

Biuletyn informacyjny

Okręgowej Izby Aptekarskiej
w Warszawie



#1/2019 (58) KWARTALNIK BEZPŁATNY



9 1771733 132306

Spis treści

Szanowni Państwo,

Oddaję w Państwa ręce kolejny już numer biuletynu Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie. W obliczu tak wielu zmian i „gorących” tematów dotyczących środowiska farmaceutycznego zdecydowałam aby to wydanie było poświęcone zagadnieniom merytorycznym i prawnym związanym z najbardziej palącymi wątkami. Dlatego też wiele miejsca zajmują informacje związane z e-receptą oraz Europejskim Systemem Weryfikacji Autentyczności Leków w Polsce. W tym numerze znajdziecie Państwo 3 ważne opinie

Radcy Prawnego związane z minimalnym wyodrębnieniem za pracę, nowych zasad przechowywania akt pracowniczych jak również możliwości wystawiania recept farmaceutycznych. W tym wydaniu znajdziecie również artykuły związane z opieką nad kobietą w ciąży i recepturą. Jako, że rok 2019 to rok nowych wyborów samorządowych w biuletynie znajduje się szereg informacji organizacyjnych.

Zapraszam serdecznie do lektury!

Redaktor Naczelny
Emilia Gąsińska

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



Słowo wstępne

1 Stycznia 2019 roku otwiera ostatni rok VII kadencji samorządu. Oznacza to, że rozpoczynamy procedurę wyborczą, której pierwszym elementem jest publikacja uchwały dotyczącej podziału na okręgi wyborcze. Treść tej uchwały znajdziecie Państwo w niniejszym biuletynie. W kolejnych miesiącach prowadzone będą kolejne kroki procedury wyborczej czyli ogłoszenie, organizacja i przeprowadzenie spotkań wyborczych w okręgach, następnie ogłoszenie terminu zjazdu oraz ostateczne wybory organów Okręgowej Izby Aptekarskiej. Planowanym terminem zakończenia Procedury wyborczej jest przełom listopada i grudnia 2019. Kolejnym krokiem już na poziomie ogólnopolskim będą przygotowania delegatów do Zjazdu Krajowego i wybór Prezesa i organów Naczelnej Izby Aptekarskiej na Zjeździe który odbędzie się na początku roku 2020. Ze swojej strony gorąco zachęcam Państwa do uczestnictwa w wyborach a także do zaangażowania się w pracę samorządu. Każdy kolejny rok przynosi dla naszego zawodu nowe wyzwania i aby im sprostać potrzebna jest energia, pomysłowość i zaangażowanie osób aktywnie działających w samorządzie. Obecna kadencja przyniosła dla naszej izby wiele pozytywnych zmian zauważalnych na pierwszy rzut oka, chciałbym aby przy Państwa współudziale ewolucja samorządu była kontynuowana w kolejnych latach i aby dzięki temu nawet największy sceptycy mieli poczucie właściwej reprezentacji przez Izbę Aptekarską.

1 Stycznia 2019 to również data zakończenia dostosowania aptek do wymogu realizacji e-recept i raportowania Dokumentów Realizacji Recepty. Proces ten pomimo wielu zawirowań dzięki zaangażowaniu farmaceutów zakończył się sukcesem. Kolejne tygodnie funkcjonowania nowych zasad, pracy na znacząco

zmodyfikowanych systemach aptecznych niosą za sobą wątpliwości i dynamicznych zmian niemniej jednak nie mam najmniejszych wątpliwości, że w nieodległej perspektywie doświadczenie i praktyka jak wielokrotnie do tej pory ustabilizują codzienną pracę. Kolejnym krokiem będzie upowszechnienie e-recepty, który tak niemal w całej Europie przyniesie aptekom korzyści w postaci wyeliminowania wielu błędów formalnych i realne usprawnienie pracy za pierwszym stołem.

Rok 2019 to kolejne projekty informatyczne – Serializacja i ZSMOPL to kolejne znaczące wyzwania wymagające po stronie farmaceutów dalszej nauki i zmiany przyzwyczajęń. Zachęcamy do uczestnictwa w organizowanych przez Izbę szkoleniach oraz do śledzenia informacji publikowanych na naszej stronie internetowej i profilu izby na portalu Facebook.

Początek roku to również zakończenie prac ministerialnego zespołu ds. Ustawy o zawodzie farmaceuty. Liczymy na to, że najbliższym czasie projekt zostanie podpisany przez Ministra Zdrowia i trafi do konsultacji publicznych. Nie wątpię, że ten oczekiwany przez wiele lat akt prawny będzie budził wiele emocji i dyskusji, niemniej jednak należy pamiętać, że wszystkie pozytywne zmiany jakich oczekujemy (wdrożenie opieki farmaceutycznej, zwiększenie roli farmaceutów w opiece szpitalnej), wymagają solidnego fundamentu jakim ma być właśnie ustawa zawodowa.

Nowy Rok jest dobrą okazją do podsumowań i planowania. Zachęcam Państwa do jednego i drugiego również w kontekście wyborów do samorządu. Życzę aby ostatni rok obecnej kadencji Okręgowej Rady Aptekarskiej przyniósł same pozytywne zmiany zarówno w obszarze zawodowym i prywatnym.

Stanowisko dotyczące zasad zapewnienia obsady fachowej w godzinach czynności apteki ogólnodostępnej

www.nia.org.pl

Naczelna Izba Aptekarska jednoznacznie wskazuje, że kierownicy aptek, którzy nie są jednocześnie podmiotami prowadzącymi apteki ogólnodostępne, nie mogą ponosić odpowiedzialności za niezapewnienie wymaganej prawem obsady fachowej przez przedsiębiorcę prowadzącego aptekę.

Stosownie do art. 42 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców, organ zezwalający udziela zezwolenia na wykonywanie działalności gospodarczej, w tym zezwolenia na prowadzenia apteki ogólnodostępnej, przedsiębiorcy spełniającemu wymagane prawem warunki uzyskania zezwolenia. Podmiot prowadzący aptekę jest obowiązany zatrudnić osobę odpowiedzialną za prowadzenie apteki, dającą rękojmię należytego prowadzenia apteki.

Podmiot prowadzący zobowiązany jest zapewnić warunki, które pozwalają zatrudnionym w aptece pracownikom należyte wykonywanie ich obowiązków. Przede wszystkim zobowiązany jest do zapewnienia odpowiedniej liczby personelu, adekwatnej do zakresu działalności oraz ustalonego rozkładu pracy apteki. Konieczność zagwarantowania właściwej obsady fachowej w aptekach przez przedsiębiorców prowadzących apteki wynika m. in. z art. 92 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.), zgodnie z którym w godzinach czynności apteki powinien być w niej obecny farmaceuta, o którym mowa w art. 88 ust. 1.

Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną, będąc pracodawcą obowiązany jest organizować pracę w sposób zapewniający pełne wykorzystanie czasu pracy, jak również osiąganie przez pracowników, przy wykorzystaniu ich uzdolnień i kwalifikacji, wysokiej wydajności i należytej jakości pracy. Podmiot ten musi zapewnić bezpieczne i higieniczne warunki pracy.

W konsekwencji niedopuszczalne są sytuacje, gdy podmiot prowadzący aptekę nie wypełnia swoich obowiązków w zakresie zapewniania odpowiednich warunków pracy. Zmuszanie pracowników, w tym farmaceutów, do pracy w warunkach, które z obiektywnych względów powodują niemożliwość właściwego jej wykonywania, powoduje, że odpowiedzialność za ewentualne szkody ponoszone przez osoby trzecie, w tym przede wszystkim przez pacjentów ponosi podmiot prowadzący aptekę. Anormalne, niekorzystne i niezgodne z prawem warunki powodują, że zarzut zawinienia określonego zachowanie przez personel nie może być podnoszony.

Do samorządu aptekarskiego docierają informacje, pojawiające się także w mediach, że w czasie pracy niektórych aptek ogólnodostępnych, dochodzi do sytuacji braku wymaganej obecności farmaceuty.

Kierownik apteki, który nie jest podmiotem prowadzącym aptekę, nie może ponosić odpowiedzialności za decyzje biznesowe, podejmowane przez swojego pracodawcę, który świadomie narusza prawo. Sytuacja, gdy czas pracy apteki jest całkowicie nieadekwatny do maksymalnego wymiaru czasu pracy zatrudnionych w aptece pracowników, dopuszczalnego na podstawie kodeksu pracy, powoduje, że a priori zachodzi przypadek przyczyniania się pracodawcy do ewentualnych szkód.

Kierownik apteki, pozostający w relacji służbowej podległości w stosunku do właściciela apteki, nie może być odpowiedzialny za naruszenia, których dopuszcza się przedsiębiorca. Należy podkreślić, że kierownik apteki nie ma skutecznych narzędzi do egzekwowania od właściciela apteki przestrzegania prawa. Nie może być tak, że właściwe funkcjonowanie apteki ogólnodostępnej łączyć się musi z naruszeniem praw pracownika, np. prawa do urlopu wypoczynkowego, lub też pracą w godzinach nadliczbowych z przekroczeniem ustawowych limitów.

Naczelna Izba Aptekarska wielokrotnie sygnalizowała problem braku wystarczającej liczby personelu farmaceutycznego, niezbędnego do realizacji ustawowych czynności poszczególnych aptek, w szczególności w kontekście możliwości zapewnienia przez podmioty otwierające nowe apteki odpowiedniej liczby farmaceutów oraz w kontekście konieczności pełnienia przez apteki dyżurów nocnych.

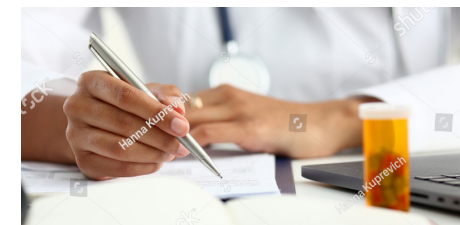
Niestety negatywne opinie poszczególnych okręgowych izb aptekarskich dotyczące rozkładu czasu pracy aptek nie były brane pod uwagę, pomimo, że stanowiska zajmowane przez organy samorządu aptekarskiego były w sposób oczywisty zasadne.

W ocenie samorządu aptekarskiego istnieje bardzo pilna potrzeba uchwalenia ustawy o zawodzie farmaceuty, w której poprzez precyzyjne zdefiniowanie treści i zakresu poszczególnych praw i obowiązków farmaceutów, zapewniona zostanie konieczna niezależność oraz samodzielność w wykonywaniu zawodu. Tylko precyzyjnie ustalone prawa i obowiązki gwarantują pewność i bezpieczeństwo w trakcie wykonywania pracy. Świadomość swojej sytuacji prawnej i ram, w jakich może poruszać się farmaceuta, zapewni możliwość należytego

wykonywania zawodu, a także stanowić będzie skuteczne narzędzie w sytuacjach konfliktu interesów. Farmaceuta, w tym kierownik apteki, posiadając jasno określone prawa i obowiązki będzie mógł przeciwstawić się naciskom ze strony właściciela niebędącego farmaceutą oraz innych podmiotów zainteresowanych wpływaniem na jego postępowanie.

E-RECEPTA

mgr farm. Monika Mosakowska



Od 1 stycznia 2019 r. wszystkie apteki w Polsce są już podłączone do platformy e-zdrowie (P1) i w gotowości do realizacji elektronicznych recept. Oznacza to, że każda realizacja recepty, zarówno elektronicznej, jak też papierowej, zostanie zarejestrowana w systemie i co więcej udostępniona pacjentowi – po zalogowaniu – na jego osobistym Internetowym Koncie Pacjenta na portalu pacjent.gov.pl. Jest to zmiana przede wszystkim dla pacjentów, ale także dla pracowników służby zdrowia, w tym szczególnie farmaceutów, ponieważ nieco inaczej będzie wyglądać proces obsługi pacjentów w aptekach.

Równocześnie rozpoczęła się praca polegająca na włączaniu placówek leczniczych (medycznych) do platformy e-zdrowie tak, aby do końca roku 2019 wszyscy lekarze mogli swoim pacjentom wystawiać e-recepty. Tak więc wraz z upływem kolejnych miesięcy, coraz więcej placówek będzie

przygotowanych do wystawiania e-recept, a co za tym idzie, coraz więcej e-recept będzie realizowanych w aptekach.

Wśród farmaceutów, którzy jeszcze nie mieli okazji zrealizować prawdziwej e-recepty wciąż pojawiają się pytania i wątpliwości. Na te pytania w tym artykule chciałabym odpowiedzieć i uspokoić- realizacja e-recepty jest naprawdę prosta.

e-recepta- skąd czerpać wiedzę?

Podstawowym pytaniem farmaceuty wydaje się być: jeśli przyjdzie do mnie pacjent z e-receptą, jak mam ją zrealizować?

Mam nadzieję, że takich wątpliwości jest już niewiele. Pamiętajmy bowiem, że Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) przy współpracy z Naczelną Izbą Aptekarską (NIA) w ciągu 2 miesięcy grudnia 2018 i stycznia 2019 przeprowadziło szereg szkoleń z realizacji e-recepty dla farmaceutów w siedzibach Okręgowych Izb Aptekarskich.

Odwiedziliśmy kilkanaście miast w Polsce, a w spotkaniach tętnie uczestniczyło kilka tysięcy farmaceutów. Prezentacje dotyczyły w pierwszej części realizacji recept

papierowych za pomocą elektronicznego Dokumentu Realizacji Recepty, co niewątpliwie było największą zmianą, która została wprowadzona 1 stycznia 2019. W tej kwestii został również przygotowany zestaw najczęściej zadawanych pytań i odpowiedzi, tak aby realizacja recept papierowych nie budziła żadnych wątpliwości. Plik jest dostępny na stronie <https://www.csioz.gov.pl/e-zdrowie-p1/e-recepta>. Warto do niego co jakiś czas zaglądać, ponieważ jest on aktualizowany wraz z pojawiającymi się nowymi wątpliwościami farmaceutów.

Druga część prezentacji podczas spotkań z farmaceutami poświęcona była procesowi realizacji recepty elektronicznej. Zostały omówione podstawowe przypadki realizacji e-recepty, jak i zagadnienia bardziej skomplikowane jak np. realizacja kilku pakietów e-recept, realizacja e-recept dla pacjentów z uprawnieniami dodatkowymi, wydawanie zamienników na e-receptę, realizacja e-recepty na lek recepturowy itd.

Nieco mniej obszerna, aczkolwiek jak najbardziej kompletna i stale dostępna wersja prezentacji znajduje się na platformie e-learningowej na stronie www.e-aptekarska.pl

Każdy farmaceuta i technik farmacji może założyć konto na tej platformie:

1. Magister - wybiera z listy swoją Izbę Aptekarską i wpisuje PWZ
2. Technik - wybiera z listy Izba Aptekarska: Technik Farmaceutyczny i wpisuje jako Numer Prawa Wykonywania Zawodu: Technik
3. Stażysta - wybiera z listy Izba Aptekarska: Inny i wpisuje jako Numer Prawa Wykonywania Zawodu: Stażysta
4. Student - wybiera z listy Izba Aptekarska: Inny i wpisuje jako Numer Prawa Wykonywania Zawodu: Student

Oprócz szkoleń zbiorowych CSIOZ proponowało również szkolenia indywidualne, przeprowadzane przez wykwalifikowanych trenerów w poszczególnych aptekach. Zapisy na szkolenia za pomocą formularza formularz.csioz.gov.pl zakończyły się 20 stycznia 2019, ale część aptek i punktów aptecznych, które zostały zakwalifikowane na szkolenia, a szkolenia te nie zostały jeszcze przeprowadzone, weźmie w nich udział w ustalonych z trenerami terminach.

Oprócz zaproponowanych powyżej form szkoleń z praktycznych aspektów realizacji e-recepty, farmaceuci mogą korzystać z bieżących filmików instruktażowych, udostępnianych przez dostawców oprogramowań aptecznych. Nie należy również zapominać, że w przypadku jakichkolwiek pytań lub wątpliwości jeśli chodzi o działanie systemu e-zdrowie (czyli systemu, w którym e-recepty, jak i realizacje e-recept są zapisywane) farmaceuci mogą zgłaszać się na infolinię CSIOZ 19 457 lub e-mailowo pod adresem: e-recepta@csioz.gov.pl. Nawet jeśli zadane pytanie nie będzie stricte dotyczyło działania systemu, a np. działania

systemu aptecznego- osoby obsługujące zgłoszenia pokierują, gdzie należy przekazać zapytanie.

e-recepta- informacje podstawowe i najczęstsze wątpliwości

Mimo wszystko w artykule chciałabym zebrać najważniejsze informacje o e-receptce oraz przedstawić TOP 5 pytań dotyczących realizacji e-recepty i odpowiedzi na te pytania- tak, aby rozwiązać wątpliwości.

Najważniejsze zmiany związane z wprowadzeniem e-recepty:

1. Brak papierowej recepty. Dokument, który należy weryfikować w aptece jest dokumentem elektronicznym, widocznym na ekranie monitora w oprogramowaniu aptecznym, po sczytaniu kodu kreskowego e-recepty z wydruku informacyjnego w postaci papierowej/pliku .pdf lub wpisaniu 4-cyfrowego kodu dostępowego wraz z numerem PESEL pacjenta.
2. Zmiana nazewnictwa, tj. na jednej e-receptce znajduje się jeden lek (1 e-recepta= 1 lek). Kilka e-recept (maksymalnie do 5 e-recept) ujmowanych jest w tzw. receptę zbiorczą (pakiet recept).
3. Możliwość częściowej realizacji e-recepty tzn. w przypadku wypisania przez lekarza (lub inną uprawnioną osobę) kilku opakowań tego samego leku na e-receptce, możliwe jest wydanie pacjentowi 1 opakowania i zaznaczenie „częściowej realizacji”. Natomiast przy kolejnej wizycie pacjenta możliwe jest wydanie pozostałych opakowań tego leku i oznaczenie odpowiednio „całkowitej realizacji”. Jedną e-receptę można realizować w jednej aptece, z tym, że w przypadku określonym powyżej, jeżeli pacjent zrealizuje receptę częściowo przykładowo wykupi jedno opakowanie z trzech,

@recepta – Jak to działa?



#ereceptazfarmaceutami

to dalsza realizacja pozostałych dwóch musi się odbyć w tej samej aptece/ punkcie aptecznym.

4. W przypadku, gdy recepta zbiorcza (pakiet recept) zawiera kilka e-recept istnieje możliwość realizacji różnych e-recept w różnych aptekach (każda e-recepta zawiera kod recepty zbiorczej (pakietu recept), ale również kody poszczególnych recept, które pozwalają na osobną ich realizację).
5. Pacjent może przyjść do apteki z:
 - a. Wydrukiem informacyjnym – w celu realizacji należy czytać kod kreskowy recepty zbiorczej/konkretnej e-recepty lub wpisać 4-cyfrowy kod dostępowy wraz z numerem PESEL pacjenta
 - b. SMS, w którym podany będzie kod dostępowy – w celu realizacji należy wpisać 4-cyfrowy kod dostępowy wraz z numerem PESEL pacjenta
 - c. e-mail, w którym będzie dostępny wydruk informacyjny w postaci pliku .pdf – w celu realizacji należy czytać kod kreskowy zbiorczej recepty/ konkretnej e-recepty z ekranu telefonu/tableta lub wpisać 4-cyfrowy kod dostępowy wraz z numerem PESEL

Top 5 pytań o e-receptę

1. W jaki sposób starszy pacjent, który nie posiada telefonu, komputera ani internetu będzie mógł otrzymać e-receptę?

Należy pamiętać, że jedną z form przekazania informacji o wystawionych e-receptach w gabinecie lekarskim jest wydruk informacyjny. Tak więc z punktu widzenia pacjentów, którzy nie posiadają telefonu, komputera ani internetu proces otrzymywania recept nie zmieni się w stosunku do procesu dla recept papierowych.

