Droga do opieki farmaceutycznej w Polsce – praktyka, definicje i ustawa

Michał Byliniak^{1,2}, Katarzyna Galon³, Iwona Arabas⁴

¹Okręgowa Izba Aptekarska w Warszawie, Polska

²Naczelna Rada Aptekarska, Warszawa, Polska

³Wydział Farmaceutyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska (magistrantka)

⁴Instytut Historii Nauki, Polska Akademia Nauk, Warszawa, Polska

Farmacja Polska, ISSN 0014-8261 (print); ISSN 2544-8552 (on-line)

The way to Pharmaceutical Care in Poland – practice, definitions and act

The provision of medical advice and assistance to the sick by pharmacy staff is abundantly recorded in historical sources. The bad state of health of, above all, agricultural workers in the Polish countryside was also noted by the members of the Warsaw Society of Friends of Science (1800–1832) and on their initiative a competition had been opened for a universal popular–science publication aiming to supply knowledge on the methods of first aid and the most useful medicines. At the beginning of the 19th century commonly available medical guides were confronted with dangerous self–treatment.

A manor medicine cabinet, already a customary institution in the 18th century, in the 19th century became an institution that was legally sanctioned by the 1844 ordinance “On Household Medicine Cabinets and and First–Aid”. Confirming the great importance of well–maintained household medicine dispensaries back in the early 20th century, a similar regulation was promulgated in 1920 by the Minister of Public Health entitled: A List of Medicinal Articles Which May Be Kept in Household Medicine Dispensaries.

In professional pharmacy there had been a debate over the decades, which in the 1990s led to the formation of an international movement for the “responsible provision of pharmacotherapy to achieve specific goals to improve patient quality of life”.

The information and educational obligations of pharmacists in the modern world began to play an increasingly important role, but they were never legally sanctioned although at the beginning of the 21st century, universities had already undertaken the task of introducing the subject of Pharmaceutical Care to the curriculum.

An important step in bringing pharmacists closer to implementing pharmaceutical care was its inclusion in the government document “Polityka Lekowa Państwa 2018–2020” (“State Drug Policy 2018–2020”). In December 2020, the “Ustawa o zawodzie farmaceuty” (the Pharmacist Profession Act “) was passed. Its content indicates pharmaceutical care as one of the basic tasks of a pharmacist, also defining services that can be provided in pharmacies.

Keywords: pharmaceutical care, health education, Act on the profession of pharmacist.

Adres do korespondencji

Iwona Arabas, Instytut Historii Nauki,
Polska Akademia Nauk,
ul. Nowy Świat 72, 00-330 Warszawa,
e-mail: iarabas@wp.pl

Źródła finansowania

Nie wskazano źródeł finansowania.

Konflikt interesów:

Nie istnieje konflikt interesów.

Otrzymano: 2021.02.09

Zaakceptowano: 2021.02.22

Opublikowano on-line: 2021.02.24

DOI

10.32383/farmopol/133605

ORCID

Michał Byliniak
(ORCID iD: 0000-0001-7914-7969)
Katarzyna Galon
(ORCID iD: 0000-0002-3687-7387)
Iwona Arabas
(ORCID iD: 0000-0001-7582-5451)

Copyright

© Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne

To jest artykuł o otwartym dostępie,
na licencji CC BY NC

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Dyskusje na temat opieki farmaceutycznej rozpoczęły się już w okresie międzywojennym, a miało to związek przede wszystkim z rozwojem farmacji szpitalnej w Stanach Zjednoczonych. Dopiero jednak w drugiej połowie XX w. zaczęto coraz bardziej zwracać uwagę na problemy, które niesie za sobą farmakoterapia. Początkowo miano na względzie jedynie bezpieczeństwo leku, nie przywiązując uwagi np. do niewłaściwego stosowania preparatów [1]. W latach siedemdziesiątych po raz pierwszy w amerykańskim szpitalnictwie dostrzeżono korzystny wpływ udziału farmaceutów na podejmowanie decyzji dotyczących farmakoterapii [2]. Dyskusja na ten temat toczyła się przez ostatnie dziesięciolecia, a przełom nastąpił w 1990 r. po próbie zdefiniowania opieki farmaceutycznej przez Charlesa Heplera i Lindę Strand (*University of Florida*). Powstał wówczas międzynarodowy ruch na rzecz „odpowiedzialnego zapewnienia farmakoterapii w celu osiągnięcia określonych celów poprawiających jakość życia pacjenta” [3] realizowany w praktyce szpitalnej [4] i aptecznej [5]. Farmaceuci na całym świecie, a zwłaszcza pracujący w aptekach ogólnodostępnych, zaczęli zdawać sobie sprawę z potrzeby optymalizacji farmakoterapii i nadchodzących nowych wyzwań [1]. W Europie poglądy na temat opieki farmaceutycznej były bliższe późniejszym stwierdzeniom Hepler’a z 1996 r. – „Opieka farmaceutyczna zasadniczo oznacza poprawę procesu stosowania leków w celu poprawy wyników, w tym jakości życia pacjentów, a to obejmuje zmianę celu farmacji z produktu na pacjenta. Ta zmiana punktu widzenia oznacza również, że należy dostosować program nauczania, aby farmaceuta mógł zdobyć nową wiedzę i umiejętności” [6].

