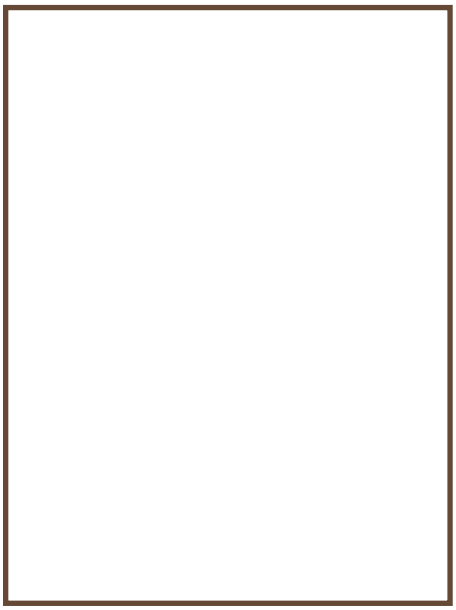
BIULETYN

9,10(177,178/2010) Rok wydania XIX



Podkarpacka Okręgowa Izba Aptekarska
Rzeszów - wrzesień, październik

BIULETYN REDAGUJE PREZYDIUM PORA
oraz
KOMITET REDAKCYJNY:

Przewodniczący – dr n. farm. Aleksander Czarniawy
Redaktor Naczelny – mgr farm. Lidia Maria Czyż
Opracowanie edytorskie – Adam J. Czartoryski
tel. (017) 85-38-212, tel. kom. 508-184 087, tel./fax (017) 85-29-206

WYDAWCA: PODKARPACKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA

35-025 Rzeszów, ul. Jagiellońska 23/5,
tel. (017) 85-38-212, tel./fax (017) 85-29-206
www.poia.pl, e-mail: biuro@poia.pl
konto: Bank PKO S.A.
nr 031240 4751 1111 0000 5517 8507

BIURO CZYNNE: od poniedziałku do piątku od 8^{00} do 15^{00}
Zastępcy Prezesa przyjmują: wtorki od 9^{00}-10^{30}
SEKRETARZ POIA Lidia Czyż przyjmuje: środa 9^{00}-11^{00}, piątek 10^{00}-12^{00}
tel. 508 184 087
RZECZNIK PRASOWY POIA: Adam J. Czartoryski, tel. 502 258 887
OBSŁUGA PRAWNA: Kancelaria Adwokacka,
Bogusława Szybisz, tel. 017 852-86-25
Przyjmuje: piątek od 9^{00} do 10^{00}
w siedzibie POIA w Rzeszowie

ISSN: 1428-7366, 1896-7639

Materiałów nie zamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiustacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam, ogłoszeń.

Nakład 1 200 egz.
Egzemplarz bezpłatny

Druk: Drukarnia „KOLOR”, Tyczyn, ul. Kościuszki 4A, tel. (017) 22 99 345

Koleżanki i Koledzy!

W związku z brakiem porządkowania rynku dystrybucji leków zarówno pod względem finansowym jak i merytorycznym a także zaniechaniem przez Ministerstwo Zdrowia nowelizacji ustawodawstwa farmaceutycznego, oraz brakiem reakcji na zgłaszane od lat postulaty samorządu aptekarskiego NRA na swoim posiedzeniu w dniu 8 września br podjęła Stanowisko w sprawie akcji protestacyjnej samorządu aptekarskiego(w biuletynie).

Już na drugi dzień pojawił się dość niespodziewanie dawno zapowiadany projekt ustawy refundacyjnej,który miał uporządkować od strony finansowej rynek dystrybucji leków.

Dlatego przygotowany przez NRA protest aptekarzy został zawieszony i podjęliśmy dyskusję nad tym projektem traktując go jako początek porządkowania prawa.

Niestety przedstawiony projekt ustawy mija się w znacznym stopniu z naszymi oczekiwaniami. Co prawda projekt jest pierwszą od lat próbą regulacji w tym zakresie,równocześnie jednak zakłada,że budżet Państwa ma na nim zaoszczędzić 450 mln złotych, kosztem przede wszystkim aptek i ich pacjentów.

