one być niezbędne dla ochrony interesu, z którym są powiązane,
- c) ich efekty muszą pozostawać w proporcji do ciężarów nakładanych na obywatela,
- d) ograniczenie swobody działalności gospodarczej nie może naruszać jej istoty,
- e) ograniczenie swobody działalności gospodarczej może nastąpić wyłącznie w ustawie.

Przygotowując zmiany w art. 99 ustawy – Prawo farmaceutyczne, wprowadzające ograniczenia przy otwieraniu nowych aptek zapewne kierowano się założeniem, że **po przekroczeniu pewnej liczby aptek ogólnodostępnych w przeliczeniu na liczbę mieszkańców danej miejscowości, zaistnieją niekorzystne zjawiska wpływające negatywnie na możliwość prawidłowego funkcjonowania aptek, a w szczególności na realizację przez nie podstawowego ich zadania w postaci ochrony zdrowia publicznego.** Tak więc ważny in-

teres publiczny w postaci prawidłowego funkcjonowania aptek, jako placówek ochrony zdrowia publicznego, uzasadnia ograniczenie swobody działalności gospodarczej. Pozostałe warunki zasady proporcjonalności także zostały spełnione.

Obecnie obowiązujące przepisy nie przewidują ograniczeń w zakładaniu aptek ogólnodostępnych ze względu na ich liczbę na danym obszarze lub odległość od innych aptek. Brak jakichkolwiek zasad dotyczących rozmieszczenia aptek ogólnodostępnych, odnoszących się w szczególności do uwarunkowań demograficznych lub terytorialnych, powoduje bardzo szybki wzrost ich liczby. Zjawisko to, występujące w największym natężeniu w dużych miastach, łączy się z powstawaniem wielu bardzo negatywnych następstw rzutu-ających na możliwość prawidłowego realizowania przez apteki ich zadań jako placówek ochrony zdrowia publicznego.

Po pierwsze, zwiększenie liczby aptek pomimo zwiększenia ich zagęszczenia nie powoduje, że dostępność do nich, do możliwości zakupu leków, jest większa dla wszystkich pacjentów. Wyraźnie zarysowuje się tendencja do koncentrowania nowo zakładanych aptek w dużych aglomeracjach miejskich kosztem rzadziej zaludnionych obszarów wiejskich. Występuje także zjawisko przenoszenia aptek ze wsi do miast. W ten sposób brak regulacji w zakresie zakładania aptek powodować może istotne ograniczenie dostępności do usług farmaceutycznych na obszarach wiejskich.

Po drugie, nadmierny, niekontrolowany wzrost liczby aptek na określonym obszarze może spowodować poważne zachwianie lub całkowite podważenie opłacalności ekonomicznej tej formy działalności gospodarczej, co w konsekwencji rzutować może na ograniczenie zakresu i różnorodności dostępnych w poszczególnych aptekach produktów leczniczych oraz konieczność odwiedzania przez pacjenta kilku aptek w celu zrealizowania ordynacji lekarskiej.

Po trzecie, szybki wzrost liczby aptek na określonym obszarze może spowodować i powoduje istotne obniżenie jakości świadczonych przez nie usług farmaceutycznych. Konsekwencje takie powstają na skutek zmniejszenia się liczby wykwalifikowanych pracowników – farmaceutów w przeliczeniu na jedną aptekę. Zmniejszeniu liczby fachowców towarzyszy szereg zjawisk, które negatywnie wpływają na jakość świadczonych usług farmaceutycznych, a w szczególności:

- 1) zwiększenie obciążenia pracą personelu aptek, w szczególności farmaceutów odpowiedzialnych za sporządzanie i wydawanie produktów leczniczych;
- 2) spadek zadowolenia z wykonywanej pracy, wynikający z nadmiernego obciążenia obowiązkami zawodowymi i ograniczeniem swobody wyboru przez farmaceutów wydawanych i sprzedawanych przez nich produktów;
- 3) ograniczanie zatrudnienia w aptekach lub też zastępowanie wykwalifikowanych farmaceutów innymi pracownikami o niższych kwalifikacjach zawodowych, jako sposób ograniczania kosztów przez właścicieli aptek i podniesienia konkurencyjności apteki;
- 4) zwiększenie rotacji pracowników pomiędzy aptekami co w zasadzie wyklucza możliwość rzetelnego realizowania jej zadań w zakresie informowania pacjentów o wydawanych produktach leczniczych. Budowanie silnego i stałego związku z pacjentami danej apteki stanowi podstawę do realizacji opieki farmaceutycz-

nej. Częste zmiany personelu niweczą wszelkie działania w tym zakresie;

- 5) obniżenie atrakcyjności wykonywania zawodu farmaceuty w kraju, a w konsekwencji obserwowany od pewnego czasu przez organy samorządu aptekarskiego duży odpływ młodych, wykształconych fachowców do innych krajów Unii Europejskiej (od maja 2004 roku wyemigowało zarobkowo ok. 700 polskich farmaceutów);
- 6) tendencja do ograniczania zakresu usług farmaceutycznych w aptece jako konsekwencja zmniejszenia liczby farmaceutów, trudnych warunków wykonywania zawodu oraz silnej presji finansowej na właścicieli.

Po czwarte, szybki wzrost liczby aptek na określonym obszarze powoduje, że apteka odrywa się od swoich najważniejszych zadań w zakresie zapewniania obywatelom należytej ochrony zdrowia i koncentruje się na grze rynkowej. Silna konkurencja sprawia, że zachowania nieetyczne, a także budzące wątpliwości co do legalności, stają się coraz częstsze. Nawet najwyższe kwalifikacje moralne pracowników aptek w zderzeniu z presją wywieraną przez właścicieli aptek, często nie będących farmaceutami, zmuszanych także do coraz ostrzejszych zachowań, nie dają gwarancji zachowania wymaganego minimum jakości udzielanych świadczeń. Sytuacja taka prowadzi do przedmiotowego traktowania pacjenta oraz wykorzystywania go w wolnej grze rynkowej. **Stosowane chwyt marketingowe polegające na różnego rodzaju programach lojalnościowych, promocjach i tym podobnych akcjach, wbrew głoszonym szczytnym celom, zmierzają w istocie do pozyskania coraz większej liczby pacjentów-klientów, często bez uwzględnienia ich rzeczywistych potrzeb zdrowotnych.** Apteki zmuszane do twardej konkurencji koncentrują się nie na potrzebach swoich pacjentach, a na innych aptekach. Konkurencja sprawia, że istnieje silna tzw. wojna cenowa, nasilają się tendencje do uzależniania się aptek od dostawców leków poprzez wchodzenie w różnego rodzaju programy lojalnościowe lub poprzez tworzenie pionowych struktur dystrybucyjnych. Związane z tym zjawiskiem, wymuszane, konieczne w celu przetrwania, obniżki racjonalnych marż przez apteki nie należące do sieci lub nie będące uczestnikami tzw. programów lojalnościowych, są coraz częściej przyczyną są upadłości wielu aptek lub ich przejścia przez dostawców leków. Ponadto utrwała się w świadomości pacjentów błędny pogląd o podziale aptek na lepsze, bo tańsze oraz gorsze bo droższe, a aptekarzy na uczciwych, bo tańszych i nieuczciwych bo droższych.

Po piąte, szybki wzrost liczby aptek powoduje faktyczną niemożliwość efektywnego i sprawnego realizowania kontroli nad działalnością aptek, w tym w szczególności przez inspekcję farmaceutyczną.

Wskazane powyżej negatywne zjawiska mają charakter ogólnoeuropejski i dotyczą tych państw, w których występuje duża deregulacja w zakresie zakładania i rozmieszczania aptek ogólnodostępnych. W związku z powyższym należy wyciągać wnioski na przyszłość dla naszego Kraju. W poniższym opracowaniu wykorzystano dane i wnioski zawarte w dokumencie Austriackiego Instytutu Zdrowia sporządzonym na zlecenie Grupy Farmaceutycznej Unii Europejskiej a dotyczącego analizy rynku farmaceutycznego Holandii, Irlandii, Norwegii, Austrii, Finlandii i Hiszpanii (autorzy: Sabine Vogler, Daniele Arts i Claudia Hahl).

Andrzej Wróbel

Warszawa, 22 stycznia 2007 roku

**POSTANOWIENIE Nr IV/ 15 /2006
z dnia 24 stycznia 2007 r.
NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ**

Na podstawie art. 39 ust. 1 zd. wprowadzające, w związku z art. 39 ust. 1 pkt 14, art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (t. j. Dz. U. z 2003 r. Nr 9, poz. 108, z późn. zm.), Naczelna Rada Aptekarska postanawia, co następuje:

§ 1.

Naczelna Rada Aptekarska stwierdza, że – zgodnie z § 3 uchwały Nr III/12/99 III Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 12 grudnia 1999 r. w sprawie części składki członkowskiej odprowadzanej przez Okręgowe Izby Aptekarskie na rzecz Naczelnej Izby Aptekarskiej – kwota miesięcznej składki należnej od jednego członka okręgowej izby okręgowej wynosi w 2007 roku 6,20 złotych.

§ 2.

Postanowienie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRA
dr n. farm. Jerzy ŁAZOWSKI

Prezes NRA
mgr farm. Andrzej WRÓBEL

Uzasadnienie

Zgodnie z § 2 uchwały Nr III/12/99 III Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 12 grudnia 1999 r. w sprawie części składki członkowskiej odprowadzanej przez Okręgowe Izby Aptekarskie na rzecz Naczelnej Izby Aptekarskiej, kwota miesięcznej składki należna od jednego członka izby, począwszy od dnia 1 stycznia 2000 r. wynosi 5,00 PLN. Stosownie zaś do § 3 tej uchwały wysokość składki podlega corocznie urealnieniu o wskaźnik inflacji ogłoszony przez Prezesa GUS na dzień 31 grudnia za rok ubiegły. Kwotę wynikającą z takiego obliczenia zaokrąglą się tak, jak należy podatek w zobowiązaniach podatkowych od osób fizycznych.

W roku 2006 składka wynosiła 6,10 złotych.

W dniu podjęcia uchwały Nr III/12/99 III Krajowego Zjazdu Aptekarzy, zasady zaokrąglania należnego podatku w zobowiązaniach podatkowych od osób fizycznych określała ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. Ordynacja podatkowa (Dz. U. Nr 137, późn. 926, z późn. zm.). W art. 63 § 1 ustawa ta stanowiła, że podstawy opodatkowania zaokrąglą się do pełnych złotych, a kwoty podatków, odsetek za zwłokę oraz opłat prolongacyjnych – do pełnych dziesiątek groszy.

Stosownie do § 3 zd. 2 ww. uchwały KZA kwotę wynikającą z takiego obliczenia (zgodnie z § 3 zd. 1) zaokrąglą się tak, jak należy podatek w zobowiązaniach podatkowych od osób fizycznych. Wynika z tego, że wołą Zjazdu było przyjęcie obowiązującej wówczas zasady, że kwotę miesięcznej składki (§ 1 i § 2 ww. uchwały KZA) zaokrąglą się do pełnych dziesiątek groszy.

Uzasadnionym jest pogląd, że według KZA, do zaokrąglania miesięcznej stawki należy stosować przepis obowiązujący w dniu jej wejścia w życie oraz zawartą w nim zasadę zaokrąglania podatków.

Istotna zmiana ustawy – Ordynacja podatkowa wprowadzona od dnia 1 stycznia 2006 r., a polegająca na ustanowieniu zasady, że podatki zaokrąglą się do pełnych złotych, może uzasadniać wniosek, wywiedziony w drodze wykładni celowościowej, że należy zachować poprzednią zasadę, obowiązującą w dniu podjęcia uchwały.

Przy wysokości składki rzędu 5–6 złotych, trudno bowiem uznać za słuszny pogląd, że celem KZA było ustanowienie normy, że wyłącznie w przypadku wskaźnika inflacji przekraczającego 7%–8% należy dokonywać urealnienia składki.

Zgodnie z Komunikatem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 15 stycznia 2007 r. w sprawie średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem w 2006 r., wskaźnik ten ogółem w 2006 r. w stosunku do 2005 r. wyniósł 1,0%.

Składka urealniona o ten wskaźnik wyniosłaby 6,16 złotych (sześć złotych 16/100), a po zaokrągleniu zgodnie z zasadami obo-

wiązującymi w dniu podjęcia ww. uchwały KZA, składka wynosi 6,20 złotych (sześć złotych 20/100).

Powyżej uzasadniony sposób urealniania składki zastosowany został przez Naczelna Radę Aptekarską także przy ustalaniu składki za 2006 r.

UCHWAŁA Nr IV/ 112 /2007
z dnia 14 marca 2007 r.
NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ

zmieniająca uchwałę Nr IV/47/2005 z dnia 14 września 2005 r. w sprawie określenia zasad i trybu zwrotu kosztów związanych z wykonywaniem czynności na rzecz Naczelnej Izby Aptekarskiej, w tym wynikających z udziału członków Naczelnej Rady Aptekarskiej w jej posiedzeniach

Na podstawie art. 39 ust. 1 w związku z art. 10 ust. 4 oraz art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (t. j. Dz. U. z 2003 r. Nr 9, poz. 108, z późn. zm.), Naczelna Rada Aptekarska uchwała, co następuje:

§ 1.

1. W uchwale Naczelnej Rady Aptekarskiej z dnia 14 września 2005 r. Nr IV/47/2005 w sprawie określenia zasad i trybu zwrotu kosztów związanych z wykonywaniem czynności na rzecz Naczelnej Izby Aptekarskiej, w tym wynikających z udziału członków Naczelnej Rady Aptekarskiej w jej posiedzeniach (ze zmianami wprowadzonymi uchwałą Nr IV/81/2006 z dnia 8 marca 2006 r.), w § 2 ust. 2 pkt 3 otrzymuje brzmienie:
„3) na uzasadniony wniosek zainteresowanego Prezes NRA może wyrazić zgodę na przejazd środkiem transportu niebędącym własnością NIA oraz rozliczenie go na zasadach określonych w § 5 ust. 3 rozporządzenia, z zastrzeżeniem, że Naczelna Izba Aptekarska zwraca koszty przejazdu w wysokości stanowiącej iloczyn liczby przejechanych kilometrów oraz 50% maksymalnej stawki za 1 kilometr, określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 34a ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym, po przedstawieniu wypełnionych formularzy, o których mowa w § 7.”

2. Pozostałe postanowienia uchwały, o której mowa w ust. 1, pozostają bez zmian.

§ 2.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej do ogłoszenia, w formie zarządzenia, tekstu jednolitego uchwały Nr IV/47/2005 z dnia 14 września 2005 r.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie od dnia podjęcia i ma zastosowanie również do rozliczenia kosztów posiedzenia Naczelnej Rady Aptekarskiej, na którym została podjęta.

Sekretarz NRA Prezes NRA
dr n. farm. Jerzy ŁAZOWSKI mgr farm. Andrzej WRÓBEL

Uzasadnienie

Dotychczasowa uchwała Nr IV/47/2005 w sprawie określenia zasad i trybu zwrotu kosztów związanych z wykonywaniem czynności na rzecz Naczelnej Izby Aptekarskiej, w tym wynikających z udziału członków Naczelnej Rady Aptekarskiej w jej posiedzeniach przyjmowała zasadę, że koszty przejazdu środkiem transportu niebędącym własnością NIA rozliczane

były na zasadach określonych w § 5 ust. 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie wysokości oraz warunków ustalania należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju (Dz. U. Nr 236, poz. 1990, z późn. zm.). We wskazanym przepisie postanowiono, że „na wniosek pracownika pracodawca może wyrazić zgodę na przejazd w podróży samochodem osobowym, motocyklem lub motorem niebędącym własnością pracodawcy. W takim przypadku pracownikowi przysługuje zwrot kosztów przejazdu w wysokości stanowiącej iloczyn przejechanych kilometrów przez stawkę za jeden kilometr przebiegu, ustaloną przez pracodawcę, która nie może być wyższa niż określona w przepisach wydanych na podstawie art. 34a ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym (Dz. U. z 2004 r. Nr 204, poz. 2088, z późn. zm.)”.

Wysokość maksymalnych stawek za jeden kilometr przebiegu określa obecnie rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. z dnia 26 marca 2002 r.). W § 2 postanowiono, że koszty używania pojazdów do celów służbowych pokrywa pracodawca według stawek za 1 kilometr przebiegu pojazdu, które nie mogą być wyższe niż:

1) dla samochodu osobowego:

- a) o pojemności skokowej silnika do 900 cm³ – 0,4894 zł,
- b) o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm³ – 0,7846 zł,

2) dla motocykla – 0,2161 zł,

3) dla motoroweru – 0,1297 zł.

Uzasadniana uchwała utrzymuje zasadę rozliczania kosztów przejazdu środkiem transportu niebędącym własnością NIA, przy czym przyjmuje, że Naczelna Izba Aptekarska zwracać będzie koszty przejazdu w wysokości stanowiącej iloczyn liczby przejechanych kilometrów oraz 50% maksymalnej stawki za 1 kilometr, określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 34a ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym, po przedstawieniu wypełnionych formularzy, o których mowa w § 7.

Uchwała pozostawia decyzję o możliwości przejazdu własnym środkiem transport w gestii Prezesa NRA. Ograniczenie poziomu finansowania przez NIA kosztów przejazdów środkiem transportu niebędącym własnością NIA, będzie miało zastosowanie także do sytuacji i osób wymienionych w § 3, § 5 i § 6 uchwały, co wynika z treści dotychczasowych jej postanowień.

Ponadto w § 1 pkt 3 postanowienia NRA Nr IV/13/2006 z dnia 6 września 2006 r. w sprawie ustalenie zasad i trybu zwrotu kosztów podróży, utraconych zarobków oraz innych uzasadnionych wydatków ponoszonych przez wiceprezesów Naczelnej Rady Aptekarskiej w związku z wykonywaniem czynności na rzecz Naczelnej Izby Aptekarskiej, postanowiono, że zwrot kosztów podróży, innych niż wymienione w pkt 2 lit. a (koszty przejazdów jakimikolwiek środkami komunikacji, w tym dojazdy komunikacją miejscową na trasie pomiędzy miejscem zamieszkania wiceprezesa NRA a miejscem siedziby Naczelnej Izby Aptekarskiej), związanych z realizacją zadań odrębnie zleconych przez Prezesa NRA, następuje na zasadach określonych w § 5 w zw. z § 2 ust. 2 uchwały Nr IV/47/2005 z dnia 14 września 2005 r. Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Oznacza to, że zmiana wprowadzana uzasadnianą uchwałą będzie miała wpływ także na zakres finansowania przez NIA kosztów, ponoszonych przez wiceprezesów Naczelnej Rady Aptekarskiej.

UCHWAŁA Nr IV/ 113 /2007
z dnia 14 marca 2007 r.
NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ

**w sprawie rozpatrzenia i przyjęcia sprawozdania
z wykonania preliminarza budżetowego (budżetu)
Naczelnej Izby Aptekarskiej na 2006 rok**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (t. j. Dz. U. z 2003 r. Nr 9, poz. 108, z późn. zm.), Naczelna Rada Aptekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Naczelna Rada Aptekarska, po rozpatrzeniu, przyjmuje sprawozdanie z wykonania preliminarza budżetowego (budżetu) Naczelnej Izby Aptekarskiej na 2006 r., stanowiące załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRA Prezes NRA
dr n. farm. Jerzy ŁAZOWSKI mgr farm. Andrzej WRÓBEL

Uzasadnienie

Podjęcie uchwały stanowi realizację ustawowego obowiązku Naczelnej Rady Aptekarskiej. Stosownie do przepisu art. 39 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (t. j. Dz. U. z 2003 r. Nr 9, poz. 108, z późn. zm.), Naczelna Rada Aptekarska uchwala budżet Naczelnej Izby Aptekarskiej oraz rozpatruje sprawozdanie z jego wykonania.

