

Patronat  
POLSKIE  
TOWARZYSTWO  
LEKARSKIE  
POLSKI  
KOMITET  
ZIELARSKI

ISSN 1233-2755  
Vol. XIX  
Rok założenia 1992  
Nr 1 (217)  
Styczeń 2012

Punktacja:  
Ministerstwa Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego: 6 pkt  
Index Copernicus  
Wydawnictwo Farmapress®: 10,63 pkt

# A CZASOPISMO PTEKARSKIE

Kontynuator tradycji Czasopisma utworzonego w roku 1871 we Lwowie

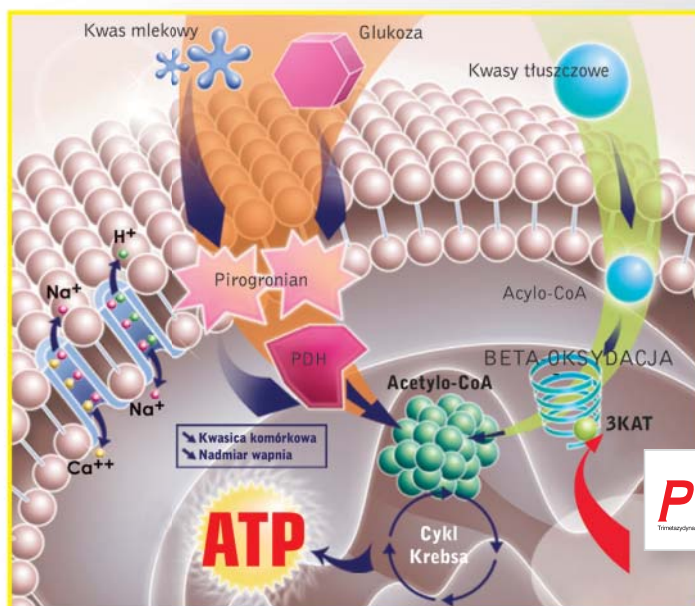
**W numerze m.in.** *dr n. med. Grzegorz Kucharewicz* – Trzeba  
pozytywnistycznego wysiłku, by ratować polskie aptekarstwo...  
*dr n. farm. Agnieszka Zimmermann* – Nowe zasady  
funkcjonowania aptek

## PREDUCTAL<sup>®</sup> MR

Trimetazydyna

### Modulacja metaboliczna w niedokrwionym kardiomiocycie

**POPRAWA kurczliwości**



PREDUCTAL<sup>®</sup> MR

\*Fragasso, European Heart Journal(2006)27, 942-948

**SERVIER**  
Odkrycia dające nadzieję

PM/11/08/31

## PREDUCTAL® MR

(Trimetazidini dihydrochloridum)

tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg

### Skład

Jedna tabletka o zmodyfikowanym uwalnianiu zawiera 35 mg trimetazydyny dichlorowodoru (*Trimetazidini dihydrochloridum*).

### Wskazania do stosowania

- W kardiologii: długotrwałe leczenie choroby niedokrwiennej serca – zapobieganie napadom dławicy piersiowej, w skojarzeniu z innymi lekami.
- W otolaryngologii: leczenie ślimakowo-przedsionkowych zaburzeń wywołanych niedokrwieniem, takich jak zawroty głowy, szumy uszne, niedosłuch.

### Dawkowanie i sposób podawania

Zwykle stosuje się 35 mg trimetazydyny dichlorowodoru 2 razy na dobę: po 1 tabletkę rano i wieczorem, podczas posiłków; tabletkę należy popić szklanką wody.

U pacjentów w podeszłym wieku oraz przed zabiegiem chirurgicznym modyfikacja dawki nie jest konieczna.

### Przeciwwskazania

Nadwrażliwość na trimetazydynę lub którąkolwiek substancję pomocniczą produktu Preductal MR.

### Ostrzeżenia i specjalne środki ostrożności dotyczące stosowania

Preductal MR nie jest produktem do leczenia napadów dławicy piersiowej, ani też leczenia początkowego niestabilnej dławicy piersiowej lub zawału mięśnia sercowego. Nie należy stosować produktu w okresie poprzedzającym hospitalizację ani też na jej początku. W przypadku napadu dławicy piersiowej należy ponownie ocenić chorobę wieńcową oraz rozważyć dostosowanie sposobu leczenia (leczenie farmakologiczne i możliwość wykonania rewaskularyzacji).

U pacjentów z niewydolnością nerek należy zachować szczególną ostrożność i w razie potrzeby należy zmniejszyć dawkę leku. U pacjentów z zaburzoną czynnością nerek (klirens kreatyniny <40 ml/min) należy rozważyć zmniejszenie dawki. U pacjentów

z ciężką niewydolnością nerek (klirens kreatyniny <15 ml/min) nie zaleca się stosowania produktu Preductal MR.

### Ciąża i laktacja

Z powodu bezpieczeństwa nie zaleca się stosowania leku w czasie ciąży. Ze względu na brak odpowiednich badań nie zaleca się stosowania leku w okresie karmienia piersią.

### Działania niepożądane

Trimetazydyna może powodować następujące działania niepożądane pogrupowane według poniższych częstości występowania: bardzo częste ( $\geq 1/10$ ); częste ( $\geq 1/100$  do <1/10); niezbyt częste ( $\geq 1/1\,000$  do <1/100); rzadkie ( $\geq 1/10\,000$  do <1/1\,000); bardzo rzadkie (<1/10\,000), w tym pojedyncze przypadki.

**Zaburzenia żołądka i jelit:** Często: ból brzucha, biegunka, niestrawność, nudności i wymioty.

**Zaburzenia ogólne:** Często: astenia.

**Zaburzenia układu nerwowego:** Często: zawroty głowy, ból głowy. Bardzo rzadko: objawy pozapiramidowe (drżenie, sztywność, bezruch), przemijające po przerwaniu leczenia.

**Zaburzenia skóry:** Często: wysypka, świąd, pokrzywka.

**Zaburzenia naczyniowe:** Rzadkie: niedociśnienie ortostatyczne, zaczerwienienie twarzy.

### Podmiot odpowiedzialny

ANPHARM Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne S.A.  
ul. Annopol 6B, 03-236 Warszawa

Wyprodukowano we współpracy z SERVIER.

**Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu wydane przez ministra zdrowia nr 8461**

**Produkt leczniczy wydawany na receptę.**

### Adres korespondencyjny:

Servier Polska Sp. z o.o.  
01-248 Warszawa  
ul. Jana Kazimierza 10  
tel. (22) 594 90 00, fax (22) 594 90 10  
Internet: [www.servier.pl](http://www.servier.pl)  
e-mail: [info@pl.netgrs.com](mailto:info@pl.netgrs.com)

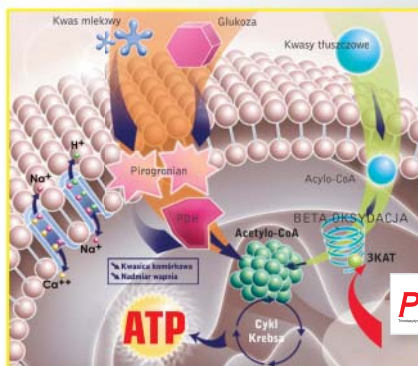
(13.07.2011)

# PREDUCTAL® MR

Trimetazydyna

## Modulacja metaboliczna w niedokrwionym kardiomyocycie

### POPRAWA kurczliwości



# PREDUCTAL® MR

\*Frasson, European Heart Journal (2006) 27, 942-948

**SERVIER**  
Odkrycie. Innowacje. Medycyna.

PM 1110021

**Punktacja:**  
**Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego – 6 pkt**

**Indeks Copernicus:**  
**Wydawnictwo Farmapress® – 10,63 pkt**

Niezależny Ogólnopolski Miesięcznik Farmaceutyczno-Medyczny  
dla Aptekarzy, Farmaceutów, Lekarzy, Producentów i Dystrybutorów Leków  
Wydawca, Redaktor Naczelny: **Wiktor Szukiel** – tel. kom. 601 282 404

Pełnomocnik Wydawcy Z-ca Redaktora Naczelnego:  
**Jadwiga Szymańska** – tel. kom. 601 986 688, tel. (22) 879-92-62  
Honorowy z-ca Redaktora Naczelnego: mgr prawa **Barbara Jendryczko**  
Honorowy z-ca Redaktora Naczelnego: dr n. farm. **Marek Jędrzejczak**

Sekretarz Redakcji: **Bogdan Ostrowski**

#### **RADA NAUKOWA**

prof. dr hab. n. farm. **Kazimierz Główniak**  
kierownik Katedry i Zakładu Farmakognozji z Pracownią  
Roślin Leczniczych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie – przewodniczący

prof. dr **Benito del Castillo Garcia**  
członek Narodowej Akademii Farmaceutycznej w Hiszpanii

prof. dr hab. n. farm. **Roman Kaliszan** czł. koresp. PAN i PAU  
kierownik Katedry i Zakładu Biofarmacji i Farmakodynamiki,  
Gdański Uniwersytet Medyczny

prof. dr hab. n. farm. **Sławomir Lipski**  
Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii

prof. dr hab. n. farm. **Maciej Pawłowski**  
kierownik Katedry Chemii Farmaceutycznej,  
Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum

prof. dr n. farm. **Eduardas Tarasevicius**  
Prezes Litewskiego Towarzystwa Farmaceutycznego (Litwa)

prof. dr hab. n. med. **Jerzy Woy-Wojciechowski**  
prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

dr hab. n. farm. **Anita Magowska**  
kierownik Katedry i Zakładu Historii Nauk Medycznych,  
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

dr n. farm. **Roman Duda**  
Okręgowa Izba Aptekarska w Kielcach

dr n. farm. **Jerzy Jambor**  
prezes Polskiego Komitetu Zielańskiego w Poznaniu

dr n. farm. **Marek Jędrzejczak**  
wykładowca farmakologii na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego

dr n. farm. **Jerzy Łazowski**  
członek Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej (FIP)

Pomysł artystyczny i koncepcja typograficzna – **Bogdan Ostrowski**  
Opracowanie graficzno-techniczne i korekta – **Zespół**

*Redakcja zastrzega sobie prawo adiustacji i skracania nadestanych tekstów. Publikacje w „Czasopiśmie Aptekarskim” nie mogą być kopiowane w żadnej formie ani żadnymi metodami mechanicznymi lub elektronicznymi, łącznie z wykorzystaniem systemów przechowywania i odtwarzania informacji bez pisemnej zgody wydawcy, Wydawnictwa Farmapress.*

Realizacja Wydania

**FARMAPRESS**

Biurowy Wydawcy i Redakcji: **Zofia Soborowska**  
ul. Obarowska 23/2, 04-337 Warszawa Box 81  
tel. 22 879-98-69, fax 24 22 879-92-32  
e-mail: cza@cza.pl

Kolportaż i prenumerata: tel. 22 879-98-69

Prenumerata roczna – 210 zł (w tym VAT 5%)

Prenumerata półroczna – 126 zł (w tym VAT 5%)

Wpłaty należy dokonywać na konto: 13 1130 1017 0200 0000 0005 1195

Adres strony WWW „Czasopisma Aptekarskiego”: **www.cza.pl**

„Czasopismo Aptekarskie” ukazuje się tylko w prenumeracie.  
Za treść tekstów promocyjnych, reklam, ogłoszeń, insertów  
Redakcja nie odpowiada.

Nakład nie przekracza 15 000 egz.

Tytuł i znak słowno-graficzny prawnie zastrzeżony.  
Świadectwo ochronne nr 106721 i nr 145359  
wydane przez Urząd Patentowy RP

© Copyright by FARMAPRESS®

## **Lek stosowany poza zarejestrowanymi wskazaniami – bez refundacji!**

Art. 6 ust. 1 nowej ustawy refundacyjnej wprowadził pojęcie kategorii dostępności refundacyjnej i wyróżnił m.in. kategorię:

- lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny dostępny w aptece na receptę
  - a) w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń,
  - b) we wskazaniu określonym stanem klinicznym.

W kontekście powyższego wydaje się, że należy uczulić farmaceutów na ważną w praktyce aptecznej sprawę dotyczącą obowiązujących od 1 stycznia 2012 roku przepisów dotyczących recept na leki stosowane poza wskazaniami rejestracyjnymi. Z zapisu ustawy refundacyjnej można bowiem wnioskować, że zalegalizowane zostanie stosowanie w ramach refundacji leków poza wskazaniami rejestracyjnymi, wynikającymi z Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL) i możliwe będzie ich ordynowanie zgodnie ze wskazaniem klinicznym.

Tymczasem obwieszczenie ministra zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w załączonej tabeli określa **zakres wskazań objętych refundacją**. W sytuacji, kiedy w opisie zakresu wskazań objętych refundacją pojawia się określenie **we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji**, lekarz może zapisać lek refundowany tylko zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Bardzo wiele leków stosowanych w konkretnych sytuacjach klinicznych nie posiada odpowiedniego zarejestrowanego wskazania, zatem **nowy zapis może w praktyce okazać się wręcz rewolucyjny i oznaczać dla wielu pacjentów pokrycie w 100% kosztów terapii** np. wielu chorób wieku dziecięcego, sarkoidozy (dla której wskazań nie ma żaden lek zarejestrowany), chorób zapalnych stawów i wielu innych. Lekarz, ordynując lek jako refundowany w sytuacji, gdy jest on stosowany poza zarejestrowanymi wskazaniami, na mocy art. 48 ust. 8 pkt 3 jest zobowiązany do zwrotu Funduszowi kwoty stanowiącej równowartość nienależnej refundacji wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia dokonania refundacji.

Terapia produktem leczniczym poza jego wskazaniami zlecona przez lekarza na receptę powinna być w aptece potraktowana jako w 100% odpłatna, gdyż dotyczy wskazań niezaakceptowanych przez ministra zdrowia w pozwoleniu dopuszczającym lek do obrotu. Przy czym **zaznaczenie takiej właśnie odpłatności należy do obowiązków lekarza**, zwłaszcza że farmaceuta nie jest osobą zobowiązaną do wglądu w dokumentację medyczną pacjenta.

Niezbędna zatem będzie wiedza lekarza w zakresie danych objętych ChPL. Niektóre, ale niestety nie wszystkie, Charakterystyki Produktów Leczniczych można odnaleźć na stronie Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych.

*dr n. farm. Agnieszka Zimmermann, aptekarz praktyk*





s. 11



s. 26



s. 34



s. 56

## SPRAWY ZAWODU

*Agnieszka Zimmermann***Lek stosowany poza zarejestrowanymi wskazaniami – bez refundacji!**

3

**Projekt ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw**

6

**Komunikat dla aptek, które mają zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia od 1 stycznia 2012 r.**

10

*Grzegorz Kucharewicz***Trzeba pozytywistycznego wysiłku, by ratować polskie aptekarstwo...**

11

*Bogdan Ostrowski***Wpływ ustawy refundacyjnej na kondycję aptek**

16

*Agnieszka Zimmermann***Nowe zasady funkcjonowania aptek**

23

*Bogdan Ostrowski***Śląskiej Izby Aptekarskiej rozrachunek z minionym 20-leciem**

26

*Wiktor Szukiel***XXI Okręgowy Zjazd Farmaceutów w Gdańsku (fotoreportaż)**

34

## NAUKA I PRAKTYKA

*Maciej Tęśiorowski, Jacek Sapa, Małgorzata Zygmunt*  
**Bisfosfoniany – skuteczne leczenie osteoporozy oraz bólu kostnego**

36

## DEBATY KONFERENCJE KONGRESY

*Anita Magowska***Od manuskryptów do cyberprzestrzeni**

44

## ANGIELSKI W PRAKTYCE FARMACEUTYCZNEJ

*Jolanta Suchocka-Stryko, Christopher A. Stryko*  
**Spotkania z angielskim – cz. XVI**

47

## SUPLEMENT

**Spis treści „Czasopisma Aptekarskiego” za rok 2011**

50

*Szanowni Czytelnicy,  
zapraszamy do prenumeraty „Czasopisma Aptekarskiego”  
na rok 2012*

*W ramach prenumeraty otrzymają Państwo także XIX edycję książkowego wydania  
„Farmaceutycznego Kalendarza na rok 2012”*

*Koszt całorocznej prenumeraty wynosi **210 zł** (w tym VAT 5%).*

*Wprowadzamy także możliwość zaprenumerowania „CzA”  
na I półrocze (od nr 1 do 6-7) – koszt **126 zł** (w tym VAT 5%).*

*Wpłaty należy dokonywać na załączonym do „CzA” druku przelewu  
lub pobierając jego wzór z [www.cza.pl](http://www.cza.pl) (prenumerata)*

*albo bezpośrednio na konto*

*13 1130 1017 0200 0000 0005 1195.*

*Po dokonaniu wpłaty otrzymają Państwo fakturę  
(przypominamy, że można ją rozliczyć w kosztach prowadzonej firmy).*

*Prosimy o czytelne wypełnienie druku i zwrócenie uwagi,  
aby bank Państwa wpisał do treści przelewu  
wszystkie dane niezbędne do wystawienia faktury VAT.*

**XIX edycja  
Farmaceutycznego Kalendarza na rok 2012  
w zmienionej formie wydawniczej zawiera  
obok kalendarium m.in. indeks aktów  
normatywnych użytecznych  
w prowadzeniu apteki i hurtowni,  
normy i wskaźniki (wartości referencyjne)  
z zakresu badań laboratoryjnych  
dla osób dorosłych – pacjentów aptek  
oraz bogatą adresografię.**

**Kalendarz otrzymują w ramach prenumeraty  
wszyscy Czytelnicy  
„Czasopisma Aptekarskiego”.**



Nowy format kalendarza (180 mm x 235 mm),  
okładka twarda lakierowana, całość szyta nićmi

**Od redakcji**

*Zamieszczamy do wiadomości Czytelników projekt ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw przyjęty przez Radę Ministrów i skierowany do Sejmu. Nie jesteśmy przekonani, że projekt ten zostanie przyjęty w całości przez sejmową i senacką Komisję Zdrowia, a następnie uchwalony przez Sejm oraz podpisany przez Prezydenta RP, gdyż działania wielu różnych środowisk zdążają do ograniczenia tej ustawy, mając na uwadze wyłącznie własne partykularne interesy, często szkodliwe dla pacjentów.*

*A na razie obowiązuje nas ustawa z 12 maja 2011 roku.*

Projekt, 9.01.2012 r.

Ustawa

z dnia ..... 2012 r.

**o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw<sup>1)</sup>**

**Art. 1.** W ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 w pkt 13 lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) leku – lek o takim samym składzie jakościowym i ilościowym substancji czynnych, posiadający taką samą lub zbliżoną postać farmaceutyczną i tę samą drogę podania; sole, estry, etery, izomery, mieszaniny izomerów, kompleksy lub pochodne substancji czynnej uważa się za taką samą substancję czynną, jeżeli nie różnią się one w sposób znaczący od substancji czynnej swoimi właściwościami w odniesieniu do bezpieczeństwa lub skuteczności.”;

2) w art. 7 ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Dla leków oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wydawanych w trybie, o którym mowa w art. 39 ust. 1, ustala się marżę hurtową w wysokości 10%. Marża detaliczna wynosi 150% wartości urzędowej marży detalicznej ustalonej w ust. 4 dla danego przedziału ceny hurtowej.”;

3) w art. 15:

a) w ust. 3 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) odrębnej grupy limitowej, w przypadku gdy moc, droga podania leku lub jego

postać farmaceutyczna w istotny sposób ma wpływ na efekt zdrowotny lub dodatkowy efekt zdrowotny”;

b) ust. 14 otrzymuje brzmienie:

„14. W przypadku, gdy DDD jest inne niż najczęściej stosowana dobowo dawka leku (PDD) albo gdy DDD nie jest określone, podstawę limitu minister właściwy do spraw zdrowia może wyznaczyć na podstawie PDD.”;

4) w art. 37 ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Obwieszczenia, o których mowa w:

1) ust. 1, są ogłaszane co najmniej raz na 2 miesiące,

2) ust. 4, są ogłaszane co najmniej raz na rok, jeżeli została wydana ostateczna decyzja, o której mowa w art. 11 ust. 6

– w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia.”;

5) w art. 40 w ust. 1 część wspólna otrzymuje brzmienie:

„– decyzję administracyjną o objęciu refundacją leku przy danych klinicznych, w zakresie wskazań do stosowania lub dawkowania, lub sposobu podawania odmiennych niż określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.”;

6) w art. 41 w ust. 6 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) uniemożliwiania czynności kontrolnych;”;

7) w art. 43 w ust. 1 pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) zwrotu refundacji ceny leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego łącznie z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia, w którym wypłacono refundację do dnia jej zwrotu, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty, jeżeli w wyniku weryfikacji lub kontroli informacji, o których mowa w pkt 2, lub kontroli, o której mowa w pkt 3 i 4, zostanie stwierdzone, że realizacja recepty nastąpiła z naruszeniem:

a) art. 6 ust. 9, art. 7 ust. 5 – 8, art. 41 ust. 2 pkt 3 i art. 44 lub

b) art. 43 ust. 1 – 3 i art. 44 – 46 ustawy o świadczeniach oraz przepisów wydanych na podstawie art. 43 ust. 4 tej ustawy, lub

c) art. 45 ust. 2 i 2a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów wydanych na podstawie art. 45 ust. 5 tej ustawy;”;

8) w art. 47 ust. 14 i 15 otrzymują brzmienie:

„14. Kierownik apteki lub osoba upoważniona do zastępowania, o której mowa w ust. 2, jeżeli nie zgadza się z ustaleniami protokołu kontroli, może, w terminie 7 dni od dnia jego doręczenia, złożyć pisemnie zastrzeżenia, wskazując jednocześnie stosowne wnioski dowodowe. Kontroler jest obowiązany rozpatrzyć zgłoszone zastrzeżenia w terminie 7 dni od dnia ich otrzymania. W przypadku uwzględnienia zastrzeżeń kontroler uzupełnia protokół kontroli i przedstawia go ponownie do podpisu.

15. Na podstawie ustaleń zawartych w protokole kontroli Fundusz wydaje zalecenia pokontrolne, zobowiązujące kierownika apteki oraz podmiot prowadzący aptekę do usunięcia, w określonym terminie, stwierdzonych uchybień oraz złożenia w terminie 14 dni od dnia doręczenia zaleceń

pokontrolnych, informacji o podjętych działaniach. Od ustaleń zawartych w protokole kontroli przysługuje kierownikowi apteki lub podmiotowi prowadzącemu aptekę zażalenie do Prezesa Funduszu, w przypadku nieuwzględnienia tego zażalenia przez Prezesa Funduszu, w części lub w całości, przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniesienie zażalenia lub wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy wstrzymuje wykonanie zaleceń pokontrolnych. Przepisy art. 42 ust. 2 – 4, 6 i 7 stosuje się.”;

9) w art. 48:

a) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Umowę zawiera dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania lekarza, lekarza dentysty, felczera albo starszego felczera.”,

b) uchyla się ust. 8 i 9,

c) w ust. 10 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) uniemożliwiania czynności kontrolnych;”.

**Art. 2.** W ustawie z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 531, z późn. zm.<sup>2)</sup>) art. 4 ust. 1a otrzymuje brzmienie:

„1a. W przypadku gdy ustawa lub przepisy odrębne uprawniają felczera do wystawiania recept stosuje się odpowiednio art. 45 ust. 2, 2a i przepisy wydane na podstawie art. 45 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 i Nr 291, poz. 1707).”.

**Art. 3.** W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 i Nr 291, poz. 1707) w art. 45:

1) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Lekarz może również wystawiać recepty na leki osobom, o których mowa w art. 43 – 46 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.<sup>3)</sup>), na zasadach



- określonych w tej ustawie oraz w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696). Lekarz jest obowiązany do odnotowania uprawnień tych osób na receptie w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie ust. 5.”;
- 2) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:
- „2a. W przypadku wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne określone w wykazach, o których mowa w art. 37 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, lekarz jest obowiązany do odnotowania na receptie, w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie ust. 5, odpłatności, jeżeli lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w tych wykazach w co najmniej dwóch odpłatnościach, o których mowa w art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.”;
- 3) w ust. 5:
- a) pkt 2 otrzymuje brzmienie:
- „2) wzór recepty uprawniającej do nabycia leku, środka spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, wyposażenia wyrobu medycznego, wyposażenia do diagnostyki in vitro, wyposażenia wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro,”;
- b) część wspólna otrzymuje brzmienie:
- „– uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego wystawiania recept, w szczególności w zakresie przepisów ust. 2 i 2a, oraz zapewnienia prawidłowej realizacji recepty i zadań kontrolnych podmiotów uprawnionych do kontroli recept.”.