W 2013 r. *Pharmaceutical Care Network Europe* (PCNE) zaproponowała nową, uproszczoną definicję, w której zadanie farmaceuty określone zostało jako działanie w celu optymalizacji stosowania leków i poprawienia wyników leczenia [7].

Krajami europejskimi, w których opieka farmaceutyczna została najszybciej wdrożona były Wielka Brytania, Szwecja, Norwegia, Finlandia, Belgia, Holandia, Niemcy i Francja. Badania wykazywały, że farmaceuci z aptek ogólnodostępnych często interweniowali w celu uniknięcia problemów lekowych, a także angażowali się w wspieranie leczenia chorób przewlekłych [8]. Ponadto, w Anglii i Holandii udział farmaceutów w edukacji zdrowotnej społeczeństwa stał się elementem rządowych programów zdrowia [4].

Oświata zdrowotna

W wytycznych Unii Europejskiej jednym z podstawowych zadań farmaceutów jest promowanie

oświaty zdrowotnej. Zapis ten potwierdza rolę, jaką od wieków przypisywano pracownikom aptek. Przez stulecia zmieniał się jedynie nacisk, jaki kładziono na poszczególne elementy obowiązków: przygotowanie leku, jego dystrybucja oraz informowanie o sposobie działania i dawkowaniu. Przełomowe okazały się ostatnie dziesięciolecia, gdy nastąpiło drastyczne zmniejszenie liczby wykonywanych leków recepturowych. Można zastanowić się, czy w naszej historii apteki były naturalnym miejscem, do którego udawano się po poradę, jak ta rola została odnotowana w literaturze i czy była kiedykolwiek usankcjonowana prawnie.

Wagę roli farmaceutów w szerzeniu oświaty zdrowotnej dostrzegli już w XIX w. twórcy warszawskiego Wydziału Akademicko-Lekarskiego (1809) [9], z Gabinetem Farmaceutycznym: Józef Jan Celiński [10], Hiacynt Dziarkowski, August Wolff, Józef Czekierski, Franciszek Brandt [11] i Ludwik Cassius. Dali oni sygnał do zmian w podejściu do nauki i kształcenia, dostrzegając konieczność połączenia celu uniwersalnego i utilitarnego. Urzeczywistnieniem ich idei było powołane w 1800 r. Towarzystwa Przyjaciół Nauk (TPN), gdzie pracujący dla Towarzystwa przedstawiciele nauk medycznych postawili sobie za cel przede wszystkim popularyzowanie wśród społeczeństwa oświaty zdrowotnej, która miała podobny cel, jak dzisiejsza opieka farmaceutyczna. Miało to szczególne znaczenie dla mieszkańców wsi, gdyż działalność TPN przypadła na czas procesu uwłaszczenia chłopów, kiedy to stan sanitarny i zdrowotny ludności wiejskiej nie miał oparcia w żadnej instytucji i był całkowicie uzależniony od dobrej woli dworu.

Uczeni działający w Towarzystwie Przyjaciół Nauk mieli, określony statutem, obowiązek pisania i publikowania rozpraw [11], m.in. na temat chorób krajowych i ich leczenia oraz ratownictwa i higieny [12]. Największe dyskusje wzbudziły jednak prace poświęcone oświacie zdrowotnej. Dyskutowano przydatność popularnych poradników [13], które trafiały do biblioteczek aptecznych, ale znajdowały także nabywców wśród mieszkańców dworów, w których znajdowały się apteczki domowe.