NACZELNA IZBA APTEKARSKA					
Wykazanie wykonania budżetu Naczelnej Izby Aptekarskiej na 2006 r.					
Kod	Nazwa	Plan		Wykonanie	
		Stalowe	Działalność gospodarcza	Stalowe	Działalność gospodarcza
400	PODSTRO I OPŁATY			609,00	49,00
404	WYNAGRODZENIA	1 999 268,00	73 808,00	1 994 891,43	73 873,00
	ustalony fundusz płac	730 000,00	49 800,00	731 603,43	12 715,50
	rezultowy fundusz płac	130 000,00	30 000,00	141 978,00	60 887,50
	wynagrodzenia	207 300,00	0,00	205 940,00	0,00
	przebiegi, choroby, zabiegi	0,00	0,00	0,00	0,00
	inne	5 000,00	0,00	0,00	0,00
406	NARZĘDZIA	155 808,00	4 200,00	130 278,82	2 984,00
	zakup materiałów	145 000,00	3 400,00	130 974,56	2 984,00
	inne	10 800,00	800,00	9 304,26	0,00
408	AMORTYZACJA	38 800,00	1 800,00	2828,74	70,48
	amortyzacja środków trwałych (w tym: w tym: wartość początkowa)	38 800,00	1 800,00	2828,74	70,48
409	PODSTAJE KOSZTY	243 148,00	1 800,00	124 800,30	1 203,34
	koszty podróży-krajowe	70 000,00	0,00	64 344,67	0,00
	koszty podróży zagranicą	70 000,00	0,00	30 940,00	0,00
	koszty stałe (w tym: stałe)	22 000,00	0,00	21 857,83	0,00
	koszty reprezentacji	1 000,00	1 000,00	668,44	1 102,36
	koszty inne niż wymienione wyżej	81 148,00	500,00	15 110,21	198,00
	inne	0,00	0,00	0,00	0,00
	koszty 10 - inne samorządu województwa	247 000,00	0,00	248 123,83	
RAZEM		2 449 000,00	407 300,00	2 131 133,09	262 914,01
				2 493 647,10	

Wykazanie wykonania budżetu Naczelnej Izby Aptekarskiej z uwzględnieniem II konsolidacji - II wersja za okres od 01.01.2006 r. do 31.12.2006 r.

Konto	PRZYCHODY	Przychody plan		Wykonanie		Uwagi
		stalowe	działalność gospodarcza	stalowe	działalność gospodarcza	
701	Wyszczególnienie					art. Nr 1
	Wzrosty (obniżenia) na 443ab, 443b) m.uzg.	1 399 104,40		1 732 282,00		
701	Przychody z planu wyk. zarobku w UE - zalegalizowane	85 000,00		101 844,25		
760	inne przychody z działalności statutowej (dotacje, darowizny)	80 000,00		20 343,67		
760	Dotacje M Z - zadania programowe	70 000,00		68 800,00		
	Przebiegi, choroby, zabiegi	214 000,00				
	Przychody z działalności 15-letniego samorządu województwa (dotacje, darowizny)	306 000,00		248 123,83		
703	Przychody z działalności gospodarczej - rozliczenia		400 000,00		306 802,42	art. Nr 2
703	Przychody z działalności gospodarczej - pozostałe				36 293,15	
	OGÓŁEM	2 449 000,00	400 000,00	2 149 296,45	345 115,75	

Konto	KOSZTY	Koszty plan		Wykonanie		Uwagi
		stalowe	działalność gospodarcza	stalowe	działalność gospodarcza	
401	Wyszczególnienie					
	WZROSTY MATERIAŁOWI ENERGETYCZNE	80 000,00	3 000,00	89 873,10	2 461,34	
	zakup materiałów i energii	70 000,00	3 000,00	89 873,10	2 461,34	
	inne	5 000,00	0,00	0,00	0,00	
402	WYMAGANIA	888 800,00	365 400,00	435 009,82	275 863,66	
	usługi finansowe	40 000,00	2 100,00	36 771,50	503,47	
	usługi prawne i ekonomiczne	100 000,00	0,00	100 000,00	0,00	
	usługi transportu i wysyłki	70 000,00	120 300,00	9 523,90	121 628,00	
	usługi informatyczne i telekomunikacyjne	0,00	15 000,00	0,00	12 471,84	

Specyfikacja przychodów za okres od 01.01 - 31.12.2006 z działalności statutowej

- Przychody osiągnięte z działalności statutowej w 2006 roku w kwocie 2.149.296,45
- dotyczą:
- 1) otrzymanych składek członkowskich w kwocie 1.732.282,00
 - 2) przychodów z tytułu wydawania rozwiadaczni umożliwiających prawo wykonywania zawodu w UE w kwocie 390.844,25
 - 3) dotacji z Ministerstwa Zdrowia na zadania określone w umowie w kwocie 64.800,00
 - 4) przychodów ze sponsorstwa dotyczących obchodów 15-lecia samorządu aptekarskiego (dotacja środowiska samorządowego) w kwocie 270 000,00 - z czego w 2006 roku wykorzystano kwotę 248.123,83. Pozostała reszta w kwocie 21 876,17 będzie wykorzystana w 2007 roku na zrealizowanie obchodów 15-lecia
 - 5) przychodów z tytułu przeprowadzonych egzaminów dla zdających z języka polskiego w kwocie 1.881,95
 - 6) przychodów osiągniętych z tytułu obrotów od terminowych list w kwocie 5.803,72
 - 7) pozostałych przychodów (dotacje i innych wpływów) w kwocie 12.668,00

**Specyfikacja przychodów
za okres od 01.01 – 31.12.2006
z działalności gospodarczej**

Przychody osiągnięte z działalności gospodarczej w 2006 roku w kwocie 345,115,75

dotyczy:

- a) przychodów z tytułu zamieszczenia reklam w czasopiśmie „Aptekarz Polski” w kwocie 306,822,62
- b) pozostałych przychodów dotyczących działalności gospodarczej w kwocie 38,293,13

Specyfika
Teresa Olszewska

Przewodnicząca Komisji
Teresa Olszewska

**Specyfikacja wydatków
dotyczących „usług pozostałych”
za okres od 01.01.2006 – 31.12.2006**

Kwota 81461,26

dotyczy:

- a) usług gastroonomicznych w kwocie 31,008,55
- b) usług hotelowych w kwocie 23,208,89
- c) usług pozostałych w kwocie 28,643,82

Ad a) Kwota 32,008,55 dotyczy następujących usług gastroonomicznych:

- posiłek członków Narodowej Rady Aptekarskiej - kwota 11,900,00
- posiłek Prasydam - kwota 2,966,04
- szkoleń okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, oraz okręgowych sekcji sądu aptekarskiego - kwota 15,064,15 (kolacja z Ministerstwa Zdrowia w kwocie 13,000,00)
- posiłki, spotkania Narodowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej z zarządcami - kwota 454,66
- posiłki, spotkania sekcji Narodowego Sądu Aptekarskiego - kwota 498,21
- posiłki Narodowej Komisji Rewizyjnej - kwota 211,88
- posiłki, spotkania departamentów (Departament Nauki i Szkolenia, Sprawy Zagraniczne, Departament Prawny, Departament Aptek Ogólnodostępnych) kwota 953,62

16

Ad b) Kwota 23,208,89 wydatkowana w 2006 roku dotyczy staję wymienionych usług hotelowych:

- szkolenia okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej oraz okręgowych sekcji sądu aptekarskiego - kwota 6,000,00 (kolacja z Ministerstwa Zdrowia)
- posiłki NRA - kwota 6,982,00
- posiłki Prasydam - kwota 2,183,00
- posiłki, spotkania departamentów - kwota 1,518,00
- Komenda Promień - kwota 2,970,00
- szkolenia prezydiów w Zakopanem - kwota 3,635,89

Ad c) Kwota 28,443,81 dotyczy następujących usług:

- koszt wdrożenia oprogramowania dla CIA - kwota 6,246,40
- wywóz rzeźniczek - kwota 858,73
- sprawy dziecięce, dyplomów kwota 1,497,18
- prania fraków, wykładnicy w pomieszczeniach biurowych - kwota 8,298,73
- szkolenia technologów w Głównym Wydziale oraz w Rzeszynie - kwota - 9,917,38
- konsultacje podatkowe - kwota 3,640,00
- opłaty za przygotowanie dokumentacji zgłoszeniowej do Urzędu Patentowego z tytułu tworzenia słowo graficzne „opisła farmaceutyczna” - kwota 131,00
- usługi dotyczące konferencji w Domu Dzielnikarza w celu omówienia zmian do ustawy Prawo Farmaceutyczne - kwota 3,640,00
- drobne naprawy w pomieszczeniach biurowych, zmiany na tablicy informacyjnej - kwota 773,40

Specyfika
Teresa Olszewska

Przewodnicząca Komisji
Teresa Olszewska

**Specyfikacja wydatków
dotyczących „kosztów innych nie wymienionych wyżej”
za okres od 01.01 – 31.12.2006**

Kwota 15,198,21

dotyczy:

- a) tłumaczenia tekstów z języka angielskiego na polski - kwota 3,899,47
- b) zamieszczenia danych NRA w książce telefonicznej Pracowni Firm oraz w książce internetowej - kwota 1,899,54
- c) opłaty za odpisy - kwota 48,00
- d) opłaty abonamentu radiowo-telewizyjnego za 2006 rok - kwota 195,28
- e) opłaty usług medycznych i świadczeń na rzecz pracowników wykładowych z przepisów BHP - kwota 540,00
- f) wypłaty zapomogi - kwota 7,000,00
- g) opłaty związane z ubezpieczeniem majątku (tędy od kradzieży i zdarzeń losowych) - kwota 1,576,00

Specyfika
Teresa Olszewska

Przewodnicząca Komisji
Teresa Olszewska

**UCHWAŁA Nr IV/ 114 /2007
z dnia 14 marca 2007 r.
NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ**

**w sprawie zatwierdzenia rocznego sprawozdania
finansowego Naczelnej Izby Aptekarskiej za 2006 r.**

Na podstawie art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (t. j. Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694, z późn. zm.), w związku z art. 39 ust. 1 pkt 14 oraz art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (t. j. Dz. U. z 2003 r. Nr 9, poz. 108, z późn. zm.), Naczelna Rada Aptekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Naczelna Rada Aptekarska, po rozpatrzeniu, zatwierdza roczne sprawozdanie finansowe Naczelnej Izby Aptekarskiej za 2006 r., stanowiące załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRA Prezes NRA
dr n. farm. Jerzy ŁAZOWSKI mgr farm. Andrzej WRÓBEL

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 52 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (t. j. Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694, z późn. zm.) kierownik jednostki zapewnia porządzenie rocznego sprawozdania finansowego nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia bilansowego i przedstawia je właściwym organom. Stosownie zaś do art. 53 ust. 1 przywołanej ustawy,

roczne sprawozdanie finansowe jednostki podlega zatwierdzeniu przez organ zatwierdzający, nie później niż 6 miesięcy od dnia bilansowego.

1. Inwestycje krótkoterminowych w kwocie		383.936,19
dotyczy:		
środki pieniężnych w kasie i na rachunkach bankowych		383.936,19
w tym:		
- w kasie	30,28	
- na rachunkach bankowych	383.905,91	
- udział w nieruchomości w okresie nie przekraczającym 12 miesięcy od dnia bilansowego	270.000,00	
2. Krótkoterminowe zadłużenia długookresowe w kwocie		3.896,49
dotyczy:		
kwestie opłaconych a góry za pobór ubezpieczeniowy, oraz promisy czasowe, gdzie określono koszty nie w ciągu 12 miesięcy od dnia bilansowego		
PASYWA		
A. Kapitał fundusze własne wykazane w bilansie w kwocie		458.656,64
dotyczy:		
- fundusze podstawowego	694.787,36	
- wyniki ubiegłego i lat poprzednich	- 237.027,87	
- rachunki zysków i strat z roku bilansowego	767.396,55	
B. Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania wykazane w bilansie w kwocie		296.094,26
dotyczy:		
1. Zobowiązania krótkoterminowych w kwocie		120.536,39
w tym:		
- zobowiązania krótkoterminowych z tytułu dostaw i usług w okresie wymagalności do 12 miesięcy	70.476,02	

SPRAWOZDANIE FINANSOWE NACZELNEJ IZBY APTEKARSKIEJ	
z siedzibą w Warszawie z działalności statutowej i gospodarczej za rok obrotowy 2006.	
Sprawozdanie finansowe sporządzone za rok obrotowy od 01.01.2006 do 31.12.2006r.	
I oblicza się o:	
- bilans aktywów	
- bilans pasyw	
- rachunki zysków i strat	
- informacja dodatkowa	
Bilans sporządzony na dzień 31.12.2006r. wykazuje po stronie aktywów i pasyw:	
kwoty 628.540,90	
AKTYWA	
A. Aktywa trwałe wykazane w bilansie w kwocie 46.772,64	
obejmują:	
1. wartości niematerialne i prawne	0.230,56
2. rzeczowe aktywa trwałe	46.542,08
w tym:	
- budowle, lokale i urządzenia	9.735,47
- sprzęt biurowy i magazynowy	29.402,59
- inne środki trwałe	1.404,02
B. Aktywa obrotowe wykazane w bilansie w kwocie 592.348,26	
dotyczy:	
1. należności krótkoterminowych 383.936,19	
w tym:	
- z tytułu dostaw i usług	124.155,78
- z tytułu podatków i składek	22.156,00
- z tytułu tytułów	56.871,80

2. Krótkoterminowych zadłużenia długookresowych w kwocie 78.747,87	
dotyczy:	
a) przychodów przygotowanych do realizacji w ciągu 12 miesięcy od dnia bilansowego	21.876,07
b) przychodów z tytułu nie otrzymanych składek	56.871,80
ESTABLISZE RACHUNKU ZYSKÓW I STRAT	
z działalności statutowej i gospodarczej za rok 2006r.	
Przychody osiągnięte z tytułu działalności statutowej wynoszą	2.084.133,73
w tym:	
a) otrzymane składki członków statutowi	1.732.282,00
b) pozostałe przychody	351.851,73
Podstawowe koszty realizacji zadań statutowych wynoszą	1.376.229,86
Wynik finansowy na działalności statutowej wynosi	807.903,87
Przychody netto osiągnięte z działalności gospodarczej wynoszą	365.015,78
koszty dotyczące działalności gospodarczej wynoszą	159.584,42
Zysk na działalności gospodarczej wynosi	205.431,36

Table with 4 columns: Description, Unit, Value, and another Value. Rows include 'Przychody finansowe', 'Przychody z działalności operacyjnej', 'Przychody z działalności statutowej', etc.

Signature of Jacek Rybicki, Prezes. Date: 20.12.2010. Location: Tabela Obrona.

INFORMACJA DODATKOWA do sprawozdania finansowego za rok obrotowy 2009

- 1. Naczelna Izba Apelacyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Długiej 16 została powołana przez Sejm Ustawą z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach apelacyjnych (Dz. U. Nr 41, poz. 179).
2. Naczelna Izba Apelacyjna w 2009 r. prowadziła działalność statutową i gospodarczą zarejestrowaną w Urzędzie Statystycznym z dnia 30.10.1991 r. pod numerem statystycznym P-00208403-0000003-99-1-071-00009 według działalności EKD-9112 Z, który został uaktualniony w dniu 20.12.2005 r. wg Polityki Klasyfikacji Działalności (PKD) 9112 Z z numerem identyfikacyjnym REGON 14290412.
3. Sprawozdanie finansowe obejmujące okres obrotowy od 01.01.2009 r. do 31.12.2009 r. z załączeniem danych kontrowalji działalności.
4. Naczelna Izba Apelacyjna w 2009 r. prowadziła księgi rachunkowe zgodnie z Ustawą o rachunkowości w oparciu o przyjęty Uchwałą Zarządu Plan Katt. Księgi rachunkowe prowadzone są komputerowo w programie PK „ALGORYTM” w stałym trybie z zachowaniem zasady ciągłości, istotności i względności. Dowody księgowo stanowiące podstawę zapisów operacji gospodarczych są kontrolowane pod względem merytorycznym i finansowym poprzez składy osób uprawnionych.
5. Wykazano w bilansie roku obrotowego długi i passywa wyliczone według metod wykazanych w przyjętych zasadach polityki rachunkowości.
6. Środki trwałe oraz wartości niematerialne i prawne wykazano w bilansie w kwocie netto.

Załączna w zrygu roku obrotowego wartości środków trwałych, wartości niematerialnych i prawnych

a) środki trwałe - wartości początkowa

Table with 5 columns: Wycenienie wg przyjętych bilansowych, Stan na początek roku obrotowego, Zwiększenia z tytułu nabycia, Zmniejszenia z tytułu likwidacji i sprzedaży, Stan na koniec roku obrotowego wartości początkowej. Row: Środki trwałe w tym: budynki, lokale i obiekty inżynierskie i techniczne i maszyny.

b) ujemzenia środków trwałych

Table with 5 columns: Wycenienie wg przyjętych bilansowych (środki trwałe), Dotychczasowe ujemnienia na początek roku obrotowego, Zwiększenia z tytułu ujemnień, Zmniejszenia z tytułu sprzedaży, Stan na koniec roku obrotowego. Row: Ujemnienia środków trwałych w tym: budynki, lokale i obiekty inżynierskie i techniczne i maszyny.

c) wartości niematerialne i prawne - wartości początkowe

Table with 5 columns: Wycenienie wg przyjętych bilansowych, Wartość początkowa na początek roku obrotowego, Zwiększenia z tytułu nabycia, Zmniejszenia z tytułu sprzedaży, Stan na koniec roku obrotowego wartości początkowej. Row: Wartości niematerialne i prawne razem.

d) ujemnienia wartości niematerialnych i prawnych

Table with 5 columns: Wycenienie wg przyjętych bilansowych, Dotychczasowe ujemnienia na początek roku obrotowego, Zwiększenia z tytułu ujemnień, Zmniejszenia z tytułu sprzedaży, Stan na koniec roku obrotowego ujemnień dotychczasowych. Row: Ujemnienia wartości niematerialnych i prawnych.

- 7. Należności wykazane w bilansie wyliczone w kwocie wymaganej zapłaty.
8. Środki pieniężne na rachunkach bankowych zostały zrewalutowowane poprzez potwierdzenie sald na dzień bilansowy, a środki pieniężne w kasie przeliczone w oparciu o kursy i kursy.
9. Zobowiązania wykazane w bilansie wyliczone w kwocie wymaganej zapłaty.
10. Fundusz statutowy wykazano w bilansie w wartości nominalnej.
11. Określone środki pieniężne - dotacja z Ministerstwa Zdrowia na zadania określone w załączniku do umowy zostały realizowane w terminie.
12. Średnioroczne zatrudnienie wyniosło 8,67 stanu.
13. Struktura przychodów działalności statutowej.

Table showing 'Przychody działalności statutowej razem' and 'Struktura kosztów działalności statutowej oraz kosztów ogólnoadministracyjnych' with sub-items like 'Koszty razem' and 'Koszty realizacji zadań statutowych'.

