

PRZESZŁOŚĆ, TERAŻNIEJSZOŚĆ ORAZ PRZYSZŁOŚĆ APTEK I FARMACJI

prof. dr hab. n. farm. Sławomir LIPSKI

Doc. A. Magowska w artykule pt.: „Młody farmaceuta poszukuje pracy (nie tylko w aptece)” (nr 6 „CzA”) poruszyła zagadnienia ważne dla przeszłości oraz terażniejszości pracy w aptece i w zawodzie farmaceutycznym. Zagadnienia te wymagają uzupełnienia, co niniejszym chętnie czynię jako syn przedwojennego farmaceuty warszawskiego, wieloletni pracownik aptek oraz wieloletni prezes Stowarzyszenia Byłych Właścicieli Aptek, jednocześnie interesujący się bieżącymi sprawami aptek i farmacji jako nauki.

PRZESZŁOŚĆ APTEK. GALENICA

Na ilustrującym ten artykuł obrazie Józefa Chełmońskiego „Aptekarz”, w którym artysta przedstawił rozmowę z pacjentką, aptekarz (wtedy za tzw. pierwszym stołem stali w większości doświadczeni zawodowo mężczyźni) zapisuje lek złożony, wykonywany za tzw. drugim stołem wg przepisów własnych i wg podręczników laboratoryjnych, jak np. słynne „Manuale Pharmaceuticum” dr. H. Hagera z 1890 r. (jestem w posiadaniu własnego egzemplarza cudem ocalałego ze spalonej warszawskiej apteki mojego ojca).

Podstawową cechą ówczesnych aptek, w odróżnieniu od

dzisiejszych, było uniezależnienie od niepewnych dostaw surowców i wyrobów gotowych. Nieliczne wtedy hurtownie okresowo tylko dostarczały tzw. towar, „jak się zbierze” większe zamówienie. Toteż apteki bazowały głównie **na produkcji środków własnych w rozbudowanym wyposażeniu laboratoryjnym**. Wykonywało się wiele nieznanych obecnie środków, np. wód, eliksirów, emulsji, pigułek, czopków i maści, m.in. opartych na siarce i solach cynku maści na rozpowszechniony wtedy świerz, wyciągów roślinnych, stąd szerokie wyposażenie w prasy, aparaty destylacyjne i inne urządzenia, które stanowią ważne obiekty obecnych muzeów aptek.

Dopiero w okresie międzywojennym w Polsce powstały m.in. zakłady Klawego i Spiessa, które w 1938 r. zabezpieczyły 50% zaopatrzenia kraju w leki, ale znaczną część produkcji stanowiły tzw. leki galenowe [od Klaudiusza Galena (130-200 r. n.e.), twórcy nauki o lekach]. W aptekach również powstawały galenica, takie jak popularne proszki od bólu głowy „z kogutkiem” mgr. Gąseckiego czy Kowalskina „z serduszkim”, oparte na tranie Jecorol mgr. Bukowskiego, liczne maści na odciski i piegi zawierające głównie kwas salicylowy i rezorcynę, em-

plastra wylewane do form na gorąco, granulaty, jak glycerophoshat, i wiele innych. Obecnie napływ leków gotowych zmarginalizował recepturę, która ogranicza się do niektórych maści i, jeśli ktoś sobie życzy, kremów.

Zgodnie z obowiązującym wtedy ustawodawstwem farmaceutycznym z 1844 r. koncesja na aptekę była wydawana określonej osobie, która dysponowała odpowiednimi kwalifikacjami zawodowymi, bez możliwości odstąpienia osobom trzecim i dostosowana do ściśle określonej liczby mieszkańców. Zawód aptekarza cieszył się zaufaniem i szacunkiem społecznym, a apteki dzięki zasadzie ciągłości funkcjonowały skutecznie i harmonijnie.

Apteki w ówczesnej strukturze terenowej państwa, obok funkcji czysto farmaceutycznych, pełniły także ważną rolę ośrodków oświatowych i społeczno-kulturowych w życiu lokalnego środowiska, zwłaszcza na wsi i w małych miejscowościach. Z uwagi na fakt, że praca w aptece była oparta na pracy pokoleń, posiadały one nagromadzone wartości historyczne w ich wyposażeniu (zabytkowe meble, naczynia itp.). Wiele aptekarskich rodzin pieczołowicie pielęgnowało polską myśl i tradycję patriotyczną. ▶

► W czasie okupacji niemieckiej polscy aptekarze byli represjonowani, aresztowani i osadzani w obozach koncentracyjnych (np. dr farm. Józef Fabicki, właściciel apteki na Placu Wilsona 6 jako członek AK był więziony w Oświęcimiu) oraz gnębieni materialnie poprzez przejmowanie aptek, laboratoriów i fabryk farmaceutycznych bez odszkodowania, co stanowiło element okupacyjnej polityki szykanowania polskiej inteligencji. Podobne akty miały miejsce na terenach zajętych przez ZSRR. Apteki często były ośrodkami kontaktowymi dla AK (np. mój ojciec ampułkował cyjanek potasu rozgryzany w przypadku „wpadki” w ręce gestapo).