2. Od kiedy i czy wszystkie recepty będą wystawiane w formie elektronicznej?

Od dnia 1 stycznia 2020 wejdzie w życie obowiązek wystawiania e-recept przez osoby do tego uprawnione. W roku 2019 stopniowo kolejne podmioty lecznicze będą rozpoczynały pracę z e-receptą, co oznacza, że w raz z upływem kolejnych miesięcy e-recept będzie coraz więcej i będą się one pojawiać w aptekach.

Co do zasady, wszystkie recepty będą wystawiane w formie elektronicznej. Wyjątki zostały określone w Ustawie Prawo Farmaceutyczne i na chwilę obecną są to:

- recepty pro auctore i pro familiae
- recepty transgraniczne (czyt. recepty wystawione poza granicami Polski)
- recepty dla osób o nieustalonej tożsamości
- recepty na leki z importu docelowego
- recepty weterynaryjne

3. Co w przypadku, gdy na e-receptce pojawi się jakikolwiek błąd? Czy osoba realizująca receptę może w jakiś sposób modyfikować jej treść?

Nie ma takiej możliwości, aby ktokolwiek modyfikował treść samej e-recepty. W przypadku błędu uniemożliwiającego realizację recepty, tylko osoba wystawiająca receptę ma możliwość anulowania dokumentu, a następnie wystawienia nowego, poprawnego.

Należy jednak pamiętać, że System P1 podczas wystawienia e-recepty prowadzi szereg weryfikacji, dlatego też błędy dotyczące niepoprawnych danych podmiotu wystawiającego (np. REGON), osoby wystawiającej (np. Numer Prawa Wykonywania Zawodu) czy pacjenta (np. PESEL) nie będą miały miejsca.

Kwestie problematyczne wciąż mogą się zdarzyć, jeśli chodzi o niepoprawne dane dotyczące sekcji leku np. brak/niepoprawne dawkowanie, błędnie wskazana odpłatność, niepoprawnie wskazany produkt leczniczy, którego nie ma już na rynku. Jednak w roku 2019 CSIOZ będzie prowadzić prace z systemami gabinetowymi, a co za tym idzie będziemy się starali wypracować rozwiązanie, dzięki któremu będziemy w stanie uniknąć większości omówionych powyżej problemów.

4. Jak będą wyglądały czynności wykonywania korekty realizacji czy wydawania zamienników? Czy będzie to możliwe?

Jak najbardziej tak. Wykonywanie korekt będzie przebiegało w dokładnie taki sam sposób jak do tej pory. System P1 pozwala na zapisywanie korekt dokumentów realizacji, a następnie na wystawianie nowych dokumentów realizacji recepty.

Proces wydawania zamienników co do zasady się również nie zmienia – wydawanie zamienników jest możliwe. Inną kwestią jest to, że niektóre systemy apteczne w przypadku wydawania zamienników będą pokazywały ostrzeżenie informujące o tym, że wydawany jest inny lek (o innym kodzie EAN) niż ten, który został wskazany na e-receptce. Ostrzeżenie to jest dodatkowym zabezpieczeniem dla farmaceuty, aby wydawał leki inne niż te wypisane na receptce świadomie.

5. W jaki sposób będzie wyglądać proces retaksacji recept pod koniec dnia przez kierownika apteki?

Proces retaksacji faktycznie będzie wyglądał inaczej niż do tej pory – nie będzie bowiem papierowej wersji recepty ani nadruku na receptce, które należy ze sobą porównywać.

Retaksacja została przeniesiona do rzeczywistości cyfrowej, a mówiąc prosto do systemu aptecznego. W systemach aptecznych

zostały utworzone dedykowane moduły do retaksacji recept elektronicznych, w których dostępny będzie podgląd do dokumentów recept jak i realizacji. Porównywać zatem należy dokumenty wyświetlane na ekranie monitora.

PS pamiętajmy, że wydruk informacyjny, z którym przyjdzie pacjent do apteki jest dla pacjenta, a nie dla apteki. Na wydruku znajdują się chociażby informacje o dawkowaniu danego leku, co dla pacjenta jest kluczowe.

Budowa i uruchomienie Europejskiego Systemu Weryfikacji Autentyczności Leków w Polsce

– perspektywa Fundacji KOWAL

dr Michał Kaczmarski

I. Idea „serializacji” i „dyrektywy antyfalszywkowej”

Kiedy myślimy o przepisach prawa regulujących indywidualne oznaczenia produktów leczniczych na receptę oraz przeciwdziałaniu wprowadzaniu do legalnego łańcucha dystrybucji fałszywych produktów leczniczych posługujemy się niekiedy terminem „serializacja” lub tzw. „dyrektywa antyfalszywkowa”.

Obydwa terminy są ze sobą blisko powiązane. Dyrektywa antyfalszywkowa to w istocie Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/62/UE z dnia 8 czerwca 2011 r. zmieniająca Dyrektywę 2001/83/WE w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi – w zakresie zapobiegania wprowadzaniu sfałszowanych produktów leczniczych do legalnego łańcucha dystrybucji.

W ramach przywołanej nowelizacji do porządku prawnego Unii Europejskiej wprowadzona została delegacja dla Komisji Europejskiej, aby opracować regulację obowiązującą bezpośrednio na terytorium wszystkich krajów członkowskich. W ramach wspomnianej delegacji Komisja Europejska opracowała i opublikowała Rozporządzenie Delegowane Komisji (UE) 2016/161 z dnia 2 października 2015 r. uzupełniające dyrektywę 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady przez określenie szczegółowych zasad dotyczących zabezpieczeń umieszczanych na opakowaniach produktów leczniczych stosowanych u ludzi.

Wspomniane w tytule rozporządzenia zabezpieczenia to w szczególności obowiązek indywidualizacji jednostkowych opakowań leków na receptę poprzez naniesienie niepowtarzalnych identyfikatorów dla ich pojedynczych opakowań oraz zabezpieczenia przed otwarciem. Ponadto, Rozporządzenie wprowadziło na terytorium Unii Europejskiej Europejski System Weryfikacji Autentyczności Leków (dalej: System), który służy weryfikacji ich autentyczności, poprzez porównywanie wprowadzanych do systemu danych o niepowtarzalnych identyfikatorach z danymi nanoszonymi na indywidualne opakowania leków.

Dane o niepowtarzalnych identyfikatorach nanoszone są na opakowania w postaci zakodowanej – w formacie 2D Data Matrix ECC 200 – oraz w formacie czytelnym dla oka ludzkiego. Dopiero pozytywna weryfikacja opakowania w systemie i potwierdzenie przez osoby upoważnione lub uprawnione do dostarczania pacjentom produktów leczniczych, że zabezpieczenia przed otwarciem (tzw. ATD) nie zostało naruszone pozwala w świetle Rozporządzenia na wydanie leku pacjentowi.

Pamiętajmy przy tym, że obowiązek wspomnianej wyżej weryfikacji lub wycofania dotyczy opakowań zwolnionych do obrotu od dnia 9 lutego 2019 r. Ponadto, opakowanie leku podlegające weryfikacji posiadać musi jednocześnie kod 2D Data Matrix ECC 200 oraz ATD. Rozporządzenie Delegowane nakłada na producentów leków na receptę obowiązek wprowadzenia ww. oznaczeń dla produktów zwolnionych od dnia 9 lutego 2019 r. Dla tych produktów nałożono również na producentów obowiązek wprowadzania do Systemu informacji o niepowtarzalnych identyfikatorach. Jednocześnie, leki nieobjęte ww. obowiązkiem nie mogą posiadać na swoich opakowaniach zewnętrznych oznaczeń 2D Data Matrix ECC 200 oraz ATD (występujących łącznie).

Leki nieposiadające łącznie ww. oznaczeń oraz suplementy diety nie podlegają weryfikacji lub wycofaniu w Systemie, o czym należy bezwzględnie pamiętać. Producenci suplementów diety nie wprowadzają bowiem danych o swoich produktach do Systemu, podobnie nie ma tam danych o lekach nieposiadających na opakowaniach zewnętrznych łącznie oznaczeń 2D Data Matrix ECC 200 oraz ATD. Nadal również, pamiętać należy, iż omawiane obowiązki dotyczą produktów zwolnionych do obrotu od dnia 9 lutego 2019 r., dlatego z dużym prawdopodobieństwem w Systemie nie będzie też informacji o opakowaniach leków posiadających zabezpieczenia przed otwarciem oraz niepowtarzalne identyfikatory, zwolnionych do obrotu przed 9 lutego 2019 r. W związku z ryzykiem niewystępowania w Systemie informacji o opakowaniach zwolnionych przed 9 lutego 2019 r., z uwagi na brak obowiązku zasilania bazy tymi danymi, weryfikacja takich opakowań z założenia prowadzić będzie z dużym prawdopodobieństwem do weryfikacji fałszywie

pozytywnych. Dlatego wiele krajów, w tym Polska, wprowadziło wytyczne dla użytkowników Systemu w zakresie postępowania z takimi domniemanymi alertami fałszywie pozytywnymi. Dla uproszczenia, ich analiza odbywa się w tle, przez wyznaczone do tego jednostki, ale aptekarz lub hurtownik wydaje lek. Chodzi bowiem o to, aby skutek alertów fałszywie pozytywnych nie doszło do ograniczenia dostępności leków dla pacjentów, w tym w szczególności pacjentów w Polsce.

II. Koncepcja Europejskiego Systemu Weryfikacji Autentyczności Leków

a. System

System składa się z interfejsu centralnego, służącego zasilaniu go przez producentów danymi o niepowtarzalnych identyfikatorach, które równolegle nanoszone są na opakowania leków w postaci kodów 2D Data Matrix ECC 200 oraz informacji czytelnej dla oka ludzkiego. Opakowania zabezpieczane są również przed otwarciem (ATD). Każde opakowanie leku na receptę objęte regulacją Rozporządzenia Delegowanego zwolnione do obrotu od dnia 9 lutego 2019 r. posiadać powinno ww. zabezpieczenia i oznaczenia, a jednocześnie producent powinien zasilić System danymi o zwolnionych do obrotu opakowaniach leków. W ten sposób w obrocie, nie powinny funkcjonować opakowania leków serializowanych zwolnione od dnia 9 lutego 2019 r., których niepowtarzalne identyfikatory nie znalazły się w Systemie.

Dane z interfejsu centralnego przesyłane są do tzw. repozytoriów krajowych, które powstały dotychczas w 30 krajach Europy, w tym wszystkich krajach członkowskich UE. Każdy system krajowy posiada interfejsy programowania, pozwalające jego użytkownikom końcowym dokonać

weryfikacji statusu opakowania w Systemie oraz wycofać niepowtarzalny identyfikator przed wydaniem leku pacjentowi. W ten sposób gwarantując, że do pacjenta trafia lek niesfałszowany.

b. Rola Fundacji KOWAL, zadania użytkowników końcowych Systemu oraz uprawnienia tzw. organu kompetentnego

Fundacja KOWAL, podobnie swoim bliźniaczym organizacjom w pozostałych 29 krajach współtworzących System w Europie ma za zadanie umożliwić użytkownikom dostęp do Systemu i dokonywanie weryfikacji oraz wycofania niepowtarzalnego identyfikatora. Fundacja KOWAL, w porozumieniu z organem kompetentnym i producentem uczestniczy również w badaniu przypadków tzw. alertów, czyli sytuacji kiedy podczas weryfikacji lub wycofania przez użytkownika końcowego nie było możliwe potwierdzenie autentyczności niepowtarzalnego identyfikatora w Systemie.

Do grona użytkowników zaliczamy w szczególności apteki ogólnodostępne, apteki i punkty apteczne w szpitalach oraz hurtownie farmaceutyczne. Zakres obowiązków poszczególnych użytkowników reguluje treść Rozporządzenia Delegowanego.

Organ kompetentny, posiada natomiast uprawnienia nadzorcze nad Systemem. Bierze również udział we wspomnianym wyżej badaniu wszystkich przypadków nieudanego wycofania niepowtarzalnego identyfikatora. Nieudane wycofanie wynika albo z faktu braku wprowadzenia danych do interfejsu centralnego przez producenta, albo uprzedniego wycofania niepowtarzalnego identyfikatora przez innego uprawnionego użytkownika Systemu. Sytuacje powyższe stanowią bodziec do badania, czy mamy do czynienia z podejrzeniem wystąpienia w legalnym

łańcuchu dystrybucji sfałszowanego opakowania leku, czy też z błędem ludzkim lub technicznym popełnionym gdzieś pomiędzy wytworzeniem niesfałszowanego opakowania, a jego weryfikacją lub próbą wycofania z Systemu. Oczywiście, należy pamiętać, że pierwsze miesiące stosowania obowiązków wynikających z Rozporządzenia Delegowanego mogą przynieść pojawienie się alertów o nieudanym wycofaniu lub weryfikacji niepowtarzalnego weryfikatora w odniesieniu do opakowań zwolnionych przed 9 lutego 2019 r., których weryfikacja nie jest wymagana przez Rozporządzenie Delegowane.

III. Sukcesy projektu z perspektywy Fundacji KOWAL

a. Powołanie do życia Fundacji KOWAL

Niewielu z nas przywołując na myśl projekt serializacji pamięta o początkach formowania się konsensusu wokół Fundacji KOWAL w Polsce. Polska była jednym z niewielu krajów, który zdecydował się na powołanie do życia krajowej organizacji weryfikacji autentyczności leków w wariantach opartym o możliwie szeroką reprezentację rynku, tj. zarówno producentów leków i podmioty realizujące import równoległy, jak i samorząd aptekarski oraz środowisko hurtowników. Obecny konsensus wokół Fundacji KOWAL był wynikiem wielu trudnych rozmów i wielu kompromisów wokół Statutu Fundacji oraz jej modelu podejmowania decyzji. Obecny kształt Fundacji KOWAL uważa się za sukces, choć Fundacja nie zamyka się na budowanie jeszcze szerszego konsensusu ponad podziałami.

b. Wybór dostawcy dla PLMVS i uruchomienie środowiska produkcyjnego (tzw. PRD)

W lutym 2018 r. dokonaliśmy wyboru dostawcy rozwiązania informatycznego dla krajowego repozytorium danych Systemu

w Polsce (tzw. PLMVS). Wybór poprzedził trudny okres wielomiesięcznych przygotowań zmierzających do określenia akceptowalnych dla Europejskiej Organizacji Weryfikacji Autentyczności Leków (dalej: EMVO) kryteriów zaproszenia do konkursu dostawców, którzy byli zdolni do produkcyjnego uruchomienia krajowego repozytorium w terminie i zgodnie z wymaganiami specyfikacji technicznej Systemu. Pamiętajmy, że właścicielem specyfikacji Systemu jest EMVO, które zachowuje prawo audytu i potwierdzenia, że repozytorium danych Systemu w danym kraju spełnia kryteria zgodności ze specyfikacją techniczną, a tym samym Rozporządzeniem Delegowanym. Bez tego kroku Polska nie uzyskałaby możliwości produkcyjnego połączenia z Systemem. To z kolei udało się osiągnąć z dniem 7 września 2018 r. Fakt, że nasz potencjał produkcyjny osiągnęliśmy w tym samym okresie co Francja i Hiszpania poczytujemy za sukces.

c. Założenie ponad 16 tysięcy profili użytkowników w środowisku produkcyjnym PLMVS

W listopadzie 2018 r., po wielomiesięcznych negocjacjach pomiędzy interesariuszami EMVO udało się uzgodnić treść zapisów umowy pomiędzy EMVO i krajami członkowskimi UE, w zakresie produkcyjnego użytkowania Systemu od 9 lutego 2019 r. Elementem wspomnianej umowy są warunki licencyjne dla użytkownika interfejsu programowania oraz Graficznego Interfejsu Użytkownika PLMVS. Dopiero od tego momentu możliwe było uruchomienie dystrybucji certyfikatów dostępu do środowiska produkcyjnego. Dystrybucję certyfikatów przez Fundację KOWAL rozpoczęliśmy w grudniu 2018 r., zaraz po tym, jak udało nam się uzyskać dostęp do nowej umowy z EMVO oraz bazy e-mail użytkowników końcowych będącej w posiadaniu Centrum

Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (dalej: CSIOZ). W celu zapewnienia bezpieczeństwa danych niezbędnych do pobrania certyfikatów, Fundacja przyjęła dwuetapowy proces ich przysyłania: drogą pocztową i e-mailową. Nadawanie certyfikatów w takim terminie było również związane z faktem, iż w tym czasie apteki uzupełniły swoje adresy e-mailowe (w związku z projektem P1: e-recepta) w rejestrach CSIOZ, skąd Fundacja KOWAL otrzymała dane. Baza e-mailowa była budowana do ostatniego momentu przed uruchomieniem e-recepty. Zgodnie z zapisami art. 37 Rozporządzenia Delegowanego dostęp do PLMVS posiadać mogą jedynie uprawnieni użytkownicy, dlatego proces definiowania uprawnień dostępu do PLMVS musiał chwilę potrwać. Fakt, że do dnia 18 stycznia 2019 r. udało się zdefiniować ponad 16 tysięcy profili użytkowników środowiska produkcyjnego PLMVS uznajemy za sukces, ponieważ niewielu krajom udało się sprostać wyzwaniu tak dużego wolumenu w tak krótkim czasie. Oczywiście nie byłoby to możliwe bez wsparcia ze strony Ministerstwa Zdrowia, Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej oraz CSIOZ, a także krajowego zespołu IT Fundacji KOWAL.

d. Procedury alertowe oraz pierwsze miesiące stosowania obowiązku weryfikacji i wycofywania niepowtarzalnych identyfikatorów

Nie możemy też zapominać, że z dniem 27 stycznia 2019 r. udało się wypracować krajowe stanowisko w zakresie reakcji na tzw. fałszywie pozytywne alerty Systemu w pierwszych miesiącach stosowania obowiązków wynikających z zapisów Rozporządzenia Delegowanego, tj. od 9 lutego 2019 r. Nie byłoby to możliwe bez wsparcia i dialogu ze strony Ministerstwa Zdrowia oraz Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej.

IV. Wyzwania projektowe

Doświadczenia Fundacji KOWAL pokazują, że wczorajsze wyzwania, to przyczynek do rozwiązań i sukcesów w przyszłości. Dlatego, wszelkie przeszłe niedogodności staramy się bez nieuzasadnionej zwłoki przekuć w rozwiązania jutra. Wiele tzw. wyzwań projektowych, rozwiązywanych jest na bieżąco, część z udziałem Fundacji KOWAL, w ramach dialogu z uczestnikami rynku, a część nawet bez naszego udziału. W tym miejscu chciałbym serdecznie podziękować wszystkim naszym partnerom wspierającym wdrożenie, bez nich nie dotarlibyśmy do miejsca w którym się znajdujemy. Szczególne podziękowania chciałbym przekazać w tym miejscu Naczelnej Izbie Aptekarskiej i Okręgowym Izbom Aptekarskim, za ich wysiłek informacyjny i bieżące wsparcie projektowe okazywane Fundacji KOWAL każdego dnia.