Rachunek wyników (zysków i strat) na działalności statutowej wynosi

1/ 31.050,37

- 15. Struktura przychodów działalności gospodarczej razem z tego:
1. Przychody ze sprzedaży reklam netto
2. Pozostałe przychody ze sprzedaży usług
3. Pozostałe przychody operacyjne i finansowe

- 16. Struktura kosztów działalności gospodarczej razem z tego:
1. Koszty dotyczące sprzedaży usług
2. Koszty ogólnoadministracyjne
3. Koszty finansowe

Rachunek zysków i strat działalności gospodarczej wynosi 1/ 17.395,82

Zysk brutto na działalności statutowej i gospodarczej wynosi 13.795,55. Minus podatków dochodowy 2.904,00. Zysk netto wynosi 10.891,55

Signature of Tabela Obrona. Date: 20.12.2010.

**UCHWAŁA Nr IV/ 115 /2007
z dnia 14 marca 2007r.
NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ**

**w sprawie zatwierdzenia projektu
„Kodeksu Etyki Farmaceuty-Aptekarza
Rzeczypospolitej Polskiej”**

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2003r. Nr 9, poz. 108 z późn. zm.) Naczelna Rada Aptekarska uchwala, co następuje:

§ 1

Zatwierdza się projekt „Kodeksu Etyki Farmaceuty-Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej” w przedstawionej przez Departament Etyki i Deontologii Zawodu Naczelnej Rady Aptekarskiej formie (załącznik), po konsultacjach środowiskowych, który zostanie przedstawiony wraz z dalszymi ewentualnymi wnioskami i uwagami na V Krajowym Zjeździe Aptekarzy.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Prezesowi NRA.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem powzięcia.

Sekretarz NRA Prezes NRA
dr n. farm. Jerzy ŁAZOWSKI mgr farm. Andrzej WRÓBEL

**UCHWAŁA Nr IV/ 116 /2007
z dnia 14 marca 2007 r.
NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ**

**w sprawie zwołania
Krajowego Zjazdu Aptekarzy**

Na podstawie art. 36 ust. 3 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2003r. Nr 9, poz. 108 z późn. zm.) Naczelna Rada Aptekarska uchwala, co następuje:

§ 1

Zwołuje się V Krajowy Zjazd Aptekarzy w dniach 17-20 stycznia 2008 r.

§ 2

Dla należytego przygotowania Krajowego Zjazdu Aptekarzy powołuje się Komitet Organizacyjny Zjazdu w następującym składzie:

przewodniczący	– Piotr Pasierbiak
wiceprzewodniczący	– Jerzy Piekarski
członkowie	– Ewa Więckowska Tadeusz Bąbelek Marian Mikulski Ryszard Jasiński Tomasz Baj Włodzimierz Hudemowicz

§ 3

Miejsce odbywania Zjazdu zatwierdzi Naczelna Rada Aptekarska na najbliższym posiedzeniu po przedłożeniu stosownego wniosku przez Komitet Organizacyjny Zjazdu.

§ 4

Komitet Organizacyjny Zjazdu składa bieżącą informację ze swych prac na posiedzeniach Naczelnej Rady Aptekarskiej i Prezydium NRA oraz uzyskuje stosowną akceptację bądź zatwierdzenie swych działań przez te organy.

§ 5

Projekty regulaminów dotyczących Zjazdu, w szczególności regulaminu obrad Krajowego Zjazdu Aptekarzy i regulaminu wyborów, zostaną zatwierdzone na posiedzeniu NRA najpóźniej w terminie do dnia 15 listopada 2007 r.

§ 6

Upoważnia się Prezydium NRA do podejmowania stosownych uchwał i postanowień, w czasie między posiedzeniami NRA, w sprawach organizacyjnych Zjazdu, a niezastrzeżonych dla decyzji NRA.

§ 7

Koszty organizacji Zjazdu ponosi oraz obsługę techniczno-biurową zabezpiecza Naczelna Izba Aptekarska.

§ 8

Uchwała wchodzi w życie z dniem powzięcia.

Sekretarz NRA Prezes NRA
dr n. farm. Jerzy ŁAZOWSKI mgr farm. Andrzej WRÓBEL

**UCHWAŁA Nr IV/ 117 /2007
z dnia 14 marca 2007 r.
Naczelnej Rady Aptekarskiej**

**w sprawie określenia liczby delegatów
z poszczególnych okręgowych izb aptekarskich
wybieranych przez Okręgowe Zjazdy Aptekarzy
na Krajowy Zjazd Aptekarzy.**

Na podstawie art. 36 ust. 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2003r. Nr 9, poz. 108 z późn. zm.) Naczelna Rada Aptekarska uchwala, co następuje:

§ 1

1. Jeden delegat na Krajowy Zjazd Aptekarzy przypada na 100 członków okręgowej izby aptekarskiej.

2. Na każde następne rozpoczęte sto członków izby przysługuje kolejny 1 delegat.

§ 2

Okręgowe rady aptekarskie przedstawią Naczelnej Radzie Aptekarskiej w terminie do dnia 30 września 2007r. liczbę członków danej okręgowej izby aptekarskiej wg stanu na dzień 1

września 2007r., która będzie podstawą określenia liczby delegatów na Zjazd.

§ 3

Okręgowe rady aptekarskie prześlą do NRA w terminie do dnia 5 grudnia 2007r. wykazy delegatów na V Krajowy Zjazd Aptekarzy.

§ 4

Wykonanie uchwały powierza się Prezesowi NRA.

§ 5

Uchwała wchodzi w życie z dniem powzięcia.

Sekretarz NRA Prezes NRA
dr n. farm. Jerzy ŁAZOWSKI mgr farm. Andrzej WRÓBEL

**UCHWAŁA Nr IV/ 118 /2007
z dnia 14 marca 2007r.
NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ**

**w sprawie określenia liczby delegatów na okręgowe zjazdy
aptekarzy w stosunku do liczby członków
okręgowych izb aptekarskich**

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2003r. Nr 9, poz. 108 z późn. zm.) Naczelna Rada Aptekarska uchwala, co następuje:

§ 1

W przypadku, gdy w okręgowym zjeździe aptekarzy członkowie okręgowej izby aptekarskiej nie uczestniczą osobiście, reprezentują ich delegaci wybrani na zebraniach rejonowych.

§ 2

Zebranie rejonowe wybiera delegatów na okręgowy zjazd aptekarzy w sytuacji, gdy okręgowa izba aptekarska liczy:

- | | |
|----------------------------|---|
| – do 600 członków | – 1 delegat przypada na 5 członków izby, |
| – od 601 do 1200 członków | – 1 delegat przypada na 10 członków izby, |
| – od 1201 do 2000 członków | – 1 delegat przypada na 15 członków izby, |
| – od 2001 do 2800 członków | – 1 delegat przypada na 20 członków izby, |
| – od 2801 do 3600 członków | – 1 delegat przypada na 25 członków izby, |
| – od 3601 do 4400 członków | – 1 delegat przypada na 30 członków izby, |
| – powyżej 4400 członków | – 1 delegat przypada na 35 członków izby. |

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem powzięcia.

Sekretarz NRA Prezes NRA
dr n. farm. Jerzy ŁAZOWSKI mgr farm. Andrzej WRÓBEL

**UCHWAŁY I INNE DOKUMENTY ORGANÓW NIA
SĄ DOSTĘPNE W SIEDZIBIE IZBY
PRZY UL. DŁUGIEJ 16 W WARSZAWIE
ORAZ NA STRONIE**

www.nia.org.pl

BIULETYN NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ. Wydawca: Naczelna Izba Aptekarska, ul. Długa 16, 00-238 Warszawa, tel. +48 22 635 92 85, +48 22 635 06 70, fax +48 22 887 50 32, www.nia.org.pl, e-mail: nia@nia.org.pl.
Redaktor Naczelny: mgr farm. Andrzej Wróbel; Redaktor Prowadzący: mgr farm. Joanna T. Marczak, MBA Egzemplarz bezpłatny.

Nowe produkty lecznicze styczeń 2007



UE

← NOWE REJESTRACJE →

PL

NOWOŚCI NA RYNKU

Komisja Europejska w ramach procedury centralnej wydała 15 decyzji o dopuszczeniu do obrotu produktów leczniczych przeznaczonych do stosowania u ludzi, w tym 1 decyzję dotyczącą preparatu z nową substancją czynną (ranibizumab – Lucentis), 3 decyzje dotyczące centralnej rejestracji preparatów dopuszczonych wcześniej jako leki sieroce oraz 11 decyzji dotyczących rejestracji wersji generycznych leków zarejestrowanych wcześniej albo nowych kombinacji substancji czynnych, stosowanych dotychczas osobno. Produkty omówiono w ramach klasy ATC według WHO oraz substancji czynnej preparatu, z krótkim opisem postaci i z uwzględnieniem wskazań, pomijając inne szczegóły, które można znaleźć w witrynie internetowej Europejskiej Agencji Produktów Leczniczych

<http://www.emea.eu.int>

Minister Zdrowia wydał 75 pozwoleń na dopuszczenie produktów leczniczych do obrotu w Polsce. Produkty omówiono na tle wcześniejszych rejestracji i produktów obecnych już na rynku, w ramach poszczególnych klas ATC/WHO oraz substancji czynnej lub składu preparatu, pomijając szczegóły (postaci, dawki, opakowania, kategorie dostępności, numery pozwoleń), które można znaleźć w internetowym Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

<http://www.bip.urpl.gov.pl>

Tabela „**NOWOŚCI NA RYNKU**” obejmuje klasyfikację ATC,

marki i podmioty odpowiedzialne nowych produktów leczniczych na rynku, tj. wprowadzonych po raz pierwszy do sprzedaży w podanym miesiącu (w jakiegokolwiek postaci, dawce i opakowaniu), z uwzględnieniem obszaru i daty (miesiąc i rok) rejestracji. Skrót PL oznacza wpis do polskiego Rejestru Produktów Leczniczych, zarówno w ramach procedury krajowej, jak również w ramach unijnych procedur wzajemnego uznania i zdecentralizowanej. Skrót UE oznacza rejestrację w ramach unijnej procedury scentralizowanej.

A – PRZEWÓD POKARMOWY I METABOLIZM

A10 – Leki stosowane w cukrzycy; A10A – Insuliny i analogi;

Insulinum humanum: Insulin Human Winthrop (Sanofi-Aventis) to generyczny odpowiednik preparatu Insuman, zarejestrowanego w 1997 r.. Jest insuliną ludzką wytwarzaną metodą inżynierii genetycznej z zastosowaniem szczepu K 12 bakterii *Escherichia coli*. Zarejestrowano kilka rodzajów tego leku, różniących się szybkością działania, a także rodzajem opakowania (fiolki, wkłady do wstrzykiwaczy i wstrzykiwacze OptiSet):

A10AB – Insuliny i ich analogi do iniekcji, o krótkim czasie działania

Insulinum neutralis humanum: Insulin Human Winthrop Infusat to roztwór do stosowania podskórnego, a **Insulin Human Winthrop Rapid** to roztwór do stosowania podskórnego, a w uzasadnionych wypadkach także dożylnego.

A10AC – Insuliny i ich analogi do iniekcji, o pośrednim czasie działania

Insulinum isophanum humanum: Insulin Human Winthrop Basal to zawiesina do stosowania podskórnego.

A10AD – Insuliny i ich analogi do iniekcji, o pośrednim czasie działania w połączeniu z krótko działającymi

Insulinum neutralis humanum+Insulinum isophanum humanum: Insulin Human Winthrop Comb to zawiesina do stosowania podskórnego, w 3 dawkach zawierających odpowiednio 15%, 25% i 50% ludzkiej insuliny neutralnej.

A10B – Leki obniżające poziom glukozy we krwi, z wyłączeniem insuliny; A10BD – Złożone doustne leki obniżające poziom glukozy we krwi

Glimepiridum+Pioglitazonum: Tandemact (Takeda Global Research and Development Centre) wskazany jest do leczenia pacjentów z cukrzycą typu 2, którzy nie tolerują metforminy lub u których metformina jest przeciwwskazana oraz którzy otrzymują już leczenie skojarzone pioglitazonem i glimepirydem. Pioglitazon należy do grupy tiazolidynedionów i działa głównie przez zmniejszenie oporności na insulinę, a glimepiryd należący do grupy pochodnych sulfonylomocznika zwiększa wydzielanie insuliny przez komórki beta trzustki. Podobnie działa zarejestrowany w czerwcu 2006 Avaglim (SmithKline Beecham), zawierający oprócz glimepirydu inną substancję z grupy tiazolidynedionów: rosiglitazon.

A16/A16A – Inne leki działające na przewód pokarmowy i metabolizm; A16AB – Enzymy

Idursulfasum: Elaprase (Shire Human Genetic Therapies) to reje-

► stracja centralna tego preparatu, dopuszczony od grudnia 2001 r. jako lek sierocy. Sulfataza iduronianu jest wytwarzana za pomocą technologii rekombinacji DNA w ciągłej linii komórek ludzkich. Wskazaniem jest długotrwałe leczenie pacjentów z zespołem Huntera (mukopolisacharydoza II). Zespół Huntera jest chorobą związaną z chromosomem X spowodowaną niedostateczną aktywnością enzymu lizosomalnego sulfatazy-L-iduronianu. Enzym ten jest odpowiedzialny za katabolizm glikozaaminoglikanów (GAG): siarczanu dermatanu i siarczanu heparanu, na drodze rozpadu cząstek siarczanowych połączonych z oligosacharydami. W związku z brakującym lub wadliwym enzymem sulfatazy-L-iduronianu u pacjentów z chorobą Huntera, glikozaminoglikany są gromadzone w komórkach prowadząc do ich przekrwienia, organomegalii, uszkodzenia tkanek i zaburzenia czynności układów narządowych. Leczenie pacjentów z zespołem Huntera za pomocą dożylnego podawania leku dostarcza egzogenny enzym do wychwyty przez lizosomy komórkowe, co uruchamia katabolizm nagromadzonego GAG.

A16/A16A – Inne leki działające na przewód pokarmowy i metabolizm; A16AX – Różne leki działające na przewód pokarmowy i metabolizm
Herbae extracta → patrz tabela
NOWOŚCI NA RYNKU

B – KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY

B05 – Substytuty osocza i płyny do wlewów; B05A – Krew i preparaty krwiozastępcze; B05AA – Substytuty osocza i frakcje białek osocza krwi

Albuminum humanum: Human Albumin Baxter w 3 dawkach to rejestracja w ramach unijnej procedury wzajemnego uznania preparatów zarejestrowanych wcześniej (w 2 dawkach) w procedurze narodowej. Obecnie zarejestrowanych jest w Polsce 8 produktów zawierających albuminę ludzką (bez dodatku elektrolitów), z których 7 zostało wprowadzonych do sprzedaży: Albumina ludzka (Imed Poland), Albumina ludzka do stosowania dożylnego (Biomed War-

szawa), Albumin human i Albumin human Salzarm (Octapharma), Human albumin (Baxter), Human albumin (Grifols) i Human albumin (ZLB Behring). Nie został wprowadzony na rynek preparat Uman albumin (Kedrion). W tej samej klasie znajdują się także roztwory albuminy z elektrolitami, żelatyny z elektrolitami, dekstranu i hydroksyetyloskrobi oraz hydroksyetyloskrobi z elektrolitami.

B06/B06A – Inne środki hematologiczne; B06AB – Inne preparaty hemu

Heminum humanum: Normosang Orphan Europe to 2. rejestracja tego leku, gdyż w sprzedaży znajduje się już preparat Human Hemin Orphan Europe, zarejestrowany w marcu 2004. Normosang był wcześniej sprowadzany na import docelowy.

C – UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

C02 – Leki obniżające ciśnienie tętnicze krwi; C02C – Leki antyadrenergiczne działające obwodowo; C02CA – Antagoniści receptora α -adrenergicznego

Doxazosinum: Alfamedin (Dr. Kade) w 3 dawkach to 12. zarejestrowany lek z doksazosyną, zaś **Kamiren XL** (Krka) to 3. zarejestrowany preparat o zmodyfikowanym uwalnianiu. W sprzedaży znajduje się 9 leków o standardowym uwalnianiu: Apo-Doxan (Apotex), Cardura (Pfizer; lek oryginalny), Doxanorm (ICN Polfa Rzeszów), Doxar (Polfa Kutno), Doxaratio (Ratiopharm), Kamiren (Krka), Prostatic (Schwarz Pharma, Łomianki), Zoxon (Zentiva) i od sierpnia 2006 Doxonex (Polpharma). Nie zostały wprowadzone do obrotu 2 leki, zarejestrowane warunkowo w kwietniu 2004: Dosano (Sandoz) i Vaxosin (Norton). Na rynku znajduje się 1 preparat o zmodyfikowanym uwalnianiu: lek oryginalny Cardura XL (Pfizer), w 2 dawkach. Nie został wprowadzony preparat Doxaratio XL (Ratiopharm), zarejestrowany warunkowo w kwietniu 2004.

Uwaga: doksazosyna jest klasyfikowana jako lek obniżający ciśnienie krwi, ale jest także stosowana we wskazaniu objętym klasą **G04C – Leki stosowane w łagodnym przeroście**

gruczołu krokowego, podobnie jak al-fuzosyna, tamsulozyna i terazosyna.

C08 – Blokery kanału wapniowego; C08C – Selektywne blokery kanału wapniowego z głównym działaniem na naczynia krwionośne; C08CA – Pochodne dihydropirydyny

Amlodipinum → patrz tabela
NOWOŚCI NA RYNKU

Lacidipinum: Lacipil (GlaxoSmithKline) tabl. powł. 6 mg to nowa dawka tego leku. Na rynku są dostępne dawki 2 mg i 4 mg. Lek jest nadal objęty ochroną patentową, nie ma więc generycznych odpowiedników lacydypiny.

C09 – Leki działające na układ renina-angiotensyna; C09C/C09CA – Antagoniści angiotensyny II, leki proste

Irbesartanum: Irbesartan Winthrop (Sanofi Pharma Bristol-Myers Squibb) i Irbesartan BMS (Bristol-Myers Squibb Pharma) to generyczne odpowiedniki zarejestrowanych w sierpniu 1997 r. preparatów Aprovel i Karvea tych samych firm. Irbesartan jest silnym, aktywnym po podaniu doustnym, selektywnym antagonistą receptora angiotensyny II typ AT_1 . Jego działanie powoduje zwiększenie stężenia w osoczu reniny i angiotensyny II oraz zmniejszenie stężenia aldosteronu w osoczu. Irbesartan, w dawkach terapeutycznych, nie wpływa znacząco na stężenie potasu w osoczu. Wskazaniem do stosowania jest leczenie nadciśnienia tętniczego pierwotnego, w tym leczenie współistniejącej choroby nerek u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i cukrzycą typu 2 jako część przeciwnadciśnieniowego postępowania terapeutycznego.

Losartanum → patrz tabela
NOWOŚCI NA RYNKU

C09D – Antagoniści angiotensyny II, leki złożone; C09DA – Antagoniści angiotensyny II i leki moczopędne

Irbesartanum+Hydrochlorothiazidum: Irbesartan Hydrochlorothiazide Winthrop (Sanofi Pharma Bristol-Myers Squibb) i Irbesartan Hydrochlorothiazide BMS (Bristol-Myers Squibb Pharma) to generyczne odpowiedniki zarejestrowanych

w październiku 1998 r. preparatów CoAprovel i Karvezide tych samych firm. Preparaty zawierają irbesartan będący antagonistą receptora angiotensyny II i tiazydowy lek moczopędny hydrochlorotiazyd. Wskazaniem do stosowania jest leczenie nadciśnienia tętniczego pierwotnego pacjentów, u których ciśnienie tętnicze krwi nie jest odpowiednio kontrolowane przez irbesartan lub hydrochlorotiazyd stosowane w monoterapii. Inne zarejestrowane leki zawierające hydrochlorotiazyd i antagonistę receptora angiotensyny II to: z losartanem – Hyzaar (Merck Sharp & Dohme) i jego generyczne odpowiedniki Lorista H (Krka) i Lozap H (Zentiva); z eprosartanem – CoEpratenz Plus (Solvay); z walsartanem – CoDiovan (Novartis); z telmisartanem – Kinzalkomb i Pritor Plus (Bayer) oraz Micardis Plus (Boehringer Ingelheim).