W odpowiedzi na liczne zażyczenia, gwarancje i apele władz okresu powojennego o szybkie uruchomienie zniszczonych aptek polscy aptekarze własnymi siłami odbudowali zniszczone miejsca pracy, w tym także na tzw. Ziemiach Odzyskanych i Północnych, czym przyczynili się walcnie do odciążenia skromnych wówczas państwowych środków budżetowych.

Po 1948 r. rozpoczęły się różne szykany władz PRL wobec właścicieli aptek (sfingowane procesy sądowe o tzw. paserstwo, liczne domiary) zakończone przejmowaniem aptek pod tzw. przymusowy zarząd państwowy. Okres ten, w którym do aptek pozbawionych swych prawowitych właścicieli a zawłaszczonych przez PZF „Cefarm” stopniowo wprowadzano specyfikę sprowadzaną z importu lub z wytwórni krajowych, definitywnie zakończył się w grudniu 1988 r. wprowa-

dzaniem ustawy „o działalności gospodarczej”.

TERAŻNIEJSZOŚĆ

Na podstawie tej ustawy rozpoczęła się, początkowo koncesjonowana przez Ministerstwo Zdrowia, sprzedaż aptek przez „Cefarm”. To, że wskutek świadomej działalności Ministerstwa Zdrowia i dyrektorów „Cefarmów” apteki w 95% trafiły w ręce osób trzecich a nie ich prawowitych właścicieli, którzy w 1989 r. w znacznej większości jeszcze żyli, miało na celu nie tylko ostateczne pozbawienie ich praw, ale **zerwanie z częściami zachowanymi jeszcze tradycjami aptek**.

O nieprawidłowościach w procesie prywatyzacji aptek świadczą wyniki kontroli NIK przeprowadzonej w listopadzie 1990 r. (9). NIK ustaliła w niej, że „wykaz aptek, które wytypowano do sprzedaży, nie został podany do publicznej wiadomości, nie ustalono terminu składania wniosków przez osoby zainteresowane, nie ujawniono listy sprzedawanych aptek, do połowy listopada 1989 r. Ministerstwo Zdrowia nie opracowało zaleceń dotyczących sposobu prowadzenia prywatyzacji i do tego czasu wnioski osób zainteresowanych rozpatrywał tylko dyrektor przedsiębiorstwa”. Zastrzeżenia NIK budziły także sposoby dokonywania wyceny mienia, finansowania remontów itp. (10). Ponadto NIK stwierdziła, że „koszt remontów przekroczył wartość sprzedawanego wyposażenia, np. remont jednej z warszawskich aptek (której prawowity właściciel jeszcze żył – przyp. S.L.)

kosztował 13 mln zł (przed dekonominacją) a wyposażenie (zabytkowe) sprzedano za 3,2 mln zł. W Łodzi zabytkowe wyposażenie jednej z aptek – lożę recepturową, szafy i stół ekspedycyjny, których wartość specjalna komisja wyceniła na 25 mln zł, sprzedano za 998 tys. zł”. W konkluzji NIK zaleciła wstrzymanie wydawania koncesji na prowadzenie aptek przejętych ustawą z 1951 roku (7). Zalecenie to jednak nigdy nie zostało wykonane, co ówczesny podsekretarz stanu w MZiOS prof. Andrzej Wojtczak w liście skierowanym do Stowarzyszenia Byłych Właścicieli Aptek tłumaczył tym, że „jest bezsilny. Minister jako organ założycielski nie ma podstaw prawnych do ingerencji w sprawy sprzedaży aptek przez samodzielne przedsiębiorstwa”.

W październiku 1989 r. dyrekcja PZF „Cefarm” w Warszawie w odpowiedzi na pisma byłych właścicieli lub ich spadkobierców zawiadamiała, że „**obowiązujące przepisy prawne nie przewidują pierwszeństwa przy zakupie apteki byłych właścicieli**, a koncesję wydaje Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Z tych względów PZF „Cefarm” nie ma uprawnień do cofnięcia koncesji ani do zmiany decyzji odnośnie przydziału lokalu” (np. pismo PZF „Cefarm” N/Znak N/2071/89).