V. Zalety systemu i jego przyszłość

- Po pierwsze spodziewamy się poprawy bezpieczeństwa pacjentów w całej Europie, a z perspektywy polskiej w naszym kraju.
- Po drugie, w Europejskim Systemie Weryfikacji Autentyczności Leków widzimy szanse na poprawę informatyzacji polskich uczestników łańcucha dystrybucji leków.
- Wreszcie, System Baz posiada ogromny potencjał interoperacyjności i kompletności wobec innych systemów informatycznych w ochronie zdrowia (zarówno istniejących, jak i przyszłych).
- Wielopłaszczyznowe zalety i korzyści płynące z systemu zobaczymy już wkrótce. Wtedy będę mógł powiedzieć, niech fakty świadczą o nas.



W APTECE

Przechowywać w lodówce (2-8°C)^{1,2}

maks. 15 miesięcy





W DOMU

Przechowywać w temp. <25°C^{1,2}

25°C






INHALATOR ZAWIERA WSKAŹNIK DAWEK

Należy poinstruować pacjenta:

Wskaźnik dawek wskazuje „0”
- pacjent powinien przestać używać inhalator, gdyż pozostały w pojemniku lek może nie wystarczyć do uwolnienia pełnej dawki.

Wskaźnik dawek wskazuje „20”
- ilość dawek leku bliska wyczerpania.

Przed pierwszym użyciem inhalatora pacjent powinien wykonać jedno rozpylenie w powietrze w celu upewnienia się, czy urządzenie działa prawidłowo. Po pierwszym teście inhalatora, **Wskaźnik dawek powinien pokazywać liczbę 180.**



Fostex® Beclometasoni dipropionat + Formoteroli fumaras dihidrydus (100+6) µg/dawkę, (200 + 6) µg/dawkę, aerozol inhalacyjny, roztwór bezbarwny do żółtawego. **Skład jakościowy i ilościowy: Fostex® (100+6) µg/dawkę:** jedna dawka odmierzona (z zaworu) zawiera 100 µg beklometazonu dipropionianu oraz 6 µg formoterolu fumaranu dwuwodnego. Odpowiada to dawce dostarczonej (z pompy rozpylającej) 84,6 µg beklometazonu dipropionianu i 5,1 µg formoterolu fumaranu dwuwodnego. **Fostex® (200+6) µg/dawkę:** jedna dawka odmierzona (z zaworu) zawiera: 200 µg beklometazonu dipropionianu (Beclometasoni dipropionat) oraz 6 µg formoterolu fumaranu dwuwodnego (Formoteroli fumaras dihidrydus). Odpowiada to dawce dostarczonej (z pompy rozpylającej) zawierającej 171,7 µg beklometazonu dipropionianu i 5,1 µg formoterolu fumaranu dwuwodnego. **Działanie: Fostex®** zawiera beklometazonu dipropionian i formoterol. Te dwie substancje czynne wykazują różny sposób działania. Podobnie jak w przypadku innych skłódek kortykosteroidów wziewnych i agonisty receptorów beta₂-adrenergicznych, łączne działanie tych składników powoduje zmniejszenie częstości występowania zaostrzeń astmy. **Wskazania do stosowania:** Regularne leczenie astmy, wymagające zastosowania produktu złożonego (wziewnego kortykosteroidu i długo działającego beta₂-agonisty) u pacjentów z niewystarczającą kontrolą objawów choroby za pomocą kortykosteroidów wziewnych oraz stosowanego doraźnie szybko działającego beta₂-agonisty, lub u pacjentów, u których uzyskano odpowiednią kontrolę objawów choroby za pomocą zarówno kortykosteroidów wziewnych, jak i długo działającego beta₂-agonisty. Leczenie objawowe pacjentów z ciężką postacią przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP). **dotyczy wyłącznie produktu leczniczego Fostex® (100+6) µg/dawkę** (wartość FEV₁ < 50% wartości należnej) oraz nawracającymi w przeszłości zaostrzeniami, u których występują wyraźne objawy choroby pomimo regularnego leczenia długo działającymi lekami rozszerzającymi oskrzela. **Dawkowanie i sposób podawania: Fostex® (100+6) µg/dawkę:** Fostex® jest przeznaczony do podawania wziewnego. Astma: Fostex® nie jest przeznaczony do stosowania w początkowym okresie leczenia astmy. Dawkowanie leku Fostex® należy ustalać indywidualnie, w zależności od stopnia ciężkości choroby. Pacjenci powinni być regularnie poddawani kontroli lekarskiej, w celu utrzymania optymalnego dawkowania. Należy stopniowo ustalić najmniejszą dawkę skuteczną. Po uzyskaniu kontroli można podjąć próbę zmniejszenia dawki pod warunkiem, że nie nastąpi pogorszenia objawów choroby. **Fostex® (200+6) µg/dawkę:** Zalecenia dotyczące dawkowania dla dorosłych w wieku 18 lat i powyżej: jedna lub dwie inhalacje dwa razy na dobę. Maksymalna dawka dobowa to 4 inhalacje. **Terapia podtrzymująca:** Produkt Fostex® jest przyjmowany regularnie jako leczenie podtrzymujące, a dodatkowo, szybko działający lek rozszerzający oskrzela jest stosowany w razie potrzeby. Pacjentom należy doradzić, by zawsze mieli przy sobie inny szybko działający lek rozszerzający oskrzela do podawania objawów astmy. Pacjenci przyjmujący stosowaną zwykle dobową dawkę podtrzymującą produktu Fostex® i dodatkowo, przyjmujący w razie potrzeby produkt Fostex® w przypadku wystąpienia objawów astmy. Pacjentów należy poinstruować, by zawsze mieli przy sobie produkt Fostex® do zastosowania doraźnie. W terapię podtrzymującą i doraźną produktem Fostex® należy rozważyć zwłaszcza u pacjentów z: niedostateczną kontrolą astmy i koniecznością stosowania leczenia doraźnego, zaostrzeniem astmy w przeszłości wymagającym interwencji medycznej. U pacjentów, którzy często przyjmują doraźnie dużą liczbę inhalacji produktu Fostex®, konieczne jest dokładne monitorowanie zależnych od dawki działań niepożądanych. Zalecenia dotyczące dawkowania dla dorosłych w wieku 18 lat i powyżej: Zalecana dawka podtrzymująca to 1 inhalacja dwa razy na dobę (jedna inhalacja rano i jedna inhalacja wieczorem). Pacjenci powinni przyjmować jedną dodatkową inhalację w razie potrzeby, w przypadku wystąpienia objawów astmy. Jeśli objawy utrzymują się po kilku minutach, należy jeszcze przyjąć dodatkową inhalację. Maksymalna dawka dobowa wynosi 8 inhalacji. Pacjentom wymagającym częstego przyjmowania inhalacji doraźnych w ciągu doby, należy zdecydowanie zalecić: zwrócić się o pomoc medyczną. Należy u nich ponownie ocenić stan astmy i ponownie przeanalizować terapię podtrzymującą. Fostex® nie jest zalecany do stosowania u dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Należy zachować ostrożność u pacjentów z zaburzeniami czynności wątroby lub nerek. **Fostex® (200+6) µg/dawkę:** Zalecenia dotyczące dawkowania dla dorosłych w wieku 18 lat i powyżej: Dwie inhalacje dwa razy na dobę. Maksymalna dawka dobowa to 4 inhalacje. Produkt leczniczy Fostex® o mocy (200 + 6) µg/dawkę inhalacyjny należy stosować jedynie w terapii podtrzymującej. Produktu leczniczego Fostex® (200 + 6) µg/dawkę inhalacyjny nie należy stosować w przypadku leczenia mającego na celu zmniejszenie dawkowania, ale w takim przypadku należy zastosować dostępny produkt leczniczy o mniejszej dawce z beklometazonu dipropionianem, tj. Fostex® (100 + 6) µg/dawkę. **Produkt leczniczy Fostex® o mocy (200 + 6) µg/dawkę inhalacyjny jest przeciwwskazany do stosowania u dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat. Przeciwwskazanie:** Nadwrażliwość na beklometazonu dipropionian, formoterol fumaran dwuwodny i (lub) na którąkolwiek z substancji pomocniczych. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Należy zachować ostrożność u pacjentów z zaburzeniami serca, zwiększeniem tętna, chorobami naczyń u pacjentów z tyreotoksykozą, cukrzycą, guzem chromochłonnym i niewyodrąbnioną hipokaliemią. Należy także zachować ostrożność podczas leczenia pacjentów z rozpoznaniem lub podejrzeniem wydłużenia odstępu QTc, zarówno wrodzonym, jak i wywołanym lekami (QTc > 0,44 sekund). Sam formoterol może powodować wydłużenie odstępu QTc. Leczenie beta₂-agonistą może powodować potencjalnie ciężką hipokaliemię, a także zwiększenie stężenia glukozy we krwi. Nie stosować leku co najmniej 12 godzin przed rozpoczęciem znieczulenia za pomocą halogenowych środków znieczulających (ryzyko wystąpienia zaburzeń rytmu serca). Zachować ostrożność u pacjentów z gruczną płcią oraz grzybiczymi i wirusowymi infekcjami dróg oddechowych. Leczenie nie należy przerywać nagle. Nie stosować leku jako leku pierwszego ratunku w leczeniu astmy. Należy doradzić pacjentom, by w leczeniu ostrej choroby astmy stosowali doraźnie szybko działający lek rozszerzający oskrzela, który powinien mieć zawsze przy sobie, albo produkt Fostex® 100+6 µg/dawkę (dla pacjentów stosujących produkt Fostex® 100+6 µg/dawkę jako terapię podtrzymującą i doraźną), albo inny, szybko działający lek rozszerzający oskrzela (dla pacjentów stosujących produkt Fostex® tylko jako leczenie podtrzymujące). Należy przypomnieć pacjentom o konieczności codziennego przyjmowania produktu Fostex®, zgodnie z zaleceniami lekarza, nawet w okresie bez objawów choroby. Doraźne inhalacje leku Fostex® należy stosować w przypadku wystąpienia objawów astmy, lecz nie są one przeznaczone do regularnego stosowania zapobiegawczego, np. przed wysiłkiem fizycznym. W takim przypadku należy rozważyć zastosowanie innego szybko działającego leku rozszerzającego oskrzela. Inne postępowanie pogorszenie kontroli objawów astmy lub POCHP może zagrażać życiu pacjenta i wymaga natychmiastowej kontroli lekarskiej i ewentualnie zwiększenia dawki kortykosteroidów lub zastosowania antybiotykoaterapii (podejrzanie infekcji). Nie należy rozpoczynać leczenia lekiem Fostex® podczas zaostrzenia objawów. Paradoikalny skurcz oskrzeli po przyjęciu dawki, z dusznością i świszczącym oddechem, wymaga zastosowania szybko działającego wziewnego leku rozszerzającego oskrzela, przerwania podawania leku i w razie konieczności, zastosowania leczenia alternatywnego. Należy zachować ostrożność w przypadku zmiany leczenia na leczenie produktem Fostex®, zwłaszcza w sytuacji jakiegokolwiek podejrzenia zaburzenia czynności nadnerczy związanych z wczesniejszym leczeniem steroidami ogólnoustrojowymi. U pacjentów, u których leczenie kortykosteroidami dostępnymi zmieniono na leczenie kortykosteroidami wziewnymi, ryzyko zaburzeń czynności nadnerczy może utrzymywać się przez dłuższy okres. U pacjentów z POCHP otrzymujących wziewne kortykosteroidy stosowane jednocześnie z innymi lekami, zwiększającymi ryzyko, w tym zapalenia płuc wymagającego hospitalizacji. Istnieje pewne dowody na zwiększone ryzyko wystąpienia zapalenia płuc wraz ze zwiększeniem dawki steroidów, ale nie zostało to jednoznacznie wykazane we wszystkich badaniach. Nie ma jednoznacznych dowodów klinicznych na różnicę między produktami zawierającymi wziewne kortykosteroidy, dotyczące stopnia ryzyka występowania zapalenia płuc. Lekarze powinni szczególnie uważnie obserwować pacjentów z POCHP, czy nie rozwija się u nich zapalenie płuc, ponieważ kliniczne objawy takich zakażeń oraz zaostrzenia POCHP często się nakładają. Zaburzenie widzenia może wystąpić w wyniku ogólnoustrojowego i miejscowego stosowania kortykosteroidów, jeżeli u pacjenta wystąpią takie objawy, jak: nieostre widzenie lub inne zaburzenia widzenia, należy rozważyć skierowanie go do okulisty w celu ustalenia możliwych przyczyn, do których może należeć: zaćma, jaskra lub rzadkie choroby, takie jak centralna choroieretynopatia siarowca (CSER), którą notowano po ogólnoustrojowym i miejscowym stosowaniu kortykosteroidów. **Interakcje z innymi produktami leczniczymi i inne rodzaje interakcji:** Należy unikać podawania leków beta-adrenolitycznych, włącznie z kroplami do oczu (osłabienie działania formoterolu). Zachować ostrożność przy jednoczesnym stosowaniu innych leków beta-adrenerygicznych (nasilenie działania formoterolu). Nie można wykluczyć wystąpienia działań ogólnoustrojowych po jednoczesnym stosowaniu silnie działających inhibitorów CYP3A4 (np. rytonawir, kobicystat). Jednoczesne podawanie z chinidyną, dyzopiramidem, prokainamidem, fenotiazynami, lekami przeciwhistaminowymi, inhibitorami monoaminooksydazy i trójpierścieniowymi lekami przeciwdepresyjnymi, może wykluczać odstęp QTc i zwiększać ryzyko komorowych zaburzeń rytmu. L-dopa, L-tyroksyna, oksytycyna i alkohol mogą zaburzać tolerancję serca na leki beta₂-sympatykomimetyczne. Jednoczesne podawanie z inhibitorami monoaminooksydazy lub lekami o podobnych właściwościach, takimi jak furazolidon i prokarbazyna, może wywołać nadciśnienie tętnicze krwi. Istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia zaburzeń rytmu serca u pacjentów jednocześnie poddawanych znieczuleniu za pomocą halogenowych węglowodorów. Jednoczesne podawanie z pochodnymi kasantyni, steroidami lub lekami moczopędnymi może nasilać działanie hipokaliemiczne beta-agonisty. Hipokaliemia może zwiększyć skłonność do występowania zaburzeń rytmu serca u pacjentów leczonych glikozydami naprężnymi. Fostex® zawiera małe ilości etanolu. Teoretycznie istnieje możliwość wystąpienia interakcji, u szczególnie wrażliwych pacjentów przyjmujących disulfiram lub metronidazol. **Wpływ na ciążę i laktację:** Lek Fostex® należy stosować w okresie ciąży tylko wówczas, gdy spodziewane korzyści przewyższają możliwe ryzyko. Stosowanie leku Fostex® u kobiet karmiących piersią należy rozważyć wyłącznie w sytuacji, gdy spodziewane korzyści przewyższają możliwe ryzyko. Płodność: Brak danych u ludzi. Ciąża: Brak doświadczenia i dowodów na bezpieczeństwo stosowania gazu nośnego HFA-134a u kobiet w ciąży lub karmiących piersią. Laktacja (Karmienie piersią): Brak odpowiednich danych klinicznych dotyczących stosowania produktu leczniczego Fostex u kobiet karmiących piersią. **Działania niepożądane:** Częste: zapalenie gardła, kandydoza jamy ustnej, zapalenie płuc (u pacjentów z POCHP) ból głowy, dysfagia. Niezbyt często: Grypa, zakażenia grzybicze jamy ustnej, kandydoza jamy ustnej i gardła, kandydoza przełyku, kandydoza sromu/dochwy, zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, zapalenie błony śluzowej nosa, alergiczny nieżyt nosa, alergiczny nieżyt skóry, choroby skóry, hipokaliemia, hiperpigmentacja, niepokój, zwiększona ruchowość, drżenie, zawroty głowy, zapalenie trąbki Eustachiusza, wolańcie serca, wydłużenie odstępu QTc w zapisie EKG, zmiany w zapisie EKG, tachykardia, tachyarytmia, migotanie przedsionków, przekrwienie, zaczerwienienie, kaszel, kaszel z odkrztuszaniem, podrażnienie gardła, przełom astmatyczny, biegunka, suchota błony śluzowej jamy ustnej, niestrawność, dysfagia, uczucie pieczenia warg, nudności, zaburzenia smaku, Świąd, wysypka, nadmierne pocenie się, pokrzywka, Kurcze mięśni, ból mięśni, zwiększenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP), zwiększenie liczby płytek krwi, zwiększenie stężenia białych kwasów tłuszczowych, zwiększenie stężenia insuliny we krwi, zwiększenie stężenia ciał ketonowych we krwi, zmniejszenie stężenia kortyzolu we krwi. Rzadko: skurcze dodatkowe komorowe, dławica piersiowa, paradoikalny skurcz oskrzeli, obrzęk naczyń, zapalenie nerek, zwiększenie ciśnienia krwi, zmniejszenie ciśnienia krwi. Bardzo rzadko: trombotyczne powikłania, reakcje nadwrażliwości, w tym rumień, obrzęk warg, twarzy, oczu i gardła, zahamowanie czynności nadnerczy, jaskra, zaćma, duszność, zaostrzenie astmy, opóźnienie wzrostu u dzieci i młodzieży, obrzęk obwodowy, zmniejszenie gęstości kości. Częstość występowania: niestwierdzona, nadpobudliwość psychoruchowa, zaburzenia snu, lęk, depresja, agresja, zmianna w zachowaniu (głównie u dzieci). W głównym badaniu klinicznym u pacjentów chorych na POCHP został zgłoszony jeden, nieciężki przypadek zapalenia płuc przez jednego pacjenta leczonego produktem Fostex. Inne działania niepożądane obserwowane po zastosowaniu produktu Fostex w badaniach klinicznych dotyczących POCHP to: zmniejszenie stężenia kortyzolu we krwi i migotanie przedsionków. **Rozdal i zawartość opakowania:** Pojemnik aluminiowy pod ciśnieniem 1° z zaworem dozującym, pompa rozpylająca i ochronnym wieczkiem w tekturowym pudełku. Opakowanie zawiera 1 pojemnik dozwolony zawierający 180 dawek. **Specjalne środki ostrożności podczas przechowywania:** Lek wydany pacjentowi może być przechowywany przez 5 miesięcy w temperaturze do 25°C. **Informacja dla apteki:** Na opakowaniu należy podać datę wydania leku pacjentowi. Należy upewnić się, że okres pomiędzy datą wydania leku a końcem terminu ważności, podanego na opakowaniu, wynosi co najmniej 5 miesięcy. **Uwaga:** Przed zastosowaniem leku należy zapoznać się z Charakterystyką Produktu Leczniczego dostępną w Chiesi Poland Sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 134, 02-305 Warszawa, tel.: (22) 620 14 21, faks: +48 22 652 37 79, e-mail: info-pl@chiesi.com oraz na stronie internetowej www.chiesi.pl. Charakterystyka Produktu Leczniczego jest dokumentem podlegającym zmianom i aktualizacji. **Przebieg choroby:** Zaleca się stosowanie leku zgodnie z instrukcją obsługi. **Podmiot odpowiedzialny:** Chiesi Farmaceutici S.p.A., Via Palermo 26/A, 43122 Parma, Włochy. **Pozwolenie: Fostex® (100+6) µg/dawkę nr 12954** wydane przez Prezesa URP/LW/MIPB. **Fostex® (200+6) µg/dawkę nr 22764** wydane przez Prezesa URP/LW/MIPB. **Kategoria dostępności:** Produkty lecznicze wydawane z przepisu lekarza-Rp. **Cena: Fostex® (100+6) µg/dawkę** Urzędowa detaliczna: 181,22 zł, Dla pacjenta: 20,29 zł. **Fostex® (200+6) µg/dawkę** Urzędowa detaliczna: 181,37 zł, Dla pacjenta: 19,82 zł. **Wielkość opakowania:** 1 pojemnik/180 dawek.