C09DB – Antagoniści angiotensyny II i blokery kanału wapniowego

Valsartanum+Amlodipinum: *Copalia*, *Dafiro*, *Exforge* i *Imprida* (Novartis Europharm) to bliźniacze leki zawierające dwa składniki o dopełniających się mechanizmach kontrolowania ciśnienia krwi: Kombinacja tych substancji wykazuje dodatkowe działanie przeciwnadciśnieniowe, zmniejszając ciśnienie krwi w większym stopniu, niż każdy ze składników osobno. Proces kurczenia mięśnia sercowego i mięśni gładkich naczyń krwionośnych zależy od przemieszczania się zewnątrzkomórkowych jonów wapnia do komórek mięśni poprzez specjalne kanały jonowe. Amlodypina hamuje wejście jonów wapnia przez błony komórkowe do komórek mięśnia sercowego oraz mięśni gładkich naczyń krwionośnych. Działa bezpośrednio rozkurczająco na mięśnie gładkie naczyń krwionośnych, powodując zmniejszenie obwodowego oporu naczyniowego i ciśnienia krwi w pozycji leżącej i stojącej. Walsartan jest silnym, swoistym antagonistą receptora angiotensyny II typ AT₁. Wskazaniem do stosowania wymienionych leków jest leczenie samoistnego nadciśnienia tętniczego, szczególnie u pacjentów, u których ciśnienie krwi nie jest odpowiednio kontrolowane za pomocą monoterapii amlodypiną lub walsartanem.

C10 – Leki wpływające na stężenie lipidów; C10A – Leki wpływające na stężenie lipidów, leki proste; C10AA – Inhibitory reduktazy HMG CoA

Simvastatinum: *Egipid* (Egis) w 3 dawkach to 21. zarejestrowana marka simwastatyny, a *Vasilip* (Krka) w dawce 80 mg to uzupełnienie wcześniej zarejestrowanych dawek tego leku. Na rynku znajduje się 15 leków: *Cardin* (Schwarz Pharma, Łomianki), *Simgal* (Ivax), *Simratio* (Ratiopharm), *Simredin* (Polfa Kutno), *Simvacard* (Zentiva), *Simvachol* (Polfa Grodzisk), *Simvacor* (Polfarmex), *SimvaHexal* (Hexal), *Simva-sterol* (Polpharma), *Vasilip* (Krka i Krka Polska), *Zocor* (Merck Sharp & Dohme; lek oryginalny), od sierpnia 2006 *Ximve* (Farma-Projekt), od grudnia 2006 *Vastan* (ICN Polfa Rzeszów) i od stycznia 2007 *Apo-Simva* (Apotex) i *Simvor* (Ranbaxy). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży: *Corr* (Hexal), *Simvalip* (Genexo), *Simvastatin-1 A* (Hexal) i zarejestrowane warunkowo w kwietniu 2004 r.: *Simvagamma* (APC Instytut) i *Zifam* (Polfa Warszawa).

Simvastatinum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

D – LEKI STOSOWANE W DERMATOLOGII

D01 – Leki przeciwgrzybicze stosowane w dermatologii; D01A – Leki przeciwgrzybicze stosowane miejscowo; D01AE – Inne leki przeciwgrzybicze stosowane miejscowo

Terbinafinum: *Terbistad* (Stada) w postaci kremu to 5. zarejestrowana marka terbinafiny do stosowania miejscowego. Na rynku znajdują się 4 leki: *Lamisilatt* (Novartis) w postaci aerozolu, kremu i żelu oraz *Tenasil* (Homeofarm), *Terbiderm* (Gedeon Richter) i *Undofen Max* (GlaxoSmithKline, Poznań) w postaci kremu. Nie został jeszcze wprowadzony do obrotu *Lamisilatt* w postaci płynu do stosowania na skórę, zarejestrowany we wrześniu 2006.

D01B/D01BA – Leki przeciwgrzybicze działające ogólnie

Terbinafinum: *Atifan* (Krka) w 2 dawkach to 12. zarejestrowany lek doustny zawierający terbinafinę.

W sprzedaży znajduje się 8 preparatów: *Afugin* (Hexal), *Lamisil* (Novartis; lek oryginalny), *Myconafine* (Actavis), *Onymax* (Galderma), *Terbisil* i *Terbisil Kid* (Gedeon Richter), od lipca 2006 *Terbigen* (Generics), od grudnia 2006 *Verbinaf* (Farmacom) i od stycznia 2007 *Erfin* (Polfarmex). Nie zostały jeszcze wprowadzone na rynek preparaty: *Tefine* (Sandoz), *Terbinafina* (Arrow Generics) i *Terbinafina-1 A* (Hexal).

Terbinafinum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

D10 – Leki przeciwtrądzikowe; D10B – Leki przeciwtrądzikowe działające ogólnie; D10BA – Retinoidy stosowane w leczeniu trądziku

Isotretinoinum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

G – UKŁAD MOCZOWO-PLCIOWY I HORMONY PLCIOWE

G03 – Hormony płciowe i środki wpływające na czynność układu płciowego; G03A – Hormonalne środki antykoncepcyjne działające ogólnie; G03AA – Progestageny i estrogeny, preparaty jednofazowe

Drospirenonum+Ethinylestradiolum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

G03B – Androgeny; G03BA – Pochoodne 3-oksoandrostenu-4

Testosteronum: *Tostran* (ProStrakan) to 2% żel z testosteronem do podawania przezskórnego. Zarejestrowane są także żele 1-dawkowe *Androtop* (Laboratoires Besins International) i *Testo-żel* (Lekam), a w ramach centralnej rejestracji unijnej także *Intrinsa* i *Livensa* (Procter & Gamble Pharmaceuticals) – bliźniacze systemy transdermalne uwalniające testosteron w dawce 300 mcg/24 godziny, ale żaden z tych preparatów nie pojawił się jeszcze na rynku. W sprzedaży są dostępne tylko preparaty iniekcyjne: *Omnadren* (Jelfa) i od grudnia 2006 *Nebido* (Schering).

G04 – Leki urologiczne; G04C – Leki stosowane w łagodnym przerzucie gruczołu krokowego; G04CA – Antagoniści receptorów α-adrenergicznych

► **Tamsulosinum** → patrz tabela
NOWOŚCI NA RYNKU

G04CB – Inhibitory 5 α -reduktazy testosteronu

Finasteridum: Hyplafin (Actavis) i Finpros (Pro Auctore) to odpowiednio 12. i 13. zarejestrowana marka finasterydu. Na rynku jest obecnych 7 leków: Finaride (Hexal Polska), Penester (Zentiva), Proscar (Merck Sharp & Dohme; lek oryginalny), od stycznia 2006 Zasterid (Gedon Richter), od maja 2006 Lifin (Farmacom), od czerwca 2006 Ambulase (Grünenthal) i od lipca 2006 Finaster (Lekam). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży: Androstatin 1 mg (Lekam), Aprost (Polfarmex), Finasteride-1 A (1 A Pharma) i Fincar (Cipla).

**H – LEKI HORMONALNE
DZIAŁAJĄCE OGÓLNIE,
Z WYŁĄCZENIEM
HORMONÓW PŁCIOWYCH
I INSULIN**

H01 – Hormony przysadki i podwzgórza oraz ich analogi; H01B – Hormony tylnego płata przysadki; H01BA – Wazopresyna i jej analogi

Desmopressinum: Nocutil (Biofarm) to 2. zarejestrowany aerozol do nosa. Na rynku znajduje się tylko lek oryginalny Minirin w postaci aerozolu i kropli do nosa, iniekcji oraz tabletek (2 dawki). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży, zarejestrowane w styczniu 2005, krople do nosa Desmopryn (Medana Pharma Terpol Group).

**J – LEKI PRZECIWWZAKAŹNE
DZIAŁAJĄCE OGÓLNIE**

J01 – Leki przeciwbakteryjne działające ogólnie; J01F – Makrolidy, linkozamidy i streptograminy, J01FA – Makrolidy

Azithromycinum → patrz tabela
NOWOŚCI NA RYNKU

J05 – Leki przeciwwirusowe działające ogólnie; J05A – Bezpośrednio działające leki przeciwwirusowe; J05AB – Nukleozydy i nukleotydy z wyłączeniem inhibitorów odwrotnej transkryptazy

Aciclovirum → patrz tabela
NOWOŚCI NA RYNKU

**L – LEKI
PRZECIWNOWOTWOROWE
I WPLYWAJĄCE NA UKŁAD
ODPORNOŚCIOWY**

L01 – Leki przeciwnowotworowe; L01C – Alkaloidy roślinne i inne środki naturalne; L01CD – Taksany

Paclitaxelum: Paclitaxel-Ebewe to obecnie 10. zarejestrowany preparat paklitakselu. Na rynku znajduje się 6 leków: Paclitaxel (AWD. Pharma), Poltaxel (Polfa Tarchomin), Sindaxel (Sindan), Taxol (Bristol-Myers Squibb), zarejestrowany w ramach unijnej procedury scentralizowanej Paxene (Norton) i od stycznia 2007 Paclitaxin (Pharmachemie). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży preparaty Paclitaxel Mayne, Paclitaxel-Ratiopharm i Paclitaxel WZF (Polfa Warszawa).

Paclitaxelum → patrz tabela
NOWOŚCI NA RYNKU

L01X – Inne leki przeciwnowotworowe; L01XA – Związki platyny

Oxaliplatinum: Oxalidix, Oxali i Oksaliplatyna medac (Medac) to kolejno 3., 4. i 5. zarejestrowany preparat oksaliplatyny. To kolejny przypadek rejestracji tego samego leku pod kilkoma nazwami, dopuszczonymi wcześniej w różnych krajach Unii Europejskiej. Na rynku znajduje się Eloxatin (Sanofi-Synthelabo). Nie został natomiast wprowadzony do sprzedaży preparat Oxaliplatinum Winthrop (Winthrop Medicaments).

L01XE – Inhibitory kinazy białkowej

Dasatinibum → patrz tabela
NOWOŚCI NA RYNKU

Sorafenibum → patrz tabela
NOWOŚCI NA RYNKU

**M – UKŁAD MIĘŚNIOWO
SZKIELETOWY**

M01 – Leki przeciwzapalne i przeciwreumatyczne; M01A – Niesterydowe leki przeciwzapalne i przeciwreumatyczne; M01AX – Inne niesterydowe leki przeciwzapalne i przeciwreumatyczne

Glucosaminum: Biozamina (Biofarm) to 5. zarejestrowany doustny lek zawierający glukozaminę, a 1. w postaci tabletek musujących.

Na rynku znajdują się 2 preparaty: Arthryl (Rottapharm) i od września 2006 Glukozamina Pharma Nord, natomiast nie zostały jeszcze wprowadzone Artraxin (Medagro) i Stavaktiv Elastik (US Pharmacia, Wrocław). W obrocie znajduje się jednak co najmniej 28 preparatów z glukozaminą w różnych (nieraz wysokich) dawkach (i drugie tyle preparatów złożonych zawierających glukozaminę), wprowadzonych jako produkty spożywcze – suplementy diety, a więc nie przechodzących procedury rejestracyjnej wymaganej dla produktów leczniczych: Arthron Flex (Unipharm), Arthrostop Classic (Walmark), Artesan 1 A Day (ASA), Artretcaps Glukozamina (Herbapol Kraków), Artreum (Puritan's Pride), Bio-Active Glukozamina (Bio-Active), Bio-Glukozamina (Pharma Nord), Domowa Apteczka Glukozamina (US Healthcare), Eld Glukozamina (Tech-Food), Flexodon (Medicom), Glucosamine '1000' i Glucosamine Sulfate (Now Foods), Glucosamine Sulfate (MLO Products), Glukozamina 500 mg (Ozone), Glukozamina 1000mg (Power Health), Glukozamina Complex (Kabco), Ortholan (ICMC), Pharma Zdrowia Glukozamina 900 (Pharm Service), Reumatrix (Scano-medica), Royal Plus Glukozamina (Danfarma), Stavomax (GlaxoSmith-Kline, Poznań), Stawolux (ICN Polfa Rzeszów), SupHerb Glucosamine (SupHerb Ambrosia), Vita Care Glukozamina (Jemo-Pharm), Vitalas Health Care Glucosamin i Vitalas Health Care Glucosamin Forte (Vitalas), Vitana Artromax (Vitapol-Farm), Zdrovit Glukozamina (NP Pharma).

M02/M02A – Leki stosowane miejscowo w bólach stawów i mięśni; M02AA – Niesterydowe leki przeciwzapalne do stosowania miejscowego

Mentholum+Methylis salicylas → patrz tabela
NOWOŚCI NA RYNKU

M05 – Leki stosowane w chorobach kości; M05B – Leki wpływające na strukturę i mineralizację kości; M05BB – Bifosfoniany, leki złożone
Acidum alendronicum+Colecalciferolum: Adrovanace (Merck Sharp & Dohme) to bliźniaczy lek

w stosunku do zarejestrowanego w sierpniu 2005 preparatu Fosavance tej samej firmy. Wskazaniem jest leczenie osteoporozy po menopauzie u pacjentek z ryzykiem niedoboru witaminy D. Leki te zmniejszają ryzyko złamań kręgow i kości udowej. Osteoporoza jest definiowana jako choroba, w której gęstość mineralna kości mierzona w kręgosłupie lub w kości udowej zmniejsza się o 2,5 odchylenia standardowego w odniesieniu do wartości średniej przyjętej dla populacji osób młodych lub gdy wystąpiły uprzednio złamania z powodu łamliwości kości, niezależnej od jej gęstości mineralnej. Alendronian sodu jest bisfosfonianem hamującym osteoklastyczną resorpcję kości, nie wpływając bezpośrednio na proces ich tworzenia. Witamina D3 (cholekalcyferol) wytwarzana jest w skórze człowieka w wyniku przemiany 7-dehydrocholesterolu, pod wpływem działania światła ultrafioletowego. W przypadku braku dostatecznej ekspozycji na światło słoneczne, witamina D3 stanowi niezbędny składnik diety. Głównym działaniem aktywnych metabolitów witaminy D3 jest zwiększenie wchłaniania jonów wapniowych i fosforanowych w jelitach, a także regulacja stężenia wapnia w osoczu krwi, wydzielanie nerkowe wapnia i fosforanów, budowanie i resorpcja kości.

N – UKŁAD NERWOWY

**N02 – Leki przeciwbólowe;
N02A – Opioidy; N02AB – Pochodne fenylopiperydyny**

Fentanylum: Fentawin (Winthrop Medicaments) w 4 dawkach w postaci systemów transdermalnych to 7. zarejestrowana marka fentanylu w tej postaci. W sprzedaży znajdują się 4 leki: Durogesic (Janssen), FentaHexal (Hexal) i Fentanyl TTS (Lek, Stryków) w postaci systemów transdermalnych oraz Fentanyl inj. (Polfa Warszawa). Nie zostały wprowadzone na rynek: zarejestrowany warunkowo w kwietniu 2004 Fentanyl Torrex inj. (Torrex Chiesi) oraz zarejestrowane w grudniu 2006 systemy transdermalne Fentanyl-Ratiopharm, Fentaratio i Ribofentanyl (Ratiopharm). Nie pojawił się dotychczas w Polsce system transdermalny jontoforetycz-

ny Ionsys (Janssen), zarejestrowany centralnie w UE w styczniu 2006, zalecany do stosowania wyłącznie w warunkach szpitalnych.

N02C – Preparaty przeciwmigrenowe; N02CC – Selektyni agonści serotoniny (5HT₁)

Sumatriptanum: Sumatriptan Stada to 10. zarejestrowana marka sumatriptanu. Na rynku są obecne 4 leki: Imigran (GlaxoSmithKline; lek oryginalny), Sumamigren (Polpharma), Sumigra (Sandoz) i od lutego 2007 Cinie (Zentiva). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży preparaty: Illument (Pliva Kraków), Migropar (Polviva), SumaGen (Generics), Sumatriptan 1 A (1 A Pharma) i TriptaHexal (Hexal).

N03/N03A – Leki przeciwpadaczkowe; N03AF – Pochodne karboksamidu

Rufinamidum: Inovelon (Eisai) to rejestracja centralna tego preparatu, dopuszczonego od 2004 r. jako lek sierocy. Lek jest wskazany w leczeniu wspomagającym napadów padaczkowych w przebiegu zespołu Lennoxa i Gastauta u pacjentów w wieku 4 lat i starszych. Rufinamid moduluje aktywność kanałów sodowych, wydłużając okres ich inaktywacji.

N03AG – Pochodne kwasów tłuszczowych

Acidum valproicum: Valpro-Ratiopharm Chrono (Ratiopharm) w postaci tabl. o przedłużonym uwalnianiu (2 dawki) to 7. marka kwasu walproinowego zarejestrowana obecnie w Polsce. Leki doustne jednodawkowe dostępne są jako preparaty o zwykłym i o przedłużonym uwalnianiu, w tym także w wersji dojeliwowej. Na rynku znajdują się 4 marki: Apilepsin (Krka), Convulex (Gerot), Depakine (Sanofi-Aventis) i Orfiril (Desitin). Nie zostały jeszcze wprowadzone ValproLek (Lek, Stryków) i ValproHexal (Hexal) o przedłużonym uwalnianiu, zarejestrowane we wrześniu 2006.

N03AX – Inne leki przeciwpadaczkowe

Stiripentolum: Diacomit (Biocodex) to rejestracja centralna tego preparatu, dopuszczonego od 2001 r. ▶

Wskazania do stosowania
Ciażyzna wymagająca leczenia insuliny

Dawkowanie
Dawkowanie insuliny jest indywidualne dla każdego pacjenta. Dawkę insuliny określa lekarz na podstawie osoby charakteru ciąży, wieku pacjenta, aktywności ruchowej, stanu zdrowia i wdrożeniu również stosowanie innych leków. Dokładnie dawkę insuliny należy określić na podstawie regularnego monitorowania stężenia glukozy we krwi.

Działania niepożądane
Najczęściej występującym działaniem niepożądanym podczas stosowania insuliny jest hipoglikemia. Wyjątkowo rzadko może wystąpić naczyniowy odczyn uczuleniowy np. w postaci pokrzywki lub obrzęku Quinckego.

Polhumin® R
Polhumin® R jest obecnym, jakowym roztworem biosyntetycznej, wysokoczystości insuliny ludzkiej. Wytworzona jest z zastosowaniem metody rekombinacji DNA.
Czas hipoglikemizującego działania insuliny Polhumin® R liczone od chwili podskórnego jej wstrzyknięcia (w przybliżeniu):
początek działania - 30 min
maksimum działania - 1 - 3 godzin
całkowity czas działania - 8 godzin
Przebieganie dopuszczalne do obrotu produktu leczniczego nr 10226

Polhumin® R 100 j.m./ml
roztwór do wstrzyknięcia
5 wkładów do wstrzykiwaczy po 3 ml
Przed użyciem wstrząsnąć.