**Art. 4.** W ustawie z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (Dz. U. Nr 82, poz. 451) w art. 6 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

„2. Prezes Urzędu udostępnia w dniu ogłoszenia obwieszczenia, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 112, poz. 696), na stronie internetowej Urzędu oraz w Biuletynie Informacji Publicznej, Charakterystyki Produktów Leczniczych leków objętych tym obwieszczeniem.”.

**Art. 5.** Do marży detalicznej leków, o których mowa w art. 7 ust. 7 ustawy, o której mowa w art. 1, dla których zgoda na refundację została wydana przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe.

**Art. 6.** Zachowują ważność umowy upoważniające do wystawiania recept refundowanych zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia właściwego ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych.

**Art. 7.** Do zaleceń pokontrolnych wydanych na podstawie art. 47 ust. 15 ustawy, o której mowa w art. 1, przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się art. 47 ust. 15 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jeżeli od ich doręczenia nie upłynął termin 14 dni. W takim przypadku termin na złożenie zażalenia wynosi 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

**Art. 8.** Postępowania w związku z naruszeniem przed dniem wejścia w życie ustawy:

- 1) art. 43 ust. 1 pkt 6 ustawy, o której mowa w art. 1, z wyjątkiem postępowań w zakresie:
- a) art. 6 ust. 9, art. 7 ust. 5-8, art. 41 ust. 2 pkt 3 i art. 44 ustawy, o której mowa w art. 1, lub



- b) art. 43 ust. 1 – 3 i art. 44 – 46 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.<sup>3)</sup>) oraz przepisów wydanych na podstawie art. 43 ust. 4 tej ustawy, lub
- c) art. 45 ust. 2 i 2a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów wydanych na podstawie art. 45 ust. 5 tej ustawy,
- 2) art. 48 ust. 8 ustawy, o której mowa w art. 1 – nie wszczyna się, a wszczęte umarza.

**Art. 9.** Dotychczasowy akt wykonawczy wydany na podstawie art. 45 ust. 5 ustawy, o której mowa w art. 2, zachowuje moc do dnia wejścia w życie aktu wykonawczego wydanego na podstawie art. 45 ust. 5 ustawy, o której mowa w art. 2, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż przez okres miesiąca od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

**Art. 10.** Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

- <sup>1)</sup> Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera, ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawę z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.
- <sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135, z 2009 r. Nr 98, poz. 817, z 2010 r. Nr 107, poz. 679 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657 i Nr 122, poz. 696.
- <sup>3)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725 oraz z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378.

### Ogłoszenie o przetargu na najem lokalu użytkowego – apteki

Instytut Reumatologii w Warszawie ogłasza przetarg na wynajem lokalu użytkowego położonego w budynku głównym Instytutu o powierzchni 128,43 m<sup>2</sup>, z przeznaczeniem na prowadzenie działalności gospodarczej (handlowej) – apteki – na okres 3 lat.

1. Cena minimalna czynszu najmu wynosi 145 zł netto miesięcznie za 1 m<sup>2</sup> powierzchni.
2. Poza ceną najmu ww. powierzchni użytkowej czynszem najemca zobowiązany będzie do zapłaty za centralne ogrzewania (wg stawki SPEC), zimną i ciepłą wodę (wg stawki MPGWik), energię elektryczną (wg stawki STOEN).
3. Oferty, w zaklejonej kopercie z napisem „oferta na najem lokalu użytkowego”, należy składać w Kancelarii Instytutu Reumatologii codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach 8-15 do dnia 2 lutego 2012 roku włącznie.
4. Otwarcie ofert odbędzie się w siedzibie Instytutu Reumatologii przy ul. Spartańskiej 1 w Warszawie 3 lutego 2012 r. o godzinie 10.00, w budynku Hotelu, 3 piętro, segment 10.
5. Przetarg jest ważny bez względu na liczbę uczestników, jeżeli przynajmniej jeden uczestnik zaoferuje co najmniej cenę minimalną.
6. Umowa najmu z wybranym oferentem zostanie popisana w terminie 7 dni od dnia uzyskaniu zgody Ministra Skarbu na najem powierzchni użytkowej będącej przedmiotem najmu.
7. Warunkiem przystąpienia do przetargu jest dokonanie wpłaty wadium w wysokości 5.000 zł. w kasie Instytutu Reumatologii w terminie do dnia 2 lutego 2012 r., do godziny 14.00.
8. Wadium wybranego oferenta zostanie zaliczone na poczet pierwszego czynszu, zaś pozostałym uczestnikom przetargu zwrócone po rozstrzygnięciu przetargu w terminie 7 dni.

9. Uchylenie się wybranego oferenta od zawarcia umowy w terminie wyznaczonym, tj. 7 dni od dnia otrzymania zgody Ministra Skarbu na najem, powoduje przepadek wadium na rzecz Instytutu.
10. Oferta pisemna musi zawierać: imię i nazwisko oferenta lub jego nazwę, dokładny adres korespondencyjny, telefony kontaktowe ze wskazaniem osób uprawnionych do kontaktu, e-mail oraz faks, oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami przetargu oraz przyjęciu ich bez zastrzeżeń, adres i powierzchnię lokalu, oferowaną wysokość stawki czynszu, numeru konta do zwrotu wadium, datę sporządzenia oferty i własnoręczny podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty. Wzór oferty do pobrania w kancelarii Instytutu Reumatologii lub na stronie internetowej.
11. Uczestnicy biorą udział w przetargu osobiście lub przez pełnomocników. Uczestnik lub pełnomocnik składa w dniu przetargu Komisji przetargowej, dowód wniesienia wadium, dowód tożsamości, aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji z podmiotów prowadzących działalność gospodarczą, a pełnomocnik dodatkowo pełnomocnictwo udzielone w formie aktu notarialnego.
12. Lokal można oglądać w dniach 18-19.01.2012 r. w godzinach 9-14 po wcześniejszym uzgodnieniu terminu z Działem Administracji i Zaopatrzenia.
13. Pracownikiem uprawnionym do kontaktu z oferentami jest Kierownik Działu Administracji i Zaopatrzenia p. Bogdan Łazowski, tel. (22) 844-39-70, e-mail: dzial.administracyjny@ir.ids.pl. Adres strony internetowej Instytutu Reumatologii: [www.instytutreumatologii.pl](http://www.instytutreumatologii.pl)

## Komunikat dla aptek, które mają zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia od 1 stycznia 2012 r.

Warszawa, 2 stycznia 2012 r.

- 1) Informuję, że jeżeli na recepcie zostanie umieszczona przez lekarza, zamiast wskazania odpłatności, pieczętka „Refundacja do decyzji NFZ” to zgodnie z § 15 ust. 1 pkt. 1 lit. h rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. Nr 294, poz. 1739) apteka zrealizuje receptę na lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny w następujący sposób:
  - a) gdy wyżej wymieniony lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w jednej odpłatności – osoba wydająca dokona w tym zakresie zmiany, stosując właściwą odpłatność wynikającą z wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych; osoba wydająca zamieszcza wówczas na rewersie recepty odpowiednią adnotację oraz swój podpis,
  - b) gdy wyżej wymieniony lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w kilku odpłatnościach w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych osoba wydająca wydaje lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny za najwyższą odpłatnością określoną w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.
- 2) Potwierdzam, że za receptę zrealizowaną w sposób określony w pkt. 1 Narodowy Fundusz Zdrowia dokona refundacji, gdyż taka realizacja recepty jest zgodna z obowiązującymi przepisami prawa (w tym z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 roku w sprawie recept lekarskich), a zgodnie z § 2 ust. 1 załącznika numer 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie ogólnych warunków umów na realizację recept oraz ramowego wzoru umowy na realizację recept (Dz. U. Nr 271, poz. 1606), Fundusz jest odpowiedzialny za terminowe dokonanie refundacji cen leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, wydawanych na podstawie recept zrealizowanych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
- 3) Przypominam, że w myśl art. 44 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696):
  - 1) Osoba wydająca leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne objęte refundacją ma obowiązek poinformować świadczeniobiorcę o możliwości nabycia leku objętego refundacją, innego niż lek przepisany na recepcie, o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych, i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, którego cena detaliczna nie przekracza limitu finansowania ze środków publicznych oraz ceny detalicznej leku przepisanego na recepcie. Apteka ma obowiązek zapewnić dostępność tego leku.
  - 2) Osoba wydająca leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne objęte refundacją ma obowiązek, na żądanie świadczeniobiorcy, wydać lek, o którym mowa w ust. 1, którego cena detaliczna jest niższa niż cena leku przepisanego na recepcie. Nie dotyczy to sytuacji, w której osoba uprawniona dokonała odpowiedniej adnotacji na druku recepty, wskazując na niemożność dokonania zamiany przepisanego leku.
  - 3) Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

źródło – Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

ISSN 1233-2755  
Vol. XIX  
Rok założenia 1992  
Nr 1 (217)  
Styczeń 2012

Punktacja:  
Ministerstwa Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego: 6 pkt

Index Copernicus:  
Wydawnictwo Farmapress®: 10,63 pkt  
Czasopismo Aptekarskie®: 4,15 pkt



## TRZEBA POZYTYWISTYCZNEGO WYSIŁKU, BY RATOWAĆ POLSKIE APTEKARSTWO...

*Z dr. Grzegorzem KUCHARIEWICZEM, prezesem Naczelnej Rady Aptekarskiej  
rozmawia Eugeniusz JAROSIK*

**Mija kolejna kadencja samorządu aptekarskiego. Czas był pana sprzymierzeńcem?**

Cztery lata minęły bardzo szybko na intensywnej pracy dla środowiska aptekarskiego, dla aptekarzy i farmaceutów – członków naszego samorządu. A jednocześnie jest to okres zbyt krótki, żeby zrealizować cały program przedstawiony przez mnie na V Krajowym Zjeździe Aptekarzy w styczniu 2008 r. Nie miałem też wpływu na harmonogram prac legislacyjnych rządu, który kierując się swoimi priorytetami, uznał na przykład, że ważniejsze od nowej ustawy Prawo farmaceutyczne jest uchwalenie ustawy o refundacji leków. Decyzje ministra zdrowia i rządu, przesyłane do zaopiniowania akty prawne w istotny sposób wyznaczają rytm pracy samorządu. Trzeba błyskawicznie reagować na tworzone, niekiedy w pośpiechu prawo, wskazywać legislacyjne pułapki i błędne rozwiązania, szkodliwe zarówno dla aptekarzy jak i naszych pacjentów. W dodatku niedobry praktyką stało się skracanie



Prezes NRA dr Grzegorz Kucharewicz wśród odznaczonych medalem im. prof Koskowskiego na Zjeździe Aptekarzy w Bielsku-Białej.  
Na zdj. od lewej: mgr farm. Piotr Molin, mgr farm. Janina Perzyna  
i prezes NRA dr n. med. Grzegorz Kucharewicz

© Wiktor Szukiel



► okresu konsultacji ze stroną społeczną nawet do kilku dni i pomijanie *vacatio legis*, co jest sprzeczne z zasadą demokratycznego państwa prawnego.

**Zapowiadał pan działania zmierzające do zmiany ustawy Prawo farmaceutyczne i do uchwalenia ustawy o zawodzie farmaceuty...**

Projekt ustawy o zawodzie farmaceuty jest gotowy. Wierzę mocno, że nowy minister zdrowia spełni oczekiwania środowiska farmaceutycznego i przyspieszy prace nad tą ustawą, ponieważ to ona będzie kształtowała byt aptekarzy. Farmaceuci to jedyny zawód medyczny, który takiej ustawy nie ma. Nie doczekaliśmy się też nowej ustawy Prawo farmaceutyczne. Prace nad gruntowną nowelizacją tej ustawy rozpoczęły się w listopadzie 2008 r. Naczelna Rada Aptekarska zgłosiła wiele istotnych uwag do projektu, który Ministerstwo Zdrowia przesłało do samorządu w trakcie konsultacji społecznych. Szybkie uchwalenie ustawy uwzględniającej nasze postulaty mogłoby skutecznie powstrzymać proces niszczenia polskiego aptekarstwa, a zaproponowane mechanizmy kontroli rynku aptecznego pozwoliłyby wzmocnić ekonomicznie małe i średnie apteki indywidualnych aptekarzy, które z trudnością zachowują płynność finansową. Już ponad połowa aptek w Polsce nie ma żadnego udziału własnego w strukturze własności towaru, wzrasta ich zadłużenie w hurtowniach farmaceutycznych, tracą one wiarygodność jako

podmioty gospodarcze. Informowaliśmy o tym Ministerstwo Zdrowia, opisywaliśmy zjawiska patologiczne na rynku farmaceutycznym. Prace nad tą ustawą zostały jednak przerwane. W kwietniu 2009 r. minister zdrowia powołał zespół mający opracować nowy projekt ustawy Prawo farmaceutyczne, którego szefem został ekspert zewnętrzny. Niestety, minister zdrowia nie zaprosił do powołanego przez siebie zespołu żadnego przedstawiciela samorządu aptekarskiego lub aptekarza praktyka, mimo że nieustannie o to zabiegaliśmy. Do dnia dzisiejszego nie wiadomo, czy ten zespół zakończył prace. Mam nadzieję, że minister Bartosz Arłukowicz przedstawi nam wkrótce projekt nowej ustawy Prawo farmaceutyczne, który zagwarantuje kontynuację reform rynku farmaceutycznego, zapoczątkowanych przez ustawę o refundacji leków.

**Czego powinny dotyczyć nowe regulacje? Jakim wyzwaniom muszą sprostać twórcy tego prawa?**

Samorząd aptekarski na pewno będzie postulował, by właścicielem apteki był wyłącznie farmaceuta lub spółka aptekarzy. Takie prawo od 1 stycznia 2011 r. obowiązuje na Węgrzech. Ważny jest wyrok Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości z 19 maja 2009 r., który uznał, że posiadanie i prowadzenie apteki może być zastrzeżone wyłącznie dla farmaceutów, a ponadto gwarantuje to najwyższą jakość usług farmaceutycznych i pełne bezpieczeń-

stwo zdrowotne pacjentów. Tak więc jeden z najważniejszych postulatów polskiego samorządu aptekarskiego, wbrew naracji przeciwników zasady „apteka dla aptekarza”, nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej. Trybunał wskazał na właściwe rozumienie swobody prowadzenia działalności gospodarczej, co dotychczas obce było nie tylko naszym parlamentarzystom, ale nawet sędziom Trybunału Konstytucyjnego, o czym świadczy między innymi niekorzystne dla aptekarzy orzeczenie z 20 sierpnia 1992 r. W ciągu ostatnich dwudziestu lat odrodzony samorząd aptekarski napotykał na coraz silniejszy opór różnych grup nacisku, które szermując hasłami wolnorynkowymi, dogmatami rozpasanego liberalizmu gospodarczego i sloganami o „niewidzialnej ręce rynku”, sprzeciwiały się uchwaleniu przepisów zastrzegających własność apteki wyłącznie dla farmaceuty. Z pomocą nieoczekiwane przyszło nam dopiero prawo unijne.

Nowa ustawa Prawo farmaceutyczne powinna również zawierać przepisy dotyczące ustanowienia kryteriów demograficznych i geograficznych przy wydawaniu zezwoleń na prowadzenie apteki. Samorząd aptekarski może powołać się na orzeczenie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości z 1 czerwca 2010 r. wydane w związku z uregulowaniami obowiązującymi w Hiszpanii. Z wyroku wynika, że i ten postulat naszego środowiska aptekarskiego nie jest niezgodny z prawem Unii Europejskiej. Te ważne wyroki Trybunału po-



winny pomóc utorować droge przepisom, o które od lat konsekwentnie zabiegają polscy aptekarze. Takie regulacje mają aptekarze innych krajów unijnych. To nie jest nic nowego.

**„Będę dążył do wzmocnienia pozycji aptekarza i podniesienia jego prestiżu zawodowego” – obiecał Pan członkom samorządu na początku kadencji. W ciągu ostatniej dekady farmaceuci mocno odczuli zmianę wizerunku aptekarza, a przede wszystkim próbę zepchnięcia ich do roli „sprzedawców leków”.**

Żyjemy w czasach kryzysu gospodarczego, ale kryzys dotknął również nasz zawód. Bez względu na walkę o kieszeń i duszę pacjenta, wyniszczające wojny cenowe oraz różnego rodzaju akcje marketingowe zmieniły oblicze polskiego aptekarstwa, a także postrzeganie przez społeczeństwo zawodu farmaceuty. Tymczasem trzeba wrócić do korzeni tego zawodu, do jego najlepszych tradycji. Jesteśmy przecież zawodem zaufania publicznego. Jan Paweł II nazwał farmaceutów „sługami życia”. Mamy służyć pacjentom zgodnie ze starożytną maksymą *salus aegroti suprema lex esto*. Pacjent nie może być traktowany instrumentalnie, nie może być „narzędziem” służącym do budowania przewagi konkurencyjnej apteki czy sieci aptek. Farmaceuta to nie subiekt, a apteka to nie sklep z lekami, lecz placówka ochrony zdrowia publicznego. Mówiłem o tym wielokrotnie w Sejmie, kiedy trwały prace nad rządowym projektem ustawy o refundacji leków. Została ona

uchwalona 12 maja 2011 r. Ustawa nie tylko zakazuje reklamy aptek i ich działalności, ale również kładzie kres różnego rodzaju zachętom na rynku leków refundowanych, a więc programom lojalnościowym, upominkom dla pacjentów w zamian za zrealizowanie recepty, promocjom typu „pizza za lek” itd. Koniec ze sprzedawaniem „leków za grosz” i obklejaniem aptek plakatami wabiącymi pacjentów słowami „tanie leki”. Reklamy całkowicie wypaczyły obraz polskiej apteki. Uważam te regulacje za duże osiągnięcie naszego samorządu, który gorąco popierał je w Sejmie i Senacie.

**Kierował pan zespołem przedstawicieli Naczelnej Izby Aptekarskiej uczestniczących w posiedzeniach sejmowej i senackiej komisji zdrowia podczas prac nad projektem ustawy refundacyjnej. Udało się wprowadzić do niej najważniejsze postulaty samorządu aptekarskiego. Aptekarzom gratulowano skuteczności.**

Fundamentem tej ustawy są sztywne ceny zbytu, sztywne marże hurtowe i detaliczne, a także jednakowa odpłatność za leki refundowane ze środków publicznych we wszystkich aptekach. Nałożono na nie obowiązek stosowania odpłatności wynikającej z ustawy. O te zmiany samorząd aptekarski zabiegał od wielu lat. Wreszcie udało się nam przekonać ministra zdrowia, rząd i posłów do uchwalenia przepisów gwarantujących pacjentom równy dostęp do leków refundowanych, porządkujących ry-

nek farmaceutyczny i dających aptekarzom nadzieję na godne wykonywanie zawodu. Chciałbym raz jeszcze podkreślić, że ustawa refundacyjna nie jest aktem idealnym. Nie chcieliśmy umów z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację recept. Twierdziliśmy, że są zbędne, nie ma bowiem ani jednego elementu na tyle istotnego, aby wprowadzać tak skomplikowany, biurokratyczny system zawierania umów pomiędzy NFZ a podmiotami prowadzącymi aptekę. Prawo pacjenta do leku refundowanego nie może przecież wynikać z umowy cywilnoprawnej, ale z ustawy. Nie godziliśmy się też na zaproponowany przez rząd sposób naliczania marży detalicznej: od ceny hurtowej stanowiącej podstawę limitu w danej grupie limitowej, a nie – jak chciał samorząd aptekarski – od ceny hurtowej brutto leku. Nie został również uregulowany problem odpowiedzialności osób uprawnionych do wystawiania recept na leki refundowane za recepty wystawiane niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

**Sprawa odpowiedzialności za wadliwe recepty lekarskie bardzo bulwersuje środowisko aptekarskie.**

Potrzebna jest przede wszystkim zmiana filozofii recepty. Nie powinna ona być traktowana jak czek, ale jak dokument, którego pozwala lekarzowi skomunikować się z farmaceutą. Rygoryzm formalny nie może przecież przesłaniać wartości nadrzędnej, jaką jest dobro pacjenta. Pomimo pewnych

uchybień, takich jak brak krzyżyka, błędne usytuowanie kodu kreskowego czy dyskusyjne wymiary recepty, nie powinno się jej dyskwalifikować i nakładać dotkliwych kar. W obecnej sytuacji wszelkie wątpliwości co do poprawności recepty będą interpretowane na niekorzyść pacjenta. Jest to mechanizm stworzony przeciwko pacjentowi i przeciwko farmaceucie. Tymczasem aptekarze nie przejmą spoczywającego na Narodowym Funduszu Zdrowia obowiązku finansowania leków przysługujących ubezpieczonym oraz nie będą ponosić odpowiedzialności za wadliwie wystawione recepty i złe uregulowania prawne. Jeśli będzie to konieczne, zaprotestujemy przeciw wszechwładzy urzędników NFZ.

**Jak pan ocenia tabelę marż detalicznych, która znalazła się w ustawie refundacyjnej? Czy możliwe było wywalczenie regulacji korzystniejszych dla aptekarzy?**

Tworząc negocjowaliśmy z Ministerstwem Zdrowia wysokość marż aptecznych. Jestem przekonany, że osiągnęliśmy to, co było w zasięgu naszych możliwości. Z obliczeń udostępnionych Naczelnej Izbie Aptekarskiej przez IMS Poland wynika, że marża na lekach refundowanych, jaką uzyskiwały apteki w 2010 r. (wraz z rabatami widocznymi na fakturach), wynosiła 1,91 mld zł. Natomiast potencjalna marża, liczona według tabeli zaproponowanej w projekcie ustawy refundacyjnej przez Ministerstwo Zdrowia, wynosiła tylko 1,52 mld zł.

Po negocjacjach z ministerstwem podczas prac w sejmowej podkomisji i komisji zdrowia została zmieniona tabela marż. Obliczenia IMS dowodzą, że hipotetyczna marża apteczna, liczona według nowych zasad (przyjęto dane ze sprzedaży z 2010 r.), wzrosła do 1,87 mld zł. Różnica między dwiema wartościami: 1,91 mld zł i 1,87 mld zł jest doprawdy nieznaczna.

**„Będę dążył do ograniczenia sprzedaży produktów leczniczych w obrocie pozaaptecznym” – deklarował pan cztery lata temu.**

Nieograniczony dostęp do leków w sklepach spożywczych i na stacjach benzynowych to nieporozumienie. Trudno jednak przekonać Ministerstwo Zdrowia, że ze względu na bezpieczeństwo pacjentów jak najmniej leków powinno być sprzedawanych poza apteką. Niedawno ostro zaprotestowałem przeciwko zmianom w prawie, które mają umożliwić sprzedaż szczepionek bezpośrednio w przychodniach lekarskich. Nie zgadzam się z takim rozwiązaniem, gdyż po wprowadzeniu tych zmian nic nie będzie stało na przeszkodzie, aby lekarz prowadził obrót jakimkolwiek produktem leczniczym, którego zastosowanie może być związane z udzielanym świadczeniem zdrowotnym. Mam nadzieję, że nowy minister zdrowia obiektywnie oceni argumenty naszego środowiska. Na uwagę zasługuje zwłaszcza brak jakichkolwiek przesłanek świadczących o zagrożeniu zdrowia pacjentów

w związku z transportem szczepionek z apteki do miejsca, w którym odbywa się szczepienie. Nadmierne ekspozowanie przez Porozumienie Zielonogórskie problemu tzw. zimnego łańcucha dystrybucyjnego nie znajduje uzasadnienia w świetle dostępnych badań termostabilności. W zalecanej temperaturze szczepionki są bezpieczne i immunogenne do upływu daty ważności, niemniej jednak z badań przedstawionych przez jedną z firm farmaceutycznych wynika, że nawet dwutygodniowe przechowywanie szczepionki przeciw grypie w temperaturze pokojowej nie wpłynęło niekorzystnie na jej stabilność termiczną.

**Tuż po objęciu prezesury udało się panu wprowadzić do ustawy Prawo farmaceutyczne pojęcie opieki farmaceutycznej. To był sukces, zwłaszcza że wątpliwości zgłaszało środowisko lekarskie...**

Opieka farmaceutyczna to może być w przyszłości tzw. wartość dodana w aptece. W pełni doceniam konieczność jej upowszechnienia. Niestety, do dzisiaj nie zostały przyjęte właściwe przepisy wykonawcze. W tej sytuacji, wzorem innych krajów Unii Europejskiej, kwestie związane z opieką farmaceutyczną będziemy regulować w ustawie o zawodzie farmaceuty. Ten system trzeba wprowadzać stopniowo. W niektórych państwach zajmowało to nawet 18 lat. Tak więc opieka farmaceutyczna to pieśń przyszłości, choć w pewnym zakresie opiekę tę farmaceuci sprawują już teraz, udzielając po-

rad i informując pacjentów o działaniu leków. Pod tym pojęciem kryją się potrzeby pacjentów, którzy przychodzą do apteki. Niemniej jednak potrzebna jest nie tylko wizja tej opieki, ale i środki finansowe na jej prowadzenie.