1. Charakterystyka Produktu Leczniczego Fostex, (100 mikrogramów + 6 mikrogramów/dawkę) – 31.03.2018
2. Charakterystyka Produktu Leczniczego Fostex, (200 mikrogramów + 6 mikrogramów/dawkę) – 20.06.2017

1. Aktualne "Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych" znajduje się na stronie internetowej: www.mz.gov.pl.



Rozmowa z mec. Moniką Bartwicką

mgr farm. Emilia Gąsińska

Spotykamy się na Saskiej Kępie...zresztą nie pierwszy raz Monika Bartwicka jak zwykle uśmiechnięta, pełna energii i wiary w lepsze jutro...

E: Prawnik, specjalizujący się w prawie farmaceutycznym i prawie medycznym, od ponad 10 lat związana z branżą farmaceutyczną, od 6 lat szkoląca farmaceutów z prawa farmaceutycznego i nie tylko...Moniko, jakie są Twoje refleksje po długoletniej współpracy z farmaceutami

M: Dziękuję za to pytanie, z reguły mam okazję dyskutować o prawie farmaceutycznym, obostrzeniach prawnych związanych z rejestracją i dystrybucją produktów leczniczych, wprowadzaniem ich do obrotu itp. Niezwykle rzadko podnoszona jest dyskusja na temat farmaceutów, ich roli w systemie ochrony zdrowia.

E: Ochrona zdrowia – rzeczywiście rzadko dyskutuje się o roli farmaceuty w tym kontekście

M: W mojej ocenie farmaceuta jest niezwykle ważnym podmiotem w ochronie zdrowia. Jest przecież ekspertem od produktu leczniczego, doradza nam w procesie terapeutycznym

E: Ale przecież w dzisiejszych czasach, kiedy wszyscy znają się na wszystkim, czy rzeczywiście farmaceuta traktowany jest jako ekspert od leku, bo wielu kojarzy go przede

wszystkim jako się jako jego dystrybutora produktu leczniczego...

M: To niestety niesprawiedliwa opinia, aczkolwiek nie sposób nie zgodzić się z takim społecznym odbiorem roli farmaceuty. To jak postrzegany jest farmaceuta jest sumą długotrwałych procesów jak choćby brak własności w latach komunizmu, niezrozumiały brak regulacji statusu farmaceuty w aspekcie nieistniejącej ustawy o zawodzie farmaceuty czy chociażby sprzedaż leków poza apteką itp.

E: Czy w takiej sytuacji można podjąć jakieś działania, które doprowadzą do poprawy wizerunku...

M: Jestem przekonana, że po pierwsze farmaceutyci, kształceni na uniwersytetach medycznych powinni akcentować swoją ważną rolę społeczną poprzez wspólne inicjatywy jak choćby te które obserwowaliśmy w przypadku wprowadzania ustawy tzw. ADA, kiedy to byli moderatorami dyskusji o roli i znaczeniu farmaceuty.

W drugiej kolejności myślę, że niezwykle ważne są aspekty związane z procesem legislacyjnym, jak choćby wspomniana przeze mnie ustawa o zawodzie farmaceuty na którą od kilkudziesięciu lat czekają polscy farmaceutyci. W moim przekonaniu ustawa ta pozwoli na uregulowanie zawodu w aspekcie pozycji farmaceuty jako przedstawiciela zawodu medycznego, ale także pozwoli na pełne świadczenie opieki farmaceutycznej – koordynowanej opieki polegającej na współpracy lekarza i farmaceuty w procesie leczenia pacjenta.

E: Co zmieni ustawa o zawodzie farmaceuty

M: W pierwszej kolejności mam ogromną nadzieję, że w niedługim czasie wejdzie ona w życie, zresztą projekt ustawy jest już gotowy. Co zmieni? Jestem przekonana,

że ustawa pozwoli zredefiniować zadania farmaceuty z funkcji dystrybucyjnej produktów leczniczych farmaceuta otrzyma nowe kompetencje w tym wykonywanie szczepień czy rzeczywiste świadczenie opieki farmaceutycznej. Zresztą opieka farmaceutyczna to stała, koordynowana współpraca z lekarzem na rzecz profilaktyki i poprawy zdrowia pacjenta.

E: A jak jeszcze można aktywizować farmaceutów?

M: Dużą rolę upatruję w działaniach samorządu zawodowego – izb aptekarskich. Mam na myśli m.in. szkolenia ustawiczne farmaceutów jakie organizowane są przez izby lub przy ich współudziale. Ważny jest również udział w organizacji szkoleń uniwersytetów medycznych, poprzez Ośrodki Szkolenia Podyplomowego, działające przy wydziałach. Z mojej perspektywy największą wartością dodaną są szkolenia interdyscyplinarne podczas których farmaceutyci mają możliwość pogłębienia wiedzy z zakresu prawa, medycyny, ekonomii czy psychologii. Z mojej perspektywy bardzo istotny jest element prawa w pracy farmaceuty chociażby z uwagi implementacji dyrektyw unijnych, zmian w obrębie przepisów wykonawczych czy w końcu nowelizacji prawa. Zmiany w prawie bezpośrednio kreują życie zawodowe farmaceutów, wspomnę choćby ustawę ADA, czy dyrektywę antyfałszywkową.

E: W takim razie czego życzyłabyś farmaceutom w Nowym Roku?

M: Jestem przekonana, że w obliczu dynamicznych zmian z jakimi spotykamy się w różnych sferach życia społecznego, zapowiadanych zmian legislacyjnych rok 2019 będzie dla farmaceutów rokiem przełomowych zmian. Życzę Państwu abyście byli przekonani jak ważni jesteście dla nas – pacjentów. Sądzę, że już niedługo farmaceutyci świadczyć będą koordynowaną

wraz z lekarzem opiekę farmaceutyczną, a regulowane będzie to ustawą o zawodzie farmaceuty.

Okiem prawnika

Minimalne wynagrodzenie za pracę w 2019 r.

Sylwester Majewski

Radca prawny

Od dnia 1 stycznia 2019 r. **minimalne miesięczne wynagrodzenie za pracę** będzie wynosiło **2250 zł** (poprzednio w 2018 r. – 2100 zł). Wynagrodzenie w powyższej wysokości odnosi się do osób zatrudnionych w pełnym miesięcznym wymiarze czasu pracy na podstawie umowy o pracę.

Przy obliczaniu wysokości wynagrodzenia pracownika nie uwzględnia się:

1. nagrody jubileuszowej
2. odprawy pieniężnej przysługującej pracownikowi w związku z przejściem na emeryturę lub rentę z tytułu niezdolności do pracy
3. wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych.

Jeżeli pracownik jest zatrudniony w niepełnym miesięcznym wymiarze czasu pracy, wysokość minimalnego wynagrodzenia ustala się w kwocie proporcjonalnej do liczby godzin pracy przypadającej do przepracowania przez pracownika w danym miesiącu, biorąc za podstawę wysokość minimalnego wynagrodzenia ustalonego przepisami.

Natomiast **minimalna stawka godzinowa w 2019 r.** odnosząca się do osób zatrudnionych na podstawie umów zlecenia czy też umów o świadczenie usług będzie wynosiła

14,70 zł za każdą godzinę wykonywania zlecenia bądź świadczenia usługi (w 2018 r. było to 13,70 zł).

Przyjmujący zlecenie lub świadczący usługi nie może zrzec się prawa do wynagrodzenia w wysokości wynikającej z wysokości minimalnej stawki godzinowej albo przenieść prawa do tego wynagrodzenia na inną osobę. Wyплаты wynagrodzenia w wysokości wynikającej z wysokości minimalnej stawki godzinowej dokonuje się w formie pieniężnej.

W przypadku umów zawartych na czas dłuższy niż 1 miesiąc, wyплаты wynagrodzenia w wysokości wynikającej z wysokości minimalnej stawki godzinowej dokonuje się co najmniej raz w miesiącu.

W przypadku umów zlecenia lub umów o świadczenie usług strony określają w umowie sposób potwierdzania liczby godzin wykonania zlecenia lub świadczenia usług.

W przypadku gdy strony w umowie nie określają sposobu potwierdzania liczby godzin wykonania zlecenia lub świadczenia usług, przyjmujący zlecenie lub świadczący usługi przedkłada w formie pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej informację o liczbie godzin wykonania zlecenia lub świadczenia usług, w terminie poprzedzającym termin wyплаты wynagrodzenia.

Jeżeli umowa nie została zawarta z zachowaniem formy pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej, przedsiębiorca (jednostka organizacyjna), przed rozpoczęciem wykonania zlecenia lub świadczenia usług, potwierdza przyjmującemu zlecenie lub świadczącemu usługi w formie pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej ustalenia co do sposobu potwierdzania liczby godzin wykonania zlecenia lub świadczenia usług.

Obowiązek stosowania minimalnej stawki godzinowej nie dotyczy natomiast umów o dzieło.

Podstawy prawne:

- ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz.U. z 2018 r. poz.2177)
- rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 września 2018 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2019 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1794).

Nowe zasady przechowywania akt pracowniczych

Z dniem 1 stycznia 2019 r. wchodzi w życie nowe zasady przechowywania przez pracodawców akt pracowniczych. Wynika to z nowelizacji Kodeksu pracy dokonanej ustawą z dnia 10 stycznia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku ze skróceniem okresu przechowywania akt pracowniczych oraz ich elektronicznością.

Nowelizacja wprowadziła zmiany w następujących obszarach spraw pracowniczych:

1. **skróciła okres przechowywania dokumentacji** w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz akt osobowych pracownika z 50 do 10 lat;
2. umożliwiła pracodawcy **prowadzenie i przechowywanie dokumentacji** w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz akt osobowych pracownika **w postaci elektronicznej**;
3. zmieniła obecnie obowiązujące zasady wyплаты wynagrodzenia do rąk własnych pracownika (ten temat został omówiony w poprzednim Biuletynie Informacyjnym OIA w Warszawie).

Zgodnie z art. 94 pkt 9a i 9b Kodeksu pracy pracodawca ma obowiązek prowadzić dokumentację w sprawach związanych

ze stosunkiem pracy oraz akta osobowe pracownika oraz przechowywać tę dokumentację w warunkach niegroźących uszkodzenia lub zniszczenia. Pracodawca, który nie realizuje ww. obowiązków, ponosi odpowiedzialność za wykroczenia przeciwko prawom pracownika i podlega karze grzywny od 1 do 30 tys. zł (art. 281 pkt 6 i 7 Kodeksu pracy). Kodeks pracy nie wskazuje obowiązkowego okresu przechowywania dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz akt osobowych pracowników. Obecnie obowiązujący 50-letni okres przechowywania został ustalony w art. 51u ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2016 r. poz. 1506, z późn. zm.) oraz w art. 125a ust. 4 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1383, z późn. zm.).

Dokumentacja w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz akta osobowe, o których mowa w Kodeksie pracy, obejmuje:

1. dokumentację osobową oraz
2. dokumentację płacową - dotyczącą wypłaconego wynagrodzenia.

Ad. 1. Dokumentację osobową stanowią akta osobowe pracownika oraz inne dokumenty takie jak: ewidencje, kartoteki, rejestry oraz wykazy gromadzone przez pracodawcę w oparciu o obowiązujące przepisy prawa.

Ad. 2. Dokumentacja płacowa obejmuje prowadzoną odrębnie dla każdego pracownika imienną kartę wypłaconego wynagrodzenia za pracę i innych świadczeń związanych z pracą. Karta umożliwia pracodawcy kontrolę realizacji uprawnień pracowniczych, a pracownikowi sprawdzenie, czy otrzymał wszystkie należne mu świadczenia.

Szczegółowy sposób prowadzenia dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz akt osobowych pracownika

jest obecnie określony w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 28 maja 1996 r. w sprawie zakresu prowadzenia przez pracodawców dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz sposobu prowadzenia akt osobowych pracownika (Dz. U. z 2017 r. poz. 894). Rozporządzenie to określa zasady i zakres dokumentowania podjęcia pracy przez pracownika, jej przebiegu oraz zakończenia.

Pracodawca zakłada i prowadzi - oddzielne dla każdego pracownika - akta osobowe, które powinny być ułożone w porządku chronologicznym oraz ponumerowane. Dokumenty gromadzone są w formie teczek personalnej, podzielonej na trzy części: A - dokumenty zgromadzone w związku z ubieganiem się o zatrudnienie, B - dokumenty dotyczące nawiązania stosunku pracy oraz przebiegu zatrudnienia pracownika i C - dokumenty związane z ustaniem zatrudnienia. Pracodawca może żądać od pracownika przedłożenia oryginałów dokumentów tylko do wglądu lub sporządzenia ich odpisów albo kopii, np.: dokumentów potwierdzających fakt posiadania określonych kwalifikacji zawodowych lub świadectw pracy z poprzednich miejsc zatrudnienia. Rozwiązanie to ma na celu zabezpieczenie interesów pracownika, który ma prawo zachować oryginał wydanego mu dokumentu. W oryginale przechowywane są dokumenty, dla których przepisy przewidują sporządzenie w więcej niż jednym egzemplarzu, z których jeden przeznaczony jest dla pracownika, a drugi dla pracodawcy.

Aktualne przepisy prawa pracy nie określają wprost postaci, w jakiej powinna być gromadzona dokumentacja w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz akta osobowe pracownika. Pomimo braku wyraźnego sformułowania obowiązku papierowego gromadzenia akt osobowych i pozostałej dokumentacji pracowniczej pracodawcy tworzą ją w postaci elektronicznej mogli ją traktować

tylko jako wersję pomocniczą. Potwierdza to stanowisko Państwowego Inspekcji Pracy zamieszczone na stronie internetowej, w poradniku dla przedsiębiorców pt. "Dokumentacja pracownicza".

Możliwość digitalizacji dokumentacji pracowniczej nie będzie ograniczona terminem jej powstania. Digitalizacja dokumentacji związanej ze stosunkiem pracy oraz akt osobowych pracownika wpłynie na przyspieszenie procesu opracowania dokumentów, skrócenie czasu przeszukiwania akt, poprawę jakości dokumentacji, ponieważ nie wystąpi proces jej zużywania oraz redukcję kosztów przechowywania.

Zgodnie z nowymi przepisami **okres przechowywania dokumentacji pracowniczej ulegnie skróceniu do 10 lat** (obecnie obowiązuje 50-letni okres przechowywania). Okres ten jest liczony **od końca roku kalendarzowego, w którym stosunek pracy uległ rozwiązaniu lub wygaśnięciu**, chyba że odrębne przepisy przewidują dłuższy okres przechowywania dokumentacji pracowniczej

Pracodawca zastosuje skrócony 10-letni okres przechowywania dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz akt osobowych pracownika **dla wszystkich pracowników zatrudnionych po dniu wejścia w życie ustawy**.

Dla **pracowników zatrudnionych w okresie po dniu 31 grudnia 1998 r., a przed dniem 1 stycznia 2019 r.** zasadą będzie przechowywanie dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz akt osobowych pracownika **przez okres 50 lat** od dnia rozwiązania lub wygaśnięcia stosunku pracy, **chyba że pracodawca złoży oświadczenie o zamiarze przekazania za wszystkich zatrudnionych w tym okresie pracowników i zleceniobiorców raportów informacyjnych**, a także raporty te faktycznie złoży. Przez raport informacyjny przepisy ustawy z dnia 13

października 1998 r o systemie ubezpieczeń społecznych rozumieją zestawienie informacji dotyczących ubezpieczonego pracownika lub zleceniobiorcę, który został zgłoszony przez płatnika składek do ubezpieczeń społecznych po raz pierwszy po dniu 31 grudnia 1998 r. a przed dniem 1 stycznia 2019 r. obejmujące zakres danych wymienionych w art. 4 pkt 6a ww. ustawy.

Za pracownika zatrudnionego przed dniem 1 stycznia 1999 r. pracodawca nie może złożyć raportu informacyjnego. **Okres przechowywania dokumentacji** w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz akt osobowych pracownika zatrudnionego przed dniem 1 stycznia 1999 r. zawsze będzie wynosił 50 lat od dnia rozwiązania lub wygaśnięcia stosunku pracy.

Zmiana dotycząca przechowywania dokumentacji, a także gromadzenia danych przez ZUS, dotyczyć będzie nie tylko pracowników, ale także ubezpieczonych zleceniobiorców.

Jeżeli przechowywana **dokumentacja pracownicza może stanowić lub stanowić dowód w postępowaniu**, a pracodawca:

1. jest stroną tego postępowania – przechowuje dokumentację pracowniczą do czasu jego prawomocnego zakończenia, nie krócej jednak niż do upływu 10 lat;
2. powziął wiadomość o wytoczeniu powództwa lub wszczęciu postępowania – 10-letni okres przechowywania dokumentacji pracowniczej przedłuża się o 12 miesięcy, po upływie których pracodawca zawiadamia, w postaci papierowej lub elektronicznej, byłego pracownika o możliwości odbioru tej dokumentacji w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia oraz, w przypadku jej nieodebrania, o zniszczeniu

dokumentacji pracowniczej.

W przypadku ponownego nawiązania stosunku pracy z tym samym pracownikiem w okresie, 10 lat od poprzedniego zatrudnienia, pracodawca będzie kontynuował prowadzenie dla tego pracownika dotychczasowej dokumentacji pracowniczej. W takim przypadku okres przechowywania dokumentacji pracowniczej będzie liczony od końca roku kalendarzowego, w którym kończy się najpóźniej stosunek pracy rozwiązał się lub wygaś.

W przypadku rozwiązania lub wygaśnięcia stosunku pracy pracodawca wraz ze świadectwem pracy wyda pracownikowi w postaci papierowej lub elektronicznej informację o:

1. okresie przechowywania dokumentacji pracowniczej;
2. możliwości odbioru przez pracownika dokumentacji pracowniczej do końca miesiąca kalendarzowego następującego po upływie 10-letniego okresu przechowywania dokumentacji pracowniczej;
3. zniszczeniu dokumentacji pracowniczej w przypadku jej nieodebrania przez pracownika.

Pracodawca będzie mógł zniszczyć dokumentację pracowniczą w sposób uniemożliwiający odtworzenie jej treści, w terminie do 12 miesięcy po upływie okresu przeznaczonego na odbiór dokumentacji pracowniczej przez pracownika. Do czasu zniszczenia dokumentacji, pracodawca będzie mógł wydać dokumentację pracowniczą byłemu pracownikowi.

Pracodawca może zmieniać postać, w której prowadzi i przechowuje dokumentację pracowniczą. **Zmiana postaci dokumentacji pracowniczej z papierowej na elektroniczną** następuje przez sporządzenie

odwzorowania cyfrowego, w szczególności skanu, i opatrzenie go kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub kwalifikowaną pieczęcią elektroniczną pracodawcy lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym upoważnionej przez pracodawcę osoby, potwierdzającym zgodność odwzorowania cyfrowego z dokumentem papierowym. Zmiana postaci dokumentacji pracowniczej z elektronicznej na papierową następuje przez sporządzenie wydruku i opatrzenie go podpisem pracodawcy lub osoby przez niego upoważnionej, potwierdzającym zgodność wydruku z dokumentem elektronicznym.