Polhumin® N
Polhumin® N jest obecnym, jakowym zawiesiną biosyntetycznej, wysokoczystości insuliny ludzkiej z prolaminą. Wytworzona jest z zastosowaniem metody rekombinacji DNA.
Czas hipoglikemizującego działania insuliny Polhumin® N liczone od chwili podskórnego jej wstrzyknięcia (w przybliżeniu):
początek działania - 1,5 godziny
maksimum działania - 4 - 12 godzin
całkowity czas działania - do 24 godzin
Przebieganie dopuszczalne do obrotu produktu leczniczego nr 10225

Polhumin® N 100 j.m./ml
zawiesina do wstrzyknięcia
5 wkładów do wstrzykiwaczy po 3 ml
Przed użyciem wstrząsnąć.

Polhumin® Mix-3
Polhumin® Mix-3 jest obecnym, jakowym mieszaniną dwufazową, biosyntetycznej insuliny ludzkiej (zawiesiny) i izofanowej. Czas hipoglikemizującego działania insuliny Polhumin® Mix-3 liczone od chwili podskórnego jej wstrzyknięcia (w przybliżeniu):
początek działania - 30 minut
maksimum działania - 1 - 3 godzin
całkowity czas działania - do 24 godzin
Przebieganie dopuszczalne do obrotu produktu leczniczego nr 10223

Polhumin® Mix-3 100 j.m./ml
zawiesina do wstrzyknięcia
5 wkładów do wstrzykiwaczy po 3 ml
Przed użyciem wstrząsnąć.

Szczegółowe informacje o leku w słotce przyklejowej
POLFA TARCHOMIN S.A.

► jako lek sierocy. Styrypentol zwiększa stężenie kwasu gamma-aminomasłowego, głównego hamującego neuroprzekaznika w mózgu ssaków. Hamuje także aktywność metaboliczną kilku izoenzymów uczestniczących w metabolizmie wątrobowym innych leków przeciwpadaczkowych. Diacomit jest wskazany do stosowania w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem w terapii wspomagającej u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem.

Zonisamidum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

N05 – Leki psychotropowe; **N05A** – Leki neuroleptyczne; **N05AX** – Inne leki neuroleptyczne

Risperidonum: zarejestrowano 6 nowych marek: **Doresol** (Jelfa), **Nodir** (Polfarmex), **Torendo** i **Torendo Q-Tab** (Norpharm Regulatory Services), **Risperidon Tad** (Tad Pharma), **Rilept** (Galena) i **Disaperid** (Polon), a także **Mepharis S** (Norpharm Regulatory Services) – uzupełnienie wcześniej zarejestrowanego preparatu Mepharis (Mepha). Nowościami są preparaty Nodir i Risperidon Tad w nowej dawce 8 mg. Preparaty Torendo Q-Tab i Mepharis S to 2. i 3. rejestracja rysperydonu w postaci tabletek ulegających rozpadowi w jamie ustnej – wcześniej zarejestrowano Rispolept Quicklet (Janssen-Cilag), ale żaden z tych leków nie pojawił się jeszcze w sprzedaży. Na rynku znajduje się 12 preparatów doustnych jednodawkowych: Mepharis (Mepha), Rispen (Zentiva), Risperatio (Ratiopharm), Rispolept (Janssen-Cilag; lek oryginalny), Rispolux (Sandoz), Risset (Farmacom), Ryspolit (Actavis), Speridan (Actavis), od kwietnia 2006 Risperon (Lekam), od czerwca 2006 Risperiwin (Winthrop Medicaments), od sierpnia 2006 Lioxam (Grünenthal) i od stycznia 2007 Ziperid (ICN Polfa Rzeszów). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży preparaty Rileptid (Egis) oraz Risnia (Cipla), zarejestrowany warunkowo w kwietniu 2004.

Risperidonum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

N06 – Psychoanaleptyki; **N06A** – Leki przeciwdepresyjne; **N06AX** – Inne leki przeciwdepresyjne

Mirtazapinum: **Mirtor** (Orion) w postaci tabletek ulegających rozpadowi w jamie ustnej to 8. zarejestrowany preparat mirtazapiny, a 3. o tej postaci. Na rynku znajduje się 5 leków w postaci tabl. powł.: Mirzaten (Krka), Remeron (Organon, lek oryginalny), od maja 2006 Esprital (Zentiva), od września 2006 Mirtazapine Teva i od października 2006 Mirtastad (Stada). Nie zostały dotychczas wprowadzone: Mirtal (Biovena Pharma) i Mirtazapina (Pol-Nil) tabl. powł., a także Remeron Solutab (Organon).

R – UKŁAD ODDECHOWY

R02/R02A – Preparaty stosowane w chorobach gardła; **R02AA** – Antyseptyki

Cetylpyridinii chloridum: **Septolette Lemon** (Krka) to pastylki w dawce 1,2 mg, uzupełnienie do zarejestrowanych w grudniu 2006 r. pastylek Septolette Apple i Septolette Cherry (Krka). Na rynku dostępne są 2 leki, ale w postaci tabl. do ssania w dawce 1,5 mg, o innych smakach: Halset (Biofarm) i Menthosept (Polfa Łódź). Dostępny jest też preparat złożony Septolette Plus, zawierający 1 mg chlorku cetylpirydinium i 5 mg benzokainy.

R05 – Leki stosowane w kaszlu i przeziębieniach; **R05X** – Inne preparaty złożone stosowane w przeziębieniach

Acidum ascorbicum+Paracetamol+Phenylephrinum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

S – NARZĄDY ZMYŚLÓW

S01 – Leki okulistyczne; **S01B** – Leki przeciwzapalne; **S01BA** – Kortykosteroidy, leki proste

Dexamethasonum natrii phosphas → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

S01L – Leki stosowane w zaburzeniach związanych z naczyniami ocznymi; **S01LA** – Leki hamujące tworzenie nowych naczyń

Ranibizumabum: **Lucentis** (Novartis Europharm) jest wskazany w leczeniu wysiękowej postaci zwyrodnienia plamki związanego z wie-

kiem (AMD, ang. age-related macular degeneration). Ranibizumab jest fragmentem rekombinowanego humanizowanego przeciwciała monoklonalnego, skierowanym przeciwko ludzkiemu śródbłonkowemu czynnikowi wzrostu naczyń typu A (VEGF-A). Wiąże się z dużym powinowactwem z izoformami VEGF-A zapobiegając w ten sposób wiązaniu VEGF-A ze swoimi receptorami VEGFR-1 i VEGFR-2. Wiązanie VEGF-A z receptorami prowadzi do proliferacji komórek śródbłonka i powstawania nowych naczyń, jak również do przecieku naczyniowego, co uważa się za czynniki sprzyjające progresji wysiękowej postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem. Lucentis podaje się we wstrzyknięciu do ciała szklistego oka. Zabieg ten musi być wykonywany przez wykwalifikowanego lekarza okulistę, posiadającego odpowiednie doświadczenie. Podmiot odpowiedzialny ma zapewnić m.in. informację dla lekarzy, w tym zapis wideo zabiegu wstrzyknięcia leku do ciała szklistego, a także schemat (piktogramy) podania leku. Leczenie rozpoczyna się od fazy nasycania w postaci 1 wstrzyknięcia na miesiąc przez 3 kolejne miesiące, po których następuje faza podtrzymująca, w czasie której należy co miesiąc kontrolować ostrość wzroku pacjenta. Lek należy podawać, jeśli u pacjenta wystąpi utrata ostrości wzroku przekraczająca 5 liter na tablicy ETDRS lub 1 linię na tablicy Snellena. Odstęp pomiędzy dwiema dawkami nie powinien być krótszy niż 1 miesiąc.

V – PREPARATY RÓŻNE

V08 – Środki cieniujące; **V08C** – Środki cieniujące obrazujące w rezonansie magnetycznym; **V08CA** – Paramagnetyczne środki cieniujące

Gadofosvesetum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** ■

Opracowanie:

dr n. farm. Jarosław Filipek
Kierownik Działu Informacji o Produktach
Administrator Farmaceutycznej Bazy Danych BAZYL
IMS Poland

NOWOŚCI NA RYNKU

W styczniu 2007 r. na rynek farmaceutyczny w Polsce zostało wprowadzonych 20 nowych marek produktów leczniczych:

Klasa ATC/WHO	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	Podmiot odpowiedzialny	Obszar i data rejestracji
A16AX	Herbae extracta	Iberogast	Steigerwald	PL 04.2004
C08CA	Amlodipinum	Apo-Amlo	Apotex	PL 01.2006
C09CA	Losartanum	Losartic	Farmacom	PL 09.2006
C10AA	Simvastatinum	Apo-Simva	Apotex	PL 08.2006
C10AA	Simvastatinum	Simvor	Ranbaxy	PL 02.2003
D01BA	Terbinafinum	Erfin	Polfarmex	PL 09.2006
D10BA	Isotretinoinum	Curacne	Pierre Fabre	PL 10.2005
G03AA	Drospirenonum + ethinylestradiolum	Yasminelle	Schering	PL 08.2006
G04CA	Tamsulosinum	Tamsugen	Generics	PL 02.2006
J01FA	Azithromycinum	AzitroLek	Lek, Stryków	PL 03.2006 Azi Sandoz, zm. 08.2006 AzitroLek
J05AB	Aciclovirum	Hascovir tabl.	Hasco-Lek	PL 04.2004
L01CD	Paclitaxelum	Paclitaxin	Pharmachemie	PL 10.2005
L01XE	Dasatinibum	Sprycel	Bristol-Myers Squibb	UE 11.2006
L01XE	Sorafenibum	Nexavar	Bayer	UE 07.2006
M02AA	Mentholum + methylis salicylas	Reumatol	Gemi	PL 04.2004
N03AX	Zonisamidum	Zonegran	Eisai	UE 03.2005
N05AX	Risperidonum	Ziperid	ICN Polfa Rzeszów	PL 12.2006
R05X	Acidum ascorbicum + paracetamolum + phenylephrinum	Gripex Hotactiv	US Pharmacia, Wrocław	PL 04.2004 Apap Przeziębienie Extra, zm. 10.2006 Gripex Hotactiv
S01BA	Dexamethasonum natrii phosphas	Dexafree	Thea	PL 02.2006
V08CA	Gadofosvesetum	Vasovist	Schering	UE 10.2005

WARTO WIEDZIEĆ

OD 20 KWIETNIA OBOWIĄZUJE ZNOWELIZOWANE ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA w sprawie ciągłych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych (Dz.U. nr 59 z 2007 r., poz. 403).

Aptekarzom sprawującym opiekę nad studentami odbywającymi sześciomiesięczny staż w aptece przysługuje 1 punkt edukacyjny za każdy miesiąc sprawowania opieki nad jednym studentem, nie więcej jednak niż 18 punktów edukacyjnych w okresie edukacyjnym. Za pełnienie funkcji kierownika specjalizacji przysługuje 5 punktów edukacyjnych za każdy rok trwania specjalizacji, nie więcej jednak niż 15 punktów edukacyjnych za jedną osobę. Natomiast za sprawowanie opieki nad osobami odbywającymi obowiązkowe przeszkolenie uzupełniające lub obowiązkowe praktyki wakacyjne w trakcie studiów przysługuje 1 punkt edukacyjny za każdy miesiąc trwania obowiązkowego przeszkolenia lub obowiązkowej praktyki, nie więcej jednak, niż 6 punktów edukacyjnych za wszystkie osoby w danym roku.

oprac. zs

Muzeum Farmacji w Krakowie obchodzi jubileusz 60-lecia istnienia

Tajemnicza apteka

Studentka krakowskiej Akademii Ekonomicznej o Muzeum Farmacji w Krakowie usłyszała od przyjaciółki z... Australii! Turyści z Wielkiej Brytanii pod Wawelem, dowiedzieli się, że koniecznie powinni zobaczyć coś wyjątkowo ciekawego – muzeum przy ul. Floriańskiej 25.

Tylko w czasie kilku godzin podczas „Nocy Krakowskich Muzeów” – imprezy organizowanej cyklicznie, w czasie, której muzea krakowskie można zwiedzić za darmo w ciągu jednej nocy, to miejsce odwiedziło ponad 2 tysiące osób. To chyba wystarczająca wizytówka, wskazująca jak szczególnie miejscem, niepozornie wciśniętym pomiędzy kamienicami jest to z widniejącym na ścianie frontowej szyldem Floriańska 25.

NIEZWYKŁE I PONADZASOWE

Proszki i tabletki z kogutkiem. Stosowanie: przeziębienie, bóle zę-

Muzeum Farmacji – piwnica apteczna. Beczki na wina lecznicze.



bów, głowy, grypa; Reformackie. Pi-gułka z marką „Zakonnik” znany od 1602 roku. Reguluje żołądek, chroni od reumatyzmu, cierpien wątroby, nadmiernej otyłości, artretyzmu, uderzeń krwi do głowy... – takie napisy widnieją na niezwykle nietypowych eksponatach, które znajdziemy w Krakowskim muzeum.

Mimo, że w ostatnich latach nie było w ekspozycji muzealnej rewolucyjnych zmian, to Muzeum Farmacji, które obchodzi właśnie swoje 60. urodziny, nie narzeka na brak zwiedzających.

– *Nasze muzeum odwiedzają głównie turyści z zagranicy. Jak sami mówią to miejsce jest dla nich szczególnie. Są zachwyceni ekspozycją i mówią, że nasze muzeum to coś zupełnie innego* – mówi dr Zbigniew Bela, dyrektor Muzeum Farmacji w Krakowie. – *Z polskich turystów najczęściej odwiedzają nas wycieczki szkolne oraz studenci Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego* – dodaje.

Największym prezentem dla muzealników na 60-lecie istnienia instytucji jest ponowne udostępnienie piwnicy z ekspozycją po kilkumiesięcznej konserwacji i modernizacji. W tym miejscu zgromadzone zostały przedmioty związane z pracą laboratoryjną dawnego aptekarza,

takie jak miedziane aparaty destylacyjne, retorty i alembiki, filtry, tygły, prasy różnych typów do wyciskania soków i olejów, młynki, czyli przedmioty niezbędne do rozdzielania, topienia, rozdrabniania i oczyszczania substancji leczniczych.

– *Ale to nie jedyny powód do radości w ciągu tych 60. lat* – wyjaśnia dyrektor Bela.

Kluczowym momentem było oczywiście pojawienie się samej idei powołania muzeum farmacji. Historia tego miejsca sięga 1946 roku, kiedy krótko po wojnie Okręgowa Izba Aptekarska rozpoczęła starania o utworzenie muzeum aptekarskiego. Farmaceuci tworząc muzeum pragnęli chronić i zachować zbiory, które stanowiłyby obraz rozwoju aptekarstwa. Tutaj kluczową rolę odegrał dr Stanisław Proń, ówczesny radca prawny i dyrektor administracyjny Okręgowej Izby Aptekarskiej w Krakowie, który przez kilkanaście lat, w poszukiwaniu przedmiotów do ekspozycji, podróżował po całej Polsce. Każdą jego kolejną wyprawę poprzedzały żmudne przygotowania. Dr Proń odwiedzał wybrane apteki, zaglądał do piwnic, na strychy i do rupieciarni w najróżniejszych zakątkach na mapie kraju i zdobywał dla muzeum niespotykane eksponaty. Efektem jego podróży jest zasadnicza część całej ekspozycji, która pierwotnie została umieszczona, w pierwszej siedzibie muzeum, przy ulicy Basztowej 3. A ponieważ budynek przy tej ulicy był zbyt mały i pozwalał na wyeksponowanie zaledwie 40 procent wszystkich zbiorów, to kolejnym ważnym momentem w historii tego miejsca, było wystaranie się o nową siedzibę – kamienicę

przy ul. Floriańskiej 25, która stanowi siedzibę muzeum do dziś. Kamienica ta, podobnie jak wiele innych w jej sąsiedztwie, została zbudowana w XV wieku. Potem była kilkakrotnie przebudowywana, ale niektóre z jej zabytkowych elementów zachowały się do dzisiaj – na przykład gotyckie, sklepione piwnice, kilka renesansowych portali, dwa renesansowe stropy belkowe, w tym jeden z polichromią, czy starannie odrestaurowany dziewiętnastowieczny fresk na ścianach jednego z pomieszczeń I piętra, przedstawiający w pastelowych barwach stylizowany ogród. Remont tego budynku, aby przystosować go do potrzeb muzeum trwał 10 lat i zakończył się w 1988 roku. Przeprowadzka zbiorów zakończyła się w 1991 roku. – *Już podczas mojej pracy* – nadmienia dyrektor muzeum, – *udało się także odnowić w ostatnich latach fasadę kamienicy i wymienić wszystkie okna. W tym roku zamierzamy przeprowadzić adaptację strychu, na którym powstanie m.in. sala seminaryjna, w której będzie można prowadzić zajęcia m.in. dla studentów.*

MAGICZNE PRZEDMIOTY

Wyjątkowość tego miejsca polega na tym, że nawet najmniejsze eksponaty, a właściwie szczególnie one, choć z wyglądu niepozorne mają niespotykaną historię.

– *Czasem ten najmniejszy eksponat wiąże się z niezwykłą historią. W jednej z gablot naszej ekspozycji znajduje się małe nie rzucające się w oczy, opakowanie preparatu – Teriak z XVII-wiecznej apteki weneckiej, a można stojąc przy nim wygłosić ekscytujący wykład na temat zastosowania, działania i historii tego leku, który był stosowany od starożytności do XVIII wieku. Teriak to np. pierwszy lek na dżumę!* – mówi dyrektor Bela. – *Ku zaskoczeniu wielu, imponująco wyglądające duże i o rozmaitych kształtach majoliki, czy ceramika z całej Europy to eksponaty, o których nie da się aż tak wiele opowiedzieć* – dodaje. Dyrektor zaznacza jednak, że cała ekspozycja to niejako powierzchnia, pod którą kryje się ocean różnych bogatych historii. Oprócz sprzętu do wyrobu leków i preparatów leczniczych, pojemni-

ków do przechowywania pastylek i maści, można tu obejrzeć oryginalny wystrój XIX wiecznej apteki. W muzeum znajdują się eksponaty, które pamiętają nawet XVI wiek. Jest to m.in. aparatura do destylacji substancji leczniczych, która znajduje się w odrestaurowanych piwnicach.

PRZYJEMNOŚCI I OBOWIĄZKI

Muzeum służy nie tylko zwykłym zwiedzającym. Przy Floriańskiej znajdują się również bogate księgozbiory w archiwum i bibliotece muzealnej, w której przechowywane są dawne zielniki, antidotaria, farmakopecie i inne druki związane z historią aptekarstwa, współczesne albumy i podręczniki z historii medycyny i farmacji, teki archiwalne, w których gromadzone są dokumenty i fotografie dotyczące wybitnych polskich farmaceutów, a także filmy i slajdy, które pod różnymi kątami ilustrują dzieje aptekarstwa polskiego i europejskiego. Z tych zbiorów korzystają chociażby podczas pisania prac magisterskich studenci farmacji, czy historii z Uniwersytetu Jagiellońskiego, ale także pasjonaci, zajmujący się losami farmacji na przestrzeni wieków hobbyistycznie. W muzeum odbywają się konferencje i sympozja naukowe na temat farmacji. Na tej instytucji spoczywają także statutowe obowiązki. Jest to m.in. prowadzenie zajęć z historii farmacji dla studentów farmacji Uniwersytetu Jagiellońskiego. W muzeum pracują także pracownicy naukowcy oraz muzealnicy, którzy prowadzą własne badania naukowe. W tym miejscu odbywa się otwieranie przewodów doktorskich, pracowników i osób z zewnątrz.