Nie wszyscy członkowie Towarzystwa byli zwolennikami publikowania poradników zawierających wskazówki dotyczące stosowania środków leczniczych. Według dr. Augusta Ferdynanda Wolffa powszechne akceptowanie poradników dawało błędną i groźną w skutkach nadzieję, że każdy może być swoim lekarzem: „Chociaż sławny Tissot nie był pierwszym który usiłował upowszechnić sztukę lekarską i niewiadomym jej nawet dać przepisy do leczenia najpospolitszych chorób, był on jednak tym, którego dzieło powszechnie na ten przedmiot zwróciło uwagę,

które z oklaskami przyjęte i na rozmaite języki tłumaczone, stało się niejako przewodnikiem, w którym dziedzic, gospodarz, gospodyni, pomoc i radę dla siebie i swej rodziny, dla sąsiadów, wychowanców i poddanych w częstych zdrowiu i życiu zagrażających przypadkach, znajdować mniemali” [14].

Pomimo dostrzegania niebezpieczeństw, jakie niesie za sobą samolecznictwo, poradniki medyczne od czasów Renesansu były podstawowym źródłem wiedzy umożliwiającej niesienie pomocy przy baraku dostępu do lekarzy i aptek. Zostało to trafnie ujęte w tytule książki „Apteka dla tych co jej, ani lekarza nie mają” [15] – wierszowanego poradnika opartego na dziele „Szkoly Salernitańskiej”, w tłumaczeniu Józefa Żaluskiego [16].

Sytuację na ówczesnych ziemiach polskich opisał Łukasz Gołębiowski, bibliotekarz TPN, który z wielkim respektem zdefiniował tradycyjny obowiązek: „Lekarzy nie było, nie każde ich miejsce posiadać mogło i może, a po ratunek udawano się do dworu: trzeba więc było mieć wszelkie zapasy. [...] Stąd apteczki dwa rodzaje uważać wypada: dla zdrowia i wygody lub przyjemności [...]. Co do pierwszego: Syreniusza, Marcina z Urzędowa lub inny zielnik przed sobą mając, przewartawawszy go nie raz, umiając go prawie na pamięć, gdzie go nie było z przepisów, lub z głowy biegłyszka [...] robiła dryakwie, octy, suszyła kwiaty, liście, owoce, korzenie.” [17].

Działalność kobiet jako opiekunek apteczek we dworach [18] w XIX w. była nawet uwzględniona w Ustawie dla farmaceutów i aptek z 1844 r., w rozdziale VIII „O apteczkach domowych i środkach podręcznych” (Dziennik Praw z 1844, t. 35). Kolejne uregulowanie utrzymujące w mocy legalny byt apteczek pochodzi z 1920 r. i zatytułowane zostało „Spis artykułów leczniczych, które mogą być utrzymywane w aptekach domowych” (Monitor Polski, 1920, nr 69) [19]. Łatwo stwierdzić, że zmiany w nowym dokumencie dotyczyły jedynie rozszerzenia asortymentu leków dostępnych oficjalnie w apteczkach domowych.

Najcelniej podsumował tradycję dworskiej pomocy, której twarzą były panny apteckowe, Melchior Wańkowicz słowami: „Dwór był centralną kasą chorych i centralną apteką na całą okolicę” [20].

Apteki w miastach i małych miejscowościach były tradycyjnie traktowane nie tylko jako miejsce zaopatrzenia w leki, ale także uzyskania porady. Popularny autor powieści historycznych Wacław Gąsiorowski swoje doświadczenia z pracy w aptece, w charakterze pomocnika, opisał w wydanej w 1901 r. powieści „Pigularz”. Przytoczył scenę rozgrywającą się w dzień targowy, którą musiał znać z autopsji: „Od samego rana do apteki śpieszyły tłumy. Władysław uwijał się, biegał i po kilku

naraz załatwiał interesantów. Tej – kurze ziele sypał, z tym porozumiewał się w kwestii „darcia” w nodze, innej zalecał maść śmietanową na wygojenie zadraśnięcia, tamtemu znów opatrywał zastrzał” [21].

Praktyka

Pomimo trwającej na świecie dyskusji o roli opieki farmaceutycznej w Polsce, przełomowym czasem były dopiero lata dziewięćdziesiąte XX w., które przyniosły wielkie zmiany polityczno-gospodarcze. Zmiany zarówno w zakresie dostępności leków, jak i własności aptek i hurtowni farmaceutycznych skutkowały postawieniem przed farmaceutami nowych zadań, a problematyka ta stała się tematem wielu artykułów opublikowanych przede wszystkim w czasopiśmie Warszawskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej „Aptekarz”.