**W styczniu 2012 r. odbędzie się VI Krajowy Zjazd Aptekarzy, wybrane zostaną nowe władze. Czy może Pan krótko podsumować mijającą kadencję Naczelnej Rady Aptekarskiej?**

Z głosem naszego samorządu zaczęto liczyć się w parlamencie, co można było zauważyć podczas prac nad ustawą o refundacji leków. Naczelna Izba Aptekarska jest już inaczej postrzegana wśród posłów, senatorów, a także w społeczeństwie. Przedstawiciele innych środowisk gratulowali nam skuteczności. Nie były to jednak spokojne cztery lata. Wielu członków NRA konstruktywnie uczestniczyło w pracach samorządu, wspierając mnie swoją radą i życzliwością. Inni pogubili się w rozgrywkach personalnych, przedkładając resentyment i urazy osobiste nad rzetelną pracę na rzecz środowiska aptekarskiego. Ci przegrali z własną niemocą – zamiast współpracy wybrali polowania na potknięcia i język nienawiści. Rada podzieliła się między innymi podczas debaty nad projektem ustawy refundacyjnej. Przypomnę, że 21 grudnia 2010 r. NRA przyjęła uchwałę, w której opowiedziała się za wprowadzeniem do naszego porządku prawnego regulacji gwarantujących: sztywne ceny na wszystkich poziomach obro-

tu refundowanymi produktami leczniczymi, sztywne marże na te produkty i jednakową odpłatność pacjentów za refundowane produkty lecznicze we wszystkich aptekach. Niestety, przeciw przyjęciu tej uchwały głosowali nawet niektórzy członkowie Prezydium NRA: Piotr Bohater, Michał Pietrzykowski i Bożena Śliwa. Odnoszę wrażenie, że wśród członków Rady istnieje podział na farmaceutów biznesmenów i farmaceutów z powołania, szanujących swój zawód i dbających o jego godność.

**Jakie będą najpilniejsze zadania nowych władz samorządu w 2012 r.?**

Konieczne będzie przede wszystkim monitorowanie sytuacji na rynku aptecznym po wejściu ustawy refundacyjnej w życie. Sytuacja wielu aptek jest dramatyczna. Permanentne dążenie do obniżenia rentowności aptek przez obniżanie marży to nie jest dobra droga. Zarówno marże detaliczne jak i ceny leków w Polsce należą do najniższych w Unii Europejskiej. W tych warunkach utrzymanie apteki jest naprawdę trudne. Trzeba też zdecydowanie bronić aptekarzy przed wszechwładzą urzędników Narodowego Funduszu Zdrowia. Slogany, pustosłowie i mówienie o strategii, co pobrzmiewa w wystąpieniach niektórych pretendentów do najwyższych funkcji w samorządzie, nie zastąpi rzetelnej, intensywnej pracy i isticie pozytywistycznego wysiłku, by ratować polskie aptekarstwo. Następna kadencja to będzie okres ciężkiej pracy

przy zmianach legislacyjnych – czas pracy nad nową ustawą Prawo farmaceutyczne, ustawą o zawodzie farmaceuty, a także zmianą rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów na realizację recept i rozporządzenia w sprawie recept lekarskich.

**Dziękuję za rozmowę.**

## Raport IMS o wpływie ustawy refundacyjnej na uczestników rynku farmaceutycznego

# WPŁYW USTAWY REFUNDACYJNEJ NA KONDYCJĘ APTEK

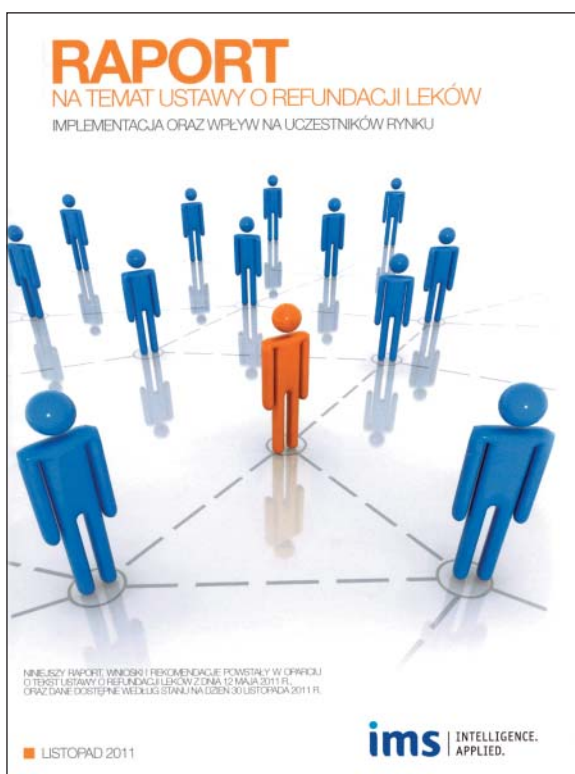
***Bogdan OSTROWSKI***

Redakcja „Czasopisma Aptekarskiego” w Warszawie  
e-mail: cza@cza.pl

Efektom półrocznej pracy powołanego w czerwcu 2011 roku zespołu roboczego pod patronatem IMS Health Poland, którego celem było oszacowanie wpływu ustawy z 12 maja 2011 roku o refundacji leków, zwanej ustawą refundacyjną, na pacjenta i podmioty działające na rynku farmaceutycznym oraz stworzenie systemu monitorowania skutków wprowadzenia nowego prawa, jest raport końcowy zawierający rozpoznanie najważniejszych problemów związanych z ustawą refundacyjną, który zaprezentowano 6 grudnia ub.r. na

konferencji prasowej w Warszawie. Stało się to w chwili, gdy zapowiedź wdrożenia przepisów ustawy refundacyjnej wywołała lawinę protestów, obaw i niepokojów zarówno środowiska medycznego jak i samych pacjentów przerażonych niemożliwością wykupienia leków refundowanych. Przeciwno zapisom w ustawie refundacyjnej dotyczącym karania lekarzy za wypisywanie osobom nieuprawnionym recept na leki finansowane przez NFZ zaprotestowała Naczelna Rada Lekarska, która podjęła uchwałę, że od 1 stycznia wszyscy lekarze i dentyści będą wypisywali tylko recepty pełnopłatne, także na leki refundowane przez NFZ. Lekarze zapowiedzieli zaprzestanie określania uprawnień pacjentów do leków refundowanych oraz niewypisywanie odpłatności, na receptce chcieli umieszczać natomiast adnotację: „Refundacja leku do decyzji NFZ”. NRL zwróciła się ponadto do Rzecznika Praw Obywatelskich o złożenie do Trybunału Konstytucyjnego wniosku o zbadanie zgodności z Konstytucją RP ustawy refundacyjnej.

Raport Zespołu Roboczego pod patronatem IMS – największej na świecie firmy specjalizującej się w dostarczaniu informacji i rozwiązań dla przemysłu farmaceutycznego, firm i organizacji działających w sektorze ochrony zdrowia, przedstawia europejski kontekst nowej ustawy o refundacji leków i propozycje konkretnych rozwiązań, które pozwoliłyby lepiej wdrożyć nową ustawę lub ograniczyć ewentualne negatywne skutki nowego prawa. Powstał on przy udziale wszystkich organizacji reprezentujących rynek farmaceutyczny w Polsce, w oparciu o tekst ustawy o refundacji leków z dnia 12 maja 2011 r.





oraz dane dostępne według stanu na dzień 30 listopada ub.r. Dla każdego zdefiniowanego zagadnienia przygotowano krótkie opinie i pytania wraz z ich interpretacją, oparte na wiedzy eksperckiej, dostępnych danych rynkowych, przykładach z innych rynków lub sektorów, zaś tam, gdzie jest to możliwe, poparte wyliczeniami i analizami. Jest obszerny, a jego treść podzielono na sześć rozdziałów tematycznych, zakończonych wyliczeniem rozpoznanych przez ekspertów z zespołu problemów, jakie w ich ocenie rodzą zaproponowane w ustawie rozwiązania, ich ewentualnych kontrowersyjnych skutków oraz niezbędnych rozwiązań systemowych dla ich uniknięcia.

Pierwsza część raportu to prezentacja kondycji polskiego rynku i dotychczas obowiązującego jego uczestników prawa na tle rynków krajów Unii Europejskiej. W kolejnych 5 rozdziałach opisane są w sposób analityczny i problemowy, wraz z rekomendacjami w takich obszarach jak nowe zasady refundacji leków, payback, umowy dzielenia ryzyka, dostępność leków, kondycja aptek, reklama leków i aptek, wpływ ustawy na rynek szpitalny.

Raport wskazuje także na obszary wymagające doprecyzowania lub niespójne zarówno w wymiarze prawnym jak i praktycznym. Część tych rekomendacji zdaniem autorów raportu wymaga szybkich zmian interpretacyjnych lub legislacyjnych, pozostałe – monitoringu i ewentualnych zmian w dłuższym okresie czasu. Rekomendacje te dotyczą również innych aktów prawnych związanych z ustawami powiązanymi i dotyczącymi sektora farmaceutycznego.

## **POLSKI RYNEK FARMACEUTYCZNY NA POCZĄTKU 2012 ROKU**

Polska to szósty z największych rynków farmaceutycznych w Europie, lider w Europie Środkowo-Wschodniej pod względem wartości sprzedaży leków. Łączna wartość jego rynku aptecznego i szpitalnego według cen netto producenta od 2003 r. rosła średniorocznie o 6,4% i w roku 2010 wyniosła 20,1 mld złotych. Przy średnich wydatkach na leki per capita w Europie (218 euro) w Polsce wskaźnik wydatków na osobę jest blisko dwa razy mniejszy (114 euro – 56% średnich europejskich) i jest to jeden z najniższych wskaźników wśród krajów europejskich. Nasz

kraj jest jednym z tych, które mają najniższe ceny leków w Europie: średnia cena leku to 3,6 euro (44% średniej ceny europejskiej). Największy, bo sięgający 66% wartości, udział w polskim rynku mają leki generyczne i jest to najwięcej w Europie. Ich ceny, podobnie jak leków innowacyjnych, również są jednymi z najniższych w Europie (niższe o 40%, zaś innowacyjne o 54%).

W roku 2010 wartość importu równoległego produktów na receptę do Polski wyniosła ponad 174 mln zł, a wartość eksportu równoległego z Polski znacznie przewyższała import i wyniosła ponad 800 mln zł.

Polski rynek szpitalny ma najniższy w Europie poziom wydatków na osobę (4,5 euro) na leki z listy TOP 30 leków stosowanych w leczeniu szpitalnym w Europie – są one 5-8 razy niższe w porównaniu z innymi państwami europejskimi.

W 2010 roku całkowite wydatki NFZ na refundację leków w Polsce (chemioterapia, programy

### **Raport zawiera:**

- Słownik pojęć
- Gezeza powstawania raportu
- Podsumowanie głównych wniosków i rekomendacji

### **Rozdział 1 – Polska na tle Europy**

### **Rozdział 2 – Zasady refundacji leków**

Cena zbytu • Zasady i częstotliwość aktualizacji grup limitowych • Wpływ kosztu i czasu trwania terapii na poziom refundacji • Wpływ przeceny stanów magazynowych w hurtowniach i aptekach na dostępność leków dla pacjentów

### **Rozdział 3 – Payback i umowy dzielenia ryzyka**

Wrażliwość kwoty payback na czynniki niezależne od producentów • Refundacja sporna i jej wpływ na kwotę payback'u • Zagrożenie braku wprowadzeń nowych produktów na listy refundacyjne • Umowy dzielenia ryzyka – warunki skuteczności

### **Rozdział 4 – Dostępność leków i kondycja aptek**

Zagrożenia dla kondycji aptek • Obowiązek zapewnienia dostępności leków • Obostrzenia w zakresie reklamy aptek

### **Rozdział 5 – Wpływ ustawy na rynek szpitalny**

- Przypisy
- Spis analiz

► terapeutyczne i refundacja w aptekach otwartych) wyniosły 11,5 mld zł.

W ostatnich latach wydatki NFZ na całkowitą refundację leków znacznie wzrosły. Przewiduje się jednak, że NFZ będzie ograniczać dalsze wzrosty kosztów ponoszonych na ten cel, aby utrzymać je na obecnym poziomie. Średnioroczna zmiana w wydatkach NFZ na całkowitą refundację leków w latach 2004-2010 wyniosła +10,4%.

W ciągu ostatnich lat współpłacenie pacjentów za leki refundowane na rynku aptecznym systematycznie zmniejsza się. Od 2008 roku do 2010 roku poziom ten spadł o ponad 2 punkty procentowe. Jednym z głównych czynników wpływających na obecną sytuację jest presja ze strony Ministerstwa Zdrowia na obniżkę cen i limitów na leki refundowane.

Obecnie na rynku istnieje blisko 14 000 aptek i punktów aptecznych, które są obsługiwane przez blisko 200 hurtowni farmaceutycznych. Blisko 40% wartości sprzedaży jest generowane przez sieci apteczne (powyżej 5 aptek).

## REWOLUCYJNE ZMIANY POD RZĄDAMI NOWEJ USTAWY

Jak wynika z raportu, nasz rynek farmaceutyczny po 1 stycznia 2012 roku zmieni się zasadniczo. Nowa ustawa o refundacji leków jest największą i najbardziej kompleksową zmianą prawną dotyczącą rynku leków, jaka przygotowano w ostatnich 10 latach. Zdaniem autorów raportu ustawa refundacyjna wprowadza szereg pozytywnych zmian przystosowujących polskie regulacje prawne do przepisów Unii Europejskiej. Do nich można zaliczyć zmianę systemu z rozporządzeń na obwieszczenia, wprowadzenie nowego sposobu liczenia limitów w danych grupach limitowych, wprowadzenie powiązania kosztu i czasu trwania terapii z poziomem refundacji, wprowadzenie instrumentów dzielenia ryzyka czy nową definicję zapewnienia dostępności leku na poziomie aptek. W raporcie stwierdza się, że do pozytywnych zmian, które wprowadza ustawa refundacyjna, można zaliczyć m.in. przejście z systemu rozporządzeń ogłaszających nowe listy refundacyjne na system obwieszczeń, który jest prostszy; wprowadzenie nowego sposobu liczenia limitów wyznaczających poziom współpłacenia pacjentów, powiązanie kosztu i czasu

trwania terapii z poziomem refundacji, wprowadzenie instrumentów dzielenia ryzyka, np. upustów na pierwsze cykle terapii.

Raport IMS wskazuje także na inne zmiany, które mogą mieć negatywne konsekwencje dla uczestników rynku farmaceutycznego. Obawy środowiska farmaceutycznego budzą m.in. zmiany dotyczące zamrożenia budżetu na refundację na stałym poziomie 17 proc., co może uniemożliwić wprowadzanie nowych leków do refundacji, wprowadzenie sztywnych cen i marż dla leków refundowanych, przepisy dotyczące cen leków szpitalnych; zakaz stosowania wszelkich zachęt przy sprzedaży leków refundowanych; zakaz reklamy aptek, podatek payback (firmy farmaceutyczne mają zwracać część swojego przychodu ze sprzedaży leków refundowanych w przypadku przekroczenia ustalonego limitu na refundację leku).

IMS krytycznie odnosi się do wprowadzenia sztywnych cen i marż dla leków refundowanych. Z jednej strony wszystkie leki refundowane będą miały jednolitą cenę, a z drugiej strony – w wielu przypadkach może zwiększyć się poziom współpłacenia pacjentów. Zgodnie z ustawą refundacyjną marża hurtowa w wysokości 5 proc. będzie obowiązywała dopiero od 2014 r., w 2012 roku miałyby wynosić 7 proc., w 2013 – 6 proc. urzędowej ceny zbytu.

W ustawie określono limit na refundację ze środków NFZ na poziomie 17 proc. rocznego budżetu. Wprowadzony ma zostać obowiązek zawierania przez apteki umów z NFZ, w których zobowiążą się one do przestrzegania cen ujętych w obwieszczeniach zawierających wykazy produktów refundowanych.

Dyskusji wymaga także brak możliwości stosowania zachęt przy sprzedaży leków refundowanych, gdzie w konsekwencji nie będzie możliwe między innymi przekazywanie darowizn dla szpitali czy darmowych narzędzi samokontroli leczenia dotychczas dostępnych dla pacjentów w aptekach.

## ZAGROŻENIE DLA KONDYCJI APTEK

Nowa ustawa wprowadza w obszarze dystrybucji aptecznej sztywne ceny i sztywne marże, które razem ze zmianami cen, poziomu limitów oraz struktury sprzedaży będą miały wpływ na wysokość marży realizowanej przez apteki. Zmianie

uległ sposób liczenia marży aptecznej – od limitu, a nie od ceny leku. Przeceny leków refundowanych na magazynach aptecznych, w przypadku zmian na listach refundacyjnych, będą dodatkowym kosztem obciążającym apteki.

Wnioski z analiz Zespołu Roboczego dotyczące rynku aptecznego są następujące:

1. *W efekcie wprowadzenia nowej ustawy apteki poniosą duże jednorazowe koszty szacowane na blisko 100 milionów złotych; przeprowadzone symulacje pokazują, że kondycja finansowa aptek może się pogorszyć.*
2. *Do kosztów tych możemy zaliczyć:*
  - *szacunkowe koszty wdrożenia nowej ustawy związane z aktualizacją oprogramowania, wymiany kas fiskalnych i sprzętu komputerowego szacuje się w zakresie od 3 000 PLN do 5 000 PLN na jedną aptekę. Szacuje się, iż całkowite koszty poniesione przez apteki wyniosą powyżej 40 milionów PLN w skali całego kraju;*
  - *apteki, nie mając prawnych możliwości zwrotu towaru oraz mając mniejszą możliwość ograniczenia wartości magazynów do końca roku i negocjacji z producentami, w celu zabezpieczenia kosztów przeceny magazynów leków refundowanych mogą ponieść koszty przeceny magazynów na poziomie 50,3 miliona PLN (za % obniżki cen przyjęto najnowsze limity w porównaniu do limitów z grudnia 2010 r.);*
  - *szacunkowe koszty związane z adaptacją aptek do zapisów zakazujących reklamy mogą wynieść od 5 do 9 milionów złotych.*
3. *Z analiz przeprowadzonych przez firmę Dziesięcina wynika, że 23% aptek w Polsce nie posiada majątku wystarczającego na pokrycie swoich zobowiązań, a kolejne 25% znajduje się na skraju rentowności.*
4. *W ostatniej dekadzie nastąpił duży wzrost liczby aptek. Pomimo tak znacznego przyrostu aptek, aż o 4283, średni miesięczny obrót apteki wzrósł tylko nieznacznie o 4,0% gdzie w tym samym okresie inflacja wyniosła ponad 3,2% (obliczenia własne IMS Health).*
5. *Nowy sposób liczenia marży aptecznej na lekach refundowanych od limitu oraz nowa definicja marży regresywnej wpłynie na rentowność aptek na sprzedaży tej grupy leków, zmniejszając tę marżę wartościowo o 8%.*

Kondycja finansowa aptek może się pogorszyć i dla mniejszych aptek, gorzej zarządzanych lub tych, które obecnie działają na granicy rentowności, nowa ustawa może oznaczać duże problemy finansowe. Spodziewamy się, że kłopoty mogą dotyczyć nawet 1,5 tys. aptek z tych prawie 14 tys., działających obecnie – powiedział szef IMS Health w Polsce **Michał Pilkiewicz** podczas prezentacji raportu na temat nowej ustawy o refundacji leków, która będzie obowiązywała od 1 stycznia 2012 r. ►

W skład zespołu pracującego nad raportem weszli zaproszeni przedstawiciele następujących stowarzyszeń, związków, urzędów oraz firm związanych z branżą farmaceutyczną – w kolejności alfabetycznej:

- Dziesięcina – Centrum Finansowo-Księgowe – udział w 3 z 8 spotkań,
- IMS Health – udział we wszystkich 8 spotkaniach,
- Izba Gospodarcza „Farmacja Polska” – udział we wszystkich 8 spotkaniach,
- MDDP Michalik Dłuska Dziedzic i Partnerzy spółka doradztwa podatkowego sp. z o.o. oraz MDDP Sobońska Olkiewicz i Wspólnicy Kancelaria Adwokatów i Radców Prawnych sp. k. – udział we wszystkich 8 spotkaniach,
- Ministerstwo Zdrowia – udział w 1 z 8 spotkań,
- **Naczelna Rada Aptekarska** – udział w 5 z 8 spotkań; przedstawiciele NRA uczestniczyli w spotkaniach w roli obserwatorów, nie składali wniosków ani rekomendacji,
- Narodowy Fundusz Zdrowia – nieobecność na spotkaniach,
- Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego – udział w 4 z 8 spotkań; PZPPF nie zgodził się z treścią rozdziałów: „Cena Zbytu”, „Podsumowanie głównych wniosków i rekomendacji”,
- Polski Związek Producentów Leków Bez Recepty PASMI – udział w 4 z 8 spotkań,
- Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych – udział w 7 z 8 spotkań,
- Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA – udział we wszystkich 8 spotkaniach.

► Z analiz przeprowadzonych przez firmę Dziesięcina wynika, że 23% aptek w Polsce nie posiada majątku wystarczającego na pokrycie swoich zobowiązań, a kolejne 25% aptek znajduje się na skraju rentowności. Dodatkowe obciążenia i ryzyko obniżenia rentowności aptek o ok. 8% w wyniku nowego sposobu liczenia marży aptecznej od limitu oraz nowej definicji marży degresywnej może spowodować bankructwo 1-1,5 tys. aptek w Polsce, na obecnie funkcjonujących 14 tys. podmiotów.

Dyrektor M. Pilkiewicz, zwracając uwagę na to, że nowa ustawa zobowiązuje apteki do zapewnienia dostępności do leków wyznaczających limit, stwierdził: – Już dziś tylko połowa tych leków jest dostępna w 30 proc. aptek. Konsekwencją tego zapisu może być nadmierne obciążenie aptek poprzez zmuszanie ich do posiadania na stanie odpowiedniej ilości leków.

Na rentowność aptek wpłynie też nowy sposób liczenia marży aptecznej na lekach refundowanych od limitu oraz nowa definicja marży degresywnej. Dlatego eksperci IMS proponują regularne monitorowanie przez Ministerstwo Zdrowia oraz niezależne podmioty wpływu nowej ustawy na kondycję aptek, aby w razie krytycznego nasilenia się negatywnych skutków ustawodawca mógł podjąć ewentualne kroki naprawcze w celu ratowania systemu dystrybucji leków w Polsce. Padła sugestia, aby w przypadku pogorszenia się kondycji aptek rozważyć zmiany systemu naliczania marży aptecznej.

Według raportu przygotowanego przez specjalistów przemysłu farmaceutycznego po wejściu w życie przepisów ustawy refundacyjnej, która wprowadza m.in. urzędowe ceny i marże leków finansowanych ze środków publicznych, może zbankrutować nawet 1,5 tys. aptek. Ustawa zakłada bowiem, że ceny leków refundowanych nie będą mogły być ani niższe, ani wyższe od ustalonych w wyniku negocjacji firm farmaceutycznych z Ministerstwem Zdrowia. Obecnie apteki stosują często promocje na leki finansowane przez NFZ, niektóre można kupić nawet za kilka groszy lub złotówkę.

W raporcie przygotowanym pod patronatem IMS Health napisano, że nowa ustawa w istotny sposób obciąża apteki, zmuszając je do poniesienia jednorazowych kosztów w wysokości około 110 mln zł, średnio ponad 8 tys. zł na aptekę. Chodzi m.in. o przecenę zapasów magazyno-

wych leków refundowanych, koszt aktualizacji oprogramowania i wymiany sprzętu komputerowego oraz koszt dostosowania do przepisów zakazujących reklamy.

Najwyższy szacunkowy koszt – ok. 55 mln zł – związany będzie z aktualizacją oprogramowania i wymiany sprzętu komputerowego, koszt przece-ny zapasów magazynowych leków refundowanych to kolejne 50,3 mln zł. Apteki poniosą także koszty – szacunkowo wysokości ok. 7 mln zł – na dostosowanie się do przepisów zakazujących reklamy.

– To, co dziś obserwujemy, to drastyczne zmniejszanie zapasów aptek, które po prostu nie wiedzą, jakie będą leki na nowej liście refundacyjnej. Hurtownie muszą ograniczać koszty, a tymczasem mocno rośnie częstotliwość obrotów pod bieżące recepty – powiedział podczas prezentacji raportu **Andrzej Stachnik** ze Związku Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych. Hurtownie rozpoczęły już obniżanie wartości magazynów dla leków refundowanych w celu uniknięcia strat finansowych, które szacowane są na ok. 50 mln zł, wynikających z przeceny stanów magazynowych po wprowadzeniu nowych list refundacyjnych.