Pracodawca będzie informował pracowników w sposób przyjęty u danego pracodawcy o:

1. zmianie postaci prowadzenia i przechowywania dokumentacji pracowniczej;
2. możliwości odbioru poprzedniej postaci dokumentacji pracowniczej w terminie 30 dni od dnia przekazania informacji o zmianie postaci przechowywania dokumentacji.

Pracodawca zawiadamia w postaci papierowej lub elektronicznej byłego pracownika o możliwości odbioru poprzedniej postaci dokumentacji pracowniczej w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia.

W przypadku śmierci pracownika lub byłego pracownika prawo odbioru poprzedniej postaci dokumentacji pracowniczej będzie przysługiwało następującym członkom rodziny:

1. dzieciom własnym, dzieciom drugiego małżonka oraz dzieciom przysposobionym;
2. przyjętym na wychowanie i utrzymanie przed osiągnięciem pełnoletności wnukom, rodzeństwu i innym dzieciom, z wyłączeniem dzieci przyjętych

na wychowanie i utrzymanie w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka;

3. małżonkowi (wdowie i wdowcowi);
4. rodzicom, w tym ojczymowi i macosze oraz osobom przysposabiającym.

W przypadku nieodebrania poprzedniej postaci dokumentacji pracowniczej pracodawca będzie mógł zniszczyć poprzednią postać takiej dokumentacji.

Dokumentacja pracownicza prowadzona i przechowywana **w postaci elektronicznej jest równoważna z dokumentacją pracowniczą prowadzoną i przechowywaną w postaci papierowej.**

Pracodawca wyda kopię całości lub części dokumentacji pracowniczej na wniosek:

1. pracownika lub byłego pracownika albo
2. członków rodziny pracownika, w przypadku śmierci pracownika lub byłego pracownika – złożony w postaci papierowej lub elektronicznej.

W przypadku postawienia pracodawcy w stan likwidacji lub ogłoszenia jego upadłości odpowiednio likwidator lub syndyk wskazuje podmiot prowadzący działalność w zakresie przechowywania dokumentacji, któremu zostanie ona przekazana do dalszego przechowywania. Koszty tego przechowywania są pokrywane ze środków likwidowanego lub podlegającego upadłości pracodawcy, na czas jaki pozostał do końca okresu przechowywania dokumentacji.

Podstawy prawne:

- ustawa z dnia 10 stycznia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku ze skróceniem okresu przechowywania akt pracowniczych oraz ich elektronicznością (Dz. U. poz. 357)

- art. 94 pkt 9a i 9b, art. 944-9412 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 108, z późn. zm.)

- ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.)

Wydanie leku w warunkach stanu zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta.

Recepta farmaceutyczna – warunki wystawienia.

mg farm. Piotr Tyrcha, Sylwester Majewski
Radca prawny

Zasadą jest, że produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne są wydawane z apteki ogólnodostępnej przez farmaceutę lub technika farmaceutycznego w ramach jego uprawnień zawodowych:

1. na podstawie recepty;
2. bez recepty;
3. na podstawie zapotrzebowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Specjalnym uprawnieniem przysługującym wyłącznie farmaceucie jest możliwość wydania w aptecce produktu leczniczego w przypadku zagrożenia życia bądź zdrowia pacjenta.

Przepisy obowiązujące od 12 grudnia 2015 r., tj. od wejścia w życie ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1991), różnią zasady wydawania takich produktów w zależności od tego, czy zagrożone jest życie pacjenta czy jego zdrowie.

Zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami, w przypadku **nagłego zagrożenia życia pacjenta** farmaceuta posiadający prawo wykonywania zawodu, może **wydać bez recepty lekarskiej** produkt leczniczy zastrzeżony do wydawania na receptę **w najmniejszym terapeutycznym opakowaniu**, z wyłączeniem środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów kategorii 1. **Wydanie leku w takiej sytuacji nie wymaga już wystawienia recepty farmaceutycznej, jak miało to miejsce przed 12 grudnia 2015 r.**

W przypadku **nagłego zagrożenia zdrowia pacjenta**, farmaceuta posiadający prawo wykonywania zawodu może wystawić **receptę farmaceutyczną**. Tak więc obecnie możliwość wystawienia recepty farmaceutycznej jest ograniczona wyłącznie do sytuacji zagrożenia zdrowia. Niemniej wydaje się, że każdy stan zagrożenia zdrowia obejmuje swoją dyspozycją również stan zagrożenia życia.

Recepta farmaceutyczna jest wystawiana w postaci elektronicznej, a w postaci papierowej w przypadku:

1. braku dostępu farmaceuty do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
2. recepty dla osoby o nieustalonej tożsamości,
3. wystawienia przez farmaceutę, o którym mowa w art. 6a ust. 1¹ ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich.

Recepta farmaceutyczna może być wystawiona wyłącznie na produkty lecznicze o kategorii dostępności Rp lub Rpz w ilości **jednego najmniejszego dostępnego w aptecce opakowania produktu**

leczniczego dopuszczonego do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem produktów leczniczych zawierających środki odurzające, substancje psychotropowe, o których mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, czyli leków o kategorii dostępności Rpw.

Recepta farmaceutyczna musi zawierać dane, o których mowa w art. 96a ust. 1 pkt 1-4 i pkt 5 lit. a² ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, oraz **przynę wydania**.

Z treści obecnie obowiązujących przepisów wynika jednoznacznie, że do wydania leku w tych szczególnych sytuacjach uprawniony jest **każdy farmaceuta (posiadający prawo wykonywania zawodu)**, a nie tylko kierownik apteki, jak interpretowano jeszcze przed zmianami wprowadzonymi z dniem 12 grudnia 2015 r.

Recepta farmaceutyczna jest zawsze realizowana ze **100% odpłatnością**.

Recepty farmaceutyczne **przechowuje się przez okres 5 lat**, licząc od dnia 1 stycznia roku następującego po roku, w którym zostały zrealizowane. A więc jest to inny okres niż w przypadku pozostałych recept.

Recepta farmaceutyczna po zrealizowaniu w aptece podlega ewidencjonowaniu. Ewidencja recept farmaceutycznych jest prowadzona na bieżąco w postaci elektronicznej albo papierowej, w sposób umożliwiający identyfikację osób dokonujących w niej wpisów oraz odzwierciedlający daty realizacji tych recept, a także pozwalający na określenie liczby recept farmaceutycznych zrealizowanych w okresie roku kalendarzowego.

Wzór ewidencji recept farmaceutycznych jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. w sprawie zapotrzebowania

oraz wydawania z apteki produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.

Wydanie produktu leczniczego w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia jest wyłącznym, bardzo istotnym uprawnieniem farmaceuty wynikającym z jego roli w systemie ochrony zdrowia oraz jest podkreśleniem jego pozycji jako przedstawiciela wolnego zawodu. Do farmaceuty podejmującego decyzję o wydaniu leku i wystawieniu recepty farmaceutycznej należy ocena, czy dana sytuacja stanowi zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta. W praktyce może to sprawiać trudności. Ustawa Prawo farmaceutyczne nie definiuje pojęć nagłego zagrożenia życia oraz nagłego zagrożenia zdrowia. Można się jednak wesprzeć definicją stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego zaczerpniętą z ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zgodnie z którą jest to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia (art. 3 pkt 8). Według NFZ do takich przypadków należą między innymi: utrata przytomności; zaburzenia świadomości; drgawki, nagły, ostry ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, nasilona duszność, nagły ostry ból brzucha, uporczywe wymioty, gwałtownie postępujący poród, ostre i nasilone reakcje uczuleniowe (wysypka, duszność) będące efektem zażycia leku; ukąszenia, czy użądlenia przez jadowite zwierzęta; zatrucia lekami, środkami chemicznymi czy gazami; rozległe oparzenia, udar cieplny, wyziębienie organizmu. Należy jednak podkreślić, że możliwości diagnostyczne w aptece są bardzo

ograniczone, dlatego niezależnie od posiadanej specjalistycznej wiedzy i doświadczenia zawodowego, każda taka sytuacja powinna być rozpatrywana indywidualnie. Ważne będą wszystkie informacje uzyskane od pacjenta, w szczególności dotyczące zdiagnozowanych u niego chorób przewlekłych oraz przyjmowanych leków.

W sytuacji nagłego zagrożenia życia uzyskanie szczegółowych informacji może być utrudnione bądź wręcz niemożliwe. Nie ma wówczas konieczności wystawiania recepty farmaceutycznej, jednak katalog leków, których wydanie byłoby w takiej sytuacji uzasadnione nie jest szeroki i ograniczyć go można w zasadzie do takich substancji jak Salbutamol, Hydrocortisonum, Glyceroli trinitras, Isosorbidi mononitras, Captoprilum wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. poz. 587, z późn. zm.). Należy przy tym pamiętać, że przepis wyraźnie mówi o możliwości wydania takiego leku w najmniejszym terapeutycznym opakowaniu, tj. zawierającym najmniejszą ilość substancji czynnej.

Inaczej jest w przypadku nagłego zagrożenia zdrowia i wystawienia recepty farmaceutycznej. Możliwe jest wówczas wydanie produktu leczniczego o kategorii dostępności Rp lub Rpz w ilości jednego najmniejszego dostępnego w aptece opakowania produktu leczniczego dopuszczonego do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (bez ograniczenia dawki leku do najniższej!), z podaniem racjonalnej przyczyny. Najczęściej mamy do czynienia z utratą wykupionego leku (np. zniszczeniem), deficytem spowodowanym niewystarczającą jego ilością i zarazem długim okresem

oczekiwania na wizytę u specjalisty lub brakiem w trakcie pobytu z dala od miejsca zamieszkania. Dotyczy to głównie leków stosowanych w chorobach przewlekłych, takich jak np. cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze. **Istotne jest tu podanie wszystkich okoliczności uzasadniających wydanie leku w warunkach wystawienia recepty farmaceutycznej.**

Należy przy tym zwrócić uwagę, że stan zagrożenia życia lub zdrowia powinien mieć charakter nagły, co wyklucza sytuacje, w których zagrożenie utrzymuje się od dłuższego czasu (np. w przypadku osób poważnie chorych, których zdrowie jest stale zagrożone). Podanie przyczyny wydania produktu leczniczego na podstawie recepty farmaceutycznej jest również istotne dla celów ewentualnej kontroli apteki ze strony wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego. Niemniej możliwość kwestionowania powodów takiego wydania wydaje się dość mocno ograniczona, gdyż to farmaceuta wykonujący zawód w aptece ogólnodostępnej podejmuje decyzję w ramach swoich uprawnień zawodowych, w tym w zakresie okoliczności wydania leku, które nigdy nie będą dokładnie znane podmiotowi kontrolującemu. Wydaje się, że możliwość kontroli wystawienia recepty farmaceutycznej sprowadza się w zasadzie do sprawdzenia spełnienia warunków formalnych, a nie merytorycznych (samej przyczyny wydania pod warunkiem jej podania, jak wymagają przepisy). Poza tym biorąc pod uwagę przesłanki takiego wydania produktu leczniczego (stan nagłego zagrożenia zdrowia) i ewentualne skutki z tym związane wydaje się, że dla uniknięcia ewentualnej odpowiedzialności farmaceuty (zawodowej, karnej lub cywilnej) za niewydanie leku na receptę farmaceutyczną, bezpieczniejszym rozwiązaniem będzie wydanie leku na zasadach określonych przepisami niż jego niewydanie.

Przy podejmowaniu decyzji w tym zakresie, również w przypadku recept farmaceutycznych farmaceuta powinien brać pod uwagę przyczyny odmowy wydania produktu leczniczego określone w przepisach obowiązującego prawa, w szczególności, jeżeli:

1. jego wydanie może zagrażać życiu lub zdrowiu pacjenta albo
2. w przypadku uzasadnionego podejrzenia, że produkt leczniczy może być zastosowany w celu pozamedycznym (art. 96 ust. 5 ustawy Prawo farmaceutyczne).

Kontroli i ewentualnie ocenie organów kontrolujących może również podlegać ilość (nadmierna) wydawanych w aptece produktów leczniczych na receptę farmaceutyczną. Pamiętać bowiem należy, że ten sposób wydawania z apteki produktów leczniczych stanowi wyjątek od zasadniczych reguł ich wydawania, określonych w art. 96 ust. 1 ustawy Prawo farmaceutyczne i jako taki nie powinien podlegać wykładni rozszerzającej. Jeżeli ta ilość jest dość znaczna powinno to być uzasadnione zarówno okolicznościami każdego przypadku z osobna (znajdującymi odzwierciedlenie na receptach farmaceutycznej w podanej przyczynie wydania), jak i okolicznościami związanymi z działalnością apteki (np. lokalizacja apteki w miejscowości turystycznej).

Podsumowując, nie należy obawiać się kontroli wydawania produktów leczniczych na receptę farmaceutyczną tylko należy dbać o stronę formalną tych czynności, w tym zwłaszcza w zakresie podania przyczyn wydania produktu w tym trybie, uzasadnionej stanem nagłego zagrożenia zdrowia pacjenta.

Podstawy prawne:

- ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.)

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. w sprawie zapotrzebowań oraz wydawania z apteki produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych (Dz. U. poz. 2008)
- ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845, z późn. zm.)
- ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz.U. z 2016 r. poz. 1496, z późn. zm.)



Etapy postępowania przy wydawania leku na podstawie recepty farmaceutycznej	
1	Stwierdzenie stanu nagłego zagrożenia zdrowia pacjenta – wywiad z pacjentem/osobą towarzyszącą pacjentowi posiadającą wiedzę o jego zdrowiu i sposobach leczenia.
2	Ustalenie dotychczasowego sposobu leczenia pacjenta/stosowanych leków.
3	Udokumentowanie wydania leku na receptę farmaceutyczną: wystawienie recepty farmaceutycznej z podaniem przyczyny wydania leku (opis na czym polegał stan nagłego zagrożenia zdrowia), podanie następujących danych dotyczących: pacjenta, podmiotu w którym wystawiono receptę farmaceutyczną (apteki), osoby wystawiającej receptę (farmaceuty) w tym jego podpis, przepisanego produktu leczniczego, datę wystawienia recepty farmaceutycznej.
4	Wydanie produktu leczniczego na receptę farmaceutyczną – jedno najmniejsze dostępne w aptece opakowanie dopuszczone do obrotu w RP.
5	Pobranie 100% odpłatności.
6	Przechowanie recepty farmaceutycznej przez 5 lat.

¹ Farmaceuta będący obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej przenoszący się po raz pierwszy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu tymczasowego i okazjonalnego wykonywania czynności zawodowych farmaceuty.

² Art. 96a. 1. Recepta zawiera następujące informacje:

1) dane dotyczące pacjenta:

- a) imię albo imiona i nazwisko albo oznaczenie "NN", w przypadku osób o nieustalonej tożsamości,
- b) adres (nazwa miejscowości, ulica, numer domu, kod pocztowy, numer lokalu, jeżeli nadano):
 - miejsca zamieszkania albo
 - miejsca pełnienia służby wojskowej, jeżeli dotyczy, albo
 - urzędu gminy lub gminnego ośrodka pomocy społecznej – w przypadku świadczeniobiorcy, wobec którego wydano decyzję, o której mowa w art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, albo świadczeniodawcy, który udzielił świadczenia opieki zdrowotnej – w przypadku osoby bezdomnej, o której mowa w art. 6 pkt 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1769 i 1985), albo
 - "NMZ", w przypadku osób o niestalonym miejscu zamieszkania,
- c) identyfikator usługobiorcy, o którym mowa w art. 17c ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,

d) datę urodzenia pacjenta, w przypadku gdy nie można jej ustalić na podstawie innych danych zamieszczonych na recepcie,

e) kod uprawnień dodatkowych pacjenta, jeżeli dotyczy;

2) dane dotyczące podmiotu, w którym wystawiono receptę lub osoby, która wystawiła receptę pro auctore albo receptę pro familiae:

a) w przypadku:

- podmiotu wykonującego działalność leczniczą – nazwę albo firmę, łącznie z nazwą jednostki organizacyjnej, nazwą komórki organizacyjnej, jeżeli dotyczy,
- osoby wystawiającej receptę pro auctore albo receptę pro familiae – imię i nazwisko,
- podmiotu prowadzącego aptekę – nazwę albo firmę, łącznie z nazwą i adresem apteki,

b) adres miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego albo usługi farmaceutycznej (nazwa miejscowości, kod pocztowy, ulica, numer domu, numer lokalu, jeżeli zostały nadane), a w przypadku osób wykonujących działalność leczniczą wyłącznie w miejscu wezwania – adres miejsca przyjmowania wezwań i miejsca przechowywania dokumentacji medycznej; w przypadku osoby wystawiającej receptę pro auctore albo receptę pro familiae – adres miejsca zamieszkania (nazwa miejscowości, kod pocztowy, ulica, numer domu, numer lokalu, jeżeli zostały nadane),

c) numer telefonu dostępny w miejscu udzielania świadczenia albo usługi farmaceutycznej; w przypadku osób

- wykonujących działalność leczniczą wyłącznie w miejscu wezwania albo wystawiających receptę pro auctore albo receptę pro familiae – numer telefonu kontaktowego do osoby wystawiającej receptę,
- d) identyfikator miejsca udzielania świadczeń:
- w przypadku recept w postaci elektronicznej – identyfikator, o którym mowa w art. 17c ust. 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
 - w przypadku recept w postaci papierowej – dziewięciocyfrowy numer REGON, jeżeli dotyczy;
- 3) dane dotyczące osoby wystawiającej receptę albo odpis recepty:
- a) imię lub imiona i nazwisko osoby wystawiającej receptę,
 - b) kwalifikacje zawodowe osoby wystawiającej receptę, w tym posiadany tytuł zawodowy,
 - c) identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
 - d) numer telefonu do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą receptę;
 - e) podpis, w przypadku recepty:
 - w postaci elektronicznej – kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych albo,
 - w postaci papierowej – podpis własnoręczny;
- 4) dane dotyczące przepisane produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego:
- a) nazwę powszechnie stosowaną (międzynarodową) lub nazwę handlową produktu leczniczego albo rodzajową lub handlową nazwę środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego lub ich nazwę skróconą, która w jednoznaczny sposób pozwala określić przepisany produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny,
 - b) postać, w jakiej produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny ma być wydany, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej postaci,
 - c) dawkę produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, jeżeli produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny występuje w więcej niż jednej dawce,
 - d) ilość produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, a w przypadku:
 - leku recepturowego – jego skład lub nazwę mieszaniny składników, która jest używana zwyczajowo w praktyce farmaceutycznej albo
 - leku aptecznego – jego nazwę zgodną z Farmakopeą Europejską lub innymi

odpowiednimi farmakopeami uznawanymi w państwach członkowskich Unii Europejskiej,

– ilość produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, a w przypadku leku recepturowego – jego skład lub nazwę mieszaniny składników, która jest używana zwyczajowo w praktyce farmaceutycznej, leku aptecznego

– jego nazwę zgodną z Farmakopeą Europejską lub innymi odpowiednimi farmakopeami uznawanymi w państwach członkowskich Unii Europejskiej. Ilość produktu leczniczego, leku recepturowego, leku aptecznego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego oraz surowca farmaceutycznego przeznaczonego do sporządzenia leku recepturowego, określa się cyframi arabskimi lub słownie, a ilość surowca farmaceutycznego przeznaczonego do sporządzenia leku recepturowego będącego środkiem obojętnym, przeznaczonym do nadania odpowiedniej postaci produktu leczniczego, można również określić wyrazami "ilość odpowiednia", "quantum satis" lub "q.s.",

e) sposób dawkowania produktu leczniczego albo sposób stosowania w przypadku wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego;

5) dane dotyczące daty realizacji recepty:

a) datę wystawienia recepty.