Same PZF „Cefarm” przekształciły się w spółki akcyjne, które uważają się za prawowitych właścicieli niesprzedanych jeszcze aptek. Piszę o tym, ponieważ **dawni właściciele i zasady wpojone ich spadkobier-**

com stanowiły, że byli oni **kontynuatorami tradycji i prawdziwymi fanatykami pracy w aptece, której poświęcali często każdą wolną chwilę nigdy nieopłaconego czasu.**

Odwrotnie stało się teraz. Jak pisze doc. Magowska, „Po prywatyzacji aptek (jak przeprowadzonej, autorka nie pisze, ale starałem się ją uzupełnić – przyp. S.L.) ich pracownicy stali się narzędziami do zarabiania pieniędzy. Uzależnienie wysokości zarobków pracowników od zysku, jaki wypracowali dla apteki, jest poprawne z ekonomicznego punktu widzenia, ale nie daje **poczucia misji zawodu**”. Może powiedziane to nieco górnolotnie, ale chodzi o **zachowanie wiedzy zdobytej na trudnych studiach.** Niestety, trzeba sobie powiedzieć otwarcie, że w zamazaniu znaczenia i całego dorobku wynikającego z wiedzy farmaceutycznej zawinili sami farmaceuci. Była dyrektorka Wydziału d.s. Zaopatrzenia i Farmacji Ministerstwa Zdrowia mgr. farm. Ewa Główniak na moje pytanie, dlaczego koncesje na apteki dostają nie tylko farmaceuci, odpowiedziała mi, że same farmaceutki prosiły, aby koncesję wydać na ich mężów, którzy nie byli fachowcami, a wtedy nie obowiązywały już żadne przepisy regulujące wydawanie koncesji (później całkowicie zniesione). Pamiętam też zebranie w PTFarm., na którym właściciele aptek opowiedzieli się zdecydowanie po stronie kolegów niefachowców.

Tak zaczął się proces zmierzający konsekwentnie w kierunku obniżenia roli zawodu, zakończony uchwaleniem aktualnie obowiązującego Prawa farmaceutycznego, które stwierdza, że **właścicielem apteki może być każdy przedsiębiorca**, a niekoniecznie (jak jest w sąsiednich Niemczech) tylko farmaceuta.

Opisana przez doc. Magowską sytuacja młodych farmaceutów jest wynikiem zaistniałej sytuacji. Konieczność poniżającej zawodowo reklamy i prześcigania się w obowiązkach wynika z komercjalizacji aptek. Inną sprawą było pojawienie się w Polsce w latach 1980-1990 obowiązujących zasad GLP i GMP oraz, zwłaszcza po wejściu Polski do Unii Europejskiej, zetknięcie się z rozwiniętym rynkiem światowego przemysłu farmaceutycznego i z de facto całkowitym zanikiem w obecnych aptekach tradycyjnych środków galenowych. **Zastępowanie w aptekach personelu po 5-letnich studiach farmaceutycznych technikami farmaceutycznymi jest w zaistniałej sytuacji procesem całkowicie normalnym** i należy się spodziewać, że z czasem jeden mgr farm.

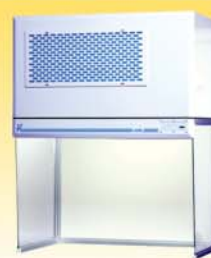
**KARSTULAN
METALLIOY**

KOMORY LAMINARNE

Nowoczesne i niezawodne fińskie komory (łóże) laminarne przeznaczone do przygotowania leków jadalnych w aptekach.

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

**NAJWYŻSZA JAKOŚĆ
ATRAKCYJNA CENA**



LAMIL

Produkowane w kilku wersjach rozmiarowych:

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

Polecamy również:

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

Urządzenia **KARSTULAN METALLIOY** to:

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

Wyłączny importer i przedstawiciel:

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

- – kierownik będzie przypadat na jedną aptekę.

Doc. Magowska zadaje nam pytanie, co dalej z aptekami i farmacją, na które – jak sama pisze – „trudno znaleźć jednoznaczna odpowiedź”. Spróbujemy jednak coś podpowiedzieć, obserwując sytuację w innych krajach.