Autorzy raportu rekomendują następujące działania systemowe dla ograniczenia powyższych ewentualnych negatywnych skutków ustawy dla dystrybucji leków w Polsce:

1. Proponujemy regularne monitorowanie przez Ministerstwo Zdrowia oraz niezależne podmioty wpływu nowej ustawy na kondycję aptek, aby w razie krytycznego nasilenia się negatywnych skutków dla aptek, ustawodawca mógł podjąć ewentualne kroki naprawcze w celu ratowania systemu dystrybucji leków w Polsce.
2. Stworzenie w oparciu o dostępne dane raportów okresowych o kondycji aptek, zawierających m.in.:
  - informację o stanach magazynów – aby zwrócić uwagę na ewentualne trudności z finansowaniem dostępności produktów;
  - średnią wartość koszyka zakupowego – aby zaobserwować np. czy pacjenci rezygnują z zakupu części leków w efekcie wzrostu odpłatności;
  - terminy płatności, poziomy rabatów, średnie wyniki finansowe – aby umożliwić prognozowanie skali ewentualnych problemów finansowych aptek.



3. W przypadku pogorszenia się kondycji aptek rekomendujemy rozważenie zmiany systemu naliczania marży aptecznej.

### OGÓLNE OCENY, WNIOSKI I REKOMENDACJE SPECJALISTÓW

Ustawa z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych jest największą i najbardziej kompleksową zmianą prawną dotyczącą rynku leków, przygotowaną przez ustawodawcę w ostatnich 10 latach. Zapisy tej ustawy wraz z rozporządzeniami wykonawczymi będą dotyczyć wszystkich uczestników rynku farmaceutycznego, tj.: producentów leków, hurtowni farmaceutycznych, szpitali, aptek i lekarzy. Ustawa będzie miała również duży wpływ na pacjenta oraz płatnika – Narodowy Fundusz Zdrowia. Zgodnie z deklaracjami autorów nowej ustawy, głównym jej celem jest takie przekształcenie systemu refundacji, aby w możliwie najwyższym stopniu odpowiadał on aktualnemu zapotrzebowaniu społecznemu w zakresie zaopatrzenia w leki. System ma być również spójny z wymogami dyrektywy Rady 89/105/EWG z dnia 21 grudnia 1988 r., dotyczącej przejrzystości środków regulujących ustalanie cen na produkty lecznicze.

Ustawa wprowadza szereg pozytywnych zmian przystosowujących polskie regulacje prawne do przepisów Unii Europejskiej. Raport Zespołu Roboczego zalicza do nich:

- przejście z systemu rozporządzeń ogłaszających nowe listy refundacyjne na znacznie prostszy od strony formalnej system obwieszczeń;
- wprowadzenie nowego sposobu liczenia limitów wyznaczających poziom współpłacenia pacjentów w poszczególnych grupach limitowych;
- wprowadzenie powiązania kosztu i czasu trwania terapii z poziomem refundacji;
- wprowadzenie instrumentów dzielenia ryzyka;
- nowa definicja zapewnienia dostępności leku na poziomie aptek.

W ustawie znajduje się również wiele zmian niosących mieszany wpływ dla sektora farmaceutycznego oraz dla pacjentów. W tym przypadku skutki negatywne mogą przeważać pozytywne aspekty wprowadzanych zmian. Część z nich wynika

z wprowadzenia nowych, budzących obawy środowiska farmaceutycznego regulacji i zasad, a część jest spowodowana brakiem doprecyzowania/interpretacji wybranych zapisów nowej ustawy.

Raport zawiera szereg analiz dla głównych obszarów wymagających ewentualnych zmian lub doprecyzowania:

- zasady refundacji leków, payback i instrumenty dzielenia ryzyka,
- dostępność leków i kondycja aptek, wpływ nowej ustawy na rynek szpitalny.

Wnioski i rekomendacje wynikające z tych analiz dotyczą:

1. *Wprowadzenia systemowych rozwiązań związanych z metodologią i praktyką stosowania dla takich obszarów jak: określenie leków wyznaczających limit w danej grupie limitowej, określenie wysokości poziomu refundacji oraz obliczania kwoty podatku payback.*
2. *Wprowadzenia do ustawy precyzyjnej definicji dotyczącej ceny zbytu tak, aby były one spójne systemowo i nie prowadziły do niejasności interpretacyjnych.*
3. *Wprowadzenia do ustawy precyzyjnej definicji pojęcia reklamy aptek, z zastrzeżeniem, iż definicja ta powinna uwzględniać rozdzielenie pojęcia „reklama” od pojęcia „informacja”.*
4. *Regularnego monitorowania przez Ministerstwo Zdrowia oraz niezależne podmioty wpływu ustawy na kondycję aptek, aby w razie krytycznego nasilenia się negatywnych skutków ustawy dla aptek ustawodawca mógł podjąć ewentualne kroki naprawcze w celu ratowania systemu dystrybucji leków w Polsce.*

Nowa ustawa wprowadza obostrzenia w zakresie reklamy aptek: całkowity zakaz reklamy aptek z wyłączeniem podania godzin pracy i lokalizacji apteki oraz całkowity zakaz stosowania wszelkich zachęt wpływających lub związanych ze sprzedażą leków refundowanych, które mogą uniemożliwić np. działanie aptek internetowych, informacje o ofertach cenowych dotyczących produktów innych niż refundowane, i informacje o opiece farmaceutycznej.

Raport podkreśla brak w tej części ustawy precyzyjnego określenia, co jest informacją, a co reklamą apteki. Ten fakt może powodować eskalację sporów z organami nadzoru, a w konsekwencji wpływać na kondycję finansową aptek (konieczność zapłaty kary).

- Zdaniem autorów raportu wprowadzenie do ustawy precyzyjnej definicji pojęcia reklamy apteki, z zastrzeżeniem, iż definicja ta powinna uwzględniać rozdział pojęć reklamy i informacji. Niezbędna jest także zmiana lub doprecyzowanie zapisów ustawy umożliwiające dalszą działalność aptek internetowych.

### WPLYW NA RYNEK SZPITALNY

W odróżnieniu od rynku aptecznego w sektorze szpitalnym zostaje utrzymana cena maksymalna i marża maksymalna. Ustawa zakłada, że szpitale nie będą mogły kupować leków w cenie wyższej od urzędowej ceny zbytu leku wyznaczającego podstawę limitu, powiększonej o marżę hurtową. Zapis ten determinuje zatem wybór terapii, gdyż nie pozwala na stosowanie przez szpitale leczenia lekami droższymi niż lek wyznaczający limit.

Jednocześnie, przy zastosowaniu cen maksymalnych na rynku szpitalnym, zakazane zostają wszelkie formy pakietowania takie jak darowizny czy leki w cenach promocyjnych. Ponadto, ustawa wprowadza istotne zmiany dotyczące obszaru leków stosowanych głównie w szpitalach tj. programy terapeutyczne i chemioterapia. Dotychczasowe programy terapeutyczne mają być zastąpione programami lekowymi. Nie wiadomo dokładnie, kiedy taka zmiana nastąpi i jaki będzie miała wpływ na ciągłość dotychczasowych terapii oraz włączania nowych pacjentów. Nowa ustawa zakazuje pakietowania leków typowego na rynku szpitalnym i przekazywania darowizn, co spowoduje istotne zmniejszenie liczby darowizn i leków w specjalnych cenach dla szpitali.

Raport wskazuje na konieczność określenia przez Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Finansów wspólnej, jednolitej interpretacji zapisów nowego prawa, określenie przez Ministerstwo Zdrowia jednolitej interpretacji przepisów o grupach limitowych dla szpitali, która zapewni pacjentom kontynuację leczenia dotychczasowymi lekami w przypadkach, gdzie ryzyko zmiany terapii lub leku może powodować zagrożenie dla życia pacjenta.

Rekomenduje także następujące działania systemowe:

1. *W związku z wzajemną sprzecznością przepisów ustawy o refundacji, istnieje wątpliwość*

*prawna, jaki reżim cenowo-marżowy stosuje się w transakcjach do szpitali a także, czy możliwe jest pakietowanie leków typowe na rynku szpitalnym i przekazywanie darowizn. Wątpliwość ta wynika z niespójności przepisów art. 9 ust. 1, zakładających stosowanie cen minimalnych, z przepisami nakazującymi stosować sztywne ceny i marże (art. 7 i 8 w zw. z art. 50) oraz zakazującymi stosowania w odniesieniu do leków refundowanych zachęt w postaci upustów, rabatów i pakietów czy darowizn (art. 49 ust. 3).*

2. *Istnieje sprzeczność dotychczasowych interpretacji urzędowych, z jednej strony potwierdzających odrębność rynku szpitalnego i maksymalny charakter cen i marż oraz możliwość pakietowania i rozliczeń pomiędzy producentami i hurtowniami (korekta cen po wygraniu przetargu) w przypadku dostaw na rzecz szpitali, a z drugiej strony prezentowanie dokładnie przeciwnego stanowiska.*
3. *Brzmienie przepisów powoduje, iż leku droższego z grupy limitowej szpital nie będzie mógł nabyć, a więc wyznaczenie limitu oznacza w praktyce wybór terapii. Zważywszy, że w szpitalach nie ma możliwości współpłacenia w przypadku leków droższych niż limit, pacjent w szpitalu będzie pozbawiony możliwości leczenia lekami droższymi niż lek limitodawczy w danej grupie limitowej.*
4. *Nie ma jasności, jak mają wyglądać pierwsze programy lekowe i w jaki sposób, a także kiedy zastąpią obecne programy terapeutyczne. Projekt rozporządzenia koszykowego zakłada uchylenie obecnych programów 1 stycznia 2012 r., podczas gdy NFZ kontraktuje na ich podstawie do dnia 30 czerwca 2012 r., co powoduje zagrożenie dla ciągłości terapii dotychczasowych i włączania do programów nowych pacjentów w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 30 czerwca 2012 r.*
5. *Nie ma jasności co do przyszłej relacji decyzji refundacyjnych o programach lekowych z określoną w nich ceną zbytu i dokonywaną przez NFZ wyceną objętych tymi programami świadczeń. Ustawa nie określa tej relacji. Mogą powstać różnice między cenami określonymi w decyzjach i limitami w grupach terapeutycznych, a rzeczywistą wyceną świadczeń w kontraktach NFZ, co może prowadzić do chaosu prawnego.* ■

# NOWE ZASADY FUNKCJONOWANIA APTEK

*dr n. farm., mgr prawa Agnieszka ZIMMERMANN, aptekarz praktyk*

Gdański Uniwersytet Medyczny  
e-mail: agnieszkazimmermann@gumed.edu.pl



Od 1 stycznia 2012 zaczęła obowiązywać ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Nowy akt prawny bardzo zmieni dotychczasowe zasady prowadzenia apteki. Przede wszystkim ceny produktów refundowanych zostały ujednolicone poprzez wprowadzenie sztywnych marż i cen oraz zupełnie nieznanego do tej pory – zakazu stosowania wolnorynkowych praktyk handlowych. W założeniu powyższe regulacje mają doprowadzić do zniesienia konkurencji cenowej i wyparcia jej przez konkurencję jakości świadczonych w aptece usług. Przewidywany jest jednak spadek rentowności aptek i dalszy wzrost roli sieci aptecznych. Wskazuje się także na problemy z dostępnością do leków dla pacjentów w okresie wdrażania ustawy w życie. Jednocześnie na apteki nałożono szereg nowych obowiązków i bardzo represyjne kary za ich nieprzestrzeganie. Poniżej przedstawiono krótką analizę najważniejszych zmian.

## **Obowiązek zawarcia umowy na wydawanie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na recepty**

Tryb i warunki zawarcia umowy na refundację określa zarządzenie Prezesa NFZ Nr 94/2011/DGL z dnia 19 grudnia 2011 roku. Oddziały Funduszu publikują na swoich stronach internetowych komunikaty dla podmiotów prowadzących apteki i kierowników aptek w sprawie trybu zawierania umów na realizację recept. W celu zawarcia umowy niezbędne jest złożenie wniosku pisemnego i elektronicznego przy pomocy portalu NFZ (po wcześniejszym uzyskaniu do niego dostępu). Przez portal NFZ należy zarejestrować wymagane przez Fun-

dusz dane identyfikacyjne podmiotu prowadzącego aptekę i dane identyfikacyjne apteki oraz ewidencję jej personelu. Do wniosku należy dołączyć m.in.:

- oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych,
- oświadczenie o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji,
- wniosek w sprawie rachunku bankowego,
- wzór podpisu i parafy osoby/osób podpisujących wniosek/umowę na realizację recept,
- wzór podpisu i parafy osoby/osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu prowadzącego aptekę w trakcie trwania umowy na realizację recept,
- oświadczenie o spełnieniu wymagań do pełnienia funkcji kierownika apteki,
- kopię zezwolenia na prowadzenie apteki.

Złożone do oddziału Funduszu wnioski podlegają ocenie pod względem poprawności, kompletności i zasadności. Informacja o rozpoczęciu oceny wniosku przez oddział Funduszu widoczna będzie dla wnioskującego w portalu NFZ. Poprawnie przygotowany i kompletny wniosek jest podstawą podpisania umowy na realizację recept. Umowę z podmiotem prowadzącym aptekę zawiera dyrektor oddziału Funduszu lub osoba przez niego upoważniona, niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku. Wnioskujący może wraz wnioskiem o zawarcie umowy przygotować i złożyć do oddziału Funduszu jednostronnie podpisaną umowę na realizację recept, której wzór zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2011 roku.

## **Obowiązek umieszczenia informacji o zawarciu umowy**

Do obowiązków apteki będzie należało zamieszczenie, w widocznym i łatwo dostępnym

- miejscu, informacji o zawarciu umowy na realizację recept oraz informacji o możliwości nabycia odpowiednika leku zapisanego na recepcie.

### **Obowiązek stosowania odpłatności wynikającej z ustawy**

Apteka, na podstawie art. 6 ust. 9 będzie zobowiązana stosować odpłatność wynikającą z ustawy – niemożliwe zatem będzie stosowanie upustów, bonifikat czy nie pobieranie opłaty ryczałtowej. Działanie sprzeczne z ustawą zagrożone będzie karą pieniężną.

### **Obowiązek stosowania marż urzędowych**

Apteka, zgodnie z założeniami wynikającymi z art. 7 ust. 5, będzie musiała stosować marże wprowadzone przez ustawę. W sytuacji nie przestrzegania zapisów ustawy będzie możliwe nałożenie kary pieniężnej.

### **Obowiązek stosowania urzędowej marży na leki przepisane dla osób posiadających uprawnienia IB**

W przypadku realizacji recepty dla pacjenta o uprawnieniach IB nowa ustawa wprowadziła obowiązek stosowania urzędowej marży detalicznej dla leków dla których nie ustalono limitu finansowania w odpowiedniej wysokości marży degresywnej, licząc ją od ceny hurtowej. Nie może być ona wyższa niż 20 zł.

### **Obowiązek stosowania marży urzędowej na leki sprowadzane w ramach importu docelowego**

Marża hurtowa dla leków z importu docelowego będzie wynosić 10%. Marża detaliczna nie będzie mogła przekroczyć ustalonych wartości degresywnych, liczonych od ceny hurtowej i nie będzie mogła być wyższa niż 20 zł. W projekcie nowelizacji ustawy ogłoszonym 10 stycznia 2012 r. zmieniono sposób naliczania marży detalicznej dla leków sprowadzanych w ramach importu docelowego. Proponowana jest marża w wysokości 150% wartości detalicznej marży urzędowej (nowe brzmienie art. 7 ust. 7). Przepisy aktualnie obowiązujące, w myśl projektu, mają dotyczyć leków, dla których

zgoda na refundację zostanie wydana przed dniem wejścia w życie proponowanych zmian.

### **Obowiązek zapewnienia dostępności do leków**

Nowa ustawa wprowadza zapis z którego wynika, że apteki obowiązane będą zapewnić dostępność do leków i produktów spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, na które ustalono limit finansowania (art. 43 ust. 1 pkt 1).

### **Zakaz reklamy apteki**

Nowa ustawa zmienia 94a ust. 1 ustawy Prawo farmaceutyczne wprowadzając zakaz reklamy aptek i punktów aptecznych oraz ich działalności. Nie będzie stanowić reklamy informacja o lokalizacji i godzinach pracy apteki lub punktu aptecznego. Prowadzenie reklamy wbrew przepisom będzie zagrożone karą pieniężną w wysokości do 50.000 złotych. Karę pieniężną nakładać będzie wojewódzki inspektor farmaceutyczny w drodze decyzji administracyjnej. Przy ustalaniu wysokości kary uwzględniany będzie w szczególności okres, stopień oraz okoliczności naruszenia przepisów ustawy, a także uprzednie naruszenie przepisów. Kary pieniężne stanowić będą dochód budżetu państwa. Wojewódzki inspektor farmaceutyczny będzie wierzycielem w rozumieniu przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Karę będzie trzeba uiścić się w terminie 7 dni od dnia, w którym decyzja stanie się ostateczna. Od kary pieniężnej nieuiszczonej w terminie naliczane będą odsetki ustawowe.

### **Wzmocnienie pozycji NFZ**

Nowe regulacje wpłyną na zasady funkcjonowania apteki także poprzez niewątpliwe osłabienie pozycji apteki w ewentualnym sporze z NFZ i wzmocnienie monopolu Funduszu. Podmiotowi prowadzącemu aptekę, będzie przysługiwało zażalenie na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu dotyczące realizacji umowy do Prezesa Funduszu. Zażalenie składane będzie wraz z uzasadnieniem za pośrednictwem właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 14 dni od dnia dokonania czynności



przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Prezes NFZ będzie mógł, uwzględniając zażalenie w części lub w całości, nałożyć na dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu obowiązek usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, w szczególności poprzez uchylenie czynności, której dotyczy zażalenie. Podmiot prowadzący aptekę zostanie zaświadczony w terminie 7 dni o uwzględnieniu zażalenia. W przypadku nieuwzględnienia zażalenia przez Prezesa Funduszu w części lub w całości, podmiotowi prowadzącemu aptekę przysługiwać będzie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, kierowany także do Prezesa NFZ. Stanowisko Prezesa będzie uznawane za ostateczne.

### **Ograniczenie możliwości korekty przesłanego i zatwierdzonego zestawienia refundacyjnego**

Złożenie przez aptekę korekty do zamkniętego okresu rozliczeniowego będzie możliwe jedynie po pozytywnym rozpatrzeniu umotywowanego wniosku apteki przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Korekty do zamkniętego okresu rozliczeniowego apteka będzie mogła składać w terminie 3 miesięcy od daty jego zamknięcia, nie później jednak niż do 15 marca roku następnego.

### **Wydłużenie czasu oczekiwania na zwrot refundacji**

Przekazywanie komunikatów elektronicznych obejmować będzie następujące fazy:

- 1) przygotowania komunikatu przez aptekę, sprawdzenia jego kompletności i poprawności oraz jego terminowego przekazania;
- 2) weryfikacji komunikatu przez Fundusz oraz przygotowania i przekazania komunikatu zwrotnego zawierającego wynik wstępnej analizy poprawności danych oraz projektu zestawienia zbiorczego – w terminie 5 dni roboczych
- 3) poprawiania lub usuwania przez aptekę, w drodze korekty, błędów albo innych nieprawidłowości wykazanych w komunikacie zwrotnym i ponownego przekazania komunikatu elektronicznego – w terminie 5 dni roboczych.

Zatwierdzenie przez aptekę projektu zestawienia zbiorczego spowoduje udostępnienie aptece

komunikatu elektronicznego zawierającego uzgodnione zestawienie zbiorcze i zamykać będzie dany okres rozliczeniowy oraz uniemożliwi aptece składanie do niego korekt. Nadal obowiązkiem będzie przekazanie do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu uzgodnionego zestawienia zbiorczego w formie pisemnej, stanowiącego podstawę refundacji.

### **Wprowadzenie procedury zwrotu wcześniej wypłaconej refundacji**

Apteka będzie musiała dokonać zwrotu refundacji ceny leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego łącznie z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia, w którym wypłacono refundację do dnia jej zwrotu, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty, jeżeli w wyniku weryfikacji lub kontroli zostanie stwierdzone, że realizacja recepty nastąpiła z naruszeniem przepisów omawianej ustawy, przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Projekt ustawy z 10 stycznia 2012 precyzuje, że podstawą zwrotu refundacji będzie nie stosowanie odpłatności wynikających z ustawy, nie stosowanie marży urzędowej (w tym dla leków wypisanych dla osób z uprawnieniami IB i leków sprowadzanych w ramach importu docelowego oraz leków recepturowych) a także nie stosowanie limitów, cen oraz dopłat w wysokości określonej w obwieszczeniu. Zwrot refundacji będzie także brany pod uwagę przy nie wywiązywaniu się z obowiązku informowania pacjenta o możliwości nabycia tańszego odpowiednika leku zapisanego na receptę a także nie odnotowania na rewersie recepty numeru i rodzaju dokumentu potwierdzającego szczególne uprawnienia pacjenta.

#### **Akty prawne:**

1. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie ogólnych warunków umów na realizację recept oraz ramowego wzoru umowy na realizację recept (Dz. U. z 2011 r. Nr 271, poz. 1606).

# ŚLĄSKIEJ IZBY APTEKARSKIEJ ROZRACHUNEK Z MINIONYM 20-LECIEM

**Bogdan OSTROWSKI**

Redakcja „Czasopisma Aptekarskiego” w Warszawie  
e-mail: cza@cza.pl

**W** środowisku aptekarskim kończący się właśnie rok 2011 miał pod znakiem dwudziestolecia odrodzonego w III RP samorządu tej grupy zawodowej, podsumowań jego dotychczasowych dokonań i refleksji nad rolą zawodu we współczesnej rzeczywistości społecznej i gospodarczej. Rozpoczęły je izby aptekarskie na szczeblu własnych okręgów, przygotowując się na bazie re-

fleksji o przeszłości do wyzwań w pierwszej kadencji trzeciego dziesięciolecia. Formy takich rozliczeń z mijającym 20-leciem były różne, a oceny zależne od stopnia aktywności ich członków i liderów samorządowych.

Jubileusz 20-lecia swojego istnienia Śląska Izba Aptekarska obchodziła 18 listopada br. Z tej okazji odbyło się w Katowicach uroczyste spotkanie, które było nie tylko okazją do

wspomnień, docenienia i wyróżnienia wybitnych postaci tego środowiska, ale także do wyrażenia przez aptekarzy opinii na temat aktualnych zmian legislacyjnych. Gościom i jego uczestnikom zaprezentowano także „Jubileuszowy Kalendarz Aptekarski na 2012 rok”, dzieło znanego krakowskiego pisarza i dziennikarza Leszka Mazana.

Śląskiej Izbie Aptekarskiej można pogratulować udanego wydawnictwa pt. „20 lat samorządu aptekarskiego w Katowicach”, w syntetycznej formie utrwalającego jej dorobek lat 1991-2011 i akcentującego „zakotwiczenie w jej historycznych korzeniach” – jak napisali we wstępie jego autorzy: dr Aleksander Wolski, prof. dr hab. Dionizy Moska i dr farm. Stanisław Piechula, którzy wykorzystując liczne dokumenty, publikacje w prasie farmaceutycznej i materiały zebrane w wywiadach z wieloma przedstawicielami aptekarstwem tego regionu Polski, zilustrowali historię i dorobek ŚIA opisami pięciu dotychczasowych kadencji jej władz, utrwalając nie tylko ważne w minionym 20-leciu fakty i wydarzenia, ale co ważniejsze – ludzi tego 20-lecia za-



Gościem specjalnym obchodów 20-lecia samorządu aptekarskiego w Katowicach był dziekan Wydziału Farmaceutycznego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego dr hab. Stanisław Boryczka. Na zdj. z prezesem OIA dr farm. Stanisławem Piechulą

służonych dla śląskiej farmacji.

Aptekarze śląscy świętowali swoje 20-lecie krótko i niemal symbolicznie, bo już następnego dnia delegaci ŚIA z całego regionu zebrali się na bardzo roboczym dwudniowym VI Okręgowym Zjeździe Sprawozdawczo-Wyborczym, by podsumować ostatnią w minionym 20-leciu, V kadencję władz ŚIA i dokonać wyboru nowych, na VI kadencję. To nowo wybrana Rada ŚIA i jej Prezydium na czele z dr. n. farm. Piotrem **Brukiewiczem**, dotychczasowym wiceprezesem ds. szkoleń a obecnie prezesem, wprowadzi śląskich aptekarzy w kolejne dziesięciolecie działalności ich korporacji zawodowej.