WYCHODZĄ NA ZEWNĄTRZ

Muzeum nie czeka na zwiedzających. Wychodzi na zewnątrz i zachęca do odwiedzenia tego magicznego miejsca. Doskonałą do tego okazją, jest m.in. wspomniana już



Witraż apteczny; koniec XIX w.

„Noc Krakowskich Muzeów”. W ubiegłym roku, przed budynkiem, na środku ulicy Floriańskiej zasiał przy stole młodzieniec przebrany za aptekarza sprzed trzech wieków. Wszystkich przechodniów zachęcał on do kupna pigulek antymonowych wielokrotnego użytku, doskonałych na przeczyszczenie. Tło do jego wystąpienia stanowiła grafika z XVIII wieku. W tym roku, muzeum, z okazji „Dnia Muzealnika” szykuje kolejną niespodziankę. 18 maja na małej scenie ustawionej przed budynkiem muzeum, lektor, w formie średniowiecznej melorecytacji, wygłosi wykład o teriaku. W czasie jego występu w tle będą przewijać się tematyczne slajdy, a wszystkiemu będzie towarzyszyć muzyka dawna na żywo!

Warto wspomnieć na koniec, że w muzeum można również obejrzeć wystawę zdjęć: „60 lat Krakowskiego Muzeum Farmacji”. Szczegóły na www.muzeumfarmacji.pl. Zapraszamy do Krakowa.

Joanna Korn

**fot. Katarzyna Jaworska.
Archiwum Muzeum Farmacji
w Krakowie.**

Receptura na co dzień

Maści emulsje

O kłopotach z wykonaniem maści z roztworem trzyprocentowego kwasu bornego i roztworem witaminy A

Substancja czynna, w zależności od swoich właściwości fizykochemicznych, może być w podłożu maściowym rozpuszczona (maści roztwory), zawieszona (maści zawiesiny) lub zemulgowana (maści emulsje). Maści emulsje stanowią układ równomiernie rozproszonych faz ciekłych (wodnej i olejowej), z których każda może być fazą rozpraszającą (zewnątrzną), bądź rozproszoną (wewnętrzna). Fazę wodną stanowi woda lub wodne roztwory substancji leczniczych oraz pomocniczych. Fazę olejową – lipofilowe podłoża maściowe.

RODZAJE EMULGATORÓW

Czynnikiem ułatwiającym rozproszenie niemieszających się ze sobą faz i stabilizującym pod względem fizycznym emulsję – jest emulgator. Ze względu na właściwości i sposób oddziaływania z fazą wodną i olejową emulgatory można podzielić na związki powierzchniowo czynne (anionowo czynne, kationowo czynne, amfoteryczne i niejonowe) oraz związki wielkocząsteczkowe, czyli tzw. emulgatory koloidalne i emulgatory nieorganiczne (pyły nierozpuszczalnych ciał stałych) (1).

Do emulgatorów anionowo czynnych zaliczamy mydła tworzące emulsje w/o lub o/w, alkilosiarczany i alkilosulfoniany tworzące emulsje o/w oraz kwasy żółciowe tworzące emulsje o/w. Czwartorzędowe sole amoniowe z resztą alkilową lub pirydynową należące do emulgatorów kationowo czynnych, ze względu na swoją toksyczność, nie mają zastosowania jako emulgatory. Są natomiast szeroko stosowane jako środki przeciwbakteryjne.

Najczęściej stosowanym emulgatorem amfoterycznym jest lecytyna, za pomocą, której można uzyskać emulsje typu o/w lub w/o.

Obecnie największą grupę emulgatorów stanowią emulgatory niejonowe, które w zależności od liczby HLB (wyraża ona udział grup hydrofilowych i lipofilowych w cząsteczce tenzydu) tworzą emulsje o/w lub w/o. Emulgatory o niskiej liczbie HLB mają właściwości lipofilowe, natomiast o wysokiej liczbie HLB – właściwości hydrofilowe. Do tej grupy należą alkohole tłuszczowe, alkohole steroidowe, estry wyższych kwasów tłuszczowych z wyższymi alkoholami lub alkoholami steroidowymi, alkoholami wielowodortlenowymi, sorbitanem lub polioksyetylenosorbitanem, glikolami polioksyetylenowymi, sacharozą oraz eterami glikoli polioksyetylenowych z wyższymi alkoholami i glikolami polioksypropylenowymi.

Emulgatory koloidalne stabilizują emulsje typu o/w, adsorbując się na powierzchni rozproszonej fazy olejowej. W recepturze stosuje się następujące emulgatory koloidalne: gumę arabską, tragakantę, pektyny, alginiany, metylocelulozę oraz proteiny.

Do emulgatorów nieorganicznych należą zmikronizowane substancje, takie jak bentonit, tlenek glinu, węgiel magnezu, czy krzemionka (1,2).

PODŁOŻA MAŚCIOWE STOSOWANE W MAŚCIACH TYPU EMULSJI

Aby wykonać maść typu emulsji, zawierającą znaczną ilość roztworów wodnych, należy zastosować podłoża maściowe odznaczające się wysoką liczbą wodną. Liczba wodna jest to ilość wody wyrażona w gramach, którą jest w stanie trwale związać 100 g podłoża maściowego w temperaturze 20°C (1).

W recepturze aptecznej do wykonywania maści typu emulsji najczęściej stosuje się lanolinę i eucerynę. Liczba wodna lanoliny według wyma-

gań farmakopealnych powinna wynosić co najmniej 200 (oznacza to, że 100 części lanoliny emulguje co najmniej 200 części wody), a euceryny – 300 (2). Lanolina zawiera jako emulgatory cholesterol i izocholesterol, natomiast euceryna – alkohol cetylowy oraz cholesterol. Ze względu na dużą lepkość lanoliny, utrudniającą jej rozsmarowanie, nie jest ona wykorzystywana jako samodzielne podłożo, lecz dodaje się ją do innych podstaw maściowych w celu zwiększenia ich liczby wodnej (1,2). Wazelina natomiast ma małą liczbę wodną (ok. 10) i nie może być wykorzystywana do sporządzania maści emulsji (1,2). Zwiększenie liczby wodnej wazeliny można uzyskać poprzez dodatek emulgatorów: cholesterolu, alkoholu stearylowego i wosku białego – otrzymuje się wtedy wazelinę hydrofilową (*Vaselineum hydrophylicum*) (3). Cholesterol jest dość dobrym emulgatorem typu w/o i wchodzi także w skład farmakopealnej Maści cholesterolowej (3). Świadcstwo analizy maści cholesterolowej jednego z producentów podaje, że jej liczna wodna wynosi 177 (4).

Obecnie w recepturze aptecznej często wykorzystuje się również „Lekobazę” lub „Hascobazę” (nazwy handlowe różnych producentów), która jest podłożem amfifilowym zawierającym emulgatory typu o/w i w/o oraz ok. 38% wody. Tworzy ona, w zależności od ilości i rodzaju przepisanych substancji leczniczych oraz roztworów wodnych, emulsje typu o/w lub w/o (2).

MAŚĆ Z 3% ROZTWOREM KWASU BORNEGO I ROZTWOREM WITAMINY A

Przykładem maści emulsji, którą często wykonuje się w aptekach jest maść z 3% roztworem kwasu bornego i roztworem witaminy A, w której jako podłożo, przepisano

eucerynę (zawartość poszczególnych składników ulega modyfikacjom ilościowym):

Rp.
Vit. A liq. 4,0
 3% *Sol. Acidi borici*
Eucerini aa ad 100,0

Euceryna jest podłożem złożonym z 6% eucerytu (emulgator w/o) i 94% wazeliny, zdolnym do wiązania znacznych ilości wody (liczba wodna ok. 300). Należy zaznaczyć, że w praktyce często nie można wprowadzić do podłoża maściowego tak dużej ilości roztworu substancji leczniczej, jak wynikałoby to z jego liczby wodnej. Obecność w podłożu maściowym innych składników, jak i substancji rozpuszczonych w wodzie, zazwyczaj zmniejsza zdolność wiązania wody.

W powyższej receptce przepisany jest 3% roztwór kwasu borowego i euceryna w równych proporcjach (po 48 g). Oprócz wodnego roztworu kwasu, w składzie recepty znajduje się też witamina A. Witamina A produkowana jest w postaci wodnego, solubilizowanego roztworu, który zawiera szereg substancji pomocniczych – m.in.

Cremophor EL, sacharozę, benzoosan sodu, salicylan sodu czy kwas cytrynowy. *Cremophor* (ester polietylenoglikolu z kwasem tłuszczowym) jest związkiem powierzchniowo czynnym, umożliwiającym otrzymanie wodnego roztworu witaminy A (witamina A rozpuszcza się w tłuszczach i eterze, a nie w wodzie). W postaci wodnego, solubilizowanego roztworu produkowana jest także witamina D₃ oraz witamina A+D₃.

Im więcej roztworu kwasu borowego i wodnego solubilizowanego roztworu witaminy A wchodzi w skład maści, tym szybciej dochodzi do rozkładu emulsji. Czasami nie jest nawet możliwe połączenie wszystkich składników.

Jeżeli stan skóry chorego na to pozwala, poprawa recepty może polegać na całkowitym zastąpieniu przepisanej podłoża „Lekobazą” („Hascobazą”), która chłonie wodę

znacznie lepiej od euceryny. „Lekobaza” („Hascobaza”) w swoim składzie zawiera m.in. wazelinę białą, glikol propylenowy, parafinę, wodę, oraz emulgatory w/o i o/w. „Lekobaza” („Hascobaza”) jednak, w odróżnieniu od natłuszczającej euceryny, jest podłożem nawilżającym. Z tego powodu nie zawsze możliwe jest jej zastosowanie. Szereg schorzeń skórnych, szczególnie na tle alergicznym, przebiega z silnym wysuszeniem skóry. Dlatego w tych wypadkach użycie euceryny jest konieczne.

Maści tego typu można wykonać także przez dodanie odpowiednich ilości „Lekobazy” („Hascobazy”) lub lanoliny kosztem euceryny. Przeprowadzone w Zakładzie Farmacji Stosowanej AMB próby wykazały, że dodatek „Lekobazy” („Hascobazy”) lub lanoliny w ilości 5% masy leku okazał się zbyt mały do wykonania maści. Dopiero użycie większych ilości „Lekobazy” („Hascobazy”) czy lanoliny (10% masy leku) pozwoliły na uzyskanie jednorodnego i stabilnego układu, którego trwałość wynosiła wszakże tylko ok. 7 dni.

PODSUMOWANIE

1. Wykonując maści zawierające w swoim składzie roztwór kwasu borowego i wodny, solubilizo-

wany roztwór witamin (A, D₃, A+D₃) należy pamiętać, aby najpierw emulgować do euceryny 3% roztwór kwasu borowego, a następnie wodny roztwór witamin.

2. Emulgowanie roztworów wodnych do „Lekobazy” („Hascobazy”) należy przeprowadzać bez pośpiechu, gdyż dodanie zbyt dużej porcji roztworu wodnego powoduje zmianę jej konsystencji i przyczynia się do pojawienia się zjawiska przypominającego powstawanie sera. Należy pamiętać, że zawsze jako ostatni składnik należy emulgować porcjami roztwór witaminy A.
3. Niska temperatura przechowywania pogarsza konsystencję, utrudnia rozsmarowywanie i przyspiesza rozkład maści typu emulsji. Maści przechowywane w temperaturze pokojowej (20 – 25°C) znacznie dłużej nie wykazują śladów rozdziału faz.

dr n. farm. Katarzyna Winnicka,
dr n. farm. Elwira Telejko

Zakład Farmacji Stosowanej
 Akademia Medyczna w Białymstoku

Piśmiennictwo

1. Janicki S., Fiebig A., Sznitowska M.: *Farmacja Stosowana, PZWL, Warszawa, 2003*
2. Jachowicz R.: *Receptura apteczna, PZWL, Warszawa, 2005*
3. *Farmakopea Polska VI, Wyd. PTFarm., Warszawa, 2002*
4. *Świadectwo analizy Pharma Cosmetic nr 130/S/0506 dotyczące analizy Maści cholesterolowej (FP V).*



foto: Michał Grzegorzczak

Farmacja na Wyspach

Po przygodę, po nowe doświadczenia zawodowe, za chlebem i lepszym życiem do Wielkiej Brytanii wyjechało już prawie 300 farmaceutów z Polski. Niektórzy z nich opowiedzieli nam o pracy na Wyspach.



POCZĄTKI SĄ ZAWSZE NAJGORSZE...

Polscy farmaceuci, z którymi rozmawiałam są ze swojej pracy bardzo zadowoleni. Mówią, iż nie żałują decyzji, chociaż na starcie nie było różowo. Jedna z osób opisuje to w następujący sposób: „Początki są bardzo trudne. Różnice legislacyjne i w asortymencie są znaczne. To przytłacza i przeraża. Do tego dołącza się poczucie alienacji i tęsknota za rodziną. Można się spodziewać pewnej pomocy ze strony firmy rekrutacyjnej i pracodawcy w pierwszym okresie zatrudnienia, ale... jak uczy przysłowie – jeśli umiesz liczyć, to licz na siebie. Jeśli chodzi o język to wymagana jest znajomość na poziomie co najmniej komunikatywnym. Jednak nawet płynne władanie angielskim nie gwarantuje braku kłopotów z porozumiewaniem się. Problemy sprawiają głównie silne lokalne akcenty i slang. Niektórzy pacjenci mówią bardzo szybko lub po prostu niewyraźnie. Na pocieszenie dodam, że da się nad tym wszystkim zapanować.”

ANGIELSKI PACJENT

Angielscy pacjenci są – w odczuciu moich rozmówców – uprzejmi, cierpliwi i darzą farmaceutę szacunkiem. Ale – tak jak wszędzie – zdarzają się sytuacje konfliktowe oraz nieuzasadnione pretensje czy nieuprzejme zachowania pacjentów.

Polscy farmaceuci zgodnie twierdzą, że brytyjscy pacjenci są bardziej wymagający. Zadają dużo więcej pytań, są przyzwyczajeni do dzwonięcia do apteki w celu uzyskania porady a także do tego, że na życzenie leki dostarczane są do domu.

WYSPIARSKA APTEKA

Apteki w Wielkiej Brytanii przypominają po prostu sklepy. Nawet sami Brytyjczycy mówią o nich „shops” zamiennie z właściwą nazwą „pharmacy”. Często są częścią większego stoiska drogeryjno-kosmetycznego, gdzie oprócz leków i produktów ściśle związanych z opieką zdrowotną sprzedaje się mnóstwo innych wyrobów i usług, które można określić jako „mydło i powidło”. W tych aptekach nie ma receptury. Większość placówek skupiona jest w rękach dużych sieci.

W Wielkiej Brytanii mniej wydaje się leków ziołowych, czy homeopatycznych. Za to jeśli chodzi o leki na receptę to rzuca się w oczy duża ilość leków przeciwestmatycznych i przeciwdepresyjnych, co pół żartem można rzucić na „angielską pogodę”.

Niektóre apteki świadczą dodatkowe usługi takie jak pomiary poziomu cholesterolu, cukru czy ciśnienia. Dosyć niedawno wprowadzoną usługą jest MUR, czyli Medicines Use Review. Serwis ten polega na przeprowadzeniu dosyć szczegółowego wywiadu z pacjentem i ma sprawdzać jego wiedzę na temat stosowanych leków, a w efekcie optymalizować terapię.

Dodatkowo apteki obsługują pacjentów uzależnionych od środków odurzających. Realizują oni głównie recepty na metadon, który pomaga im rozstać się z nałogiem. Na ogół są to zwykli, spokojni pacjenci, ale sporadycznie zdarzają się też problemy – gdy ktoś przychodzi w stanie wskazującym na ewidentną intoksykację lub z objawami abstynencji i żąda wydania swoich leków np. wcześniej niż wskazuje na to recepta. W niektórych placówkach farmaceuta musi „nadzorować” przyjęcie leku

na miejscu. Wybrane apteki prowadzą także zbiórki zużytego sprzętu medycznego i wydają bezpłatnie igły i strzykawki.

CO SIĘ PODOBA...

To, co Polacy uważają za największy plus swojej pracy w Wielkiej Brytanii to wysoki poziom opieki farmaceutycznej i znacząca pozycja farmaceuty jako specjalisty. Oto inne zalety, które najczęściej wymieniają w swoich wypowiedziach:

– „*Podoba mi się to, że apteki mają osobny pokój, w którym farmaceuta może odbywać konsultacje z pacjentem.*”

– „*Jako farmaceuta nie mam kontaktu z kasą. Nie muszę zajmować się sprzedaniem dobrej ilości opakowań czy dokładnym wydaniem reszty. Mogę się skupić na czynnościach fachowych.*”

– „*Dobre jest to, że 90% recept jest wydrukowanych, ułatwia to pracę i zwiększa bezpieczeństwo wydawania leków.*”

... A CO SIĘ NIE PODOBA

To, co najmniej podoba się polskiemu farmaceutom to spora ilość „papierkowej roboty” oraz konieczność wypełniania obowiązków, które w ich odczuciu mają znamiona „zarządzania i marketingu”. Oto, co jeszcze nie przypadło im do gustu:

– „*Pacjentowi wydaje się dokładną ilość przepisanej leku, co oznacza konieczność albo przesypania tabletek, albo cięcia blistrów. To rozwiązanie ma swoje zalety, ale wolalam taki system jak w Polsce.*”

– „*Często jest się jedynym farmaceutą w aptece, pozostałe osoby pełnią funkcje pomocnicze. Leki bez recepty sprzedają osoby nieraz bar-*

dzo młode, które dopiero w trakcie pracy przechodzą odpowiednie kursy. Dobry technik potrafi być prawdziwym skarbem i pomocą w trudniejszych przypadkach, ale ich także tutaj brakuje. Trzeba się przyzwyczaić do pracy pod presją i nauczyć podejmować samodzielne decyzje.”

– „W Polsce pracowałam w aptece, w której wszystko zawsze było na „tip-top” – schludnie, czysto i na swoim miejscu. Dlatego największym szokiem na początku pracy było dla mnie to, iż niektóre apteki na Wyspach w porównaniu do polskich placówek są... delikatnie mówiąc brudnawe. „Tony” kurzu i ogólny bałagan to nierzadki widok.”

ROLA FARMACEUTY

Rola farmaceuty na Wyspach polega przede wszystkim na udzielaniu fachowych porad i na ostatecznym zatwierdzeniu poprawności recept przygotowanych do wydania przez techników („dispensatorów”). Szczególną wagę przywiązuje się tutaj do właściwego dawkowania i interakcji.

W Wielkiej Brytanii istnieją trzy główne grupy leków. „POM” to leki wydawane wyłącznie na receptę lekarską. Farmaceuta może jednak wydać niewielką ilość takiego środka w sytuacjach awaryjnych. Kolejna grupa nosi nazwę „P” – leki te może wydać z apteki tylko farmaceuta, lub personel pomocniczy za jego zgodą. OTC to leki, które może wydać z apteki każdy pracownik, są to zwykle małe opakowania popularnych leków, dostępne również poza apteką.