Przede wszystkim brać należy pod uwagę zagadnienia związane z **opieką farmaceutyczną**, w teorii i praktyce aptecznej szczegółowo opisane przez dr. Jerzego Łazowskiego (5). Otóż mimo wskazań Światowej Organizacji Zdrowia i zaleceń FIP w chwili obecnej istniejący personel fachowy (2 osoby/aptekę) sporadycznie udziela porad (w aptece na ogół nie ma na to czasu), a np. monitorowanie cukrzyki dokonywane jest tylko przy większych przychodniach specjalistycznych.

PRZYSZŁOŚĆ: FARMACJA KLINICZNA

Aktualne zmiany wprowadzające restrukturyzację finansową w zakładach, dla których organem prowadzącym jest minister zdrowia, oraz w zakładach jednostek samorządu terytorialnego, dla których organem założycielskim jest wojewoda, zapowiadają oddłużenie szpitali, przekształcenie ich w spółki oraz podwyżki pensji lekarzy, zapobiegające ich nieuchronnemu emigrowaniu do krajów zachodnich. W konsekwencji spowoduje to konieczność zatrudnienia osób wspierających lekarzy w opiece zdrowotnej nad pacjentami. Tę odpowiedzialną rolę, jaką już pełnią w krajach Europy Zachodniej, mogą pełnić

i u nas w pełni przygotowani do tego zadania farmaceuci.

W ostatnich latach zwraca się uwagę na błędy w leczeniu, które prowadzą do zwiększonej śmiertelności, zachorowalności i dodatkowych kosztów leczenia (np. w Holandii). Farmaceuta szpitalny może kontrolować i optymalizować jakość leczenia oraz dystrybucję leków – od ich zapisywania, wyboru leku po jego przygotowanie, dawkowanie i sposób podawania. Interwencje te mogą poprawiać bezpieczeństwo leczenia na szczeblu organizacyjnym szpitala i w opiece nad poszczególnym pacjentem (2, 4, 8).

Potencjalne oszczędności finansowe uzyskiwane z pracy farmaceutów klinicznych daje się obserwować np. we Włoszech w szpitalu onkologicznym. Oszczędności uzyskuje się tu poprzez: 1) rozsądną dystrybucję sesjami chemioterapii w ciągu tygodnia, 2) stosowanie naczyń na wiele dawek, 3) rozsądne zaokrąglanie dawek leku, 4) selekcję najbardziej przydatnych rozmiarów naczyń, w zależności od jednostki leku i ceny. Takie postępowanie w 2006 r. dało 45% oszczędności (3). Racjonalny sposób postępowania farmaceutów z lekami jest także wypróbowywany w Norwegii (1).

Moje uwagi na temat możliwości wprowadzenia farmacji klinicznej, oparte głównie na danych literaturowych z ostatnich lat, wymagają oczywiście skonfrontowania ich z sytuacją farmaceutów w pozostałych krajach UE i w Polsce. ■

Piśmiennictwo:

1. Austvoll-Dahlgren A., Aaserud M., Vist G. i wsp.: *Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use*. Cochrane Database Syst. Rev. 2008; (1): CD007017.
2. Bosma L., Jansen F. G., Franken A. M. i wsp.: *Evaluation of pharmacist clinical interventions in a Dutch hospital setting*. Pharm. World Sci. 2008; 30(1): 31-8.
3. Fasola G., Aita M., Marini L. i wsp.: *Drug waste minimisation and cost-containment in Medical Oncology: two-year results of a feasibility study*. BMC Health Serv Res. 2008; 8: 70.
4. Guchelaar H. J., Colen H. B., Kalmajer M. D. i wsp.: *Medication errors: hospital pharmacist perspective*. Drugs 2005; 65(13): 1735-1746.
5. Łazowski J.: *Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej*. Biblioteka Naukowa „Czasopisma Aptekarskiego” 2005.
6. Magowska A.: *Czasopismo Aptekarskie* 2007, nr 10 (166) str. 7-11.
7. Markiewicz W.: *Remis ze wskazaniem, Prokurator w „Cefarmie”*, Polityka z 6 VII 1991, nr 27 (1783), s. 6;
8. Mazur L. M., Chen S. J.: *Understanding and reducing the medication delivery waste via systems mapping and analysis*. Health Care Manag Sci. 2008; 11(1): 55-65.
9. Najwyższa Izba Kontroli. Informacja o wynikach kontroli przebiegu prywatyzacji aptek. Nr ewid. 69/C/90.
10. Trepkowski J.: *Apteki – chora prywatyzacja. Na marginesie kontroli NIK*, Rzeczpospolita 22.VIII. 1990, nr 194 (2628), s. I.