Autorem większości artykułów, które zajmowały się problemem określanym dzisiaj mianem „opieki farmaceutycznej” był dr Tadeusz Jerzy Szuba. Traktował on problem bardzo szeroko, a kluczową dla niego kwestią było dbanie o dobro pacjenta, nie tylko pod względem profesjonalnej opieki nad jego zdrowiem, ale również zasobami finansowymi. Przystępne ceny leków były bowiem podstawowym warunkiem dostępności farmakoterapii dla społeczeństwa. Szuba jeden ze swoich opublikowanych tekstów zatytułował nawet „Doradzanie cenowe jako element opieki farmaceutycznej” [22]. Zwrócił w nim uwagę na wyjątkowe prawa, jakimi rządził się rynek farmaceutyczny i przedstawił bezradność pacjenta na tym rynku. W przypadku wszelkich innych dostępnych konsumentowi towarów mógł on lepiej lub gorzej ocenić ich wartość i świadomie zdecydować o ewentualnym kupnie. Z lekami sytuacja wyglądała inaczej. Pacjent był „ignorantem towaroznawczym” [23]. Płacił za wybór, którego dokonał lekarz, w przypadku leków na receptę, a w przypadku leków OTC (*over the counter*) wybierał np. te dobrze rozreklamowane. Opisał zjawiska, które przede wszystkim przyczyniały się do niepotrzebnego „wyciągania pieniędzy od ludzi chorych” [24]. Problem dotyczył głównie leków oryginalnych, ale też tych, którym minął okres ochrony patentowej, zapewniający monopol na daną substancję. Mimo istniejącej już konkurencji i dostępności na rynku o wiele tańszych leków generycznych, wielcy producenci leków oryginalnych wcale nie skłaniali się do znaczącego obniżenia pierwotnie wysokich cen. Lekarze, przyzwyczajeni przez lata do monopolu i wypisywania na receptach leków oryginalnych, też nie byli skorzy do zamiany ich na leki generyczne. Podobną w skutkach sytuacją było przepisywanie

pacjentom leków *me-too* – produktów leczniczych zawierających substancję aktywną bardzo podobną pod względem chemicznym do substancji aktywnej dostępnej już na rynku. Lek *me-too* posiada identyczny mechanizm działania jak pierwowzór i jest stosowany w takich samych wskazaniach. Szuba za przykład podał inhibitory pompy protonowej – na rynku istniał skuteczny i taniąjący omeprazol, a lekarze przepisywali nowo opatentowany i drogi, ale niekoniecznie lepszy, esomeprazol.

Wnioski dotyczące roli farmaceuty w dyspensowaniu leków dla ludności nasuwały się same: „Aptekarz był, jest i będzie naturalnym opiekunem pacjenta. Apteka, choć ma formę przedsiębiorstwa, jest równocześnie punktem sanitarnym, placówką ochrony zdrowia. Misją aptekarza jest służba choremu. Dawanie mu najlepszego leku (wg ordynacji lekarskiej oraz własnej wiedzy) po najniższej cenie” [24]. Zadanie to, z pozoru oczywiste, wcale do takich nie należało. Rynek farmaceutyczny bezustannie poszerzał się o coraz to nowszy asortyment leków o działaniu identycznym lub bardzo podobnym, jak w przypadku leków *me-too*. Ponadto, wciąż zmieniały się ceny leków. Dużo uwagi dr Szuba poświęcił lekom hipotensyjnym [24], porównując najtańszy inhibitor konwertazy angiotensyny enalapryl z najdroższym benazeprylem, który był 9-krotnie droższy.

Samoleczenie również było dla dr Szuby problemem wzbudzającym duże emocje. Ostro reagował na próby jego popularyzowania. W artykule „Myśli Prezesa nt. polityki lekowej państwa” [25] nie krył oburzenia opinią ówczesnego prezesa Polskiej Izby Przemysłu Farmaceutycznego prof. dr hab. med. W. Roszkowskiego o potrzebie jej promowania. Za konieczne uważał gruntowną edukację zdrowotną społeczeństwa, a nie samoleczenie, które bez czujnego oka profesjonalisty mogło łatwo przerodzić się w „samozatrucie” [26].