Brytyjczycy próbują swoje schorzenia zdiagnozować i wyleczyć

najpierw w aptece. Dlatego znaczenie farmaceuty jako doradcy pierwszego kontaktu jest tutaj większe niż w Polsce. Rola ta systematycznie wzrasta, ponieważ farmaceuci postrzegani są jako specjaliści, którzy w pewnych przypadkach mogą zastąpić lekarza. I choć wydanie niektórych leków jest obwarowane dodatkowymi warunkami (uzyskanie odpowiednich akredytacji czy przeprowadzenie wywiadu z pacjentem), generalnie farmaceuta w Wielkiej Brytanii może wydać wiele preparatów, które u nas dostępne są tylko na receptę.

Farmaceuta w Wielkiej Brytanii nie zajmuje się natomiast drażliwym u nas tematem, czyli kreowaniem cen. Dużą część leków na receptę pacjenci otrzymują bezpłatnie lub za ustalony ryczałt, nie biegają więc od apteki do apteki w poszukiwaniu oszczędności.

Większą rolę w wyborze apteki odgrywa wiedza i miłe usposobienie farmaceuty, dzięki któremu pa-

cjenci potrafią przywiązać się do danej placówki. Stali pacjenci wiedzą, iż zyskują także dodatkową korzyść. Wszystkie informacje dotyczące stosowanych przez nich leków trafiają do bazy danych, dzięki czemu farmaceuta może łatwiej wychwycić interakcje i nadzorować historię leczenia.

FARMACEUTA NA GODZINY

Farmaceuta w Wielkiej Brytanii może być zatrudniony na stałe w jednym miejscu lub pracować jako „skoczek”. „Rezydent” najczęściej pełni funkcje kierownika apteki i musi pogodzić się z tym, iż przypadnie mu w udziale spora część obowiązków managera. „Skoczek” może pracować dla różnych aptek jednej sieci („relief”) lub być całkowicie niezależnym „farmaceutą na godziny” („locum”). Taki farmaceuta podejmuje pracę tam, gdzie akurat danego dnia jest wakat. Może to oznaczać, że codziennie musi dojeżdżać do innej apteki.

JAK „NASZYCH” WIDZĄ INNI...

Ogólna opinia o polskich farmaceutach i ich pracy jest bardzo pozytywna. Jedna z rodowitych Brytyjek pracujących w tym zawodzie tak opisuje swoje doświadczenia: „Polacy, z którymi pracowałam zrobili na mnie raczej dobre wrażenie. Współpraca z nimi była łatwa, mieli miłą osobowość i dobrze mówili po angielsku. Ich mocną stroną było to, że dawali z siebie więcej niż niektórzy Anglicy.”

Brytyjscy farmaceuci nie czują się zagrożeni przez farmaceutów z Polski. W Wielkiej Brytanii są duże braki kadrowe w tym zawodzie. Do pracy przyjeżdżają nie tylko Polacy, ale także specjaliści z innych krajów Unii, a nawet z Bliskiego Wschodu, Afryki i Azji. Jak mówią Brytyjczycy – „na dzień dzisiejszy jest wystarczająco dużo pracy dla wszystkich”.

mgr farm. Olga Sierpniowska
fot. archiwum

Hormonalna terapia zastępcza – konieczność czy wybór?

Wg WHO (1996) naturalna menopauza to ostatnie krwawienie miesiączkowe, po którym przez 12 miesięcy miesiączka już nie występuje, przy czym nie stwierdza się żadnych patologicznych przyczyn tego stanu.

Perimenopauza (okres przedmenopauzalny) obejmuje od 2 do 8 lat poprzedzających menopauzę (w których zmiany rytmu miesiączkowania i objawy kliniczne zapowiadają menopauzę) oraz jeden rok po menopauzie. Po raz pierwszy objaw przekwitania został opisany w 1816 roku jako tzw. syndrom klimakteryczny. Obecnie menopauza jest problemem zdrowotnym dotyczącym 700 milionów kobiet na świecie i około 5 milionów kobiet w Polsce. Menopauza została uznana problemem społecznym, na co zdecydowany wpływ miało znaczne wydłużenie życia – na początku XXI wieku – średnia życia kobiet przekroczy 84 lata, co oznacza, że potencjalnymi pacjentkami może stać się połowa populacji. Ponadto wraz ze wzrostem długości życia okres pomenopauzalny stanowi dużą część życia kobiet, co przyczynia się do wzrostu znaczenia profilaktyki w przypadku chorób układu sercowo-naczyniowego i osteoporozy.

Uważa się że przyczyną przekwitania jest zaburzenie osi podwzgórze-przysadka-jajnik co w efekcie prowadzi do niedoboru estrogenów. Pojawiający się niedobór estrogenów jest przyczyną znacznej ilości problemów zdrowotnych kobiet, zarówno somatycznych, jak i psychoemocjonalnych. Pierwszą grupę stanowią objawy wypadowe (naczynioruchowe), zaburzenia funkcji układu moczowo-płciowego, zaburzenia trofiki tkanki łącznej i skóry, oraz zaburzenia psychoemocjonalne. Drugą grupę objawów stanowią choroby układu sercowo-naczyniowe-

go (choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej) i osteoporoza. Objawy wypadowe obejmują „uderzenia gorąca”, zlewne poty, zawroty głowy, podwyższenie temperatury ciała, kołatanie serca. Nasienie tych objawów określa się skalą Kuppermana, przy czym u kobiet otyłych w związku ze zwiększoną obwodową konwersją androgenów do estrogenów menopauza nie łączy się z objawami wypadowymi. Zmiany w układzie moczowym związane są głównie ze zwiotczeniem mięśni zwieraczy, co powoduje bolesne oddawanie moczu, częstomocz, zapalenia pęcherza moczowego, czy wysiłkowe nietrzymanie moczu. Zmiany zanikowe pojawiają się w pochwie, macicy i jajnikach i korelują z ustaniem czynności estrogenowej jajnika. Nabłonek staje się cieńszy, pochwa traci elastyczność i łatwiej ulega urazom. Objaw „suchej pochwy” jest najczęściej zgłaszaną dolegliwością kobiet po menopauzie. U około 75% kobiet obserwuje się w tym okresie nadmierne reakcje emocjonalne. Obejmują one głównie zaburzenia snu (spłyca się faza snu głębokiego), pojawiają się zaburzenia natury emocjonalnej (wahania nastroju, stany depresyjne) oraz zmiany w zachowaniu (nadpobudliwość, zaburzenia koncentracji). Objawy te, utrzymujące się przez długi czas, odpowiadają za znaczny wzrost ilości schorzeń oraz pogarszają jakość życia rodzinnego, zawodowego, jak i kontakty społeczne.

Znając patogenezę zmian występujących u kobiet w okresie menopau-



foto: archiwum

zy można podjąć odpowiednie postępowanie lecznicze, jakim jest hormonalna terapia zastępcza – HTZ (*Hormonal Replacement Therapy*). W Polsce, spośród potencjalnych kandydatek do HTZ leczeniem obejmuje się jedynie 1-2%, przyczyną czego jest lęk przed onkogenym działaniem estrogenów. Wiele kobiet nie akceptuje terapii hormonalnej i nie stosuje jej wcale lub przerywa ją w pierwszym lub drugim roku leczenia, dlatego bardzo ważna jest postawa lekarza i jasne określenie celów i korzyści wynikających ze stosowania HTZ. Stosowanie HTZ stanowi postępowanie lecznicze jak i profilaktyczne, zaakceptowane przez międzynarodowe zespoły badawcze. Działania lecznicze obejmują terapię krótkotrwałą (kilkuletnią), której celem jest zmniejszenie lub likwidacja objawów związanych z pojawieniem się menopauzy. Postępowanie profilaktyczne (terapia wieloletnia) ma na celu zapobieganie późnym objawom niedoboru estrogenów, głównie osteoporozie, chorobom układu krążenia, zmianom zanikowym układu moczowo-płciowego, atrofii skóry i błon śluzowych.

HTZ polega na stosowaniu preparatów z grupy estrogenów i ge-

stagenów, jako substytucji wygasłej aktywności hormonalnej jajników. Zasadą jest stosowanie tylko estrogenów naturalnych, które są dobrze tolerowane przez ustrój i wykazują najbardziej fizjologiczne działanie. Stosuje się estradiol estriol i estron oraz ich odpowiednie estry, jak również tzw. estrogeny koniugowane. Estradiol jest najaktywniejszym i najczęściej stosowanym estrogenem. Niestety estradiol bardzo słabo wchłania się z przewodu pokarmowego, i dlatego jego wchłanianie poprawiane jest stosowaniem form zmikronizowanych, a dawki w preparatach są tak dobrane aby skompensować złe wchłanianie. Drugim, jeśli chodzi o częstość stosowania, jest estriol. W porównaniu z estradiolem jego działanie biologiczne jest niewielkie (działa 100 razy słabiej od estradiolu). Stosowany głównie miejscowo (globulki, krem) wywiera korzystny wpływ na śluzówki układu moczowo-płciowego. Ostatni z estrogenów naturalnych – estron, w porównaniu z estradiolem wywołuje zdecydowanie słabsze działanie biologiczne (działa 10 krotnie słabiej z porównaniem z estradiolem), natomiast dobrze się wchłania. Ważną grupę estrogenów stanowią tzw. estrogeny koniugowane, uzyskiwane z moczu żrebnych klaczy. Związki te nie są aktywnie metabolizowane przez wątrobę, natomiast w przeciwieństwie do innych naturalnych estrogenów ich aktywność farmakologiczna jest większa. Bez względu na korzystny profil farmakologiczny zaleca się stosowanie najmniejszej skutecznej dawki estrogenu. Estrogeny stosowane w HTZ podawane są zarówno doustnie, jak i pozajelitowo. Zaznaczyć należy, że pozajelitowa droga podawania hormonów jest najbardziej zbliżona do fizjologicznej zarówno w zakresie dystrybucji, jak i metabolizmu. Droga doustna łączy się z przejściem całej puli podanych hormonów przez ścianę jelit i wątrobę, co łączy się nie tylko z koniecznością podania większej dawki hormonów, ale przyczynia się do zmiany proporcji estradiolu do estronu, na korzyść estronu i niekorzystnego wpływu na procesy metaboliczno-naczyniowe. W przypadku podań pozajelitowych 2/3 aktywnych hormonów dociera bezpośrednio do tkanek, a tylko 1/3 dociera do wątroby,

gdzie ulega wiązaniu z kwasem glukuronowym. Ponadto, możliwość podań parenteralnych umożliwiła stosowanie HTZ u pacjentek z chorobami wątroby, nadciśnieniem tętniczym, zaburzeniami metabolizmu glukozy, chorobami naczyń mózgu i siatkówki oraz u pacjentek z przebyłym zakrzepowym zapaleniem żył, czy udarem mózgu.

W celu profilaktyki (rak sutka, rak endometrium) w HTZ zaleca się preparaty złożone zawierające w składzie ochronnie działające gestageny (wyjątkiem są kobiety po usunięciu macicy). Zastosowany gestagen powinien zapewnić pełne przemiany wydzielnicze i zapobiegać zmianom rozrostowym błony śluzowej macicy. Do najkorzystniej działających gestagenów należy progesteron oraz dydrogesteron. Wykazują one bardzo silną aktywność antyproliferacyjną i gestagenną. Inne stosowane gestageny to pochodne 17-hydroksyprogesteronu (octan medroksyprogesteronu, octan cyproteronu, kapronian 17-hydroksyprogesteronu) i pochodne 19-nortestosteronu (noretisteron, lewonorgestrel). Pochodne te wykazują silniejsze niż progesteron działanie protestacyjne, antyestrogenowe oraz antygonadotropowe. Ponadto pochodne 19-nortestosteronu wykazują największą aktywność antyestrogenową (zmniejszenie ilości mitoz i receptorów dla estrogenów w błonie śluzowej macicy) i korzystniejszy wpływ ma metabolizm kości. Do najczęściej stosowanych preparatów złożonych w HTZ należą połączenia estrogenów z norgestrem, lewonorgestrem, noretisteronem i octanem cyproteronu.

Do udowodnionych korzystnych efektów HTZ zalicza się zniesienie lub złagodzenie objawów wypadowych (naczynioruchowych), złagodzenie zmian zanikowych w układzie moczowo-płciowym, spowolnienie procesów atroficznych skóry, profilaktykę miażdżycy i osteoporozy, oraz stabilizację nastroju. Niestety, chociaż HTZ daje wiele korzyści, nadal podzielone są zdania specjalistów jeśli chodzi o ryzyko związane z tak długim stosowaniem hormonów. Zagrożenia wynikające zastosowania HTZ to głównie niekorzystny wpływ estrogenów na gruczoł sutkowy i śluzówkę macicy. Wprawdzie związek ▶

KARSTULAN METALLI OY

KOMORY LAMINARNE

Nowoczesne i niezawodne fińskie komory (łozę) laminarne przeznaczone do przygotowania leków jałowych w aptekach.

Dzięki niewielkim wymiarom i wadze oraz wykonaniu w wersji nastołowej, bardzo łatwe do instalacji nawet w najmniejszym pomieszczeniu.

**NAJWYŻSZA JAKOŚĆ
ATRAKCYJNA CENA**



Produkowane w kilku wersjach rozmiarowych:

- **MINIFIL E** – 680 x 400 x 1032 mm *super cena*
- **MINIFIL** – 680 x 400 x 1158 mm
- **MIKROFIL** – 680 x 598 x 1158 mm
- **LAMIL** – 1000 x 598 x 1263 mm

Polecamy również:

- komory laminarne do aptek szpitalnych
- komory laminarne do prac z cytostatykami
- profesjonalne urządzenia do oczyszczania powietrza w pomieszczeniach, w których wymagana jest wysoka klasa czystości: C. A. PLUS 350 i C. A. PLUS 850.

Urządzenia KARSTULAN METALLI to:

- solidność profesjonalnego producenta – ISO 9001, CE
- prawie 30 lat doświadczenia w ich produkcji
- nowoczesna technologia, niezawodne działanie
- najwyższej jakości podzespoły, w tym filtry HEPA
- prosta obsługa i konserwacja, niskie koszty eksploatacji
- natychmiastowa dostawa z magazynu w Warszawie
- autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny, w tym pomiary kontrolne i walidacja
- 24 miesięczne gwarancje

Wyłączny importer i przedstawiciel:
PHU SELMA IMPORT-EXPORT
ul. Cieszyńska 4/85, 02-716 Warszawa
tel. 0-22 847 8138, 0-601 347421
tel./fax 0-22 646 1320
www.selma.pl e-mail: selma@post.pl

► pomiędzy stosowaniem hormonalnej terapii zastępczej, a ryzykiem pojawienia się raka sutka jest tematem kontrowersyjnym, istnieją wystarczające dane potwierdzające wzrost ryzyka raka sutka przy długotrwałej substytucji estrogenowej. Przy czym zaznaczyć należy, że jednocześnie podanie z estrogenami progestagenów znosi to ryzyko lub zmniejsza je w zdecydowanym stopniu. W przypadku raka endometrium estrogenów są głównym czynnikiem ryzyka, ponieważ stymulują proliferację komórek endometrialnych, a proliferacja jest stanem poprzedzającym karcinogenezę. Zaznaczyć należy, że ryzyko rośnie wraz z wydłużaniem się okresu stosowania, z chwilą odstawienia estrogenów ryzyko się obniża. Bezpieczeństwo terapii można także w znacznym stopniu zwiększyć dodaniem gestagenów, które chronią endometrium przed proliferacyjnym wpływem estrogenów.

HTZ ma obecnie zarówno swoich zwolenników, jak i przeciwników. Bez wątplenia HTZ zapobiega niekorzystnym objawom występującym w okresie menopauzy, a w późniejszym czasie wystąpieniu chorób układu sercowo-naczyniowego i osteoporozy, jednak nadal zdaje się przeważać obawa przed niekorzystnymi działaniami ubocznymi terapii hormonalnej. ■

dr n. farm. Ewa Polepszak
Katedra i Zakład Farmakodynamiki
Akademia Medyczna w Lublinie

Piśmiennictwo:

1. Cicinelli E.: *Direct transport of progesterone from vagina to uterus. Obstet. Gynecol.* 2000, 95, 403-406.
2. Ellerington M.C., Whitcroft S.I.J., Whitehead M.I.: *Therapeutic and preventive aspects of estrogen and progesterone therapy. W: Comprehensive management of menopause. Red. J. Lorrain, L. Plouffe Jr, V. Ravnikar, L. Speroff, N. Watts. Springer-Verlag, New York, 1993, 269-285.*
3. Jakowicki J.A.: *Klimakterium. Biofolium, Lublin, 2001.*
4. Paszowski T., Wojewoda K.: *Nowe trendy w hormonalnej terapii zastępczej – czy więc znaczącej? N. Med., 2002, 10, 2-6.*
5. Roberts P.J.: *The menopause and hormone replacement therapy: views of woman in general practice receiving hormone replacement therapy. Br. J. Gen. Pract., 1991, 41, 421-424.*
6. Skalba P.: *Hormonalna terapia zastępcza. PZWL, Warszawa, 2002.*
7. Słomko Z.: *Leki w ginekologii. Springer, PWN, Warszawa, 1997.*
8. Speroff L., Glass R.H., Kase N.G.: *Menopause and postmenopausal hormone therapy. W: Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, wyd. 5, C. Mitchell, London 1994, 583-650.*

Leczące wsparcie

Liczba kobiet, które chorują na nowotwór złośliwy piersi zwiększa się z roku na rok. W Polsce notuje się prawie 10.000 nowych przypadków zachorowań rocznie.

Każda kobieta, u której stwierdzono nowotwór złośliwy piersi powinna poddać się leczeniu onkologicznemu. Obecnie leczenie raka piersi polega na kojarzeniu chirurgii (mastektomia), chemioterapii, radioterapii i hormonoterapii.

Choroba to stan wymagający wsparcia najbliższych, choroba nowotworowa wymaga szczególnego wspomnienia. Każda niekorzystna zmiana własnego wyglądu kobiety to sprawa bardzo delikatna, osobista, niemal intymna. *Przez dziesięć lat zmagam się z chorobą. Idzie mi dobrze dzięki wsparciu rodziny i przyjaciół. Prowadziłyśmy niekończące się rozmowy nocne – o raku, bólu, cierpieniu, śmierci i nadziei – mówi Anna Mazurkiewicz o swojej przyjaciółce Bożenie Winch, psychoonkologu – To dzięki niej mogłam zadać lekarzom każde pytanie i dzielnie czekać na wyniki badań.*

Szczególnie trudna jest sytuacja kobiet, które musiały poddać się amputacji piersi. Utrata piersi - symbolu kobiecości, atrakcyjności i macierzyństwa, rodzić może obawy o brak akceptacji ze strony partnera, o rozbitcie rodziny. *Choroba jest testem na miłość i na dojrzałość – mówi znana pisarka Krystyna Kofta – Po wielu latach małżeństwa, właśnie za sprawą poważnej choroby nowotworowej uczucia powróciły z wielką siłą, chociaż przybrały formę czułości. Ręka męża zawsze była w pobliżu, gdy ból po chemioterapii stawał się nie do zniesienia.*

Kampania „Breast Friends – Przyjaciele od Piersi” propaguje dwa aspekty walki z rakiem piersi: psychologiczny i merytoryczny. Akcja zachęca kobiety z diagnozą raka piersi, aby korzystały z odpowiedniego wsparcia i nie walczyły z nowotworem samotnie. Bliska osoba – „Przyjaciel od Piersi” – ma być psychicznym oparciem i pomagać chorej przejść przez kryzys związany z chorobą. Przyjaciel ma zadbać także, aby rozpoznanie nowotworu było pełne, a pacjentka wiedziała o swoim raku jak najwięcej.