### „ZAKOTWICZENI W HISTORYCZNYCH KORZENIACH”

Początki samorządu aptekarskiego na Śląsku sięgają dwudziestolecia międzywojennego. Pierwsza polska organizacja aptekarska, która odegrała ważną rolę w polityce polonizacyjnej tego regionu, nosiła nazwę Towarzystwo Aptekarzy Polskich na Śląsku i w roku 1924 została przekształcona w Ogólny Związek Aptekarzy Województwa Śląskiego. Zasłużyli się zwłaszcza jej dwaj pierwsi prezesi: w latach 1924-1930 Walenty Sójka, w latach 1931-1939 Mieczysław Soliński.

Głównym celem organizacji była polonizacja aptek na Górnym Śląsku, ale jej członkowie angażowali się także w akcję propagującą leki krajowej produkcji, walczyli ze Związkiem Kas Chorych o właściwą politykę cenową, z nieuczciwą konkurencją, zwłaszcza z laboratoriami wytwórczymi, których pracownicy w terenie zaopatrywali po okazjnych cenach leki o wątpliwej i niesprawdzonej cenie. W tej walce chodziło nie tyle o własny zysk aptekarzy, ale przede wszystkim o renomę samego zawodu i apteki jako miejsca pracy.

Po II wojnie już w ostatnich dniach stycznia 1945 roku, gdy front był zaledwie kilkanaście



© Wiktor Szukiel

Uroczystości obchodów 20-lecia Śląskiej Izby Aptekarskiej odbyły się w „Dworku Pod Lipami” w Katowicach 18 listopada 2011 r.





© Wiktor Szukiel



Złotą odznaką honorową Za Zasługi dla Województwa Śląskiego zostali wyróżnieni: dr n. farm. Lucyna Bułaś, mgr farm. Krzysztof Majka, prof. Dionizy Moska, a srebrną mgr farm. Aleksander Żurek

mgr. Tadeusza Zajacę oraz inspektora farmaceutycznego mgr. Józefa Stachowskiego. Okręgowa Izba Aptekarska oficjalnie podjęła prace organizacyjne. „Wszystkie te działania – oceniają autorzy wspomnianego na wstępie jubileuszowego wydawnictwa poświęconego 20-leciu ŚIA – nie byłyby możliwe, gdyby nie bardzo silna i dobrze ugruntowana struktura ludzi od pokoleń kształconych nie tylko intelektualnie, ale również moralnie w specyfice etosu pracy”.

Pierwszym prezesem śląskiej izby został dr Józef Degórski, który funkcję tę sprawował do 1947 roku. Po nim prezesami OIA byli kolejno mgr Mieczysław Estkowski (1947-1948) i mgr Jan Macher-ski (1948-1951).

Śląski samorząd aptekarski rozpoczynał działalność w warunkach olbrzymich braków w infrastrukturze aptek. „W roku 1945 [izba – przyp. red.] przejęła apteki w bardzo zróżnicowanej kondycji, w tym sprawnych 80, częściowo uszkodzonych 192, a całkowicie zniszczonych 93. Stan osobowy wykwalifikowanej kadry farmaceutów również daleki był od aktualnych standardów. (...) Proso-wieckie władze starały się (...) wpływać i mieć na oku kreujący się samorząd aptekarski na terenie Śląska od samych powojennych początków w 1945 roku.” [20 lat samorządu aptekarskiego w Katowicach, str. 8-9]. Katowicka Izba Aptekarska działała tylko przez sześć lat – do momentu wydania przez polskie władze ustawy z 8 stycznia 1951 roku o zniesieniu izb aptekarskich

© Wiktor Szukiel



Medal im. prof. Bronisława Koskowskiego, mgr farm. Marii Jabłońskiej-Rajna wręczyli prezes i wiceprezes OIA dr farm. Stanisław Piechula i dr farm. Piotr Brukiewicz



i ustaw o upaństwowieniu aptek. Po tym nastąpił trwający do 1987 roku proces przekształcania aptek i hurtowni farmaceutycznych – czas CE-FARMU, połączenia hurtu farmaceutycznego z detalem, przenoszenia ówczesnych właścicieli upaństwowionych aptek w inne miejsca pracy. Dopiero w roku 1987, gdy wychodzi okólnik Ministerstwa Zdrowia pozwalający kierownikom aptek na kupno apteki (tylko za zgodą ministra zdrowia) z zasobów cefarmowskich, rozpoczyna się w Polsce powolny okres reprivatyzacji aptek.

Organizacją, która była wsparciem dla aptekarzy w tym ważnym okresie, było Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, a na Śląsku także powstałe po roku 1987 w Katowicach bardzo prężne Zrzeszenie Farmaceutów Właścicieli Aptek (działało do roku 2001), którym przez lata jako prezes kierowała dr **Lidia Czajka** – organizacja, która walczyła o prawa aptekarzy i o należne im z ministerstwa pieniądze z refundacji.

### ODRODZENIE SAMORZĄDU APTEKARSKIEGO NA ŚLĄSKU

Po uchwaleniu przez Sejm III RP ustawy o izbach aptekarskich w Katowicach powstał Komitet Organizacyjny Izby Aptekarskiej, który 27 września 1991 roku niezwłocznie zorganizował regionalne zebrania organizacyjno-wyborcze i doprowadził do wyboru delegatów na I Okręgowy Zjazd Wyborczy. Zjazd odbył się 29 października tego samego roku i to właśnie te datę przyjmuje

się za początek działalności odrodzonego śląskiego samorządu aptekarskiego. Ustalono na nim, że izba będzie miała siedzibę w Katowicach a obszarem jej działania – ówczesne województwa katowickie i częstochowskie.

W jubileuszowym rozrachunku obecni członkowie ŚIA skupili się przede wszystkim na realizacji w kolejnych pięciu minionych kadencjach jej władz jako najważniejszego zapisanego w ustawie o izbach aptekarskich z 19 kwietnia 1991 roku zadania reprezentowania zawodu aptekarza i obrony jego interesów, troski o zachowanie godności i niezależności zawodu, krzewienia i strzeżenia zasad etyki i deontologii zawodowej, integracji środowiska, pieczy i nadzoru nad wykonywaniem zawodu.

Na I Zjeździe prezesem Rady ORA został prof. dr dr hab. **Dionizy Moska** a wiceprezesem mgr **Roman Hechmann**. Z końcem roku 1991 ze struktury katowickiej OIA wyodrębniono OIA w Częstochowie, więc zmieniono także skład organów Rady – prezesem pozostał prof. Moska, zaś wiceprezesami zostali Roman Hechmann i mgr **Ewa Majcherczyk**.

Oto fragment refleksji prof. Moski nad przebiegiem i dorobkiem I kadencji śląskiej OIA w jubileuszowym wydawnictwie pt. „20 lat samorządu aptekarskiego w Katowicach”:

„(...) moment formalnego i instytucjonalnego odtwarzania samorządu aptekarskiego na Śląsku obfitował w wiele skrajnych sytuacji i nie zawsze życzliwych reakcji ze strony środowiska farmaceutycznego

### Wyróżnieni podczas uroczystości 20-lecia samorządu aptekarskiego



LAUREM  
ŚLĄSKIEJ IZBY APTEKARSKIEJ

- mec. Barbara Jendryczko
- mec. Krystian Szulc



MEDALEM im. APTEKARZA  
EDMUNDA BARANOWSKIEGO

- dr farm. Józef Frydrych
- mgr farm. Halina Kania-Wojtynek
- dr n. przyr. Kazimiera Klementys
- mgr farm. Marek Kocłęga
- mgr farm. Ireneusz Kozłowski
- dr n. farm. Bożena Kwaśniak
- mgr farm. Ewa Ochota
- mgr farm. Beatrycze Radlańska-Piątek
- mgr farm. Marek Spodziewa
- mgr farm. Halina Zięba



© Wiktor Szukiel

Wyróżnienie Śląski Aptekarz Roku 2011  
dr. farm. Stanisławowi Piechuli i dr. farm. Piotrowi Brukiewiczowi  
wręczył prof. dr hab. Dionizy Moska

dawnych zaszczości – budowa mostów między tymi oddalającymi się brzegami stała się bardzo absorbującym zadaniem dla

zespołu Okręgowej Izby Aptekarskiej I kadencji. Jednak na drugim biegunie był to też czas dużego zapału, wsparcia, życzliwości i nowych wyzwań.”

Prof. Moska zwraca uwagę na szczególnie ważne wtedy pro-

blemy, które samorząd I kadencji starał się rozwiązywać, jak: poprawa informacji o lekach, uruchomienie monitorowania

konsumpcji leków w hurcie i detalu, komputeryzacja aptek, racjonalizacja gospodarki lekami w szpitalach, monitoring kwalifikacji i doksztalcania kadry farmaceutycznej, zainicjowanie systemu skutecznej informacji w branży farmaceutycznej na Śląsku, wypracowanie godności wybranych działań i metod w środowiskach branży farmaceutycznej.

Obszary te doczekały się swoich interwencji w trakcie trwania kadencji – uważa prof. Moska. – W obszarze mediacji na uwagę szczególną zasługuje uregulowanie sytuacji na linii Rada Aptekarska i Zrzeszenie Farmaceutów Właścicieli Aptek, gdzie po burzliwych początkach koegzystencji sytuacja unormowała się a wzajemne stosunki były bardzo poprawne. Dowodem tego może być m.in. spotkanie Zarządu Zrzeszenia Farmaceutów Właścicieli Aptek z prezesem Okręgowej Rady Aptekarskiej dnia 23 listopada 1993 roku, na którym przyjęto ogólnopolski projekt umowy refundacyjnej jako podstawę negocjacji z wojewodą katowickim.

Kolejny przykład współpracy środowiskowej to powołanie 2 listopada 1993 roku przy udziale ORA oraz właścicieli i kierowników hurtowni farmaceutycznych w Katowicach zespołu doradczego ds. hurtowni farmaceutycznych.

Przykładem działania sięgającego dalej niż obszar administracyjny śląskiej OIA a zmierzającego do konsolidacji samorządu aptekarskiego, do odnalezienia drogi moralnej odnowy i poprawy niekorzystnej sytuacji finansowej i prawnej



polskich aptekarzy, była wola zwołania Krajowego Zjazdu Aptekarzy.

Sukcesem I kadencji śląskiej OIA była działalność dokształcająca dla farmaceutów. Na uwagę w tym zakresie zasługuje zwłaszcza współpraca szkoleniowa z Medycznym Studium Zawodowym w Katowicach i Śląską Akademią Medyczną.

Samorząd śląskich aptekarzy włożył również szmat pracy i zaangażowania w prace nad projektem Kodeksu Etyki Aptekarza RP.

Refleksję nad I kadencją samorządu śląskich aptekarzy jego liderzy kończą nutką goryczy: „Przewidywane już wtedy przez Dionizego Moskę, a skutki których niestety obserwujemy nader dobitnie w chwili obecnej, gdyż spraw tych wtedy mimo starań nie udało się uregulować. Mowa tu w pierwszym rzędzie o poważnym zagrożeniu prawnym i moralnym związanym z odmową wykonywania w niektórych aptekach leków recepturowych. Podjęta wtedy walka o poprawę jakości wytwarzanych leków i o to, aby apteka pozostała apteką, a nie *sklepem z lekami*, niestety została przegrana. Kolejnej gorzkiej refleksji domaga się fakt swobody wydawania koncesji (...). Niestety, batalia ta również została przegrana, czego skutki są dzisiaj nader widoczne.”

## NAJAKTYWNIJSZA IZBA W KRAJU

Na początku II kadencji prezesem śląskiej ORA został **mgr Roman Hechmann**, lecz krótko pełnił tę funkcję, gdyż na

Zjeździe Krajowym Aptekarzy powołano go na prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej w Warszawie. Śląscy aptekarze wybrali więc 22 kwietnia 1996 roku na jego miejsce na prezesa swojej ORA **mgr Lidę Wolnicką-Morawiec**, która pełniła tę funkcję przez dwie kadencje. Za jej prezesury katowicka izba przeprowadziła się do własnej siedziby. Był to czas materialnego i merytorycznego wspierania przez samorząd aptekarski młodej kadry farmaceutycznej na Śląsku (m.in. ufundowanie sztandaru Wydziałowi Farmacji ŚAM). Zrazem jednak był to czas końca prosperity dla aptekarzy, „okres rozwijania sieci aptek i handlu lekami przez kapitał zagraniczny, czas *radosnej twórczości* w zakładaniu aptek, co tworzyło często warunki zakrawające na *nieuczciwą konkurencję*. Walka z tymi problemami stała się również udziałem ludzi skupionych wokół samorządu aptekarskiego na Śląsku w III kadencji” [20 lat samorządu aptekarskiego w Katowicach, str. 20].

Dwie ostatnie kadencje samorządu śląskich aptekarzy to czas dużej jego aktywności w środowisku farmaceutycznym całego kraju. Wielka w tym zasługa nowych osób, które weszły w skład organów izby, zwłaszcza prezesa ORA, którym przez obie te kadencje był dr farm. **Stanisław Piechula**. Jako jeden z głównych celów IV kadencji zapro-



© Wiktor Szukiel

Podziękowane za współpracę ze Śląską Izbą Aptekarską otrzymała mgr farm. Zofia Gardecka – inspektor farmaceutyczny w Katowicach. Na zdj. z wiceprezesem OIA (obecnie prezesem) dr farm. Piotrem Brukiewiczem

ponował on i konsekwentnie realizował także w V kadencji, było „zaangażowanie izby w obronę interesów jej członków. Za szczególnie groźne uznano przejmowanie rynku przez sieci aptek, a zwłaszcza te rozwijane przy hurtowniach farmaceutycznych. Izba aptekarska zdecydowanie opowiedziała się po stronie tzw. bezpiecznych hurtowni farmaceutycznych, które nie tylko nie tworzyły własnych aptek ale zobowiązały się, że takich sieci tworzyć nie będą. Z takimi hurtowniami Izba podjęła współpracę i promowała je w środowisku, zachęcając apteki do zamawiania towaru

- wyłącznie w hurtowniach, które nie konkurują z własnymi odbiorcami”.



© Wiktor Szukiel

Specjalne podziękowania „za serce oddane farmacji” dr Piotr Brukiewicz wręczył prof. dr hab. Dionizemu Moska

Z inicjatywy prezesa Piechuli w roku 2005 powołano w NRA Departament Obrony i Konsolidacji Aptek, który miał koordynować podobne działania w innych izbach (trud ten spadł na prezesa Stanisława Piechulę i wiceprezes ŚRA mgr **Alinę Śliwińską**).

Rosnące ceny leków były podstawą do podjęcia przez ŚIA akcji informowania społec-

zeństwa o możliwości leczenia się zamiennikami drogich leków, która dała początek akcji ogólnopolskiej pod hasłem „Aptekarze Pacjentom – leczenie może być tańsze”.

W celu organizowania grup zakupowych i pomocy zainteresowanym aptekom w ŚIA powołano do życia Korporację Apteki Polskie Śląskiej Izby Aptekarskiej (KAPSIA), którą prowadzili mgr **Krzysztof Mańka** i mgr **Beata Konieczny**.

Potrzeba większego zaangażowania się samorządu w problemy aptek szpitalnych wymagało powiększenia Prezydium ORA o nowego wiceprezesa ds. aptek szpitalnych. Została nim mgr farm. **Maria Bilińska**, która przejęła sprawy związane z aptekami szpitalnymi oraz organizowaniem dla ich kadr spotkań i wszelkich szkoleń.

Za kadencji dr. Piechuli biuletyn Izby „Apothecarius” stał się prawdziwym, otwartym dla wszystkich śląskich organizacji i instytucji farmaceutycznych Śląskim Forum Farmaceutycznym.

„Zmieniła się również charakterystyczna rola prezesa Izby – czytamy w podsumowaniu IV kadencji w wydawnictwie *20 lat samorządu aptekarskiego w Katowicach*. – Stał się dla wszystkich osobą zawsze dostępną i udzielającą pomocy w ważnych sprawach i problemach, a każdy indywidualny problem stawał się podstawą do tworzenia informacji dostępnej dla wszystkich o możliwości jego rozwijania. Dzięki dostępności do prezesa i dobremu kontaktowi z mediami Śląska Izba stała się także najbardziej widoczną i medialną



izbą w kraju. (...) Izba Aptekarska w Katowicach bardzo szybko stała się najlepiej zorganizowana i najprężniej działającą izbą w kraju. Z informacji i opracowań zamieszczanych w witrynie Izby zaczęła korzystać cała Polska a do Izby zaczęły napływać podziękowania nie tylko od zadowolonych farmaceutów, ale także od pracowników Inspekcji i NFZ.”

W lutym 2006 roku Izba w Katowicach zmieniła nazwę na: Śląska Izba Aptekarska, rozpoczęła się także rozbudowa jej siedziby, a fundatorzy uroczystie przekazali jej sztandar.

Obchody 15-lecia izby zaowocowały licznymi nagrodami i wyróżnieniami dla osób szczególnie zaangażowanych w jej działalność, w tym nowo ustanowionymi statuetkami Lauru Aptekarza Roku, Medalem im. Edmunda Baranowskiego, Laurem Śląskiej Izby Aptekarskiej, Dyplomami z Pieczęcią Rady Śląskiej Rady Aptekarskiej. Władze wojewódzkie samą Izbę uhonorowały Złotą Odznaką Honorową „Za zasługi dla województwa śląskiego”.

W V kadencji, która rozpoczęła się zjazdem w dniach 16-18 listopada 2007 roku, prezes Piechula, wybrany ponownie na tę funkcję, zapowiedział kontynuację wcześniej podjętych inicjatyw i utrzymanie wysokiej aktywności Izby. Z uwagi na konieczność rozliczania farmaceutów z ustawicznych szkoleń postawiono jednak większy nacisk na stworzenie im jak najłatwiejszego dostępu do różnych form kształcenia.

Od roku 2008 do kalendarza imprez organizowanych przez ŚIA weszły targi farmaceutycz-



© Wiktor Szukiel

Wielu aptekarzy otrzymało tomiki poetyckie uznanego autora mgr. farm. Waltera Pyki oraz kalendarze jubileuszowe firmy Salus jako podziękowanie za zaangażowanie w działalność samorządu aptekarskiego

ne w Sosnowcu połączone ze szkoleniami oraz galą i wyróżnieniami dla zasłużonych, a od roku 2009 – także z Aptekarskimi Charytatywnymi Koncertami Noworocznymi.

Ogólna opinia członków ŚIA o V kadencji brzmi: „Kolejną kadencję Śląska Izba była najaktywniejsza w kraju, występowała we wszystkich znaczących i pilnych sprawach, próbując doprowadzić do rozwiązań korzystnych dla pacjentów i farmaceutów, nawet w drodze protestów, które inicjowała i które podejmowały także inne izby. Niestety, Naczelna Izba Aptekarska nie potrafiła skoordynować i wykorzystać tego zaangażowania i aktywności, przez co apteki były coraz bardziej nękane wymysłami NFZ.”

Ślascy samorządowcy swój własny rozrachunek z minionym 20-leciem kończą odpowiedzią na częste wątpliwości, czy w obecnych czasach po-

trzebny jest taki korporacyjny samorząd zawodowy: „XX-lecie Śląskiej Izby Aptekarskiej i podsumowanie naszej dotychczasowej działalności wyraźnie pokazuje potrzebę istnienia samorządu aptekarzy. Mam nadzieję, że będzie ona inspiracją i motywacją do kontynuowania tej działalności przez kolejne pokolenia farmaceutów” – napisał prezes IV i V kadencji ŚRA dr farm. **Stanisław Piechula.**



# XXI OKRĘGOWY ZJAZD FARMACEUTÓW W GDAŃSKU



© Wiktor Szukiel





Medalem im. prof. B. Koskowskiego zostały wyróżnione: mgr farm. Maria Siedlaczek-Skakuj (na zdj. w towarzystwie wiceprezesa NRA dr. Marka Jędrzejczaka i prezesa OIA mgr Michała Pietrzykowskiego) i mgr farm. Zyta Skowrońska (w zastępstwie odebrała mgr farm. Hanna Kuźniar)



Rozpoczęcie obrad Zjazdu poprzedziło wręczenie listów gratulacyjnych od prezidium OIA w Gdańsku za szczególny wkład w działalność samorządu aptekarskiego. Listy otrzymali **członkowie Gdańskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej**: prezes mgr farm. **Michał Pietrzykowski** • wiceprezes dr n.med. **Paweł Chrzan** • wiceprezes mgr farm. **Maria Siedlaczek-Skakuj** • wiceprezes mgr farm. **Janina Mańko** • skarbnik mgr farm. **Joanna Alina Sankowska** • sekretarz mgr farm. **Marcin Skrabalak** • mgr farm. **Mirosława Brzoskowska-Paterska** • mgr farm. **Paweł Chomnicki** • mgr farm. **Andrzej Denis** • dr n.farm. **Joanna Erecińska** • mgr farm. **Anna Kalicka** • mgr farm. **Bartosz Kołomyjski** • mgr farm. **Hanna Kuźniar** • mgr farm. **Michał Mackiewicz** • mgr farm. **Ireneusz Nesterowicz**.



**Członkowie Okręgowego Sądu Aptekarskiego**: mgr farm. **Anna Ehlert-Mackiewicz** • mgr farm. **Maria Malacka-Szandrach** • mgr farm. **Marek Piastowski** • mgr farm. **Andrzej Rusinowski** • mgr farm. **Anna Sorgowicka** • mgr farm. **Anna Starostka** • mgr farm. **Ewa Tobolska-Klimek** • mgr farm. **Janina Wesołowska**. **Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej**: dr n. farm. **Piotr Migas** i **jego zastępcy**: dr n. farm. **Halina Gabiga** • mgr farm. **Gabriela Kociatkowska** • mgr farm. **Magdalena Szczepańska** oraz **członkowie Okręgowej Komisji Rewizyjnej**: mgr farm. **Bartosz Jakub Goyke** • mgr farm. **Hanna Figurska** • mgr farm. **Krystyna Kulińska** • mgr farm. **Anna Małgorzata Kur** • mgr farm. **Małgorzata Trznadel**.

Do problemów poruszonych na Zjeździe będziemy wracać na łamach „Czasopisma Aptekarskiego”.

(WS)

# BISFOSFONIANY – SKUTECZNE LECZENIE OSTEOPOROZY ORAZ BÓLU KOSTNEGO

*dr hab. n. med. Maciej TĘSIOROWSKI<sup>1</sup>, dr hab. n. farm. Jacek SAPA<sup>2</sup>,  
dr n. farm. Małgorzata ZYGMUNT<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Katedra i Klinika Ortopedii i Rehabilitacji w Zakopanem UJ CM,

<sup>2</sup> Pracownia Wstępnych Badań Farmakologicznych Katedry Farmakodynamiki  
Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

e-mail: jaceksapa@interia.pl

## **Bisphosphonates – effective treatment of osteoporosis and bone pain**

**Streszczenie.** W artykule przedstawiono rolę bisfosfonianów w leczeniu osteoporozy, uwzględniając ich efekt przeciwbólowy oraz w przerzutach nowotworowych do kości.

**Słowa kluczowe:** bisfosfoniany, ból, nowotwór, osteoklast, osteoporoza.

**Summary.** The article presents the role of bisphosphonates in the treatment of osteoporosis, having regard to their analgesic effect and tumor metastasis to bone.

**Keywords:** bisphosphonates, pain, cancer, osteoclast, osteoporosis.

*Bisfosfoniany należą  
do podstawowych  
leków stosowanych  
w farmakoterapii  
osteoporozy,  
szczególnie  
postmenopauzalnej  
oraz starczej.*

W dzisiejszych czasach rozwoju i starzenia się społeczeństwa przed współczesną ortopedią i farmacją stają nowe wyzwania związane z chorobami wieku starszego, jak zmiany zwyrodnieniowo-zniekształcające narządu ruchu, osteoporoza, choroby nowotworowe i ich przerzuty do tkanki kostnej. Ortopedia jest dziedziną medycyny, która leczy najczęściej zabiegowo schorzenia narządu ruchu, ale nie jest w stanie zatrzymać pojawiającą się degradację tkanek związaną z procesem starzenia się. Dzisiejsza farmacja to stosowanie tak specjalistycznych związków medycznych pozwalających zatrzymać a nawet cofnąć powstające zmiany w kościach i stawach, walczyć z osteoporozą. Takimi związkami są bisfosfoniany.