Tadeusz Szuba pisał również o bezpieczeństwie stosowania leków OTC oraz samej kategoryzacji leków na: wydawane na receptę i bez recepty. Zaznaczał, że na świecie panuje tendencja do przenoszenia coraz większej liczby leków do grupy OTC, czego powodem są przede wszystkim względy finansowe. W tej sytuacji jedynym strażnikiem, czuwającym nad bezpieczeństwem stosowania leków, może być farmaceuta, którego rolę w procesie samoleczenia powinno się zdecydowanie zwiększyć. Szuba sugerował, że dobrym rozwiązaniem byłoby podzielnictwo farmaceutyków na 3 grupy: „a) leki wydawane tylko w aptece na polecenie lekarza pod kontrolą aptekarza, b) leki OTC wydawane w aptece pod kontrolą aptekarza, c) leki OTC wydawane w aptece bez kontroli aptekarza; poszczególne leki tej grupy mogą być

wydawane poza aptekami w miejscach wyznaczonych przez ministra zdrowia” [26]. Nową grupę w tym układzie, stanowiłaby grupa b, a jej wyodrębnienie pozwoliłoby na zapobieganie albo chociaż „ograniczenie samozatrucia się ludzi przez nadużywanie środków farmakologicznych” [26].

Wielką i niechlubną rolę w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku w Polsce odegrała reklama. Przełomowy był 1994 r., kiedy to dokonano zmian w prawodawstwie dotyczącym reklamy leków. Do końca 1993 r. reklama leków była ogólnie zabroniona, ale zakaz ten lekceważono. Aptekarze obserwowali wyraźny wzrost popytu na wybrane leki spowodowany reklamami w środkach masowego przekazu. Chociaż z prawnego punktu widzenia nie mogli oni odmówić wydania leku OTC, to jednak, zważając na etykę zawodu, farmaceuta powinien pamiętać, aby stać na straży bezpieczeństwa pacjentów. Dr Szuba zauważał, że – wbrew pozorom – działania aptekarzy i lekarzy zgodnie z myślą *salus populi suprema lex* nie zawsze mogły być bezpieczne dla nich samych, ze względu na potęgę koncernów farmaceutycznych. Myślał tutaj o konieczności zrehabilitowania i uchwalenia odpowiedniego prawa farmaceutycznego, które powinno dawać specjalistom możliwość swobodnego wypowiedziania się o produkcie leczniczym nie tylko dobrze, ale również krytycznie i nie popadając przy tym w konflikt z prawem, mającym na względzie dobro producenta. Lekarz czy aptekarz nie mieli bowiem szans wygrać w sporze z firmą farmaceutyczną, która dysponowała zarówno potężnymi środkami finansowymi, jak i wykwalifikowanymi prawnikami. Według Szuby, reklama dotycząca leku przed pojawieniem się w mediach powinna zostać zweryfikowana pod względem prezentowanej treści i uzyskać akceptację inspektoratu farmaceutycznego.

Tadeusz Szuba alarmował o niebezpieczeństwach, jakie mogły nieść za sobą artykuły w prasie popularnej [27]. Miał na myśli sformułowania: „Połknij, odejdiesz na zawsze” T. Krassowskiego w „Przeglądzie Tygodniowym” [28] i „Prozac Szczęścia” S. Zagórskiego w „Gazecie Wyborczej” [29]. Celem obu artykułów było najprawdopodobniej wzbudzenie sensacji wśród czytelników, jednak określenia te stały się źródłem dezinformacji w kwestii leków.

Kształcenie kadr

Początek XXI w. przyniósł dalsze publikacje na temat opieki farmaceutycznej. Powstanie w 2004 r. tematycznego biuletynu Naczelnej Izby Aptekarskiej „Opieka Farmaceutyczna” dało sygnał do podjęcia badań mających na celu oszacowanie możliwości wdrożenia opieki farmaceutycznej

oraz korzyści z jej realizacji. Jednym z pierwszych działań, pod kierownictwem dr n. farm. Agnieszki Skowron [30], był projekt FONT wdrożony na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie oraz w aptekach województwa małopolskiego w latach 2004–2005.