Zapisy zawierają m.in.:

- drastyczne obniżenie marży hurtowej do 5% (praktycznie znikną rabaty);
- nowa tabela marż detalicznych, naliczanie marż od limitu – niekorzystne, generuje dalsze straty;
- zmiana sposobu wyznaczania limitu może spowodować fikcyjne objęcie refundacją leków, których ceny znacznie przekroczą ustalony limit przy tak szerokich kryteriach;
- zbyt skomplikowany system odpłatności za leki dla świadczeniobiorcy, którego pacjenta nie rozumie i trudno mu go wyjaśnić skoro nie zna zasad odpłatności za leki – należy go uprościć np. poprzez ustalenie stałej kwoty odpłatności za leki dla pacjenta;
- konieczność podpisywania umów refundacyjnych przez kierownika apteki z NFZ – zgłaszamy sprzeciw;
- niedopracowany system kar administracyjnych, nie wyeliminuje do końca patologicznych zjawisk na rynku leków;
- brak zapisów o odpowiedzialności lekarza za wystawianie recept niezgodnie ze stosownym rozporządzeniem MZ, przerzuca się ją na pacjenta i aptekę.

Te i inne szczegółowe uwagi wypracowane na posiedzeniu PORA z udziałem przedstawicieli hurtowni farmaceutycznych działających na naszym terenie przekazaliśmy do NRA, by po przeanalizowaniu na posiedzeniu NRA skierować je z odpowiednim komentarzem do MZ i wszystkich legislatorów. Na posiedzeniu tym, dzięki uprzejmości firmy informatycznej MERIDO, mieliśmy okazję zapoznać się też ze skutkami finansowymi ewentualnego wprowadzenia ustawy refundacyjnej z prezentacji przygotowanej przez KAMSOFT.

Według symulacji przeprowadzonych przez IMS straty średniej apteki w Polsce spowodowane wejściem w życie systemu naliczania marż aptecznych zawartego w projekcie ustawy refundacyjnej mogą wynosić około 5 tysięcy złotych miesięcznie, co daje kwotę około 60 tysięcy rocznie. Ponieważ według wyliczeń IMS od 30% do 40% aptek w Polsce funkcjonuje na granicy płynności finansowej, wejście w życie takiego systemu naliczania marż aptecznych spowoduje w krótkim czasie likwidację od 30% do 40% aptek.

Pogotowie protestacyjne więc trwa czekamy na obiecaną jesienną lawinę legislacyjną, a jeśli nie to organizujemy się i ruszamy pod siedzibę Rządu i Sejmu? Zachęcamy Państwa do podzielenia się z nami – co o tym sądzicie – przesyłając uwagi na adres internetowy POIA. W końcu mamy na zewnątrz prezentować poglądy nie tylko swoje,ale przede wszystkim naszych członków!!!

Tegoroczne obchody Dnia Aptekarza Święta Kosmy i Damiana zainaugurowało na naszym terenie Sympozjum Objazdowe po Podkarpaciu w dniach 16-19 września br. rozpoczynające się w Sanoku a zorganizowane przez Zespół Sekcji Historii Farmacji PTFarm. i Stowarzyszenie Farmaceutów Katolickich Polski pod patronatem Prezesów PTFarm., NRA I POIA,o czym informowaliśmy w poprzednim a opis Sympozjum zamieszczamy w tym biuletynie .

Natomiast obchody Ogólnopolskiego Dnia Aptekarza odbyły w Warszawie w teatrze Sabat z udziałem skromnej reprezentacji władz centralnych. Miło mi poinformować,że z tej okazji wyróżnieni odznaczeniami resortowymi oraz samorządowymi zostali nasi członkowie:

– „Za zasługi dla ochrony zdrowia": mgr Lidia Czyż i dr Aleksander Czarniawy;
– „Medal im.prof.Bronisława Koskowskiego „Ad gloriam pharmaciae":
  mgr Ewa Bilska, mgr Renata Olech;
– „Mecenas Samorządu Aptekarskiego": mgr Anna Gut,mgr Monika Urbaniak.

Również nasza koleżanka mgr Lidia Czyż podczas Sesji Sejmiku Województwa Podkarpackiego w dniu 27.09.br została odznaczona odznaką:

– „Zasłużony dla Województwa Podkarpackiego" **Gratulujemy!!**

Poza tym w biuletynie:

– komunikat NFZ w sprawie rejestru recept zablokowanych;
– pisma MZ i MSW dotyczące recept dla powodzian;
– korespondencja dotycząca postępowania administracyjnego i zbadania zgodności
  z prawem postępowania firmy AstraZeneca w zakresie obrotu hurtowego leków;
– przegląd prasy
– „Dzieje szkła w Polsce"

Prezes
Podkarpackiej Okręgowej
Rady Aptekarskiej

dr n. farm. Aleksander Czarniawy

Dzień Aptekarza

ŻYCZENIA PREZESA NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ Z OKAZJI OGÓLNOPOLSKIEGO DNIA APTEKARZA

SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY!