³ Art. 96a. 9d. Apteka przechowuje recepty przez okres 5 lat, licząc od zakończenia roku kalendarzowego, w którym:

1) nastąpiła refundacja – w przypadku recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne;

2) zostały one realizowane – w przypadku recept innych niż określone w pkt 1.

9e. Recepty w postaci elektronicznej są przechowywane w SIM przez okres co najmniej 5 lat, licząc od zakończenia roku kalendarzowego, w którym:

1) nastąpiła refundacja – w przypadku recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne;

2) zostały zrealizowane – w przypadku recept innych niż określone w pkt 1.



Suplementacja choline przed i w czasie ciąży – dlaczego ważna?

dr n. farm. Magdalena Stolarczyk
www.farmaceuta-radzi.pl

Ciąża to wyjątkowy okres w życiu każdej przyszłej mamy. To wtedy, ze względu na zmiany zachodzące w organizmie kobiety i jej dziecka, zwiększa się zapotrzebowanie na składniki odżywcze, witaminy i składniki mineralne. Powinny być one dostarczane z pożywieniem, ale nie zawsze jest to możliwe i dlatego konieczna jest ich suplementacja. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne

szczególną uwagę zwraca na suplementowanie w czasie ciąży kwasu foliowego, jodu, witaminy D, kwasu dokozaheksaenowego (DHA) i żelaza. W ostatnich latach pojawiły się doniesienia naukowe wskazujące, że przed i w czasie ciąży powinna być suplementowana również cholina. Dlaczego?

Cholina to związek występujący w organizmie człowieka pod różnymi postaciami i pełniący różnorodne funkcje. Cholina dostarczana z pożywieniem jest nieaktywna. Dopiero po przekształceniu w inne związki uzyskuje aktywność biologiczną. I tak cholina po przemianie w betainę jest donorem grup metylowych i pełni kluczowe znaczenie w metylacji DNA.

Metylacja jest to reakcja chemiczna, która polega na przyłączeniu grup metylowych do cząsteczki DNA. Przyłączona grupa metylowa do genu powoduje, że gen zostaje wyłączony a informacja w nim zawarta zostaje korzystnie odczytana przez organizm. Metylacja i jej schemat zależy od dostępności grup metylowych a dostępność tych grup zależy od warunków panujących w macicy i od stanu odżywienia matki. Odpowiednia dostępność grup metylowych warunkuje prawidłowe przyszłe zdrowie dziecka.

Źródłem grup metylowych może być kwas foliowy, witaminy B6 i B12 oraz właśnie cholina i powstająca z niej betaina.

Wykazano, że odpowiednia suplementacja choliny przed i w czasie ciąży:

- chroni DNA płodu
- zmniejsza ryzyko wad cewy nerwowej
- wspiera rozwój i funkcjonowanie mózgu
- ogranicza rozwój schorzeń takich jak autyzm i ADHD
- znacząco ogranicza zaburzenia

spowodowane ekspozycją płodu na alkohol

- usprawnia przepływ przez łożysko
- wspomaga pracę wątroby
- obniża stężenie kortyzolu
- redukuje stężenie homocysteiny

Ponadto zauważono, że cholina przyjmowana w czasie ciąży i w okresie laktacji korzystnie wpływa na budowę mózgu dziecka – w tym zwiększa ciężar mózgu oraz zwiększa ilość istoty białej oraz szarej.

Co więcej cholina pełni kluczowe znaczenie w prawidłowych podziałach komórkowych. Zaburzenia tych podziałów są podłożem powstawania zespołu Downa. Wykazano, że zaburzenia aktywności enzymów szlaku choliny i betainy zwiększają ryzyko wystąpienia Zespołu Downa nawet 8-krotnie.

Biorąc pod uwagę biochemiczne szlaki, znaczenie grup metylowych dla prawidłowego rozwoju organizmu człowieka oraz dane, które wskazują na powiązania pomiędzy niedoborem grup metylowych a występowaniem poważnych schorzeń, należy wyraźnie zaznaczyć, że odpowiednia podaż wraz z dietą związków będących donorami grup metylowych w tym choliny jest niezwykle ważna dla prawidłowego rozwoju człowieka.

Cholina powinna być dostarcza wraz z pożywieniem a jej źródłem w diecie są żółtka jaja kurzego, podroby, wątroba, kiełki pszenicy. Niestety pożywienie w pełni nie pokrywa zapotrzebowania na cholinę. Jak pokazują badania około 90% kobiet ciężarnych nie spożywa zalecanej dziennej dawki choliny. Dlatego też należy ją dodatkowo suplementować.

Światowe organizacje i instytucje naukowe zauważyły znaczenie choliny i wydały rekomendacje dotyczące suplementacji choliny

w czasie ciąży i w okresie karmienia pierśią. Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne, w 2017 roku, w wyniku analizy naukowej dostępnych badań przyjęło rekomendacje dotyczące uzupełniania o cholinę preparatów przeznaczonych dla ciężarnych.

W 2018 roku, w Polsce opublikowane zostało „Stanowisko zespołu ekspertów dotyczące choliny jako składnika pokarmowego o znaczącym wpływie na zdrowie człowieka”. Określono, że niedostateczne spożycie choliny dotyczy praktycznie wszystkich grup wiekowych a odpowiednia podaż choliny jest niezwykle ważna w czasie ciąży i w okresie laktacji, wpływa na utrzymanie i przebieg ciąży, jak również na prawidłowy rozwój płodu, obniżając ryzyko wystąpienia wad cewy nerwowej oraz przypuszczalnie ryzyko innych zaburzeń rozwojowych.

Bibliografia dostępna u Autorki



Obliczenia dawek maksymalnych w mieszankach (Mixturae).

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

Przed wykonaniem leku recepturowego należy sprawdzić dawki maksymalne (jednorazową i dobową) substancji z wykazów A, B i N oraz substancji bezwykazowych, które posiadają dawki maksymalne

np. bromek sodowy, bromek amonowy, bromek potasowy, bromek wapnia. Według Farmakopei Polskiej XI (FPXI) dawki maksymalne (dosis maxima) są to największe dawki stosowane w leczeniu przyjęte dla mężczyzny w wieku 20-40 lat o masie ciała 70kg, bez chorób towarzyszących. Dawki maksymalne określonej substancji mogą się różnić w zależności od drogi podania.

Oprócz substancji recepturowych w skład leku mogą wchodzić leki gotowe, które często są lekami złożonymi. Należy wówczas przeanalizować skład i uwzględnić w obliczeniach składniki, które posiadają dawki maksymalne.

Mieszanki do użytku wewnętrznego mogą zawierać Syrop Pini i syrop Tussipect, które znajdują się w Wykazie Leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne przy sporządzaniu leków recepturowych (Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2012 r. (poz. 1259).

- Sirupus Pini compositus (*Pini extractum fluidum, Foeniculi tinctura, Codeini phosphas hemihydricus*) – **0,05g kodeiny fosforan/100,0g syropu**
- Tussipect (*Ephedri hydrochloridum + Thymi extractum + Saponinum*) – **0,07g efedryny chlorowodoru/100,0g syropu**

Wymienione syropy zawierają substancje silnie działające: kodeiny fosforan (środek odurzający z grupy II-N) i efedryny chlorowodorek (prekursor kategorii 1). W przypadku, kiedy w skład leku recepturowego wchodzi kodeiny fosforan lub efedryny chlorowodorek oraz syropy zawierające te substancje, należy przy obliczaniu dawki maksymalnej uwzględnić zawartość substancji silnie działających w syropach.

Zazwyczaj w praktyce pacjent przyjmuje mieszanki łyżką stołową lub łyżeczką do herbaty.

W tabeli podano przyjęte masy łyżki i łyżeczki do obliczeń.

RODZAJ MIARY	WODA	SYROPY	SYROPY
łyżeczka do herbaty	5 g	6 g	4 g
łyżka stołowa	15 g	20 g	12 g

Przykład 1

Rp.
Codeini phosphatis 0,3
Natrii benzoatis 3,0
Ammonii anisati spir. 3,0
Aquae 20,0
Sir. Pini comp. ad 250,0
M.f. mixt.
D.S. 3 x dziennie łyżkę stołową

Codeini phosphas hemihydricus (FP XI):

- max. dawka jednorazowa 0,06g
- max. dawka dobową 0,24g

Przeważającą część składników płynnych mieszanki stanowi syrop. Jako masę łyżki stołowej mieszanki przyjmujemy masę łyżki syropu 20,0g.

Obliczamy całkowitą ilość fosforanu kodeiny w mieszance:

- w mieszance jest 223,7g *Sirupus Pini compositus*
- 0,05g kodeiny fosforanu - 100,0g syropu
- X g kodeiny fosforanu - 223,7g syropu

- $X = 0,1119g$ kodeiny fosforanu w syropie
- 0,3g kodeiny fosforanu (substancja) + 0,1119g kodeiny fosforanu (syrop) = 0,4119g

Całkowita ilość fosforanu kodeiny w mieszance wynosi 0,412g

Obliczamy zawartość fosforanu kodeiny w łyżce mieszanki (dawka jednorazowa):

- 0,412g kodeiny fosforanu – 250,0g mieszanki
- X g kodeiny fosforanu – 20,0g mieszanki (łyżka)
- X = 0,033g kodeiny fosforanu w łyżce stołowej**

Maksymalna dawka jednorazowa fosforanu kodeiny wynosi 0,06g.

Dawka jednorazowa nie została przekroczona.

Obliczamy zawartość fosforanu kodeiny w 3 łyżkach mieszanki (dawka dobową):

- 0,033g kodeiny fosforanu w łyżce x 3 łyżki = 0,099g**

Maksymalna dawka dobową fosforanu kodeiny wynosi 0,24g.

Dawka dobową nie została przekroczona.

Przykład 2

Rp.
Ephedrini hydrochloridi 0,3
Tussipecti sir. 100,0
Aguae ad 200,0
M.f. mixt.
D.S. 3x dziennie łyżeczkę

Ephedrini hydrochloridum (FP XI):

- maksymalna dawka jednorazowa 0,05g
- maksymalna dawka dobową 0,15g

Przyjmujemy, że pacjent dawkuje lek łyżeczką do herbaty i masa łyżeczki mieszanki wynosi **5,5g** (5,0g woda + 6,0g syrop/2).

Obliczamy całkowitą ilość chlorowodoru efedryny w mieszance:

- w mieszance jest 100,0g syropu Tussipect
- 0,07g efedryny chlorowodoru - 100,0 g syropu
- 0,3g efedryny chlorowodoru (substancja) + 0,07g efedryny chlorowodoru (syrop) = 0,37g

Całkowita ilość efedryny chlorowodoru w mieszance wynosi 0,37g

Obliczamy zawartość chlorowodoru efedryny w łyżeczce mieszanki (dawka jednorazowa):

- 0,37g efedryny chlorowodoru – 200,0g mieszanki
- X g efedryny chlorowodoru – 5,5g mieszanki (łyżeczka)
- $X = 0,01g$ w łyżeczce do herbaty

Maksymalna dawka jednorazowa chlorowodoru efedryny wynosi 0,05g.

Dawka jednorazowa nie została przekroczona.

Obliczamy zawartość chlorowodoru efedryny w 3 łyżkach mieszanki (dawka dobową):

- 0,01g efedryny chlorowodoru w łyżeczce x 3 łyżeczki = 0,03g

Maksymalna dawka dobową chlorowodoru efedryny wynosi 0,15g.

Dawka dobową nie została przekroczona.

W przypadku przekroczenia dawek maksymalnych jednorazowej i dobowej substancji, które mają ustalone dawki maksymalne oraz braku oznaczenia tego faktu na receptcie przez lekarza, osoba sporządzająca lek recepturowy zmniejsza ilość surowca farmaceutycznego w składzie leku recepturowego do wielkości określonej przez dawkę maksymalną.

Stanowisko konsultanta krajowego w sprawie etanolu (używanego w lekach recepturowych)

www.nia.org.pl

Konsultant Krajowy w dziedzinie farmacji aptecznej dr n. farm. Elwira Telejko w piśmie skierowanym do Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Elżbiety Piotrowskiej-Rutkowskiej przedstawiła swoje stanowisko w sprawie pojawiających się wątpliwości przy wykonywaniu recept zawierających w swoim składzie etanol. Dr Telejko tłumaczy, iż sprawa ta została wyjaśniona w piśmie Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z dnia 22.09.2017r. Fragment pisma dotyczący etanolu przytoczony został poniżej:

„Obowiązująca Farmakopea Polska (FP) zgodna z Farmakopeą Europejską (Ph.Eur.) zamieszcza monografię dla etanolu 96% Ethanolum (96 per centum) (1317) oraz dla etanolu bezwodnego Ethanolum anhydricum (1318).

W monografii dla etanolu 96% określono zawartość etanolu w zakresie od 95,1% (V/V) (92,6% m/m) do 96,9% (V/V) (95,2% m/m)

w temp. 20°C obliczoną z gęstości względnej. A więc stężenie 96% podane w tytule monografii wyrażone jest w jednostkach objętościowych (V/V).

Etanol stosowany w aptece do sporządzania leków, jako surowiec farmaceutyczny jest zgodnie z Prawem farmaceutycznym dopuszczany do obrotu w Urzędzie Rejestracji, a jego jakość musi być zgodna z ww. monografiami farmakopealnymi, w tym w zakresie wyrażania stężenia.

Cytowane w pismach określenia stężenia etanolu (w stopniach) oraz nazewnictwo (*Spiritus Vini*) **mają charakter historyczny**, z tym, co należy podkreślić, że zgodnie z wcześniejszymi wydaniem *Farmakopei Polskiej* (III, IV), stopnie są synonimem procentów w jednostkach objętościowych. Aktualnie zarejestrowany jest jako surowiec do receptury aptecznej Etanol 70%, a ze specyfikacji tego produktu wynika, że jest to etanol 70% v/v (ok. 62% w/w), co potwierdza terminologię przyjętą w *Farmakopei Polskiej*, że w odniesieniu do etanolu wyjątkowo (inaczej niż dla innych roztworów) stężenie wyrażone jako %, bez sprecyzowania, czy jest to % objętościowy czy wagowy odczytujemy jako % objętościowy. Należy przygotować rozcieńczenie wagowe tylko wtedy, gdy w przepisie zaznaczony jest % w/w.

Taka interpretacja znacząco ułatwia postępowanie w recepturze aptecznej i nie trzeba wymagać od lekarza, by każdorazowo zaznaczał, o jaki % chodzi w zapisie. Egzekwowanie takiego obowiązku od lekarzy nie miałyby znaczenia dla jakości leku. Należy pamiętać, że określone stężenie etanolu w leku recepturowym wiąże się z jego funkcją: albo zapewnia działanie antyseptyczne (70%) albo odpowiednią

rozpuszczalność substancji. W obu przypadkach nie ma potrzeby kategorię różnicowania % wagowych i % objętościowych. Należy odnieść się do wieloletniej tradycji i nie ma powodu do wprowadzania zamieszania. Powszechne pomijanie przez lekarza oznaczenia rodzaju stężenia procentowego skutkowałoby na przykład rezygnacją z użycia 70% etanolu wprowadzonego jako surowiec do receptury aptecznej. Sporządzanie etanolu 70% w/w może ponadto skutkować zbyt dużym stężeniem, które może osłabić aktywność przeciwdrobnoustrojową (wymagane dokładniejsze badania).

Należy podkreślić, że istotne jest poinformowanie wszystkich aptekarzy o takiej interpretacji, tak by nie było niepotrzebnie większego zużycia etanolu w aptekach (do przygotowania 100 g etanolu 70% w/w należy użyć 74,6 g etanolu 96°, a tylko 66,5 g – do przygotowania etanolu 70% v/v).

POSTANOWIENIE Nr 970/2019

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej
Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie
z dnia 31 stycznia 2019 r.

w sprawie terminów zwołania rejonowych zebrań aptekarzy w celu wyboru delegatów na Okręgowy Zjazd Aptekarzy Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie VIII Kadencji w latach 2019-2023

Na podstawie art. 28 ust. 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 1496 oraz z 2018 r. poz. 1669) w związku z § 2 ust. 1 uchwały Nr 1054/2018 Okręgowej Rady Aptekarskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie z dnia 13 września 2018 r. w sprawie zasad podziału Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie na rejon wyborczy w celu wyboru Delegatów na Okręgowy Zjazd Aptekarzy VIII Kadencji – Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie postanawia, co następuje:

§ 1.

Zwołuje się rejonowe zebrania wyborcze aptekarzy w następujących terminach:

- 1) obejmujące farmaceutów zatrudnionych w aptekach ogólnodostępnych na terenie poniżej wymienionych powiatów oraz farmaceutów niewykonywujących aktualnie zawodu, lecz mieszkających na terenie tych powiatów, z wyjątkiem farmaceutów zakwalifikowanych do rejonu Nr 8 oraz 9:

- Nr 1. **Rejon ciechanowski:** powiaty: ciechanowski, mławski, płoński, pułtuski i żuromiński - 13.04.2019 r. godz. 15.00 (I termin) i 15.30 (II termin),
- Nr 2. **Rejon ostrołęcki:** powiaty: makowski, ostrołęcki, ostrowski, przasnyski, wyszkowski i miasto na prawach powiatu Ostrołęka - 30.03.2019 r. godz. 15.00 (I termin) i 15.30 (II termin),
- Nr 3. **Rejon płocki:** powiaty: gostyniński, płocki, sierpecki, sochaczewski, żyrardowski i miasto na prawach powiatu Płock - 13.04.2019 r. godz. 15.00 (I termin) i 15.30 (II termin),
- Nr 4. **Rejon radomski:** powiaty: białobrzegi, grójecki, kozienicki, lipski, przysuski, radomski, szydłowski, zwoleniński oraz miasto na prawach powiatu Radom - 13.04.2019 r. godz. 15.00 (I termin) i 15.30 (II termin),
- Nr 5. **Rejon siedlecki:** powiaty: garwoliński, łosicki, miński, siedlecki, sokołowski, węgrowski i miasto na prawach powiatu Siedlce - 30.03.2019 r. godz. 15.00 (I termin) i 15.30 (II termin);

- 2) z obszaru całego województwa mazowieckiego:

- Nr 6. Rejon obejmujący farmaceutów zatrudnionych w hurtowniach farmaceutycznych - 21.03.2019 r. godz. 15.00 (I termin) i 15.30 (II termin),

- Nr 7.** Rejon obejmujący farmaceutów zatrudnionych w aptekach szpitalnych, zakładowych i działach farmacji szpitalnej - 14.03.2019 r. godz. 16.00 (I termin) i 16.30 (II termin),
- Nr 8.** Rejon Seniorów obejmujący farmaceutów, którzy złożyli oświadczenie, że są emerytami lub rencistami, niewykonującymi zawodu farmaceuty w żadnej formie, niebędący właścicielami lub współwłaścicielami apteki, hurtowni farmaceutycznej, ani niebędący wspólnikami (udziałowcami lub akcjonariuszami) podmiotów (spółek) prowadzących powyższą działalność, potwierdzone uchwałami Okręgowej Rady Aptekarskiej - 20.03.2019 r. godz. 11.00 (I termin) i 11.30 (II termin);
- Nr 9.** Rejon Młodych Farmaceutów obejmujący farmaceutów, którzy uzyskali prawo wykonywania zawodu w okresie od 1 maja 2015 r. do 31 stycznia 2019 r. - 7.03.2019 r. godz. 17.00 (I termin) i 17.30 (II termin);
- 3) obejmujące farmaceutów zatrudnionych w aptekach ogólnodostępnych z terenu powiatów: grodzkiego, legionowskiego, nowodworskiego, otwockiego, piaseczyńskiego, pruszkowskiego, warszawskiego zachodniego, wołomińskiego i miasta stołecznego Warszawy oraz farmaceutów niewykonujących aktualnie zawodu, lecz mieszkających na terenie tych powiatów, z wyjątkiem farmaceutów z rejonów Nr 8 i 9:
- Nr 10. Rejon Warszawa-Centrum** obejmujący dzielnice Warszawy: Śródmieście, Mokotów, Wola, Ochota, Żoliborz, Praga Północ, Praga Południe - 16.03.2019 r. godz. 9.30 (I termin) i 10.00 (II termin),
- Nr 11. Rejon Warszawa-Dzielnice Północ** obejmujący dzielnice Bemowo, Białołęka, Bielany, Ursus, Włochy - 14.04.2019 r. godz. 13.30 (I termin) i 14.00 (II termin),
- Nr 12. Rejon Warszawa-Dzielnice Południe** obejmujący dzielnice Rembertów, Targówek, Ursynów, Wawer, Wesoła, Wilanów - 14.04.2019 r. godz. 9.30 (I termin) i 10.00 (II termin),
- Nr 13. Rejon Warszawa-Teren** obejmujący powiaty: grodzki, legionowski, nowodworski, otwocki, piaseczyński, pruszkowski, warszawski zachodni, wołomiński - 17.03.2019 r. godz. 9.30 (I termin) i 10.00 (II termin).