Emocje towarzyszące osobie chorej i jej przyjacielowi stały się dla fotografa Rankina inspiracją, ale były też wyzwaniem. *Niedawno w mojej rodzinie pojawił się problem raka piersi – mówi autor zdjęć - Spodobało mi się inne podejście do tematu nowotworów. Na zdjęciach chciałem utrwalić związek pomiędzy osobami i różne uczucia, które przeżywały (...). Mam nadzieję, że wystawa doda chorym kobietom optymizmu i nadziei.”*

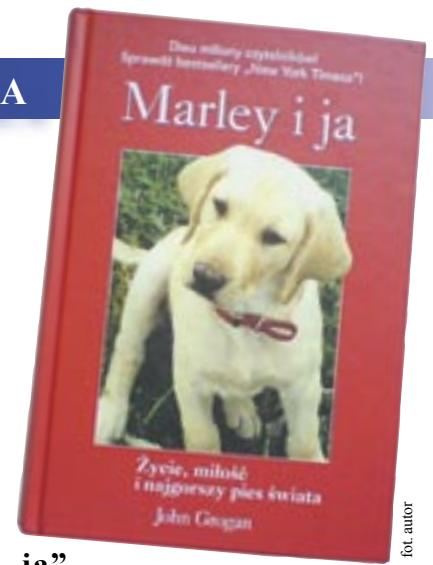
Z chorobą trzeba walczyć, nie można się jej zwyczajnie poddać. Pośród Amazonek większość pań to kobiety niezwykle aktywne. Efektywnie wykorzystywany czas jest terapią. Czasem zdarza się, że walka z chorobą daje inną perspektywę życia i... rodzi się potrzeba tworzenia. Powstaje wiele ciekawych prac niezwykle twórców. Jedną z nich prezentujemy powyżej.



Alicja Kolasa – laureatka III miejsca w kategorii sztuki plastyczne w konkursie RAK TO WIELKA SZTUKA ŻYCIA OD NOWA

Anka Domańska

Marley – sztuka bezwarunkowej miłości



fot. autor

Kto to jest Marley? Pies – rasy labrador retriever. Kto to jest – „ja” w tytule książki? Autor – człowiek. Kto jest na pierwszym miejscu w tytule książki? Pies.

Teoretycznie i nie tylko najpierw powinien być człowiek a przy jego boku pies. Hierarchia powinna być zachowana, ale czytając tę książkę, przekonujemy się, że zdarzają się wyjątki od reguły i wcale nie jest pewne, czy obowiązujące zasady należą tylko dla zasady, stosować.

A wszystko zaczęło się od tego, iż autor w młodości, od dziesiątego roku życia wychowywał się wraz z psem, który znalazł się w tej rodzinie od szczeniaka. Pies był nadzwyczaj spokojny, grzeczny, karny, bez szemrania przyjmował wszelkie nakazy i zakazy.

I z takim obrazem miłego psa autor wszedł w lata dorosłe. Ale zdarzyło się coś, co zburzyło ten obraz i w podtytule książki autor napisał: życie, miłość i najgorszy pies świata.

Od razu wyjaśniam, to nie jest książka dla psiarzy, to nie jest książka instruktażowa jak postępować z psem, czym go karmić, jak dbać o jego zdrowie. To jest książka o życiu, o rodzinie, o wzajemnych uczuciach rodziców i rodziców wobec dzieci, dzieci wobec rodziców, a w tym całym rodzinnym ambarasie funkcjonuje pies.

Labrador, którą to rasę literatura wychwalała pod niebiosa. Wskazywano na ufne i zrównoważone usposobienie labradorów, ich łagodność wobec dzieci, brak agresji i oddanie. Ponieważ są inteligentne i łatwo poddają się tresurze, nadają się na psy ratownicze i do poszukiwania zaginionych osób, często zostają przewodnikami ludzi niewidomych i niepełnosprawnych. „Wszystkie te cechy były pożądane u psa w domu, w którym z pewnością prędzej czy później pojawią się dzieci”- pisze autor. Ale trójka dzieci była później, najpierw był pies, który towarzyszył wszystkim przez trzynaście lat. Pod imieniem Marley dla upamiętnie-

nia rodzącej się miłości małżonków w rytmie reggae Boba Marleya. „Im więcej go słuchaliśmy, tym bardziej czuliśmy się zakochani w południowej Florydzie i w sobie”.

A dlaczego zakochani we Florydzie? Bo wszystko dzieje się w Stanach Zjednoczonych, a autor John Grogan – właściciel Marleya, mąż Jenny, ojciec Colleen, Particka i Conora jest felietonistą w jednym z największych amerykańskich prestiżowych dzienników „Philadelphia Inquirer”.

Ta książka, to ponad trzysta stron wartkiego opisu, w stylu wielkiego, nie pozbawionego humoru i refleksji felietonu o trzynastu wspólnych latach z psem, który okazał się wcale nie potulnym, lecz oddanym i nie pozbawionym charakterku domownikiem. „Gdyby taki klub istniał, to Marley – pieszczołliwie zauważa autor – powinien należeć do klubu Najbardziej Upiędrliwych Psów Świata”.

Między innymi uwielbiał ciągle mieć coś w pysku „... zawsze reagował tak samo: trzeba złapać najbliższy kapeć, poduszkę, ołówek – tak naprawdę cokolwiek – i uciekać. Czasem przedmioty, które chwycił, były tak małe, że dawały się całkiem schować, co wprawiało go w szczególną euforię – jakby sądził, że nikt tego nie zauważy. ... Kiedy w końcu udało mi się go dopaść i rozewrzeć mu szczęki, nigdy nie odchodziłem z pustymi rękami. Zawsze znajdowałem tam coś, co wygrzebał z kosza albo podniósł z podłogi, a później gdy urósł, co udało mu się ściągnąć ze stołu. Ręczniki papierowe, zużyte chusteczki do nosa, paragony ze sklepu, korki od wina, spinacze, pionki szachowe, zakrećki od butelek – ogólnie rzecz biorąc, zawartość wysypiska śmieci. Kiedy pewnego razu otworzyłem mu pysk, ujrzałem czek z moją wypłatą przylepiony do podniebienia”.

Ale Marley, oprócz tego, że był niezdolnym, rozbrykanym, krnąbrnym psem był również wiernym i niezawodnym przyjacielem, kochanym stworzeniem, które uczyło swoich właścicieli, jak cieszyć się ulotnymi chwilami i co jest naprawdę ważne.

Dzięki tej książce możemy sobie uświadomić – „... że każdy dzień, każda godzina i minuta zasługują na adorację”.

Gdy Marley opuścił rodzinę, odszedł na zawsze na Wielką Łąkę, jak to ujął autor, przyszedł czas wspomnień wspólnie przeżytych chwil.

John Grogan pisze – „dołączył do nas, gdy borykaliśmy się z tym, z czym, każda para musi się w którymś momencie skonfrontować – z czasami bolesnym procesem wykuwania z dwóch osobnych przeszłości wspólnej przyszłości. Tak jak my pomagaliśmy mu wyrosnąć na rodzinnego psa, którym miał być, tak on pomagał nam ukształtować się w parę, w rodziców, w miłośników zwierząt, w dorosłych ludzi. Mimo wszystko, mimo rozczarowań i niespełnionych oczekiwań, Marley przekazał nam dar jednocześnie bezcenny i bezpłatny. NAUCZYŁ nas sztuki bezwarunkowej miłości. Jak ją dawać i jak ją przyjmować. Kiedy to się potrafi, większość innych spraw sama znajduje właściwe dla siebie miejsce”.

Historia psa Marleya bawi i zarazem wzrusza do łez. Mamy szansę zrozumieć własnego psa, jeśli go posiadamy i sens własnego życia, nawet, jeśli psa nie mamy.

Wacław Bierkowski

„Marley i ja”

Wydawca: Wydawnictwo Pierwsze, 2006 r.

Rowerem do Bychawy, do Wiednia lub prosto przed siebie

Wiosna. Jak co roku wyczekiwana z utęsknieniem. Wraz z nią zastrzyk dobrej energii, optymizmu i sił witalnych, czyli idealny moment na wyjście z domu i wzmocnienie naszych uspionych zimą organizmów. Każda forma rekreacji, która wyrwie nas z komputerów i z samochodów będzie dobra. Dziś chciałem przypomnieć o wspałym i prostym wynalazku, jakim jest rower.

Jazda rowerowa jest doskonałą formą poprawy kondycji fizycznej a jednocześnie zapewnia kontakt z naturą i pozwala na zwiedzanie ciekawych miejsc. Same plusy – pedałowac może dosłownie każdy – należy jedynie dostosować trudność trasy do naszych aktualnych możliwości. A kiedy dzięki regularnym przejażdżkom czujemy się silni – możemy pokusić się o start w zawodach lub wypuścić w dłuższą wakacyjną wyprawę. I o tych możliwościach chciałem teraz napisać.

Najpierw zaproszenie – do Bychawy. Tam bowiem w dniach 18-19 maja odbędą się Mistrzostwa Polski Medyków w kolarstwie szosowym. Już po raz czwarty odbędą się, pewnie jak zwykle świetnie zorganizowane, wyścigi na czas i jazda ze startu wspólnego. Polecam te zawody – frekwencja jest ogromna, a peleton barwny.

A jeśli ktoś zamiast na zawody szykuje się do wakacyjnych wojaży rowerem – oto zaproszenie do Austrii. **Mgr farm. Maciek Olejniczak z Radomska** (dwukrotny Mistrz Polski w przełajach) tak opisuje swoją wyprawę nad Dunaj: *Latem, na przełomie lipca i sierpnia w 2006r. postanowiłem wraz kolegą spędzić na rowerze kilka wakacyjnych dni urlopu poza ojczystymi granicami. Wybór padł na Austrię, która z pewnością jest jedną z wielkich atrakcji turystycznych w Europie, a dla miłośników rekreacji rowerowej z*

pewnością największą, jest tzw. ścieżka rowerowa wzdłuż Dunaju – Donauradweg. Jest to pas asfaltu szerokości kilku metrów przeznaczony tylko dla rowerzystów, który prowadzi brzegiem tej rzeki. Od St. Georgen w Szwarzwaldzie poprzez Bawarię, Austrię do Bratysławy trasa liczy ok. 1000 km. Analizując dokładnie trasę jako miejsce startu naszej wycieczki i za razem wariant optymalny wyjazdu wybraliśmy: jazdę samochodem z rowerami do Passau i dalej już na rowerach w kierunku północnym szlakiem rowerowym wzdłuż Dunaju. Szlak Naddunajski jest świetnie przygotowany. Co 20-30, najdalej 40 kilometrów są miasteczka lub większe osiedla, z informacją turystyczną czynną – naturalnie też w soboty i niedziele – do późnych godzin wieczornych, gdzie pracownicy chętnie wskażą adres taniej kwatery położonej przy szlaku. Dziennie pokonywaliśmy średnio 150-180 km. Te odległości nie są tak trudne do przejechania, jakby wynikało z liczby kilometrów, a to z powodu naturalnego spadku doliny rzeki. Poza tym przeważają wiatry zachodnie, wiejące w plecy turysty. Nie czujemy zmęczenia z jeszcze innego powodu: cały czas podziwia się przepiękne widoki i krajobrazy. Odcinki trasy prowadzące koroną wałów przeciwpowodziowych łączą w sobie przyjemność jazdy na rowerze z poczuciem wolności, jaką daje żeglarstwo – taki charakter nadaje jej

rzeka. Czasem szlak odchodzi od wody. Jedzie się wówczas mało uczęszczanymi bocznymi drogami asfaltowymi, przecinającymi winnice i sady, prowadzonymi u stóp wzgórz, na których stoją zamki. Przejeżdża przez ukwiecone wsie i średniowieczne miasteczka. Jazda na rowerze w Austrii ma zupełnie inny charakter niż w Polsce. Zwiedzanie na dwóch kółkach np. Wiednia nie ma nic wspólnego z walką o przeżycie jak na polskich szosach i ulicach, gdzie rowerzysta jest traktowany jako nieznośny intruz. W informacji turystycznej można zaopatrzyć się w przewodnik rowerowy o Donauradweg. Opisano w nim bardzo szczegółowo trasy, ich warianty, przedstawione są też wszystkie zabytki. W lecie wzdłuż całego Dunaju, w co drugiej miejscowości odbywają się jakieś festiwale, festyny, zabawy. Oglądaliśmy uliczne teatryki i orkiestry, kabarety, przedstawienia dla dzieci itd. Austria jest krajem bardzo przyjaznym dla rowerzystów, jazda na rowerze jest powszechnym sposobem rekreacji. Austria okazała się krajem niezwykle gościnnym, a trzy i pół dnia pedałowania i przejechanie ok. 600 km pozwoliły naładować akumulatory przed powrotem do codziennych obowiązków. Wracając do Polski obiecaliśmy sobie, że za rok wybierze się tam ponownie z jeszcze większą przyjemnością.

mgr farm. Filip Olejniczak



- ✓ Zgodna z rozporządzeniem Ministra Zdrowia
- ✓ Nowatorskie rozwiązanie
- ✓ Niezbędna w aptece



Książka kontroli

Ewidencja przychodów i rozchodów
środków odurzających grupy I-N
i substancji psychotropowych grupy II-p
preparatów zawierających te środki lub substancje.



29 złotych za egzemplarz*

Lepiej niż dotychczas!
Taniej niż gdzie indziej!

Do nabycia w Wydawnictwie Naczelnej Izby Aptekarskiej, ul. Długa 16, 00-238 Warszawa.
Prowadzimy również sprzedaż wysyłkową za zaliczeniem pocztowym.
Zamówienie na sprzedaż wysyłkową można składać telefonicznie: 022 635 02 39,
faksem: 022 887 50 32 lub pocztą elektroniczną na adres: wydawnictwo@nia.org.pl.

* koszt przesyłki pokrywa zamawiający

WYBIERAM ŻYCIE

PRESTARIUM® 5 mg i 10 mg



jako efekt rozwoju postaci farmaceutycznej leku

- Nowe połączenie substancji aktywnej
- Nowa powlekana tabletki
- Nowe opakowanie

Większa STABILNOŚĆ = SKUTECZNOŚĆ,
BEZPIECZEŃSTWO i TOLERANCJA
w każdych warunkach

Firma **SERVIER** została uhonorowana
Laurem Farmacji i Medycyny
za rozwój postaci farmaceutycznej
leku **PRESTARIUM**



Nowa forma **PRESTARIUM 5 mg i 10 mg** jest jedyną postacią peryndoprylu, która przy najbardziej restrykcyjnych wymaganiach wykazuje **większą stabilność**. Te wyjątkowe właściwości pozwoliły na wydłużenie okresu trwałości leku bez żadnych szczególnych zaleceń odnośnie warunków transportu, dystrybucji oraz przechowywania do okresu 3 lat.

Stabilność = Skuteczność + Bezpieczeństwo

Not stosować w kofeinie w ciąży

PRESTARIUM® 5 mg, tabletki powlekane (Prestarium arginine) - substancja czynna: 5 mg peryndoprylu z argininy równoważne 3,395 mg peryndoprylu. • **PRESTARIUM® 10 mg** - substancja czynna: 10 mg peryndoprylu z argininy równoważne 6,790 mg peryndoprylu. **Wskazania do stosowania.** **PRESTARIUM® 5 mg** - nadciśnienie tętnicze, objawy niewydolności serca, stabilne choroby wieńcowe w celu zmniejszenia ryzyka incydentów sercowych u pacjentów z zawałem mięśnia serca i / lub rewalidacją w wywiadzie. **PRESTARIUM® 10 mg** - nadciśnienie tętnicze, stabilne choroby wieńcowe w celu zmniejszenia ryzyka incydentów sercowych u pacjentów z zawałem mięśnia serca i / lub rewalidacją w wywiadzie. **Dozwolone i sposób podawania** lek przyjmować raz na dobę, rano, przed posiłkiem; dawki należy ustalić indywidualnie.

• **Nadciśnienie tętnicze** lek może być stosowany w monoterapii i w leczeniu skojarzonym. Zalecana dawka - 5 mg, raz na dobę, rano, po posiłku; można ją zwiększyć do 10 mg, raz na dobę, rano. • U pacjentów z dużą aktywnością układu serca - angiotensyna - aldosteron (zawężenie u pacjentów z nadciśnieniem naczyniowo-narkowym, zaburzeniami wrodzono-ekstremalnymi, dylatacyjną chorobą serca, niewydolnością serca) zwiększyć do 10 mg, raz na dobę, rano. • U pacjentów z dużą aktywnością układu serca - angiotensyna - aldosteron (zawężenie u pacjentów z nadciśnieniem naczyniowo-narkowym, zaburzeniami wrodzono-ekstremalnymi, dylatacyjną chorobą serca, niewydolnością serca) zwiększyć do 10 mg, raz na dobę, rano. • **Stabilne choroby wieńcowe** - lek należy stosować w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami. Zalecana dawka początkowa 5 mg, raz na dobę, rano. • **Stabilne choroby wieńcowe** - lek należy stosować w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami. Zalecana dawka początkowa 5 mg, raz na dobę, rano. • **Stabilne choroby wieńcowe** - lek należy stosować w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami. Zalecana dawka początkowa 5 mg, raz na dobę, rano. • **Stabilne choroby wieńcowe** - lek należy stosować w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami. Zalecana dawka początkowa 5 mg, raz na dobę, rano.

• **Stabilne choroby wieńcowe** - lek należy stosować w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami. Zalecana dawka początkowa 5 mg, raz na dobę, rano. • **Stabilne choroby wieńcowe** - lek należy stosować w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami. Zalecana dawka początkowa 5 mg, raz na dobę, rano. • **Stabilne choroby wieńcowe** - lek należy stosować w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami. Zalecana dawka początkowa 5 mg, raz na dobę, rano.

• **Stabilne choroby wieńcowe** - lek należy stosować w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami. Zalecana dawka początkowa 5 mg, raz na dobę, rano. • **Stabilne choroby wieńcowe** - lek należy stosować w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami. Zalecana dawka początkowa 5 mg, raz na dobę, rano. • **Stabilne choroby wieńcowe** - lek należy stosować w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami. Zalecana dawka początkowa 5 mg, raz na dobę, rano.

TERAZ REFUNDOWANE!

TERAZ REFUNDOWANE!

• **Stabilne choroby wieńcowe** - lek należy stosować w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami. Zalecana dawka początkowa 5 mg, raz na dobę, rano. • **Stabilne choroby wieńcowe** - lek należy stosować w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami. Zalecana dawka początkowa 5 mg, raz na dobę, rano. • **Stabilne choroby wieńcowe** - lek należy stosować w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami. Zalecana dawka początkowa 5 mg, raz na dobę, rano.

• **Stabilne choroby wieńcowe** - lek należy stosować w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami. Zalecana dawka początkowa 5 mg, raz na dobę, rano. • **Stabilne choroby wieńcowe** - lek należy stosować w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami. Zalecana dawka początkowa 5 mg, raz na dobę, rano. • **Stabilne choroby wieńcowe** - lek należy stosować w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami. Zalecana dawka początkowa 5 mg, raz na dobę, rano.

• **Stabilne choroby wieńcowe** - lek należy stosować w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami. Zalecana dawka początkowa 5 mg, raz na dobę, rano. • **Stabilne choroby wieńcowe** - lek należy stosować w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami. Zalecana dawka początkowa 5 mg, raz na dobę, rano. • **Stabilne choroby wieńcowe** - lek należy stosować w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami. Zalecana dawka początkowa 5 mg, raz na dobę, rano.