Bisfosfoniany należą do podstawowych leków stosowanych w farmakoterapii osteoporozy, szczególnie postmenopauzalnej oraz starczej [14, 15, 22]. Ponadto są stosowane w leczeniu ciężkich postaci osteoporozy wtórnej u dzieci, wynikającej z długo-

trwałego unieruchomienia oraz przewlekłego stosowaniem kortykosteroidów, czy też z nadmiernego uwapnienia tkanek miękkich. Bisfosfoniany są analogami naturalnych pirofosforanów [3]. Zawierają dwie grupy fosforanowe, połączone za pomocą atomu węgla, który zastąpił atom tlenu w cząsteczce pirofosforanu, co powoduje, że są odporne na działanie tkankowych pirofosfataz obecnych w ustroju. Tworzą w ten sposób trójwymiarową strukturę wykazującą możliwość chelatowania jonów dwuwartościowych, takich jak jony wapnia, w związku z czym charakteryzują się dużym powinowactwem do tkanki kostnej, szczególnie tej, która podlega przebudowie. W związku z tym znalazły zastosowanie w stanach charakteryzujących się nasiloną resorpcją kości przy udziale osteoklastów (komórki „kościogubne”), takich jak:

- osteoporoza pierwotna,
- osteoporoza wtórna,
- choroba Pageta,



- reumatoidalne zapalenie stawów,
- choroby nowotworowe kości,
- hiperkalcemia,
- choroby szpiku kostnego, np. szpiczak mnogi [15, 22].

Bisfosfoniany można podzielić na:

- niepodstawione,
- podstawione z podgrupy aminobisfosfonianów (alendronian, pamidronian), z podstawnikiem azotowym (ibandronian), z grupą heterocykliczną (rise-dronian, zoledronian).

Poszczególne leki różnią się między sobą nie tylko budową chemiczną, lecz także parametrami farmakokinetycznymi, siłą działania antyresorpcyjnego oraz stosunkiem hamowania resorpcji kości do hamowania mineralizacji tkanki kostnej. Można je podzielić na trzy generacje, uwzględniając strukturę chemiczną oraz aktywność antyresorpcyjną [3] (tabela 1). Należące do pierwszej generacji (np. etidronian, kłodronian, tiludronian) wykazują słaby efekt terapeutyczny i niekiedy mogą powodować demineralizację kości. Natomiast aminobisfosfoniany drugiej generacji (np. alendronian, pamidronian) zawierają grupę aminową w łańcuchu bocznym. Charakteryzują się 10-100-krotnie silniejszą aktywnością antyresorpcyjną, w porównaniu do pierwszej generacji. Jeśli chodzi o leki należące do trzeciej generacji, to można stwierdzić, że zawierają one atom azotu w pierścieniu heterocyklicznym. Ich siła działania polegająca na hamowaniu resorpcji jest do 10 000 razy większa niż leków pierwszej generacji.

Bisfosfoniany hamują resorpcję kości poprzez bezpośrednie zahamowanie aktywności oraz nasilenie apoptozy osteoklastów [16]. Obecnie wyróżnia się dwa mechanizmy działania bisfosfonianów, w zależności od rodzaju i położenia łańcucha bocznego. Bisfosfoniany, tj. alendronian, ibandronian, pamidronian, rizendronian, i zoledronian, które zawierają grupę aminową, redukują funkcję osteoklastów wskutek hamowania enzymu biorącego udział w syntezie cholesterolu (szlak tworzenia mewalonianu). Zmniejszenie syntezы difosforanu farnezyly i difosforanu geranylogeranyly

zmniejsza prenylację małych białek zawierających GTP (np. Rho, Rac, Rab), co powoduje zaburzenia w cytoszkieletcie osteoklastów, modyfikując w ten sposób ich działanie. W związku z tym leki te hamują gromadzenie osteoklastów, ich przyleganie, skracają długość życia poprzez aktywację kaskady proapoptotycznej oraz bezpośrednio ograniczają aktywność tych komórek. Ponadto ibandronian oraz inkadronian mogą hamować aktywność innych enzymów takich jak synteza skwalenu. Natomiast alendronian, rizedronian i ibandronian hamują szlak syntezy cholesterolu poprzez reduktazę 3-hydroksy-3-metyloglutarylo-koenzymu A [3].

Obecnie uważa się, że hamowanie resorpcji tkanki kostnej odbywa się nie tylko bezpośrednio poprzez oddziaływanie na komórki „kościogubne”, ale też pośrednio poprzez osteoblasty (komórki „kościotwórcze”) [16]. Pod wpływem bisfosfonianów osteoblasty hamują syntezę niektórych cytokin, te zaś mogą być przyczyną zahamowania uaktywnienia się prekursorów osteoklastów i ich przekształcenia się w dojrzałe wielojądrzaste komórki „kościogubne”. Poza tym uwalniany z osteoblastów pod wpływem bisfosfonianów czynnik o niskim ciężarze molekularnym hamuje aktywność dojrzających osteoklastów oraz osteoklastogenezę.

*Obecnie uważa się, że hamowanie resorpcji tkanki kostnej odbywa się nie tylko bezpośrednio poprzez oddziaływanie na komórki „kościogubne”, ale też pośrednio poprzez osteoblasty (komórki „kościotwórcze”).*

**Tabela 1.** Podział bisfosfonianów z uwzględnieniem siły działania antyresorpcyjnego [13]

Generacja	Przykłady leków	Siła działania antyresorpcyjnego
<b>I generacja</b> – bisfosfoniany nie zawierające atomu azotu	etidronian kłodronian tiludronian	1 10 10
<b>II generacja</b> – bisfosfoniany zawierające atomu azotu w alifatycznym łańcuchu bocznym	pamidronian ibandronian inkadronian neridronian olpadronian	100 1500 >100 <1 tys. >100 <1 tys. >100 <1 tys.
<b>III generacja</b> – bisfosfoniany zawierające jeden lub dwa atomu azotu w heterocyklicznym pierścieniu bocznym	alendronian zoledronian rizedronian minodronian	300 >10 000 >1 tys. <10 tys. >10 tys.

- Leki te zwiększają także syntezę białek, kolagenu typu I oraz aktywność fosfatazy zasadowej i ilość wytworzonej tkanki kostnej. Hamują także apoptozę osteoblastów spowodowaną stosowaniem glikokortykosteroidów. Inne molekularne mechanizmy działania bisfosfonianów wskazują, że mogą one wpływać na ATP-zależną pompę protonową znajdującą się w błonie komórkowej osteoklastów.

*Natomiast jeśli chodzi o bisfosfoniany, które nie zawierają grupy aminowej (etidronian, tiludronian, kłodronian), to są one metabolizowane przez osteoklasty i makrofagi do cytotoksycznych analogów ATP (AppCp), które hamują zużycie tlenu w mitochondriach, a w konsekwencji blokują wszystkie procesy komórkowe zależne od ATP.*

Natomiast jeśli chodzi o bisfosfoniany, które nie zawierają grupy aminowej (etidronian, tiludronian, kłodronian), to są one metabolizowane przez osteoklasty i makrofagi do cytotoksycznych analogów ATP (AppCp), które hamują zużycie tlenu w mitochondriach, a w konsekwencji blokują wszystkie procesy komórkowe zależne od ATP [3]. Analogi te gromadzą się w cytozolu osteoklastów i hamują działanie kilku enzymów istotnych dla funkcjonowania i przeżywania komórek „kościogubnych”. Powodują one między innymi inhibicję translokazy nukleotydów adeninowych, która wchodzi w skład porów mitochondrialnych. Skutkiem tego jest zaburzenie potencjału błonowego mitochondriów, uwolnienie cytochromu C i w konsekwencji aktywacja kaspazy – 3- kluczowego enzymu apoptotycznego.

Ponadto dodatkową zaletą analogów pirofosforanów jest hamowanie adhezji komórek nowotworowych do macierzy kości i wyniku tego uwarunkowaną nowotworem osteolizę, a także hiperkalcemię.

Bisfosfoniany mogą być podawane drogą dożylną i/lub doustną. Z podanego doustnie leku wchłania się od 1 do 10%, z tego około 60% wbudowywane jest do minerału kości, pozostałe zaś 40% jest wydalone przez nerki. Sole wapnia, żelaza czy manganu zmniejszają wchłanianie bisfosfonianów z przewodu pokarmowego. Niska wchłaniania z przewodu pokarmowego spowodowana jest obecnością grup fosforanowych, które z trudem pokonują lipidową warstwę błon komórkowych. Okres półtrwania bisfosfonianów we krwi jest krótki i wynosi od 0,8 do 1,8 godziny, natomiast okres półtrwania w tkance kostnej jest dłu-

gi i wynosi od kilku miesięcy nawet do kilku lat [3, 13]. Umożliwia to utrzymanie skuteczności leczenia w przypadku przerywanego stosowania leku.

Najczęstsze działanie niepożądane bisfosfonianów to drażniący wpływ na górny odcinek przewodu pokarmowego głównie na przełyk [17]. Do najczęstszych objawów niepożądanych spotykanych przy stosowaniu doustnym należą bóle brzucha, nudności, nieżyt błony śluzowej żołądka i przełyku [22]. Działania niepożądane ze strony przewodu pokarmowego wzrastają podczas jednoczesnego stosowania niesterydowych leków przeciwzapalnych.

Poza działaniami niepożądanymi ze strony przewodu pokarmowego można zaobserwować (szczególnie podczas podawania bisfosfonianów dożylnie) objawy grypopodobne (bóle mięśni, bóle stawów, gorączkę, dreszcze, zmęczenie i bóle kości), przejściowy wzrost temperatury ciała (o więcej niż 1°C), niedokrwistość normocytową oraz przemijającą limfopenię [8, 9]. Objawy grypopodobne pojawiają się zwykle tylko po pierwszej dawce leku, mają najczęściej łagodne natężenie i ustępują samoistnie, należy jednak poinformować pacjenta o możliwości ich wystąpienia, by pacjent nie przerwał terapii [22]. Bisfosfoniany podane dożylnie mogą tworzyć trudno rozpuszczalne agregaty w nerkach i potencjalnie uszkadzać nerki. W celu zmniejszenia potencjalnego uszkodzenia nerek należy nawodnić chorego, nie przekraczać zalecanych dawek oraz przestrzegać odpowiedniego czasu trwania wlewu. Natomiast niezwykle rzadko można zaobserwować powikłania ze strony narządu wzroku, np. zapalenie spojówek [13]. W pojedynczych przypadkach zaobserwowano ciężkie, ale odwracalne pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego.

Późnym powikłaniem związanym z leczeniem bisfosfonianami nowej generacji (zoledronian, pamidronian, alendronian) może być martwica kości szczęki lub żuchwy. Ryzyko wystąpienia tego działania niepożądanego wzrasta wraz z czasem leczenia bisfosfonianami i jest znamienne po

12 miesiącach leczenia. Do czynników ryzyka można zaliczyć np. proces nowotworowy, radioterapię kości szczęk, chemioterapię czy też zażywanie leków takich jak np. bortezomib, kortykosteroidy. Również współistniejące jednostki chorobowe: cukrzyca, zakażenia, choroby jamy ustnej czy też choroby naczyń obwodowych mogą zwiększyć ryzyko wystąpienia martwicy kości szczęk. W przypadku zgłaszania przez pacjenta niepokojących objawów ze strony kości szczęk należy wykonać badania, żeby wykluczyć proces zapalny. Jeżeli zostanie on stwierdzony, należy odstawić bisfosfoniany do momentu ustąpienia infekcji. Jeżeli zostanie stwierdzony rozwój martwicy szczęk, również należy odstawić bisfosfoniany.

Aby ograniczyć możliwość wystąpienia objawów niepożądanych ze strony przewodu pokarmowego, wprowadzono do leczenia preparaty podawane raz w tygodniu lub raz w miesiącu oraz preparaty stosowane dożylnie, co nie zmniejszyło korzystnego wpływu tych leków na stan kliniczny oraz gęstość mineralną kości [10]. Przyjmowanie preparatu raz na tydzień jest wygodniejszą formą terapii, obciążoną mniejszym prawdopodobieństwem wystąpienia działań niepożądanych. Wprowadzono również taką postać leku stosowanego doustnie (kształt i rozmiar tabletki, jej powlekanie), która ułatwia połykanie, minimalizując kontakt z błoną śluzową przełyku, a więc zmniejsza ryzyko jego podrażnienia. Unikanie pozycji leżącej oraz gwałtownego schylania się po zażyciu tabletki istotnie zmniejsza ryzyko zapalenia przełyku. W związku z tym leki te wymagają przyjmowania 30-60 min. przed pierwszym posiłkiem ze szklanką przegotowanej wody, a następnie utrzymania przez co najmniej 30 min. pionowej pozycji ciała. Wymagania te szczególnie w przypadku, kiedy lek jest przyjmowany codziennie, są niewygodne dla pacjentów i powodują nieraz przerwanie leczenia. Z powodu uciążliwego sposobu ich przyjmowania terapię roczną kontynuuje 31,7% pacjentów, natomiast cotygodniową po roku kontynuuje tylko 44,2% pacjentów [6].

Przeciwwskazania do przyjmowania bisfosfonianów to:

- współwystępowanie chorób przełyku opóźniających opróżnianie i wydłużających zaleganie treści pokarmowej (achalazja, zwężenie, przepuklina rozworu przełykowego),
- choroba refluksowa,
- niemożność utrzymania pozycji siedzącej lub stojącej co najmniej przez 30 min. po przyjęciu leku,
- aktywna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy,
- zagrożenie krwawieniem z przewodu pokarmowego,
- okres ciąży oraz karmienia,
- niewydolność nerek.

Leczenie bisfosfonianami korzystnie wpływa nie tylko na wzrost gęstości mineralnej kości, zmniejszenie liczby złamań, ale także na ograniczenie dolegliwości bólowych. Stanowi to istotny problem, ponieważ wielu pacjentom z osteoporozą towarzyszą reakcje bólowe. W osteoporozie wyróżniamy dwa rodzaje bólu: jeden to ból ostry i nagły, będący wynikiem złamania, drugi narasta powoli i ma charakter przewlekły, jest spowodowany zaburzeniami nerwowo-mięśniowymi czy też zmianami zwyrodnieniowymi w układzie ruchu. Nasiłony ból może znacznie wpłynąć na jakość życia pacjenta, obniżenie jego nastroju oraz aktywności ruchowej [21].

Badając skuteczność bisfosfonianów na redukcję bólu towarzyszącego osteoporozie, uzyskano efekt analgetyczny alendronianu i pamidronianu u pacjentów ze złamaniami kręgow. O ile mechanizm aktywności antyresorpcyjnej został poznany, o tyle w przypadku działania analgetycznego bisfosfonianów nie jest do końca wyjaśniony [21]. Ze względu na ich wielokrotnie udowodnione właściwości antyresorpcyjne i zapobieganie złamaniom efekt przeciwbólowy analogów pirofosforanów u chorych ze złamaniami kręgow wydaje się być zrozumiały [17]. Jednak działanie przeciwbólowe zaobserwowano również u tych pacjentów, którzy nie mieli złamań. Na podstawie badań klinicznych można stwierdzić,

*Leczenie bisfosfonianami korzystnie wpływa nie tylko na wzrost gęstości mineralnej kości, zmniejszenie liczby złamań, ale także na ograniczenie dolegliwości bólowych. Stanowi to istotny problem, ponieważ wielu pacjentom z osteoporozą towarzyszą reakcje bólowe.*



- że ibandronian wykazał istotny efekt analgetyczny, w silnym bólu, który towarzyszył miejscowej przejściowej osteoporozie. Tym bardziej jest to korzystne, gdyż leki przeciwbólowe nie zawsze są w tym przypadku skuteczne, a leczenie przyczynowe jest niemożliwe z uwagi na nieznaną etiologię choroby [21].

Sugeruje się, że bisfosfoniany mogą wpływać na poziom neuropeptydów odpowiedzialnych za ból, wykazywać efekt przeciwzapalny, obniżać produkcję cytokin oraz prostaglandyn. Badania kliniczne wykazały, że alendronian obniża stężenia interleukin 1 i 6 (IL-1, IL-6) oraz czynnika martwicy nowotworów (*Tumour necrosis factor  $\alpha$*  – TNF- $\alpha$ ) u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów, któremu również towarzyszy osteoporoza. Z powodu jednak rodzaju przeprowadzonych badań i niewielkiej grupy uczestników uzyskane wyniki są przez niektórych podważane. W związku z tym, w celu potwierdzenia efektu analgetycznego bisfosfonianów oraz poznania dokładnego mechanizmu działania, należy przeprowadzić kolejne oraz bardziej szczegółowe badania kliniczne z randomizacją i podwójnie ślepą próbą.

Wykazano wiele korzyści wynikających ze stosowania bisfosfonianów przez okres 6 miesięcy lub dłużej u pacjentów z przerzutami nowotworowymi do kości [5]. Zmniejszało się ryzyko złamań kości, konieczność napromieniowania przerzutów do kości oraz wystąpienie hiperkalcemii. Stanowiło to istotny postęp w leczeniu chorych na nowotwory złośliwe, ponieważ przerzuty nowotworów do kości wiążą się z istotnymi powikłaniami, takimi jak złamanie patologiczne kręgow i innych kości, uszkodzenie szpiku kostnego, ucisk na nerwy rdzeniowe i na rdzeń kręgowy oraz hiperkalcemia [18]. Rozsiew do układu kostnego prowadzi również do dolegliwości bólowych, które są trudne do zmniejszenia przy zastosowaniu typowego leczenia farmakologicznego. Dlatego w leczeniu bólu kostnego istotną rolę odgrywają leki wspomagające (koanalgetyki), tzw. adjuwanty analgetyczne.

Jedną z grup wspomagających leczenie przerzutów do kości są właśnie bisfosfoniany [22]. Po dłuższym czasie ich stosowania czasem zmniejsza się nawet konieczność wykonania zabiegów ortopedycznych z powodu przerzutów nowotworowych do kości. Dodatkową korzyścią wynikającą ze stosowania bisfosfonianów jest hamowanie angiogenezy, która odgrywa istotną rolę w powstawaniu przerzutów.

Z tych powodów według wytycznych American Society of Clinical Oncology zaleca się stosowanie bisfosfonianów u chorych na raka piersi [13]. Działanie hamujące osteolizę wykorzystuje się, stosując tę grupę leków u pacjentów z osteolitycznymi przerzutami w przebiegu szpiczaka mnogiego. Bisfosfoniany hamują toczącą się destrukcję kości, mogą przywrócić optymalną gęstość kości. Ostatnio wykazano, że stosowanie bisfosfonianów jest prawdopodobnie również skuteczne u chorych w raku gruczołu krokowego [2, 11, 18]. Bisfosfoniany są obecnie uważane za leki z wyboru dla chorych, u których występuje hiperkalcemia pochodzenia nowotworowego, obniżają bowiem poziom wapnia.

Niektórzy jednak uważają, że stosowanie bisfosfonianów w chwili stwierdzenia zmian osteolitycznych, bez wcześniejszej próby paliatywnej radioterapii lub chemioterapii hormonalnej jest nie uzasadnione. Dyskusji podlega również czas trwania leczenia oraz zastosowanie najlepszej drogi podania w przypadku stosowania tej grupy leków u chorych ze zmianami osteolitycznymi [18]. Jeśli chodzi o czas leczenia, to powinno ono zostać przerwane w momencie wystąpienia progresji zmian osteolitycznych lub innych powikłań kostnych.

Wykazano, że bisfosfoniany redukują reakcje bólowe towarzyszące chorobie Pageta [25]. Bisfosfoniany wykazują także efekt przeciwbólowy w *complex regional pain syndrome type 1*, który może towarzyszyć miejscowym zmianom osteoporotycznym [1].

Pierwszym bisfosfonianem wprowadzonym do lecznictwa był **etidronian** (Didronel, Ostedron, Difosfen). Ponieważ **etidronian** zmniejsza mineralizację tkanki kost-

Wykazano wiele korzyści wynikających ze stosowania bisfosfonianów przez okres 6 miesięcy lub dłużej u pacjentów z przerzutami nowotworowymi do kości.



nej, szczególnie przy dłuższym stosowaniu, dlatego terapii tym lekiem nie należy stosować dłużej niż przez 2 lata. Ponadto należy ją prowadzić w sposób cykliczny, to znaczy 400 mg/24 h przez okres tygodni, a następnie 76 dni przerwy, w czasie której podaje się witaminę D i wapń. W leczeniu hiperkalcemii został częściowo wyparty przez pamidronian i zoledronian.

**Alendronian** (Fosamax, Ostolek, Alenato, Lindron, Osalen, Ostenil, Rekostin) jest najczęściej stosowanym bisfosfoniem [12, 15]. Obecnie podaje się go w dawce 70 mg jeden raz w tyg., rzadziej w dawce 10 mg codziennie. Występuje również w postaci tabletek dojelitowych. Cotygodniowa forma leku od momentu jej akceptacji zyskuje coraz więcej zwolenników ze względu na wygodę stosowania, porównywalną siłę działania oraz redukcję objawów niepożądanych ze strony przewodu pokarmowego (o 1,4%) [12, 20].

Jego skuteczność została potwierdzona w wielu badaniach klinicznych z podwójną ślepą próbą. Wykazano, iż alendronian zwiększa BMD (*bone mineral density*) i zmniejsza obrót kostny w zależności od zastosowanej dawki. Dawka 10 mg dziennie w ciągu 2 lat stosowania zwiększa BMD w kręgosłupie o 8,6%, natomiast w szyjce kości udowej o 6,5%. W badaniu prospektywnym u kobiet z wcześniej istniejącymi złamaniami, po 3 latach leczenia wykazano zmniejszenie ryzyka złamań kręgowych, szyjki kości udowej i przedramienia o ok. 50%. Z kolei u kobiet bez wcześniejszych złamań kręgosłupa, natomiast z niską gęstością mineralną kości, stosowanie alendronianu przez okres 4 lat zmniejszyło znacznie ryzyko złamań o 44%.

**Klodronian** (Bonafos, Ostac) stosowany był wcześniej w osteoporozie. Znalazł obecnie zastosowanie w leczeniu hiperkalcemii w przerzutach nowotworowych do kości. Występuje również w postaci liposomalnej, która – jak wykazały badania – hamuje produkcję cytokin, takich jak np. IL-6, a także że wywiera hamujący wpływ

na produkcję i czas przeżycia makrofagów, przez co może być stosowany w leczeniu chorób autoimmunizacyjnych [3].

**Pamidronian** (Aredia, Pamifos) stosowany jest w leczeniu stanów związanych ze zwiększoną aktywnością osteoklastów (przerzuty nowotworowe do kości, szpiczak mnogi, hiperkalcemia w przebiegu chorób nowotworowych, choroba Pageta kości). Znalazł również zastosowanie w kalcyfilaksji [24].

**Rizedronian** [Actonel] znalazł zastosowanie w profilaktyce i leczeniu osteoporozy pomenopauzalnej, w dawce 5 mg do stosowania codziennego oraz 35 mg do stosowania 1 raz w tygodniu. Ponadto w dawce 30 mg do stosowania codziennego w chorobie Pageta.

**Zoledronian** (Aclasta, Zometa) jest podawany w dożylnym wlewie przez około 15 minut, raz w roku lub raz w miesiącu, w leczeniu osteoporozy pomenopauzalnej lub w hiperkalcemii związanej z chorobami nowotworowymi [19]. Przydatny u chorych na raka stercza z przerzutami do kości [23]. Zmniejsza wytwarzanie cytokin i wykazuje bezpośrednią aktywność cytostatyczną i cytotoxiczną wobec komórek nowotworowych.

**Ibandronian** [Bonviva] jest stosunkowo nowym aminobisfosfoniem. Wprowadzono go do lecznictwa w 2006 roku. Jego skuteczność terapeutyczna została potwierdzona w badaniach zarówno przedklinicznych jak i klinicznych (BONE, MOBILE, DIVA), które wykazały, że ibandronian skutecznie redukuje ryzyko złamań kręgosłupa i złamań pozakręgowych. Leczenie ibandronianem zmniejsza o 62% względne ryzyko złamań kręgowych. Redukcja złamań pozakręgowych w grupie podwyższonego ryzyka wyniosła 69%. Ponadto powoduje wzrost gęstości mineralnej kości, a także zmniejsza stężenie markerów resorpcji. Badania te potwierdziły także bezpieczeństwo stosowania ibandronianu w leczeniu osteoporozy i pozwoliły ustalić jego



- dawkowanie. Ibandronian może być podawany dwoma drogami, tj doustnie w dawce 150 mg raz w miesiącu, jak i dożylnie w dawce 3 mg raz na 3 miesiące [7, 8]. Niewątpliwą zaletą dożylną drogi jest możliwość zastosowania ibandronianu u tych pacjentów, którzy z różnych przyczyn nie mogą przyjmować leku doustnie.

Stwierdzono również, iż ibandronian podawany raz w miesiącu wykazuje taką samą skuteczność terapeutyczną jak podawany codziennie (2,5 mg/dobę), [4]. Ponadto dodatkową zaletą są mniejsze działania niepożądane ze strony przewodu pokarmowego przy rzadziej stosowanej terapii [6, 7, 9].