§ 2.

Postanowienie podlega ogłoszeniu w Biuletynie Informacyjnym Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie oraz na stronie internetowej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie.

§ 3.

Postanowienie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sejmik
Okręgowej Rady Aptekarskiej
dr n. farm. Jerzy Żabiński

Prezes
Okręgowej Rady Aptekarskiej
mgr farm. Michał Byliniak

Uchwała Nr 1054/2018

Okręgowej Rady Aptekarskiej

Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie

z dnia 13 września 2018 r.

w sprawie zasad podziału Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie na rejon wyborcze w celu wyboru delegatów na Okręgowy Zjazd Aptekarzy VIII kadencji w latach 2019-2023

Na podstawie art. 25 ust. 3 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 1496) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Obszar działania Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie dzieli się na następujące rejon wyborcze:

- 1) obejmujące farmaceutów zatrudnionych w aptekach ogólnodostępnych na terenie poniżej wymienionych powiatów oraz farmaceutów niewykonujących aktualnie zawodu, lecz mieszkających na terenie tych powiatów, z wyjątkiem farmaceutów zakwalifikowanych do rejonu Nr 8 oraz 9:
 - Nr 1. Rejon ciechanowski:** powiaty: ciechanowski, mławski, płoński, pułtusk i żuromiński,
 - Nr 2. Rejon ostrołęcki:** powiaty: makowski, ostrołęcki, ostrowski, przasnyski, wyszkowski i miasto na prawach powiatu Ostrołęka,
 - Nr 3. Rejon plocki:** powiaty: gostyniński, plocki, sierpecki, sochaczewski, żyrardowski i miasto na prawach powiatu Płock,
 - Nr 4. Rejon radomski:** powiaty: białobrzegi, grójecki, kozienicki, lipski, przysuski, radomski, szydłowski, zwoleniński oraz miasto na prawach powiatu Radom,
 - Nr 5. Rejon siedlecki:** powiaty: garwoliński, łosicki, miński, siedlecki, sokołowski, węgrowski i miasto na prawach powiatu Siedlce;
- 2) z obszaru całego województwa mazowieckiego:
 - Nr 6.** Rejon obejmujący farmaceutów zatrudnionych w hurtowniach farmaceutycznych,
 - Nr 7.** Rejon obejmujący farmaceutów zatrudnionych w aptekach szpitalnych, zakładowych i działach farmacji szpitalnej,
 - Nr 8.** Rejon Seniorów obejmujący farmaceutów, którzy złożyli oświadczenie, że są emerytami lub rencistami, niewykonującymi zawodu farmaceuty w żadnej formie, niebędący właścicielami lub współwłaścicielami apteki, hurtowni farmaceutycznej, ani niebędący wspólnikami (udziałowcami lub akcjonariuszami) podmiotów (spółek) prowadzących powyższą działalność, potwierdzone uchwałami Okręgowej Rady Aptekarskiej;
 - Nr 9.** Rejon Młodych Farmaceutów obejmujący farmaceutów, którzy uzyskali prawo wykonywania zawodu w okresie od 1 maja 2015 r. do 31 stycznia 2019 r.;

- 3) obejmujące farmaceutów zatrudnionych w aptekach ogólnodostępnych z terenu powiatów: grodzkiego, legionowskiego, nowodworskiego, otwockiego, piaseczyńskiego, pruszkowskiego, warszawskiego zachodniego, wołomińskiego i miasta stołecznego Warszawy oraz farmaceutów niewykonyujących aktualnie zawodu, lecz mieszkających na terenie tych powiatów, z wyjątkiem farmaceutów z rejonów Nr 8 i 9:

- Nr 10. Rejon Warszawa-Centrum** obejmujący dzielnice Warszawy: Śródmieście, Mokotów, Wola, Ochota, Żoliborz, Praga Północ, Praga Południe,
- Nr 11. Rejon Warszawa-Dzielnice Północ** obejmujący dzielnice Bemowo, Białołęka, Bielany, Ursus, Włochy,
- Nr 12. Rejon Warszawa-Dzielnice Południe** obejmujący dzielnice Rembertów, Targówek, Ursynów, Wawer, Wesoła, Wilanów,
- Nr 13. Rejon Warszawa-Teren** obejmujący powiaty: grodzki, legionowski, nowodworski, otwocki, piaseczyński, pruszkowski, warszawski zachodni, wołomiński.

§ 2.

1. Zobowiązuje się Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej do ustalenia terminów zebrań rejonów wyborczych w celu wybrania delegatów na Okręgowy Zjazd Aptekarzy Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie.
2. Listy farmaceutów należących do poszczególnych rejonów wyborczych zostaną ustalone według stanu informacji dostępnych w Biurze Izby w rejestrze farmaceutów na dzień 31 stycznia 2019 r.

§ 3.

1. W przypadku farmaceutów wykonujących zawód w więcej niż w jednym miejscu i z tego tytułu kwalifikujących się do więcej niż jednego rejonu wyborczego, o przynależności do danego rejonu decyduje wyższy wymiar zatrudnienia. W przypadku równego wymiaru zatrudnienia decyduje pisemna deklaracja farmaceuty złożona w Biurze Izby nie później niż 31 stycznia 2019 r.
2. W przypadku farmaceutów będących członkami Izby nie kwalifikujących się do żadnego z rejonów wyborczych, o których mowa w § 3 ust. 1 oraz w § 1, właściwym rejonem wyborczym jest rejon obejmujący Dzielnice Bielany (siedziba OIA).

§ 4.

Zobowiązuje się Sekretarza Okręgowej Rady Aptekarskiej do opublikowania niniejszej uchwały w Biuletynie Informacyjnym Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie oraz na stronach internetowych Izby (www.oia.waw.pl).

§ 5.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz ORA
Okręgowej Rady Aptekarskiej
dr n. farm. Jerzy Żabiński

Prezes ORA
Okręgowej Rady Aptekarskiej
mgr farm. Michał Byliniak



Sesja młodych

foto: dr Jerzy Żabiński

W dniach 26-28 października br w Sobieniach Królewskich odbyła się kolejna wyjazdowa sesja szkoleniowo-integracyjna Młodych Farmaceutów. W tegorocznej sesji (już dziewiątej) udział wzięło ponad 80 osób. Tematyka wykładów skupiła się głównie na kształtowaniu właściwych zachowań młodego farmaceuty w komunikacji z pacjentami jak również z współpracownikami. Uczestnicy wykładów i zajęć warsztatowych uczyli się między innymi jak skutecznie wyrażać prośby oraz jak radzić sobie z różnymi rodzajami krytyki (zarówno tej uzasadnionej jak i nieuzasadnionej). Poza główną tematyką sesji w programie znalazły się również wykłady z realizacji recept, opieki nad kobietą w okresie laktacji, stosowania substancji pomocniczych w lekach dla dzieci, problemów pacjentów z zespołem suchego oka, czy odpowiedzialnej

substytucji aptecznej. Po dniach wypełnionych szkoleniami na uczestników czekał wieczór integracyjny w „Stodole” (taką wdzięczną nazwę miała sala przygotowana dla nas przez hotel), w trakcie którego poza wspólnym spędzeniem czasu i zabawą przy muzyce, trzeba się było również wykazać wiedzą w konkursach (zarówno tą farmaceutyczną, jak i muzyczną oraz filmową). Tegoroczna sesja Młodych Farmaceutów, pomimo wyjątkowo niesprzyjającej zimnej i mokrej listopadowej aury, przebiegła w bardzo sympatycznej i ciepłej atmosferze, za co wszystkim jej uczestnikom chciałbym w tym miejscu serdecznie podziękować w imieniu organizatorów oraz swoim. Mam nadzieję do zobaczenia już niebawem... :) na spotkaniu wigilijnym Młodych Farmaceutów, które odbędzie się 17 grudnia o 18:30 w biurze OIA w Warszawie.

III Puchar Polski Farmaceutów w Narciarstwie Alpejskim Istebna 2019 r.

mgr farm. Wojciech Szkopański

Warszawa dnia 25.01.19r

Sobota 19 stycznia przywitała nas słońcem i silnym mrozem. W Koniakowie gdzie nocowaliśmy, rano termometr pokazał -12 stopni C, a zasypany śniegiem na poboczu drogi sięgały 2 m w górę. W polskich górach zima przywitała nas pełną parą. Zawody miały się rozpocząć o 9.00 na stoku „Złoty Groń” w Istebnej. Trzeba było się zerwać rano i przejechać samochodami około 7 km do stacji narciarskiej pod sam stok. Na starcie III Pucharu Polski Farmaceutów w Narciarstwie Alpejskim organizowanego przez Śląską Izbę Aptekarską zgłosiło się około 150 osób, w tym 10 farmaceutów z Izby Warszawskiej. Numery zawodnikom przydzielano od godz. 8.30. Szczęśliwie organizatorzy wynajęli rodzaj szklanego namiotu, taki przenośny pub, który był ogrzewany w środku, gdzie można było napić się gorącej herbaty i odpocząć.

Uczestnicy slalomu giganta startowali w kategoriach wiekowych, z podziałem na farmaceutów, pracowników branży farmaceutycznej, przyjaciół farmacji, w pucharze rodzin, z podziałem na dzieci i juniorów oraz kategorii open. Każdy z zawodników pokonywał trasę slalomu dwukrotnie. W klasyfikacji zawodów liczył się najlepszy osiągnięty czas. Złoty Groń to stok treningowy 600-800 m zjazdu, na którym właściwie każdy narciarz może sobie poradzić, jednak to nie była „ośła łączka” a slalom wymagał przygotowania kondycyjnego i technicznego. Dla naszej Izby pierwszy raz w historii udało się wywalczyć aż



Foto: Marcin Wiśniewski



Foto: Agnieszka Leśkiewicz-Szkopańska

dwa złote medale: w kategorii M3 zwyciężył mgr farm. Marcin Wiśniewski, w kategorii M4 zwyciężył mgr farm. Wojciech Szkopański. Mam nadzieję, że w przyszłym roku uda się zgromadzić jeszcze więcej farmaceutów z naszej Izby, którzy wezmą udział w tak udanej i dobrze zorganizowanej imprezie.

Wigilijne spotkanie

mgr farm. Jolanta Radecka

Trzynastego grudnia 2018 r. w sali Warszawskiego Domu Technika NOT przy ulicy Czackiego 3/5 odbyło się spotkanie przedświąteczne seniorów Warszawskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej. Prezes Michał Byliniak złożył seniorom życzenia świąteczno-noworoczne, po czym przewodnicząca Komisji Seniorów Seweryna Nowakowska przedstawiła najważniejsze wydarzenia z ostatniego roku.

Wielką niespodzianką był koncert w wykonaniu Magdaleny Chmieleckiej – sopran – absolwentki Wydziału Wokalno-Aktorskiego Akademii Muzycznej w Gdańsku oraz Grzegorza Żotyniaka – baryton – absolwenta Wydziału Wokalno-Aktorskiego Akademii Muzycznej w Bydgoszczy. Soliści wprowadzili wspaniałą świąteczną atmosferę. Koncert bardzo się wszystkim podobał i skończył się wielkim aplauzem.

Po części artystycznej, tradycyjnie łamiąc się opłatkiem, składaliśmy sobie życzenia i częstowaliśmy się świątecznymi potrawami. Był barszczyk, bigos i pierogi oraz inne smakołyki.

Spotkania wigilijne stały się już dla seniorów tradycją. Są one bardzo radosne. Podczas nich wszyscy czują się docenieni i cieszą się, że Izba Aptekarska pamięta o swoich długoletnich pracownikach.





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

Szanowni Farmaceuci – Członkowie Izby.

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

STREFA FARMACEUTY dostępna jest wyłącznie po zalogowaniu się.

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

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

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

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

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

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

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

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

Serdecznie zapraszamy do korzystania ze STREFY FARMACEUTY!!!

Kursy ciągłego szkolenia aptekarzy organizowane przez Studium Kształcenia Podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego WUM – wiosna 2019 r.

Nr / cena	Termin / ilość godz. / miejsce	Temat kursu	Wykładowcy
1/19 216,- zł	9.03 – sob. – 8 h + test RADOM	Postępy w farmakoterapii chorób układu sercowo-naczyniowego – cz. I	dr n. med. Piotr Abramczyk
2/19 162,- zł	9.03 – sob. – 6 h + test Warszawa	Zafałszowane leki i wyroby medyczne	prof. dr hab. Zbigniew Fijałek
3/19 216,- zł	23.03 – sob. – 8 h + test Warszawa	Postępy w farmakoterapii chorób układu sercowo-naczyniowego – cz. II	dr n. med. Piotr Abramczyk
4/19 216,- zł	6.04 – sob. – 8 h + test Warszawa	Opieka farmaceutyczna w nadciśnieniu tętniczym	prof. dr hab. Helena Makulska-Nowak dr n. med. Piotr Abramczyk
5/19 162,- zł	18.05 – sob. – 6 h + test Warszawa	Reumatologia – profilaktyka i leczenie chorób kości i stawów	prof. dr hab. Helena Makulska-Nowak
6/19 162,- zł	1.06 – sob. – 6 h + test Warszawa	Postępy w farmakoterapii chorób alergicznych	dr n. farm. Sławomir Białek
7/19 216,- zł	15.06 – sob. – 8 h + test Warszawa	Wybrane aspekty farmakoterapii w czasie ciąży i karmienia piersią	dr n. farm. Magdalena Stolarczyk mgr farm. Emilia Gasińska

Wypełniony **wniosek-zgłoszenie** należy przysłać do organizatora:

- e-mailem: zbigniew.tkaczuk@wum.edu.pl,

- faxem: 22 / 57 20 974,

- pocztą: Wydział Farmaceutyczny WUM,
Studium Kształcenia Podyplomowego,
02-097 Warszawa, ul. Banacha 1.

Na wskazany w zgłoszeniu **adres e-mailowy** wysłane będzie **zaproszenie** na kurs.

Po jego otrzymaniu należy uregulować opłatę – przelewem na konto:

44 1160 2202 0000 0003 0813 7584.



Plan wykładów

16.03	Warszawa	9.30-11.00	dr hab. Piotr Dąbrowiecki		11.00	Wybory Warszawa Centrum
17.03	Warszawa	9.30-11.00	dr. Piotr Gryglas	Nowe leki przeciwzakrzepowe- co farmaceuta powinien o nich wiedzieć?	11.00	Wybory Warszawa
30.03	Siedlce	10.00-15.15	mec. Monika Bartwicka, dr n. hum. Mateusz Zatorski, mgr farm. Małgorzata Chmielak	Warsztat interdyscyplinarny*	15.30	Wybory
30.03	Ostrołęka	15.00-16.30	dr Ewa Kuś	Zaburzenia endokrynologiczne- co powinno wzmocnić czujność farmaceuty	16.30	Wybory
13.04	Ciechanów	15.00-16.30	mgr Zbigniew Niewójt	Praktyczne aspekty prowadze- nia obrotu wyrobami medyczny- mi w aptece	16.30	Wybory
13.04	Płock	15.00-16.30	dr Marek Ruszczyński	Szczepienia w pytaniach i odpowiedziach	16.30	Wybory
13.04	Radom	10.00-15.15	mec. Monika Bartwicka, dr n. hum. Mateusz Zatorski, mgr farm. Małgorzata Chmielak	Warsztat interdyscyplinarny*	15.30	Wybory
14.04	Warszawa	9.30-11.00	dr. Piotr Gryglas	Nowe leki przeciwzakrzepowe- co farmaceuta powinien o nich wiedzieć?	11.00	Wybory Warszawa
14.04	Warszawa	13.30-15.00	dr. Piotr Gryglas	Nowe leki przeciwzakrzepowe- co farmaceuta powinien o nich wiedzieć?	15.00	Wybory Warszawa

Warsztat interdyscyplinarny*

szkolenie warsztatowe prowadzone będzie przez prawniczkę zajmującą się zagadnieniami związanymi z prawem farmaceutycznym i psychologa klinicznego oraz mgr farmacji. Spotkanie to będzie skoncentrowane na dyskusjach i omawiania rzeczywistych sytuacji problemowych z codziennej pracy w aptece. Warsztat podzielony będzie na następujące moduły:

1. Farmaceuta w obliczu sytuacji kryzysowych w miejscu pracy – trudne sytuacje, trudny klient, ważne decyzje.

Blok ma charakter warsztatowy. Praca odbywa się na konkretnych sytuacjach, które mogą wystąpić w miejscu pracy. Uczestnicy warsztatu wykorzystując przygotowane przez prowadzących studia przypadku, a także w oparciu o własne doświadczenia, szukają optymalnych rozwiązań sytuacji kryzysowych. Prowadzący warsztaty, interdyscyplinarny zespół, dostarcza wiedzę, ale także praktyczne metody, rozwiązywania w miejscu pracy takich sytuacji.

2. Między zaangażowaniem i poczuciem satysfakcji z pracy, a wypaleniem

zawodowym. Źródła, objawy, a także prewencja i możliwości działań w obliczu wypalenia zawodowego.

Blok ma charakter dwóch, krótkich wykładów. Obydwa wystąpienia prezentują problem wypalenia zawodowego, ale z dwóch perspektyw – prawnej i psychospołecznej. Wykładowcy dostarczają podstawowej wiedzy dotyczącej możliwego ryzyka (źródła), szansy na działania (reagowania na wypalenie), a także sposobów na przeciwdziałanie temu zjawisku. Wykłady przygotowują uczestników do dyskusji, która odbywa się zaraz po ich prezentacji. W ramach czasu przeznaczonego na dyskusję, uczestnicy mogą zadawać pytania ogólne, dotyczące treści wykładu, ale także poruszyć kwestie istotne z perspektywy własnych doświadczeń – specyfiki pracy farmaceuty.