Opieka farmaceutyczna uzyskała więc status przedmiotu wykładanego na wydziałach farmaceutycznych, np. w Warszawie w 2009 r. powstał Zakład Opieki Farmaceutycznej w Katedrze Farmakognozji i Molekularnych Podstaw Fitoterapii pod kierownictwem prof. dr hab. med. Małgorzaty Kozłowskiej-Wojciechowskiej. Już po roku stał się samodzielną jednostką, a ważnym elementem dydaktycznym było powołanie apteki szkoleniowej, która umożliwiła zarówno prowadzenie kartoteki zdrowotnej pacjenta, analizowanie problemów lekowych (w tym interakcji lekowych), jak i dokumentowanie działań niepożądanych oraz tworzenie planu opieki [31].

Wprowadzenie przedmiotu opieka farmaceutyczna na wydziałach farmaceutycznych zapoczątkowało wydaniem podręczników dla studentów z tego zakresu, m.in. pod redakcją Małgorzaty Kozłowskiej-Wojciechowskiej, Janusza Pluty, Katarzyny Szalonki i Alicji Zofii Orłowskiej.

Ustawa

Dobrze wykształcone, do pomocy chorym w farmakoterapii, kadry farmaceutów czekały ciągle na uregulowania prawne, które pozwoliłyby im na realizowanie opieki farmaceutycznej w aptekach. Pierwszym krokiem legislacyjnym do jej realizacji było wprowadzenie już w 2008 r. do Ustawy o izbach aptekarskich definicji opieki farmaceutycznej, którą opisano jako dokumentowany proces, „w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta” [32]. Niestety przez kilka kolejnych lat, pomimo podnoszonych przez samorząd aptekarski oraz ośrodki akademickie działań, wdrożenie opieki farmaceutycznej nie znalazło się na liście priorytetów kolejnych ministrów zdrowia. Sytuacja uległa zmianie dopiero w sierpniu 2015 r., gdy mocą zarządzenia Ministra Zdrowia Mariana Zembała powołano roboczy Zespół do spraw opieki farmaceutycznej [33]. Celem prac zespołu było wypracowanie projektu opieki farmaceutycznej, który podlegałby finansowaniu ze środków publicznych. W kolejnych latach prace nad koncepcją rozwoju zawodu farmaceuty oraz wdrożenia opieki farmaceutycznej trwały w ramach kolejnych zespołów

powoływanych przez kolejnych ministrów zdrowia: Zespołu do spraw opracowania projektu ustawy o zawodzie farmaceuty [34], Zespołu roboczego do spraw opieki farmaceutycznej [35] oraz Zespołu roboczego do spraw pilotażowego wdrożenia opieki farmaceutycznej [36].

Istotnym krokiem przybliżającym farmaceutów do wdrożenia opieki farmaceutycznej było jej uwzględnienie w rządowym dokumencie: „Polityka Lekowa Państwa 2018–2022” [37], który podkreślał znaczenie poprawy współpracy pomiędzy uczestnikami systemu prowadzącymi farmakoterapię i osobami uprawnionymi do realizacji recept oraz zmniejszenia liczby działań niepożądanych wynikających z interakcji leków, polipragmazji czy błędnego zrozumienia zaleceń lekarskich.

Najważniejsze były jednak prace Zespołu do spraw opracowania projektu ustawy o zawodzie farmaceuty, które zostały uwieńczone stworzeniem projektu przekazanego do prac parlamentarnych, a następnie uchwaleniem ustawy 10 grudnia 2020 r. [38].

Ustawa o zawodzie farmaceuty wskazuje opiekę farmaceutyczną jako jedno z podstawowych zadań farmaceuty, definiując ją jako świadczenie zdrowotne, które może być realizowane w aptekach poprzez prowadzenie konsultacji farmaceutycznych, wykonywanie przeglądów lekowych wraz z oceną farmakoterapii, opracowywanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, wykonywanie badań diagnostycznych, wystawianie recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego.

Jednocześnie z pracami nad ustawą prowadzono prace dotyczące pierwszych usług opieki farmaceutycznej, mające na celu przygotowanie raportu (31 grudnia 2020 r.) [39], który miał być podstawą do podjęcia decyzji przez ministra zdrowia o zakresie i terminie pierwszego pilotażu oraz określenia sposobu finansowania. Zaakceptowany raport opublikowano w lutym 2021 r. [40] i zawierał w nim szczegółową koncepcję usług opieki farmaceutycznej, wraz z określeniem zasad ich wdrażania i prowadzenia.