**Olpadronian** jest aminobisfosfonianem o terapeutycznych i farmakologicznych właściwościach pamidronianu i alendronianu. Aktywność antyresorpcyjna olpadronianu jest porównywalna do alendronianu. Jest nawet lepiej tolerowany niż inne bisfosfoniany. Może być podawany doustnie i dożylnie. Skuteczność leku oceniano jak dotąd w nielicznych i krótkotrwałych badaniach dotyczących choroby Pageta, przerzutach nowotworowych do kości, hiperkalcemii nowotworowej. Potencjalnie może znaleźć zastosowanie w leczeniu osteoporozy. Podejmowane są próby zastosowania olpadronianu w leczeniu *osteogenesis imperfecta* (wrodzona łamliwość kości), jednak wymaga to dalszych badań.

**Neridronian** jest skutecznym lekiem w leczeniu hiperkalcemii, spowodowanej przerzutami nowotworowymi do kości. Po zastosowaniu neridronianu w dawce 125 mg i.v. szybko uzyskano normalizację stężenia wapnia we krwi, a leczenie było dobrze tolerowane. Jak wykazały badania kliniczne, znacznie zmniejszał on dolegliwości bólowe u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów.

Sumując, należy podkreślić, iż **bisfosfoniany**, choć stosowane są od dawna, wciąż stanowią podstawową grupę w leczeniu osteoporozy. Najnowsze dane literaturowe wciąż dostarczają danych o ich korzystnym

wpływie nie tylko na poprawę gęstości mineralnej, poprawę mikroarchitektury, wytrzymałości i jakości kości. Efektem ich stosowania jest zmniejszenie ryzyka złamań.

Ze względu na to, że posiadają nie tylko aktywność antyresorpcyjną, ale także analgetyczną, wykazują korzystny efekt u pacjentów z osteoporozą, której towarzyszą reakcje bólowe. Ponadto znalazły zastosowanie u pacjentów z przerzutami nowotworowymi do kości. Pomimo że efekt analgetyczny bisfosfonianów nie jest do końca udowodniony i wyjaśniony, wielu pacjentów w trakcie terapii odczuwa zdecydowane zmniejszenie dolegliwości bólowych. Ponieważ ich stosowanie korzystnie wpływa na wzrost gęstości mineralnej kości, zmniejszenie dolegliwości bólowych i ograniczenie liczby złamań, zwiększa się znacznie aktywność ruchowa chorego. Wydaje się, iż przyszłość należy do tych preparatów, które ze względu na rzadsze podawanie stanowią wygodniejszą formę terapii przy przewlekłym stosowaniu oraz obarczone są mniejszymi działaniami niepożądanymi, szczególnie ze strony przewodu pokarmowego. Bisfosfoniany stanowią ważną grupę leków, a badania ostatnich lat mają na celu przede wszystkim doprowadzenie do ograniczenia częstości ich podawania (co tydzień, co miesiąc, czy co 3 mies.), co nie obniża efektu terapeutycznego tych leków. Ważnym elementem terapii bisfosfonianami jest nieprzekraczanie zalecanych dawek. Leki te powinno się stosować w sposób racjonalny, z uwzględnieniem powszechnie uznanych wskazań. ■

#### Piśmiennictwo:

1. Abe Y., Iba K., Takada J., Wada T., Yamashita T.: *Improvement of pain and regional osteoporotic changes in the foot and ankle by low-dose bisphosphonate therapy for complex regional pain syndrome type I: a case series*. J. Med. Case. Reports., 2011, 4, 5, 349.
2. Aljumaily R., Mathew P.: *Optimal management of bone metastases in prostate cancer*. Curr. Oncol. Rep., 2011, 13, 222-30.

3. Charliński G., Jędrzejczak W.: Nowe dwufosfoniany w leczeniu nowotworowych zmian w kościach. *Współcz. Onkol.*, 2004, 8, 86-95.
4. Chesnut C., Skag A., Christiansen C.: *Effects of oral ibandronate administered daily or intermittently on fracture risk in postmenopausal osteoporosis*. *J. Bone. Miner. Res.*, 2004, 19, 1241-1249.
5. Coluzzi F., Mandatori I., Mattia C.: *Emerging therapies in metastatic bone pain*. *Expert. Opin. Emerg. Drugs.*, 2011, 16, 441-58.
6. Czerwiński E., Osieleń J.: *Ibandronian w zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym*. *Reumatologia*, 2009, 47, 356-359.
7. Delmas P.D., Adami S., Strugala C.: *Intravenous ibandronate injections in postmenopausal women with osteoporosis: one-year results from the dosing intravenous administration study*. *Arthritis. Rheum.*, 2006, 54, 1838-1846.
8. Eisman J.A., Civitelli R., Adami S.: *Efficacy and tolerability of intravenous ibandronate injections in postmenopausal osteoporosis: 2-year results from the DIVA study*. *J. Rheumatol.*, 2008, 35, 488-497.
9. Harris S.T., Reginster J.Y., Harley C.S.: *Risk of fracture in women treated with monthly oral ibandronate or weekly bisphosphonates: the Evaluation of Ibandronate Efficacy (VIBE) database fracture study*. *Bone*, 2009, 44, 758-765.
10. Karczmarewicz E., Głuszko P., Lorenc R.S.: *Osteoporoza – postępy 2009*. *Medycyna Praktyczna* 2010/03.
11. Kato K., Nagahama K., Yagibashi Y., Yamamoto M., Kanamaru H., Hirata H.: *A case of prostate cancer with disseminated carcinomatosis of bone marrow which responded to Zoledronic acid*. *Hinyokika. Kiyo.*, 2011, 57, 331-5.
12. Kopka A., Janiszewska S., Szwed M., Duda W., Bukowska B.: *The effect of alendronate sodium on human erythrocytes*. *Environ. Toxicol. Pharmacol.*, 2011, 32, 306-14.
13. Leppert W.: *Rola bisfosfonianów w leczeniu bólu u chorych z rozsiewem do układu kostnego*. *Onkol. Pol.*, 2007, 10, 164-168.
14. Lewiecki E.M.: *Safety of long-term bisphosphonate therapy for the management of osteoporosis*. *Drugs*, 2011, 16, 791-814.
15. Lu P.Y., Hsieh C.F., Tsai Y.W., Huang W.F.: *Alendronate and Raloxifene Use Related to Cardiovascular Diseases: Differentiation by Different Dosing Regimens of Alendronate*. *Clin. Ther.*, 2011, 33, 1173-1179.
16. Ohe J.Y., Kwon Y.D., Lee H.W.: *Bisphosphonates modulate the expression of OPG and M-CSF in hMSC-derived osteoblasts*. *Clin. Oral. Investig.*, 2011, 22,
17. Papierska L., Rabijewski M.: *Bisfosfoniany w leczeniu osteoporozy – zalecenia a rzeczywistość*. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2010, 4, 423-430.
18. Ross J.R., Saunders Y., Edmonds P.M., Patel S., Broadley K.E., Johnston S.R.: *Systemic review of role of bisphosphonates on skeletal morbidity in metastatic cancer*. *B.M.J.*, 2003, 327, 469-475.
19. Saag K., Lindsay R., Kriegman A.: *A single zoledronic acid infusion reduces bone resorption markers more rapidly than weekly oral alendronate in postmenopausal women with low bone mineral density*. *Bone*, 2007, 40, 1238-1243.
20. Silverman S.L., Watts N.B., Delmas P.D.: *Effectiveness of bisphosphonates on nonvertebral and hip fractures in the first year of therapy: the risedronate and alendronate (REAL) cohort study*. *Osteoporos. Int.*, 2007, 18, 25-34.
21. Sewerynek E., Stuss M.: *Bisfosfoniany – leki antyresorpcyjne o działaniu przeciwbólowym*. *Przegląd Menopauzalny*, 2007, 5, 276-282.
22. Syversen U., Halse J.I.: *Bisphosphonate treatment of osteoporosis and other skeletal diseases*. *Tidsskr. Nor. Laegeforen.*, 2011, 4, 244-7.
23. Tupikowski K.: *Zapobieganie uszkodzeniom tkanki kostnej oraz ich leczenie u chorych na raka gruczołu krokowego – zagadnienia wybrane*. *Przegląd Urologiczny*, 2007, 8, 43.
24. Wojtaszek E.: *Pamidronian sodu jako leczenie ratunkowe w kalcyfilaksji*. *Nefrol. Dial. Pol.*, 2008, 12, 62-64.
25. Zati A., Colori B.C., Bonfiglioli Stagni S., Mignani A.: *Pain in Paget's disease: a retrospective study of treatment efficacy*. *Neuro. Endocrinol. Lett.*, 2011, 32, 127-32.



## *Z obrad 40. Międzynarodowego Kongresu Historii Farmacji w Berlinie*

# OD MANUSKRYPTÓW DO CYBERPRZESTRZENI



*doc. dr hab. Anita MAGOWSKA*

Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych UM w Poznaniu  
e-mail: anitamagowska@yahoo.com

„Farmacja i książki” to główny temat ostatniego, już czterdziestego Międzynarodowego Kongresu Historii Farmacji. Zorganizowany w dniach 14-17 września 2011 r. w Berlinie Kongres zgromadził prawie trzystu uczestników, w tym siedmiu z Polski. W sumie podczas Kongresu wygłoszono prawie sto wykładów (w tym cztery z Polski) i przedstawiono ponad pięćdziesiąt posterów (w tym trzy z Polski). Obradowano w gmachu Berlińsko-Brandenburskiej Akademii Nauk, położonym przy malowniczej Markgrafenstraße, a więc w samym centrum Berlina. Równie piękne miejsce wybrano na uroczysty wieczór Międzynarodowej Akademii Historii Farmacji; był to tzw. Kościół Francuski, czyli położona nie opodal i nadal czynna świątynia francuskich protestantów. W wieczorze tym autorka niniejszego sprawozdania uczestniczyła jako wiceprezydent Akademii.

### NAJCIEKAWSZE WYKŁADY

W intencji Niemieckiego Towarzystwa Historii Farmacji

i jego prezydenta, prof. **Christopha Friedricha**, gospodarza Kongresu, miał on zwrócić uwagę na znaczenie literatury dla rozwoju farmacji, a szczególnie na rolę farmakopei, wykazów leków, cenników, receptariuszy, podręczników i zielników, manualów i słowników. Rzeczywiście, wykładowcom udawało się udowodnić, że farmaceutyczne księgi bywały narzędziami polityków, relikami antycznych cywilizacji, łącznikami między aptekarzami a lekarzami oraz arcydziełami sztuki drukarskiej. Prawie wszyscy uczestnicy starali się wpisać problematykę farmacji i książek w możliwie najszerzy kontekst kulturowy i naukowy, a nawet polityczny.

Pierwszy wykład plenarny przedstawił dr Axel Helmstädter z Instytutu Historii Farmacji w Marburgu, który opisując podręczniki i manualy w kształceniu farmaceutów, skupił się na dziełach niemieckich autorów. Udowodnił, że niemieccy autorzy wywarli wpływ na literaturę farmaceutyczną wydaną w wielu krajach, m.in. w USA, Francji i Japonii. Au-

tor innego wykładu plenarnego, prof. Friedrich, skupił się na aptekarzach jako autorach książek.

Nacechowany erudycją był wykład prof. **Francoisa Ledermanna** z Berna, który scharakteryzował bogactwo wątków zawartych w farmakopeach. Ich autorami są zarówno lekarze jak chemicy, botanicy i farmaceuci. Farmakopee można uznać za podręczniki prawa farmaceutycznego, ale też za traktaty o lekach i dowody dynamicznego postępu nauk farmaceutycznych. Wśród wykładów plenarnych najoryginalniejszy wygłosił prof. **Wolfgang-Dietera Müllera-Jahncke** z Uniwersytetu w Heidelbergu. Podczas uroczystego spotkania Międzynarodowej Akademii Historii Farmacji miał on przez godzinę mówić po niemiecku o aptekach i aptekarzach w poezji, co zapowiadało się mało atrakcyjnie. Prof. Müller-Jahncke, największy poliglota wśród farmaceutów, jednak wszystkich zaskoczył. Zaproponował nowatorską formułę wykładu, a mianowicie rozdał przedstawicielom różnych państw kartki

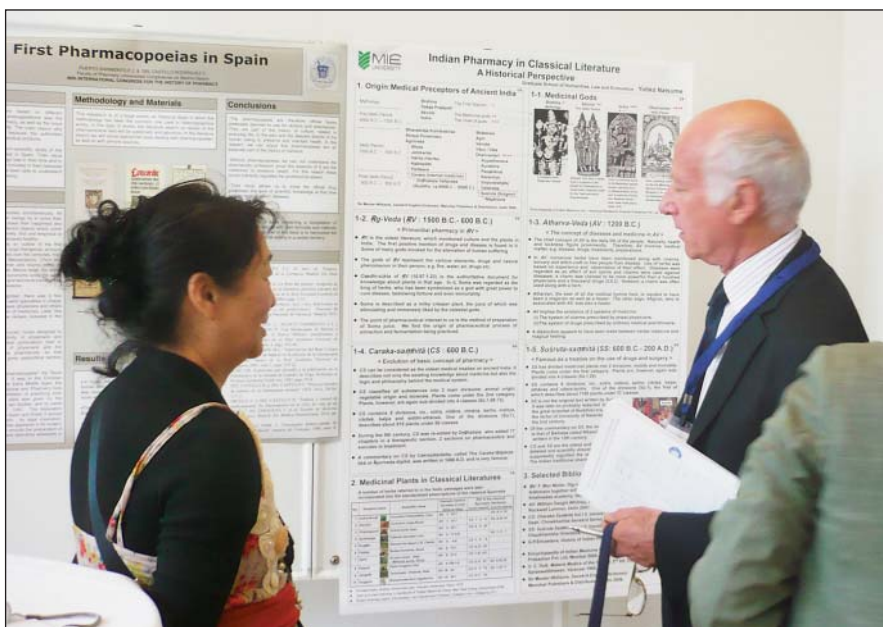
z wierszami w ich językach oczyszczonych, prosząc o głośne odczytanie. W tym samym czasie na ekranie ukazywał się ten sam tekst przetłumaczony na język niemiecki. Na zakończenie nietypowego wykładu niemieccy historycy farmacji utworzyli chór, który zaśpiewał łacińskojęzyczny hymn aptekarzy.

Ponadto do bardzo ciekawych wykładów należało wystąpienie prof. **Stuarta Andersona**, prodziekana londyńskiej School of Hygiene and Tropical Medicine oraz prezidenta Międzynarodowej Akademii Historii Farmacji. Wykazał on, że Imperium Brytyjskie w miarę zdobywania coraz to nowych terytoriów zależnych i kolonii wprowadzało do swych farmakopei rośliny zamorskie. W brytyjskich farmakopeach pozostał zatem ślad minionej imperialnej polityki. Podczas Kongresu prof. Anderson został wyróżniony Medalem Urdanga, najbardziej prestiżowym dla historyków farmacji odznaczeniem.

Utalentowanym wykładowcą jest prof. **Christa Kletter** z Wiednia, od dwóch lat – tak jak autorka – wiceprezydent Międzynarodowej Akademii Historii Farmacji, a od berlińskiego Kongresu także prezydent Międzynarodowego Towarzystwa Historii Farmacji. Posługując się licznymi ilustracjami, omówiła stare austriackie wydawnictwa farmakognostyczne.

## NOWE MEDIA

Innej interpretacji związków między farmacją a książkami dostarczył panel kończący Kongres. Był on poświęcony li-



W trakcie przerwy w obradach konferencji odbyła się sesja posterowa



teraturze naukowej i nowym mediom w XXI wieku. Dyskutanci zwracali uwagę, że internet umożliwia całodobowy dostęp do czasopism naukowych i zdigitalizowanych źródeł historycznych, ale jednocześnie umożliwia plagiaty i nie zabezpiecza przed naruszaniem

praw autorskich. Ostrzegali przed tekstami z Wikipedii, w których często roi się o błędów. Niepokoili się losem publikacji on line, bo nikt nie wie, jak długo można je przechowywać. Nasuwało się pytanie o trwałość wirtualnych bibliotek. Podnoszono także kwestię

► utraty listów jako źródeł historycznych. Dziś tradycyjna papierowa korespondencja jest rzadkością, wobec łatwości korzystania z cyberprzestrzeni.

W tym miejscu warto podkreślić, że osoby zainteresowane historią farmacji mogą znaleźć dla siebie wiele ciekawych materiałów (np. informacje o grantach) na stronie internetowej Międzynarodowego Towarzystwa Historii Farmacji ([www.histpharm.org](http://www.histpharm.org)), którą opiekuje się dr **Christine Staiger**.

Można było pozazdrościć Niemcom nie tylko wirtualnych osiągnięć, ale i wyjątkowo licznych doktorantów i habilitantów w zakresie historii farmacji. Ich dorobek jest efektem zapoczątkowanej pół wieku temu działalności Instytutu Historii Farmacji w Marburgu, a także większej niż w Polsce liczby godzin przeznaczonych na nauczanie historii farmacji w ramach studiów farmaceutycznych. Więcej godzin dydaktycznych przekłada się na więcej etatów dla profesjonalnych historyków farmacji. Dopóki wymiar nauczania historii farmacji w naszym kraju nie zostanie zrównany z niemieckim, trudno będzie wykazać się tak dużymi osiągnięciami. Coraz trudniej będzie wykazywać, że Polacy mają własne tradycje historyczno-farmaceutyczne.

Liczne grono osób reprezentowało, jak zwykle, turecką historię farmacji, gdzie również przedmiot ten jest nauczany w znacznie większym niż w Polsce wymiarze. Było wielu Francuzów, Hiszpanów, Czechów. Przyjechali amerykańscy i japońscy historycy farmacji. Na całym świecie zaobserwować

można modę na historię farmacji, która przejawiała się w pełnych uroku kongresowych wykładach, np. o occie siedmiu złodziei (była to nazwa międzynarodowa, identyczna w różnych językach) i dziejach cynamonu jako leku.

### BERLIŃSKIE POLONICA

Wkładem Polaków w berliński Kongres były następujące wystąpienia: prof. **Iwony Arabas** z Warszawy o wspomnieniach farmaceutki-emancypantki Antoniny Leśniewskiej, dr **Jadwigi Brzezińskiej** z Kołobrzegu o niemieckim manuale aptecznym, dr **Bartłomieja Wodyńskiego** z Bydgoszczy o opracowanej we współautorstwie z B. Wachulcem historii własnej apteki (lektorem referatu był pan **Klaus Koch**) oraz niżej podpisanej (z Poznania) o rozwoju ziołolecznictwa w Polsce w XX wieku. Autorami posterów byli: prof. **Zbigniew Bela** z Krakowa (stary druki w krakowskim Muzeum Farmacji), dr **Jan Majewski** z Poznania (zielniki Elizy Orzeszkowej) i dr **Elżbieta Rutkowska** z Białegostoku (książka o kapsułkach żelatynowych autorstwa Aleksandra Karwackiego).

W świetle tych wystąpień i posterów wzruszająco wypadł wykład Włocha **Raimondo Villano** z Torre Anunziata o Tadeuszu Pankiewiczu, polskim farmaceutcie wyróżnionym tytułem „Sprawiedliwy wśród Narodów Świata” za pomoc Żydom z krakowskiego getta. Villano jest zafascynowany życiem Pankiewicza, które przedstawił w świetle nauczania Jana

Pawła II. Sytuacja, w której Włoch mówił z wielkim szacunkiem o polskim aptekarzu i polskim papieżu, była niezwykła. Nasuwała się refleksja, że nie zdajemy sobie sprawy, jak wiele powodów do dumy mają polscy farmaceuci.

Podczas Kongresu wyznaczono czas i miejsce następnego światowego zgromadzenia historyków farmacji: wrzesień 2013 r., Paryż. Z kolei w 2015 r. Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Historii Farmacji zostanie zorganizowany w Warszawie. To wielki zaszczyt, ale i zobowiązanie, bo po raz pierwszy takie spotkanie odbędzie się w Polsce. Główną jego organizatorką będzie prof. **Iwona Arabas**.





# SPOTKANIA Z ANGIELSKIM CZ. XVI

*mgr farm. Jolanta SUCHOCKA-STRYSKO, Christopher STRYSKO*

Redakcja „Czasopisma Aptekarskiego” w Warszawie  
e-mail: cza@cza.pl

## I. Match the following to their proper definitions:

1. hospital formulary 2. therapeutic committee 3. laminar flow cabinet (closet) 4. membrane filter
- A. a carefully enclosed area, equipped with ultra-high-efficiency microbiological filters, dedicated for preparation of the drugs in antiseptic conditions, which is able to be continuous, owing the permanent air filtration
- B. a compilation of pharmaceuticals and other information that reflects the current pharmacological treatment in a hospital, controlling and determining the ways of obtaining drugs
- C. a group of clinical and pharmacy experts to support and guide the therapeutic system in the healthcare sector institution
- D. a polymer film with specific pore ratings, able to retain and capture on its surface particles and micro-organisms exceeding pores of a certain diameter

## II. English understanding

### Flashiness or Foolishness?

Dear Dr. Wingheld:

I recently stumbled upon last winter's edition of Flash Pharmacy, and had the privilege of reading a number of the articles published therein.

While I found a decent amount of the content to be insightful, however, there are a few points with which I regrettably must take issue. Most especially, in regard to your full-page advertisement for the drug "Crimson Cloak."

An apparent hybrid of taurine and (*insert other drug names here*), even a cursory\* reading of the product's information is enough to signal a red-light. It was a similar story in the autumnal edition, which included promotions of an equally hazardous substance. Yet you, Dr. Wingheld, seem quite willing to embrace with open arms the sponsorship of Crimson Cloak's producers – themselves a paradigm\*\* of exploiting legal loopholes for the sake of massive revenue\*\*\*.

Is it the intention of Flash Pharmacy, Dr. Wingheld, to morph\*\*\*\* from a largely educational, scientific-based publication (with years of positive repute\*\*\*\*\* and acclaim\*\*\*\*\* under its belt) to a wholly business-oriented, market-based one?

No need to add that I am not alone in my sentiments. Once a subject of interest amongst workers in the medical field, your publication is gradually spiraling downward into an object of derision\*\*\*\*\* and disgust. Your recent dive into politics has even further isolated Flash Pharmacy from its target audience.

With all due respect, doctor, I believe that it is time for you to do some major soul-searching. Friendly advice from a colleague.

Sincerely,  
Dr. Antoine Lafarge

\* cursory – superficial, very basic, \*\* paradigm – a very clear example, pattern, archetype, \*\*\* revenue – income, \*\*\*\* to morph – to change, shift shape, \*\*\*\*\* repute – reputation, \*\*\*\*\* to acclaim – to respect, to view sth positively, \*\*\*\*\* derision – mockery, pl. drwina, szyderstwo

Dear Dr. Lafarge,  
I must admit, I was very surprised by your letter. I appreciate your concern, but I'm not quite sure what you expect of me. I make sure that

► Flash Pharmacy keeps its integrity. The ads aren't really much different from those you'd find in other publications.  
Why do you feel the need to attack me? Why so much fuming hatred against our improved version of Flash Pharmacy?  
Working with companies like the one you bashed\* in your letter is what helps Flash Pharmacy stay in top-shape and break new ground. We're not going to change a successful format.  
Thanks.  
– Dr. Martin Wingheld

\* to bash – to attack, to criticise heavily

1. What spurred\* Lafarge to write his letter to Wingheld?
  - a. a desire to complement the Flash Pharmacy periodical
  - b. the hope of entering into a partnership with Wingheld
  - c. disapproval of the periodical's recent practices
  - d. all of the above

\* to spur – to prompt, to induce

2. In which edition(s) of Flash Pharmacy was Crimson Cloak advertised?
  - a. the autumnal edition
  - b. the winter edition
  - c. the autumnal and winter editions
  - d. none of the above
3. What does Lafarge seem to think of Crimson Cloak's producers?
  - a. they are corrupt and money-hungry
  - b. they help to improve Flash Pharmacy
  - c. they are irresponsible
  - d. they made the periodical more successful than it used to be
  - e. correct answers are a and c
  - f. correct answers are b and d
4. Originally, Lafarge thought...
  - a. Wingheld was a great thinker
  - b. Flash Pharmacy was bizarre
  - c. Flash Pharmacy was an excellent periodical
  - d. none of the above

5. In summary, Wingheld is...
  - a. accused of manipulating the results of safety tests
  - b. accused of putting business ahead of science
  - c. accused of granting Crimson Cloak's producers a monopoly over ads
  - d. accused of destroying integrity to increase revenue
  - e. praised for entering the political arena
  - f. praised for saving Flash Pharmacy from cancellation
  - g. correct answers are a and c
  - h. correct answers are b and d

6. How does Wingheld's response to Lafarge sound?
  - a. somewhat rude, and largely informal
  - b. both polite and formal
  - c. somewhat rude, but mostly formal
  - d. conciliatory\*
  - e. diplomatic
  - f. correct answers are b, d, and e

\* conciliatory – friendly, trying to be compatible

7. "To stumble upon sth" in other words means:
  - a. to accidentally see sth
  - b. to experience sth
  - c. to glance at sth
  - d. to come across sth
8. "To take issue" means nearly the same as:
  - a. to disagree strongly
  - b. to object
  - c. to inquire
  - d. to respond
  - e. correct answers are a and b

### III. Grammar

Construct the questions, regarding the underlined part of the sentences:

Example: She refused to go to the hospital.  
Who refused to go to the hospital?  
She refused to go to the hospital.  
Where did she refuse to go?