3. Szkolenie praktyczne: E-recepta w pytaniach i odpowiedziach

Blok prowadzony będzie przez mgr farm. Małgorzatę Chmielak. W trakcie tego modułu zawodowego wykładowczyni omówi aspekty praktyczne związane z e-receptą, skoncentruje się zwłaszcza na zagadnieniach problemowych i elementach dyskusyjnych związanych z ich realizacją.





Śp. Prof. dr hab. Józef Sawicki.

mgr farm. Jolanta Radecka

Z Wielkim Smutkiem i Żalem przyjęliśmy wiadomości że 20.12.2018 r zmarł prof. dr hab. Józef Sawicki - Nasz Drogą Kolega, Przyjaciel i Nauczyciel Akademicki, Naukowiec ceniony przez studentów za wysoki poziom wykładów oraz partnerski stosunek we wzajemnych relacjach.

Prof. Józef Sawicki urodził się 2.02.1946 roku w Ożarowie koło Warszawy. Po ukończeniu Szkoły Podstawowej zostaje absolwentem III Liceum Ogólnokształcącego im. gen. Józefa Sowińskiego w Warszawie. W liceum zawiązują się znajomości i przyjaźnie pełne koleżeństwa i serdeczności, które przetrwały aż do Jego śmierci. Ta atmosfera koleżeństwa, pełna młodzieńczego entuzjazmu, optymizmu i przyjaźni kształtowała postawę i umysł młodego człowieka i miała ogromny wpływ w dalszym dorostym życiu. To właśnie

tam w Liceum Sowińskiego narodziła się pasja i umiłowanie do naszych Polskich gór. Częste wyprawy w góry indywidualnie oraz podczas wyjazdu na obozy studenckie do Zakopanego lub w Beskidy sprawiało mu olbrzymią satysfakcję i przyjemność. Często na seminariach w rozmowie ze studentami starał się ich zarazić Swoim umiłowaniem gór. Tej pasji był wierny do końca Swojej ziemskiej wędrówki.

Po Ukończeniu Liceum Ogólnokształcącego im. gen. Józefa Sowińskiego w 1964 roku po zdaniu egzaminów wstępnych zostaje przyjęty w poczet studentów Wydziału Farmacji Akademii Medycznej w Warszawie. Podczas studiów postrzegany jest jako uczynny, pełen życia, pomysłów i serdeczność zarówno podczas studiów, licznych spotkań i obozów studenckich organizowanych przez Zrzeszenie Studentów Polskich na Akademii Medycznej w Warszawie. Po ukończeniu studiów w 1969 roku rozpoczyna pracę jako asystent naukowo dydaktyczny w Katedrze i Zakładzie Bromatologii Instytutu Bromatologii Akademii Medycznej w Warszawie pod kierunkiem prof. dr. hab. Lecha Piekarskiego. Następnie kiedy z inicjatywy prof. L. Piekarskiego w 1978 roku zostaje powołana nowa jednostka dydaktyczna - Zakład Badania Środowiska Instytutu Bromatologii, której kierownikiem zostaje prof. dr hab. Lech Piekarski. Mgr n. farm. Józef Sawicki przenosi się do nowo utworzonej jednostki naukowo-dydaktycznej do Zakładu Badania Środowiska w której pracuje naukowo i dydaktycznie. W 1976 roku

po obronie pracy doktorskiej 22.12.1976 roku otrzymuje tytuł doktora nauk farmaceutycznych. W 1982 roku prof. L. Piekarski wyjeżdża do Nairobi jako konsultant ONZ do spraw środowiska. Kierownictwo Zakładu Badania Środowiska Akademii Medycznej w Warszawie obejmuje dr n. farm. Józef Sawicki W 1985 r. po obronie pracy habilitacyjnej otrzymuje tytuł naukowy dr hab. n. farmaceutycznych, a po dziewięciu latach intensywnej pracy naukowej i dydaktycznej w 04.09.2005 roku otrzymuje nominację na profesorską. W tym czasie to jest w latach 1985-1987 pełni również funkcję Dyrektora Instytutu Biofarmacji.

Prof. dr hab. n. farm. Józef Sawicki to nie tylko naukowiec, świetny dydaktyk ale również bardzo dobry organizator, osoba z której zdaniem się liczone i ceniono. Biorąc pod uwagę jego osiągnięcia Władze Uczelni powierzają mu pełnienie wielu odpowiedzialnych funkcji na Uczelni a mianowicie: Prodziekana macierzystego Wydziału Farmacji ds. naukowych są to lata 1987-1993. Następnie zostaje wybrany dwukrotnie na Dziekana Wydziału Farmacji Akademii w Warszawie, funkcję tę sprawuje w latach 1993-1996, 1996-1999 oraz 2005-2008. W latach 1999-2005 pełni funkcję Prorektora ds. kadrowych.

Prof. dr hab. Józef Sawicki oprócz pracy naukowej, dydaktycznej i organizacyjnej na uczelni czynnie włącza się w prace Zespołu Dziekanów Wydziałów Farmaceutycznych na rzecz opracowywania nowych trendów w programach studiów farmaceutycznych. W latach 2005-2008

obejmuje przewodnictwo corocznych Konferencji Dziekanów Wydziałów Farmacji. Prof. Sawicki był wielkim orędownikiem unowocześniania programów dydaktycznych na Wydziałach Farmacji. W czasie pełnienia funkcji Prodziekana i Dziekana Wydziału Farmacji współpracuje z Samorządem Aptekarskim w Warszawie w roli doradcy w sprawach legislacyjnych jak również merytorycznych naszego zawodu. Czynnie uczestniczy w corocznych Zjazdach ORA w Warszawie oraz licznych spotkaniach integracyjnych i kulturalnych organizowanych przez OIA w Warszawie.

Za zasługi dla naszego Samorządu Aptekarskiego na wniosek ORA w Warszawie, Kapituła NRA odznacza GO Medalem prof. hab. n. farm. Bronisława Kosskoskiego.

Wielkie zaangażowanie Pana Prof. Józefa Sawickiego zostało również docenione przez władze WUM jak również przez Władze Państwowe, czego dowodem są liczne odznaczenia nadane prof. Józefowi Swackiemu a mianowicie: Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Srebrny Krzyż Zasługi, Medal Komisji Edukacji Narodowej, Złoty Medal za Długoletnią Służbę oraz liczne Nagrody za osiągnięcia naukowe przyznane przez Ministra Zdrowia oraz 30 nagród od Jego Magnificencji Rektora WUM.

Odszedł od Nas wspaniały Człowiek, Wielkiej Pracowitości i Skromności Zawsze Pozostaniesz w Naszej Pamięci.



Wyszperane w sieci Władysław Ludwik Anczyc

Maria Główniak

Nie wiem, czy dzisiejsza młodzież uczy się w szkole o tym poecie. Ja się uczyłam, ale na pewno nie mówiono, że był farmaceutą.

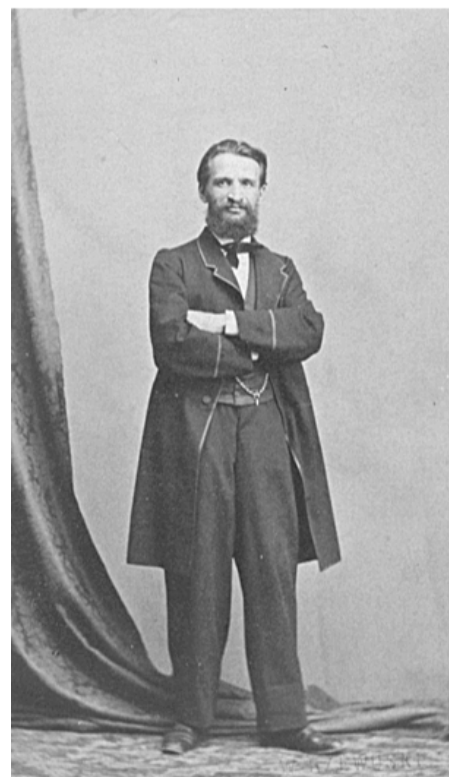
Władysław Ludwik Anczyc herbu Ancuta, pseudonim literacki Kazimierz Góralczyk, W.A. Lassota (ur. 12 grudnia 1823 w Wilnie, zm. 28 lipca 1883 w Krakowie) – polski poeta, dramatopisarz, wydawca, tłumacz, działacz ludowy. Ojciec Stanisława i Wacława Zygmunta, dziad Władysława Anczców.

Pochodził z rodziny szlacheckiej. Jego pradziad Jan von Anschütz pełnił urząd chorążego wojsk saskich. Władysław Ludwik

Anczyc był synem aktorów – Zygmunta Anczyca i Barbary Anczycowej z Hrehorowiczów. Ojciec występował na scenach teatrów w Wilnie, Grodnie, Warszawie i Krakowie; w latach 1838–1839 był także dyrektorem teatru krakowskiego. Matka zaś była aktorką teatru wileńskiego, a po opuszczeniu sceny działaczką dobroczynną.

Do szkoły średniej uczęszczał w Krakowie. W tym mieście w roku 1847 ukończył farmację na Uniwersytecie Jagiellońskim z tytułem magistra. Brał udział w powstaniu krakowskim w 1846, za co w latach 1846–1847 więziony był przez władze austriackie. W 1849 był adiunktem Katedry Chemii i Farmacji.

Debiutował w redagowanym przez siebie piśmie satyrycznym „Dodatek do Świstka” w 1848.



W latach 1858–1867 przebywał w Warszawie. W roku 1863 założył, a następnie przez rok redagował pismo „Wędrowiec”. Tam też w tym czasie redagował tajne pisma powstańcze „Kosynier” i „Partyzant”. W latach 1858–1861 działał w Towarzystwie Rolniczym w Królestwie Polskim. W trakcie pobytu w Warszawie był także redaktorem pisma dla ludu „Kmiotek” (1861–1866) i „Przyjaciela Dzieci” (1866–1867).

Od 1861 często bywał w Zakopanem i Tatrach jako turysta. Swoimi artykułami, np. Zwóz żentycy w Tatrach, Zakopane i lud podhalski, Wspomnienia z Tatr, przyczyniał się do popularyzacji Tatr w społeczeństwie. Z drugiej strony, już w 1874 utyskiwał w swoim artykule w „Tygodniku Ilustrowanym” na spowodowaną nadmiarem

przybywających do Zakopanego turystów (zwłaszcza tych z Warszawy) drożyznę i trudności w zakwaterowaniu.

Był jednym z autorów haseł do 28 tomowej Encyklopedii Powszechnej Orgelbranda z lat 1859–1868. Jego nazwisko wymienione jest w I tomie z 1859 roku na liście twórców zawartości tej encyklopedii.

W 1863 napisał cykl Pieśni zbudzonych – w tym Marsz strzelców, którego tekst w czasach PRL był prawie w całości zafałszowany.

W roku 1868 powrócił do Krakowa Prowadził tam ożywioną działalność literacką i oświatową, uczestnicząc w wydawnictwach Czytelni Ludowej, Towarzystwa Oświaty Ludowej i in. W 1875 został właścicielem drukarni, działającej do czasów powojennych, którą przekształcił w ceniony zakład.

W 1876 wystawił w teatrze krakowskim dramat Emigracja chłopska, nagrodzony w krakowskim konkursie dramatycznym. W roku 1880 wystawił dramat Kościuszkę pod Racławicami, który stał się najbardziej popularnym widowiskiem przez wiele lat, granym na scenach teatralnych Krakowa. Kolejną nagrodę otrzymał w 1883 za „szkic dramatyczny” Jan III pod Wiedniem.

Pochowany został na Cmentarzu Rakowickim w Krakowie, w grobowcu rodzinnym.

Jego synowie: Stanisław Anczyc (1868–1927) był metaloznawcą i technologiem. Wacław Anczyc (1866–1938) był drukarzem i wydawcą.

Apel farmaceuty

I kto tu łamie prawo ?

Jednym z osiągnięć farmacji polskiej ostatnich lat jest przepis o receptach farmaceutycznych tj. art.96 Prawo Farmaceutyczne.

Nie będę cytował treści w/w artykułu, ponieważ jest on doskonale znany koleżankom i kolegom aptekarzom – krótko mówiąc przepis jasno określa co i kiedy aptekarz może wydać lek wg.rp.farm., a czego nie może.

Piszę o tej sprawie ponieważ coraz więcej aptekarzy musi się tłumaczyć z wydania leku wg rp.farm. przed inspektorami WIF.

W jednej z aptek wydano na rp.farm. lek o kategorii dostępności Rp tj. maść gdzie podstawą wydania było zagubienie leku.

Aptekarz wydał lek w przekonaniu że działa zgodnie z prawem, chory leczył się przewlekłe i nie podanie leku stanowiło zagrożenie dla zdrowia.

Spokój aptekarza trwał do czasu kontroli WIF kiedy to inspektor zakwestionował podstawę wydania leku wg rp.farm.

Rozpoczęła się dyskusja, aptekarz cytował przepis, inspektor twardo stał na stanowisku że nie można.

W innej z aptek inspektor zakwestionował wydanie leku wg.rp. farm. kiedy to w dniu wolnym od pracy choremu skończył się lek, był w podróży a lek musiał być stale przyjmowany.

Aptekarz zgodnie z prawem wydał lek, a inspektor że nie można.

W kolejnej aptece inspektor zakwestionował ilość wydanych leków według rp.farm. twierdząc, że apteka za dużo wydaje leków wg.w/w zasad i nie chciał przyjąć żadnych wyjaśnień.

Pisząc dalej chcę wyrazić uznanie twórcom przepisu o rp.farm., ten przepis przybliżył nas do poziomu farmacji w wysoko rozwiniętych krajach Europy, gdzie otrzymanie leku w aptece na w/w podstawie nie jest problemem.

Recepta farmaceutyczna daje też cywilną ochronę prawną z tytułu szkody jaka mogłaby powstać w wyniku podania leku np. uczulenie- aptekarz nie traci ubezpieczenia.

Ale trzeba też spojrzeć prawdzie w oczy rp.farm. stawia przed aptekarzem który chce pomóc pacjentowi obowiązek stałego pogłębiania wiedzy fachowej i wielkiej odpowiedzialności.

Poza tym art. 96 nie nakłada na aptekarza obowiązku sprzedaży leku wg.rp.farm., aptekarz może tego dokonać ale nie musi.

Cała sprawa nabiera jeszcze jednego wymiaru, w sytuacji kiedy pielęgniarki w kilku ośrodkach w kraju otrzymały prawo wystawiania pacjentom Rp, aptekarzom chce się zamknąć drzwi do Europy.

Kończąc po raz kolejny apeluję o obronę idei recepty farmaceutycznej dla dobra pacjentów.



Biuro Izby w Warszawie

e-mail: biuro@oia.waw.pl
ul. Żeromskiego 77, lok. 6, 01-882 Warszawa
tel. 22 635 45 54; 22 831 38 58;
fax 22 635 27 72

Biuro Izby w Warszawie czynne od:

poniedziałku do piątku w godz. 9.00 – 15.00
W czwartki w godz. 9.00 – 17.00

Biuro Delegatury w Radomiu

email: oia.radom@poczta.fm
ul. Kilińskiego 15/17, 26-610 Radom
tel./fax 48 363 54 47; tel. kom. 785 665 516

Biuro Izby w Radomiu czynne od

poniedziałku do piątku w godz. 8.00 – 15.00

Prezydium okręgowej rady aptekarskiej oia w warszawie vii kadencji:

Prezes – mgr farm. Michał Byliniak
prezes@oia.waw.pl

Zastępca Prezesa – mgr farm. Jakub Dorociak
jakub.dorociak@oia.waw.pl

Zastępca Prezesa – mgr farm. Ewa Steckiewicz-Bartnicka
ewa.steckiewicz-bartnicka@oia.waw.pl

Zastępca Prezesa – mgr farm. Wojciech Szkopański
wojciech.szkopanski@oia.waw.pl

Sekretarz – mgr farm. Dorota Smółkowska
dorota.smolkowska@oia.waw.pl

Sekretarz – dr n. farm. Jerzy Żabiński
jerzy.zabinski@oia.waw.pl

Skarbnik – mgr farm. Marian Witkowski
skarbnik@oia.waw.pl

Dyżury konsultantów

ul. Długa 16, ii p. Pok. 204

Konsultant ds. farmaceutycznych

mgr farm. Anna Pławska,
środa, czwartek 9.00-12.00
anna.plawska@oia.waw.pl
785 665 513

Radca Prawny

mec. Sylwester Majewski – czwartek
13.00 – 16.30 prawnik@oia.waw.pl
785 665 513

Kontakt z biurem izby

Aneta Starczewska 785 665 512
ksiegowosc@oia.waw.pl

Anna Skołek 785 665 514
anna.skołek@oia.waw.pl

Klaudiusz Kulak 785 665 515
klaudiusz.kulak@oia.waw.pl

Elżbieta Nowakowska 785 665 516
oia.radom@poczta.fm

Bożena Olech 785 665 517
bozena.olech@oia.waw.pl

Emilia Napora (sekretariat) 785 665 518
sekretariat@oia.waw.pl

Jolanta Komorowska 785 665 519
jolanta.komorowska@oia.waw.pl

Konto bankowe:

Bank Pekao S.A. XI Oddział w Warszawie
21 1240 1138 1111 0000 0209 2153



- Możliwość skorzystania z **8 wizyt miesięcznie**
- Około **2150 obiektów** w Polsce
- Około **460 obiektów** na terenie województwa mazowieckiego,
- Około **245 obiektów** w Warszawie
- **Brak dodatkowych** opłat w obiektach
- **Łatwy i przejrzysty** system weryfikacji
- **Sam decydujesz** jak często korzystasz z wizyt
- **Atrakcyjna cena** programu
- Możliwość zgłoszenia **osób dodatkowych i dzieci**
- **Brak dodatkowych opłat** w obiektach

- Około **3500 obiektów** na terenie całej Polski
- Około **750 obiektów** na terenie województwa mazowieckiego
- Jesteśmy w około **555 miastach** w Polsce
- Około **415 obiektów** w Warszawie
- Około **1200 rabatów** z zakresu sportu, zdrowia, pielęgnacji, Spa i Wellness w ramach tej samej karty
- **Brak dopłat** w atrakcyjnych warszawskich obiektach
- **Jedyna Karta** bez dopłat w obiektach *
- **Brak przerw technicznych** między korzystaniem z różnych obiektów
- **Squash i tenis** - rabaty kwotowe, łącznie się
- Możliwość zgłoszenia **osób towarzyszących i dzieci**

KOSZTY KARTY FITSPORT

Koszt karty dla członka **59 pln / mc**

Dla osoby towarzyszącej **109 pln / mc**

Dla dziecka: pakiet pełny do 15 roku życia **89 pln / mc**

Dla dziecka: pakiet basen do 15 roku życia **36,90 pln / mc**

Wyszukiwarka obiektów: www.fitprofit.pl/obiekty

KOSZTY KARTY FITPROFIT

Koszt karty dla członka **125 pln / mc**

Dla osoby towarzyszącej **149 pln / mc**

Dla dziecka: pakiet pełny do 15 roku życia **89 pln / mc**

Dla dziecka: pakiet basen do 15 roku życia **36,90 pln / mc**

Wyszukiwarka obiektów: www.fitprofit.pl/obiekty

* aktywności do których istnieje konieczności uiszczenia dodatkowej. Opłaty, wskazane są w rabatach