Warte odnotowania jest również wskazanie po raz pierwszy farmaceutów jako grupy zawodowej, która w przyszłości ma uzyskać uprawnienie do kwalifikacji oraz wykonywania szczepień – „Rozszerzenie dostępu do szczepień ochronnych w celu zmniejszenia zapadalności na choroby zakaźne nastąpi poprzez: [...] Wprowadzenie zasad nadawania uprawnień do kwalifikacji i wykonywania wybranych szczepień ochronnych pielęgniarkom, położnym i farmaceutom”.

Decyzje dotyczące uregulowań prawnych, których od lat domagali się farmaceuci, przyspieszyła sytuacja związana z pandemią COVID-19. Zwiększono uprawnienia farmaceutów w zakresie

wystawiania recept farmaceutycznych (zlikwidowano wymóg występowania „nagłego” zagrożenia życia lub zdrowia, warunkującego możliwość wydania leku na receptę w ramach recepty farmaceutycznej), a także nadano farmaceutom uprawnienie do wystawiania refundowanych recept *pro auctore* i *pro familia* [41]. Kolejnym krokiem było nadanie farmaceutom uprawnienia do prowadzenia szczepień przeciwko COVID-19 [42], mającego na celu wsparcie zespołów szczepiennych, a będące również realizacją założeń dokumentu „Polityka Lekowa Państwa 2018–2022”.