1. We need to talk to the boss about that prescription. It looks fake.
2. I wouldn't expect to hear something like that from you.
3. During the WW II also many pharmacists were involved in the Resistance.
4. During WW II many pharmacists were involved in the Resistance.
5. During WW II many pharmacists were involved in the Resistance.
6. Something should be done to the fake prescriptions market.
7. There must be some order formed with the fake prescriptions market.
8. I'm not sure if this can be solved in water.
9. Nowadays still many people are persecuted for their religious or political views.
10. Nowadays still many people are persecuted for their religious or political views.
11. Alexander Fleming is the one who discovered penicillin.
12. Alexander Fleming is the one who discovered penicillin.

#### IV. Phrasal verbs

Replace the verbs or phrases *in italics* with their phrasal equivalents. Next to each sentence, in the brackets, you have phrasal verbs to use; however, in the wrong order.

1. We are about to *undertake* a journey from which we may not be returning. (hanker for)
2. You really *desire* a new sports car, don't you? (embark upon)
3. He had *already left in a hurry* before there was a chance to question him. (get it together)
4. She really needs to *become more organised*, or we'll never accomplish anything. (long for)
5. Such a dreary day, and so monotonous – it's hard to keep from *falling into a spell of slumber*. (dash off)

6. I still can't get used to my new place of work and I'm still *missing* my former one. (doze off)

#### V. Match the following words to their respective groups:

Group I: Blue

Group II: Red

Group III: Bone

Group IV: Liquid

beverage, blush, bruise, cartilage, cranium, (blood) clot, crimson, cyanosed, denim, gargle, haemorrhage, inflammation, infusion, liquor, marrow, plasma, skull, steep, tincture, turquoise

#### ANSWER KEY:

I. 1B, 2C, 3A, 4D

II. 1c, 2b, 3e, 4c, 5h, 6a, 7d, 8e

III. 1. To whom do we need to talk about that prescription?/Who do we need to talk to about that prescription?, 2. From whom wouldn't I expect to hear something like that?/Who wouldn't I expect to hear something like that from?, 3. What were many pharmacists involved in during WW II?, 4. When were many pharmacists involved in the Resistance?, 5. Who was/were involved in the Resistance during WW II?, 6. What should happened to the fake prescription market?, 7. What must be formed with the fake prescriptions market?, 8. What aren't I sure about?, 9. Who's/Who is/are still persecuted for their religious or political views nowadays?, 10. What are still many people persecuted for nowadays?, 11. Who's the one who discovered penicillin?/Who discovered penicillin?, 12. What did Alexander Fleming discover?

IV. 1. **embark upon** = undertake; 2. **hanker for** = desire; 3. **dash(ed) off** = left in a hurry; 4. **get it together** = become more organised; 5. **doze(ing) off** = falling into a spell of slumber (= falling asleep); 6. **long for** = miss

V. Group I: Blue – bruise, cyanosed, denim, turquoise;  
Group II: Red – blush, (blood) clot, crimson, haemorrhage (bleeding), inflammation  
Group III: Bone – cartilage (pl. 'chrząstka'), cranium, marrow, skull  
Group IV: Liquid – beverage, gargle, infusion, liquor, plasma, steep, tincture



## SPIS TREŚCI „CZASOPISMA APTEKARSKIEGO” ZA ROK 2011

- Antoniak K., Matławska I.: *Leki roślinne w wybranych schorzeniach skórnych (część I)*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 8-9, 49-55.
- Antoniak K., Matławska I.: *Leki roślinne w wybranych schorzeniach skórnych (część II)*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 10, 45-53.
- Bąbelek T.: *Resweratrol – wspaniały dar natury*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 2, 28-34.
- Bela Z.: *O pochodzeniu wyrazu „recepta”*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 12, 90-94.
- Brzozowski W., Wysokiński A.: *Ostra niewydolność serca – aktualne zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 4, 25-30.
- Burzyński S.R.: *Nowe mechanizmy molekularne w chorobie Alzheimer’a*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 1, 33-43.
- Carowicz G.: *Rola farmaceuty aptecznego w zapobieganiu otyłości*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 6-7, 53-57.
- Drozdowska A., Hermanowski T., Wojciechowska K.: *Aptekarz jako wykonawca i beneficjent opieki farmaceutycznej*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 11, 21-24 i 26-33.
- Drygas A.: *Quo vadis, farmacja?* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 8-9, 13-16.
- Drygas A.: *Wiedza magistra farmacji nierówna wiedzy technika farmaceutycznego*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 8-9, 3.
- Dymowski W.: *Aktualne problemy związane z dopuszczaniem do obrotu i rejestracją produktów leczniczych roślinnych w Polsce*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 5, 11-19.
- Filipek B.: *Działania niepożądane leków – podział, rozpoznawanie i monitorowanie*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 6-7, 31-41.
- Fitoussi M.: *Dwie dekady obecności na polskim rynku*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 11, 11-12.
- Główniak K.: *Apteka jako ośrodek świadczący opiekę farmaceutyczną (zagadnienia prawne)*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 4, 44-45.
- Główniak K.: *„I myself happen to be fluent in English”*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 6-7, 72-77.
- Góra A., Równicka-Zubik J., Sułkowska A.: *Narastający problem fałszowania leków na polskim rynku farmaceutycznym*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 2, 24-27.
- Góra A., Równicka-Zubik J.: *Otyłość jako jedna z przyczyn nadciśnienia tętniczego*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 11, 42-46.
- Herbet M.: *Interakcje suplementów diety zawierających wyciąg z korzenia żeń-szenia z lekami*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 12, 76-79.
- Izdebska M.: *„Dopalacze” – problem aktualny wczoraj i dziś*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 11, 62-66.
- Jambor J.: *Głóg dwuszyjkowy – ciernisty krzew męki i nadziei*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 1, 50-52.
- Jambor J.: *Grzybienie białe – symbol kojącej mocy roślin*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 2, 35-37.
- Jambor J.: *Herbata – bohaterka popołudniowych spotkań*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 4, 31-33.
- Jambor J.: *Imbir lekarski w kuchni i aptece*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 3, 60-62.
- Jambor J.: *Światlik lekarski w fitoterapii schorzeń oczu*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 6-7, 64-66.
- Jambor J.: *Żurawiny – rośliny lecznicze o rosnącym znaczeniu w fitoterapii schorzeń układu moczowego*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 5, 43-45.
- Janczewska E.: *V Europejski Tydzień Profilaktyki Raka Szyjki Macicy*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 2, 45-46.
- Jarosik E.: *Projekt nowej ustawy refundacyjnej przyjęty*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 3, 11-14.
- Kamiński K., Zajdel P., Wesołowska A., Obniska J., Pawłowski M.: *Leki przeciwpadaczkowe – stan aktualny i perspektywy farmakoterapii*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 12, 57-72.
- Kiss B.A., Wroński A., Kaczmarska L.: *Rola farmaceutów w profilaktyce oraz diagnostyce grzybic skóry i paznokci*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 3, 44-52.

- Kot Ł.: *Najmłodszy premier II RP*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 12, 13-17.
- Krzyżaniak-Gumowska A.: *Sumienie farmaceuty*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 4, 11-13.
- Kucharewicz G.: *List do Pani Minister Zdrowia Ewy Kopacz*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 1, 26-27.
- Kucharewicz G.: *Priorytety w budowaniu modelu polskiego aptekarstwa*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 1, 11-13.
- Kucharewicz G.: *Sejm RP przyjął ustawę refundacyjną*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 4, 3.
- Kucharewicz G.: *Technik farmaceutyczny „magistrem farmaceutycznym”*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 1, 3.
- Kucharewicz G.: *Wspomnienia o Ewie Więckowskiej*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 6-7, 8.
- Łazowski J.: *Anoreksja i kacheksja – niedoceniany problem w leczeniu chorób nowotworowych*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 6-7, 58-63.
- Łazowski J.: *O przyszłości zawodu farmaceuty na 70. Światowym Kongresie FIP w Lizbonie*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 2, 12-18.
- Magowska A.: *Bohaterki farmaceutycznego zawodu*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 3, 24-30.
- Magowska A.: *O etyce zawodowej technik farmaceutycznych*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 8-9, 76-79.
- Magowska A.: *Prawo farmaceutów do sprzeciwu sumienia*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 4, 14-17.
- Magowska A.: *Ziołolecznictwo klasztorne – niewyczerpana problematyka*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 8-9, 56-61.
- Majda A.: *EEG Biofeedback – nowoczesna terapia dla dzieci i dorosłych*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 4, 38-39.
- Meissner K.: *Ziołolecznictwo w klasztorach benedyktyńskich – wykład na konferencji w Lublinie*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 8-9, 61-65.
- Nowak D.: *Rola naturalnych przeciwutleniaczy obecnych w żywności w zapobieganiu i leczeniu chorób sercowo-naczyniowych oraz nowotworowych*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 8-9, 42-48.
- Nowak D.: *Źródła naturalnych przeciwutleniaczy w żywności i ich wpływ na zdrowie*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 3, 53-59.
- Nowak R., Drozd M.: *Rola grzybów w etiopatogenezie chorób alergicznych*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 5, 36-42.
- Ostrowski B.: *Choroby rzadkie, czyli sieroce*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 6-7, 67-68.
- Ostrowski B.: *Dialog w chorobie*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 3, 31-32.
- Ostrowski B.: *Nowy lek w zapobieganiu udarom u pacjentów z migotaniem przedsionków*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 6-7, 69-70.
- Ostrowski B.: *Ocena dostępu polskich pacjentów do innowacji w ochronie zdrowia*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 4, 46-62.
- Ostrowski B.: *Pneumokoki groźne nie tylko dla dzieci*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 4, 34-38.
- Ostrowski B.: *Polska oporna na innowacje w opiece zdrowotnej*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 2, 9-11.
- Ostrowski B.: *Problem nie tylko męski*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 2, 38-40.
- Ostrowski B.: *Rok 2011 rokiem opieki farmaceutycznej (fotoreportaż)*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 12, 88-89.
- Ostrowski B.: *TNP – choroba pozbawiająca tchu*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 8-9, 66-69.
- Ostrowski B.: *Władysław Ludwik Anczyc – farmaceuta, który został poetą i wydawcą*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 5, 50-52.
- Perlińska E.: *Franczyza apteczna – szansa czy zagrożenie*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 10, 11-12.
- Pytka K., Rapacz A., Filipek B.: *Miejsce rosuwastatyny w leczeniu zaburzeń lipidowych*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 8-9, 36-41.
- Pytka K., Rapacz A., Filipek B.: *Skuteczność i bezpieczeństwo iwabradyny w leczeniu choroby niedokrwiennej oraz niewydolności serca w świetle badań klinicznych*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 12, 47-56.
- Radecka J.: *Walne Zebranie Koła Archidiecezji Warszawskiej Stowarzyszenia Farmaceutów Katolickich Polski*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 8-9, 11.
- Rapacz A., Pytka K., Filipek B.: *Statyny skuteczność i bezpieczeństwo*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 10, 35-44.
- Rutkowska E.: *Nacjonalizacja aptek w Polsce i ustawy farmaceutyczne z 8.I.1951 roku*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 1, 28-31.

- Sowa I., Wójcica-Kosior M., Szwerc W., Jędrzejczak M.: *Kontrola zawartości jonów fluorkowych w preparatach do higieny jamy ustnej przy zastosowaniu chromatografii jonowej*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 12, 73-75.
- Staniak N.: *Miejsce homeopatii we współczesnej opiece medycznej*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 10, 55-58.
- Stożkowska W., Pawłowska I.: *Opieka farmaceutyczna w leczeniu chorób cywilizacyjnych – karty bazowe dla farmaceutów*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 4, 22-24.
- Suchocka-Stryśko J., Stryśko Ch.A.: *Spotkania z angielskim – cz. VIII*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 1, 58-61.
- Suchocka-Stryśko J., Stryśko Ch.A.: *Spotkania z angielskim – cz. IX*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 2, 41-44.
- Suchocka-Stryśko J., Stryśko Ch.A.: *Spotkania z angielskim – cz. X*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 4, 40-43.
- Suchocka-Stryśko J., Stryśko Ch.A.: *Spotkania z angielskim – cz. XI*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 8-9, 70-72.
- Suchocka-Stryśko J., Stryśko Ch.A.: *Spotkania z angielskim – cz. XII*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 8-9, 73-75.
- Suchocka-Stryśko J., Stryśko Ch.A.: *Spotkania z angielskim – cz. XIII*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 10, 60-62.
- Suchocka-Stryśko J., Stryśko Ch.A.: *Spotkania z angielskim – cz. XIV*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 11, 70-73.
- Suchocka-Stryśko J., Stryśko Ch.A.: *Spotkania z angielskim – cz. XV*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 12, 98-101.
- Szukiel W.: *50-lecie pracy zawodowej mgr. farm. Henryka Dąbrowskiego (fotoreportaż)*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 11, 18-19.
- Szukiel W.: *Apteka w nowym systemie refundacyjnym*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 12, 3.
- Szukiel W.: *Honorowy Medal im. Władysława L. Anczyca*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 6-7, 3.
- Szukiel W.: *Postępy w farmakoterapii chorób układu krążenia (fotoreportaż)*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 11, 68-69.
- Szukiel W.: *Walka o naczelnego prezesa*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 11, 3.
- Szymańska J.: *Rodem z Zamościa*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 12, 11-12.
- Ślusarczyk W.: *Aptekarze jako członkowie elit społecznych Kujaw i Pomorza Gdańskiego w latach 1918-1939*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 2, 20-23.
- Śmierzchalski P., Ząbkowski T.: *Najstarsze historyczne wzmianki o świętych Kosmie i Damianie*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 10, 15-19.
- Śmierzchalski P., Ząbkowski T.: *Święty Mikołaj w przedstawieniach scenicznych, zwyczajach ludowych i przysłowia*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 12, 26-32.
- Tokarz J.: *Madera, jej roślinność i krajobrazy*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 12, 94-97.
- Tomerska-Kowalczyk E., Skowron A.: *Ocena zastosowania Standardowych Procedur Operacyjnych w aptekach ogólnodostępnych*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 11, 34-40.
- Ulz Z.: *Lepsza znajomość języka angielskiego to większa wiedza fachowa*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 5, 3.
- Ulz Z.: *List do redakcji „Czasopisma Aptekarskiego” w sprawie samodzielnego wydawania leków psychotropowych przez techników farmaceutycznych*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 10, 9.
- Umbreit M.H.: *Prof. dr hab. n. farm. Wincenty Kwapiszewski (1927-2011)*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 8-9, 6-9.
- Walicki B.: *Jędrzej Dańczak – pierwszy sokołowski aptekarz, poczmistrz, burmistrz*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 8-9, 21-26.
- Wengler L., Zimmermann A., Popowski P.: *Wybrane aspekty prawne rozpowszechniania wizerunku na łamach czasopism*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 3, 15-18 i 20-23.
- Witalis J.: *Czynniki ryzyka, epidemiologia i farmakoterapia inwazyjnych zakażeń grzybiczych (IZG)*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 6-7, 42-48.
- Witalis J., Filippek B.: *Profilaktyka i leczenie kamicy moczowej*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 11, 47-56.
- Wojtyniak K., Matławska I.: *Fitoterapia zaburzeń miesiączkowania*. Czasopismo Aptekarskie, 2011, 12, 80-87.
- Zajdel P., Wesołowska A., Kamiński K., Kolasa K., Pawłowski M.: *Kierunki poszukiwań leków*



- przeciwdepresyjnych – stan obecny i przyszłość. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 3, 33-42.
- Zapolski T., Frania-Baryluk A., Wysokiński A.: *Leki przeciwpłytkowe w leczeniu choroby niedokrwiennej serca – mechanizm działania, zastosowanie, interakcje*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 12, 33-46.
- Ząbkowski T., Syryło T.: *Heparyna drobnocząsteczkowa jako podstawowa forma okołoooperacyjnej profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 11, 57-61.
- Ząbkowski T.: *Nietrzymanie moczu u kobiet*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 1, 44-48.
- Ząbkowski T., Syryło T., Wajszczuk M.: *Objawy niepożądane stosowania inhibitorów 5-fosfodiesterazy (PDE-5) w leczeniu zaburzeń erekcji*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 6-7, 49-52.
- Zimmermann A.: *Analiza aktualnej sytuacji prawnej zasad świadczenia opieki farmaceutycznej*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 1, 20-26.
- Zimmermann A.: *Apteka – placówka ochrony zdrowia publicznego*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 4, 18-21.
- Zimmermann A.: *Interes publiczny jako kierunek działania samorządu aptekarskiego*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 11, 13-17.
- Zimmermann A.: *Nowa ustawa o wyrobach medycznych*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 5, 30-35.
- Zimmermann A.: *Pozycja państwowej inspekcji farmaceutycznej w służbie publicznej*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 10, 25-27 i 30-34.
- Zimmermann A.: *Recepta farmaceutyczna jako gwarancja dostępu do leku w nagłej sytuacji*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 6-7, 24-27.
- Zimmermann A.: *Zmiany w polityce refundacyjnej państwa*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 8-9, 27-34.
- Żurek A.: *Jesteśmy w stanie przetrwać najgorsze*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 6-7, 11-14.
- \*
- 29 lipca br. minie 20 lat od powstania Komitetu Organizacyjnego Izb Aptekarskich. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 6-7, 10.
- Aktualne problemy rozpoznawania i leczenia alergicznych schorzeń skóry i astmy*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 2, 7.
- Apteka Pawła Molina w Wiśle (fotoreportaż)*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 12, 102-103.
- Aptekarski terminarzyk imienin na rok 2012*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 12, 6-8.
- Apteki Allegro*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 1, 8.
- Benedyktynka*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 1, 8.
- de Cordé A.: *XVII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 1, 6.
- CEPD N.V. liderem na rynku litewskim*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 10, 8.
- Europacolon*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 4, 6.
- Europejski Laur Farmacji*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 1, 15-18.
- Finansowanie jakości w opiece zdrowotnej – InterQuality*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 5, 6.
- Fundacja Hasco-Lek rozstrzygnęła V edycję konkursu na najlepsze prace magisterskie i doktorskie obejmujące nowe odkrycia oraz innowacje w dyscyplinach farmaceutycznych i pokrewnych*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 3, 6-7.
- Generyki w 2014 r.* *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 11, 6.
- GlaxoSmithKline liderem branży w odpowiedzialnym prowadzeniu biznesu*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 6-7, 16-17.
- I wiosenne seminarium PSFO „Ból nowotworowy”*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 5, 7.
- II Europejski Dzień Walki z Otyłością (fotoreportaż)*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 6-7, 20-23.
- III Zjazd Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 11, 7.
- Internetowe Konto Pacjenta IKP*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 5, 8.
- Iwabradyna*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 6-7, 7.
- Kampania edukacyjna „Męska Sprawa”*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 6-7, 6.
- Lek Visanne*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 2, 6.
- „Mam haka na raka”*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 4, 6.
- Nagroda Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego*. *Czasopismo Aptekarskie*, 2011, 1, 9.

- *Nagrody Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 1, 9.
- Nagrody naukowe ministra zdrowia.* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 11, 8.
- Najlepsze apteki na Węgrzech i w Rumunii.* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 5, 20-24.
- Nowa odłona pierwszego na rynku polskim doustnego probiotyku, dbającego o zdrowie intymne kobiety.* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 3, 8.
- Nowa pasta do zębów Sensodyne opracowana z wykorzystaniem unikalnej technologii NovaMin.* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 6-7, 78-79.
- Nowy doustny lek przeciwzakrzepowy, eteksylan dabigatranu.* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 5, 6.
- Obsługa logistyczna Boehringer Ingelheim.* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 2, 6.
- Ogólnopolskie Obchody Światowego Dnia Serca.* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 6-7, 9.
- OLA w Olsztynie.* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 1, 8.
- „Operacja życie”.* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 11, 8.
- PharmaExpert.* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 10, 6.
- Porcelanowy jubileusz firmy Salus International (fotoreportaż).* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 10, 20-23.
- Poznańska fabryka leków GlaxoSmithKline.* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 11, 6.
- Preparat Kiovig stosowany w leczeniu pacjentów z wieloogniskową neuropatią ruchową.* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 10, 3.
- Rozwiązanie telemedyczne nowej generacji.* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 6-7, 6.
- Rynek farmaceutyczny w styczniu 2011 roku.* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 3, 6.
- Spis treści „Czasopisma Aptekarskiego” za rok 2010.* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 2, 47-50.
- „Świat Zdrowia” w opiece farmaceutycznej.* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 1, 54-57.
- „Technik Farmaceutyczny w Aptece”.* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 1, 62.
- Uroczystość wręczenia dyplomów i zaświadczeń Prawa Wykonywania Zawodu (fotoreportaż).* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 12, 23-25.
- W dwudziestoletniej historii Inspekcji Farmaceutycznej główni inspektorzy byli częstymi aktywnymi gośćmi przedsięwzięć organizowanych nie tylko przez samorząd aptekarski, ale także przez redakcję „Czasopisma Aptekarskiego” (fotoreportaż).* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 10, 28-29.
- Warszawska gala XX-lecia.* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 4, 9.
- Wręczenie praw wykonywania zawodu (fotoreportaż).* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 5, 28-29.
- Współczesna antybiotyko- i chemioterapia chorób infekcyjnych (fotoreportaż).* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 5, 26-27.
- Współczesna antybiotyko- i chemioterapia chorób infekcyjnych (fotoreportaż).* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 8-9, 18-19.
- XX-lecie odrodzonego samorządu aptekarskiego.* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 12, 18-22.
- Żelki witaminowe Vita Kic Kic.* Czasopismo Aptekarskie, 2011, 2, 6.

# Bioaron<sup>®</sup>

## Multiwitamina

suplement diety

**Najpełniejszy zestaw witamin dla dzieci w syropie.**

**Najkorzystniejsze dawkowanie w najlepszej cenie.**



# NOWOŚĆ

**Multiwitamina  
od Bioaronu<sup>®</sup> – eksperta,  
któremu ufają mamy.**



*Phyto*  
**Pharm**

**Producent:**

PhytoPharm Kłęka SA, Kłęka 1,  
63-040 Nowe Miasto nad Wartą.





**Strategiczny  
inwestor**

**Odpowiedzialny  
partner**

**Nowoczesne leki  
i szczepionki**

## *GlaxoSmithKline – odpowiedzialny partner*

W swoich działaniach dążymy do tego, aby być odpowiedzialnym partnerem, budując oparte na zaufaniu relacje z uczestnikami polskiego systemu ochrony zdrowia, stawiając na dialog i transparentną współpracę.

Mamy świadomość szczególnych wymagań społecznych wobec firm funkcjonujących w obszarze ludzkiego życia i zdrowia. Dlatego bierzemy bezwzględną odpowiedzialność za jakość i bezpieczeństwo swoich leków, a także od lat wyznaczamy i promujemy dobre praktyki prowadzenia działalności w sektorze farmaceutycznym.

Wspieramy rozwój polskiej nauki i medycyny, współpracując ze środowiskiem lekarzy, pielęgniarek, położnych i farmaceutów. Ponadto, wraz z różnymi partnerami społecznymi, prowadzimy liczne akcje edukacyjne i programy społeczne promujące profilaktykę zdrowotną. Dbamy o rozwój naszych pracowników i tworzymy bezpieczne środowisko pracy. Pomagamy także lokalnym społecznościom i przykładamy wagę do ochrony środowiska naturalnego.

W 2011 roku jako pierwsi w branży farmaceutycznej w Polsce wydaliśmy raport społeczny, który prezentuje działalność firmy we wszystkich obszarach odpowiedzialności społecznej w oparciu o zweryfikowane dane i obiektywne wskaźniki. Raport został laureatem ogólnopolskiego konkursu na najlepiej sporządzony raport z zakresu społecznej odpowiedzialności biznesu w Polsce. Treść raportu dostępna jest na stronie [www.gsk.com.pl](http://www.gsk.com.pl)