Piśmiennictwo

- Machuca Gonzalez M. Opieka farmaceutyczna wyzwaniem dla opieki zdrowotnej. *Opieka farmaceutyczna*. 2008; 11(3–4): 89–94.
- Mikael RL, Herman L, Michael C, Thomas R. Quality of pharmaceutical care in hospitals *Am J Hosp Pharm*. 1975; 32(6): 567–574. Dostępny w internecie: <https://pubmed-1ncbi-1nlm-1nih-1gov-100001afk117c.han3.wum.edu.pl/1155467/>. Dostęp 12.02.2021.
- Schulz M. Opieka farmaceutyczna w Europie. Wczoraj, dziś i jutro. *Opieka farmaceutyczna*. 2006; 9(1–2): 19–30.
- Magowska A. Ewaluacja opieki farmaceutycznej jako problem badawczy. *Opieka farmaceutyczna*. 2008; 11(3–4): 80–88.
- Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990; 47(3): 533–543. Dostępny w internecie: https://www.researchgate.net/publication/20838625_Opportunities_and_Responsibilities_in_Pharmaceutical_Care.
- Hepler CD. Pharmaceutical Care. *Pharm World Sci*. 1996; 18(6): 233–235. Dostępny w internecie: <https://pubmed-1ncbi-1nlm-1nih-1gov-100001afk14a9.han3.wum.edu.pl/9010887/>. Dostęp 12.02.2021.
- Alleman SS, van Mil JW, Botermann L, Berger K, Griesse N, Hersberger KE. Pharmaceutical care: the PCNE definition 2013. *Int J Clin Pharm*. 2014; 36(3): 544–555. Dostępny w internecie: <https://pubmed-1ncbi-1nlm-1nih-1gov-100001afk14a9.han3.wum.edu.pl/24748506/>.
- Schulz M. Opieka farmaceutyczna w Europie. Wczoraj, dziś i jutro. *Opieka farmaceutyczna*. 2006; 9(1–2): 19–30.
- Kowalski H. Siedziba Wydziału Lekarskiego i Instytutu Położniczego Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego; J. Bieliński. Założenie Wydziału Lekarskiego w Warszawie. *Krtyka Lekarska*. 1903; 15: 136.
- Kuźnicka B. Ewolucja nauczania farmacji w Polsce w latach 1783–1930. Wrocław; 1968: 65.
- Ostrowska T. Przedstawiciele nauk medycznych i ich działalność naukowa w Towarzystwie Warszawskim Przyjaciół Nauk (1800–1832). Warszawa; 1982: 11–22, 126.
- AGAD, TPN sygn.79. Rozmaite pisma dotyczące głównie Wydziału Lekarskiego i niektóre bruliony protokołów posiedzeń administracyjnych (1805–1814). s.2–6 i 7–12.
- Arabas I. Prace Towarzystwa Warszawskiego Przyjaciół Nauk na rzecz poprawy stanu zdrowotnego ludności wiejskiej. [w:] Fascynacje folklorystyczne. Księga poświęcona pamięci Heleny Kapełuś. Warszawa; 2002: 1–12.
- Wolff AF. Rozprawa o sztuce lekarskiej popularnej. *Roczniki Towarzystwa Warszawskiego Przyjaciół Nauk* 1816; 9: 222–232, 224–225.
- Zaluski JA. Apteka dla tych co iey, ani lekarza nie maia albo Spособ konserwowania zdrowia, mianowicie dla tych spisana co lekárza nie maia, apteki nie znaia to iest Szkoła Salernitonska z łacinskiego wierszu metrem oczyszczym przełożona w podróży, z niemawieści proznowania, á z miłośa ku ubogim chorym po wsiach mięszkaiącym do druku podana przez tego który Jest Ziemianow Rodakow Kochaiący. Warszawa; 1750.
- Rzeplia A. Edycje Medycyny Salernitańskiej w zbiorach Biblioteki i Muzeum Farmacji Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. *Medycyna Nowożytna. Studia nad Kulturą Medyczną*. 2005; 12(1–2): 201–216.
- Gołębiowski L. Domy i dwory. Warszawa; 1830: 25–26.
- Arabas I. Apteczki domowe w polskich dworach szlacheckich. Studium z dziejów kultury zdrowotnej. Warszawa; 2006.
- Podbielski J. Zbiór ustaw i rozporządzeń. Warszawa; 1921: 54–58, 178–179.
- Wańkowicz M. Szczenięce lata. Warszawa; 1972: 47.
- Gąsiorowski W. Pigularz. Warszawa; 1970: 145.
- Szuba T, Ekielska M, Szymański P. Doradzanie cenowe jako element opieki farmaceutycznej. *Aptekarz* 2005; 13(11/12): 247–269.
- Szuba T. Producent- konsument, przewaga pierwszego. *Ekonomika leku. Podręcznik dla studentów farmacji*. Warszawa; 1994: 15.
- Szuba T, Ekielska M, Szymański P. Doradzanie cenowe jako element opieki farmaceutycznej. *Aptekarz*. 2005; 13(11/12): 247–269.
- Szuba T. Myśli Prezesa nt. polityki lekowej państwa. *Aptekarz* 1994; 2(8): 356–360.
- Szuba T. Polityka leku w Polsce – jaka powinna być. *Aptekarz* 1994; 2(9): 385.
- Szuba T. Apel – prośba do naczelnych redaktorów gazet i czasopism. *Aptekarz* 1995; 3(2): 83.
- Krassowski T. Połknij, odejdziesz na zawsze. *Przegląd Tygodniowy*. 20.01.1995.
- Zagórski S. Prozac Szczęścia. *Gazeta Wyborcza*. 2.12.1994.
- Skowron A, Dziurda D, Polak S, Ogórka A, Brandys J. Skuteczność opieki farmaceutycznej prowadzonej w Polsce dla pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w ramach programu FONT. XX Naukowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Katowice. 25–28 IX 2007.
- Wroczyński P, Arabas I, Zimniak A, Grudzień M, Stańczyk K. Jubileusz 90-lecia Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Warszawa. 2016: 151.
- Ustawa z dnia 10 stycznia 2008 r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich; Dz.U. Min. Zdr. 2008 nr 47 poz. 273.
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia (zmieniające z 9 listopada) 2015 r. w sprawie powołania Zespołu roboczego do spraw opieki farmaceutycznej; Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 45 i 71.
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2016 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania projektu ustawy o zawodzie farmaceuty; Dz. Urz. Min. Zdr. 2016.36.
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2016 r. uchylające zarządzenie w sprawie powołania Zespołu roboczego do spraw opieki farmaceutycznej; Dz. Urz. Min. Zdr. 2016.82.
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2017 r. w sprawie powołania Zespołu roboczego do spraw pilotażowego wdrożenia opieki farmaceutycznej; Dz. Urz. Min. Zdr. 2017.107.
- Ministerstwo Zdrowia. Rada Ministrów przyjęła dokument „Polityka Lekowa Państwa 2018–2022”. 18.09.2018. Dostępny w internecie: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rada-ministrow-przyjela-dokument-polityka-lekowa-panstwa-20182022>. Dostęp 12.02.2021.
- Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty; Dz.U. 2021 poz. 97.
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opieki farmaceutycznej; Dz. Urz. Min. Zdr. 2020.49.
- Raport Opieka Farmaceutyczna, Kompleksowa analiza procesu wdrażania.
- Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19; Dz.U. 2020 poz. 567.
- Ustawa z dnia 21 stycznia 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw; Dz.U. 2021 poz. 159.