26 września obchodzimy Ogólnopolski Dzień Aptekarza – doroczne Święto Kosmy i Damiana, patronów aptekarzy i farmaceutów. To święto skłania nas do wyrażenia solidarności z naszymi Koleżankami i Kolegami poszkodowanymi w czasie tegorocznej powodzi. Dzisiaj jesteśmy razem z aptekarzami z Zagłoby, Wilkowa i innych miejscowości zniszczonych przez żywioł. Jesteśmy z ich rodzinami. Dziękuję w ich imieniu za okazane wsparcie materialne i słowa otuchy.

Salus aegroti suprema lex esto – te słowa wyrażają najpełniej istotę codziennej pracy każdego aptekarza i farmaceuty. Służymy naszym pacjentom, podobnie jak święci męczennicy Kosma i Damian. Nasi patroni przed wiekami dali nam niezrównany przykład pracy dla dobra chorego, pracy wzbogaconej o wymiar etyczny i duchowy. Bo przecież od wojen cenowych i gry rynkowej między producentem, hurtownią i apteką ważniejsze jest dobro pacjenta, zaufanie, jakie okazuje farmaceutom i społeczne uznanie dla zawodu aptekarza. Jestem dumny, że podobnie jak Wy, Szanowne Koleżanki i Koledzy, wybrałem i wykonuję zawód aptekarza.

Wszystkim aptekarzom i farmaceutom składam wyrazy szacunku i uznania dla ich codziennej pracy. Życzę Wam sukcesów w życiu osobistym i zawodowym oraz satysfakcji z działań na rzecz środowiska farmaceutycznego. Bądźmy razem!

dr GRZEGORZ KUCHAREWICZ

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

WARSZAWA, 25 WRZEŚNIA 2010 ROKU

Kolejny Ogólnopolski Dzień Aptekarza, związany ze Świętem Kosmy i Damiana, patronów aptekarzy, odbył się w Warszawie w Teatrze SABAT. Program obchodów, nad którymi patronat sprawowała Minister Zdrowia, obejmował przede wszystkim uhonorowanie zasłużonych działaczy samorządu aptekarskiego oraz aptekarzy, którzy podczas swej długoletniej pracy wykazali „ponadnormatywne" zaangażowanie w działalność zawodową. Po przywitaniu Gości reprezentujących władze państwowe – obecni byli posłowie na Sejm RP oraz przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Prezes NRA dr Grzegorz Kucharewicz przedstawił zebranym aktualne problemy w pracy Naczelnej Rady Aptekarskiej, w tym bardzo angażujące emocjonalnie projekty radykalnych wystąpień aptekarzy celem zaakcentowania zdecydowanej obrony polskich aptek rodzinnych. Po wystąpieniu Prezesa i zaproszonych gości, nastąpiła część uhonorowania najbardziej zaangażowanych członków zawodu aptekarskiego, wykonujących z pełnym zaangażowaniem swój zawód na różnych stanowiskach szeroko pojętej ochrony zdrowia. Spośród wyróżnionych znaleźli się także reprezentanci naszej Izby.

Odznaką honorową za „Zasługi dla ochrony zdrowia" zostali uhonorowani: dr n. farm. Aleksander Czarniawy – prezes POIA oraz mgr farm. Lidia Maria Czyż– sekretarz POIA.

Medal im. Prof. B. Koskowskiego otrzymały mgr mgr. farm. Ewa Bilska oraz Renata Olech. Honorowy tytuł „Mecenasa Samorządu Aptekarskiego" został wręczony mgr mgr. farm. Annie Gut i Monice Urbaniak (na zdj.).

W kuluarach sali teatru Sabat można było otrzymać wiele materiałów informacyjnych firm sponsorujących obchody Dnia Aptekarza ale najważniejszym „elementem" wystroju recepcji była skarbonka, do której przybyli mogli wkładać swe „dary serca" przeznaczone dla aptekarzy, którzy ponieśli straty w ostatniej powodzi. Była też możliwość nabycia wydawnictwa NRA „Apothecare necesse est..." oraz opracowania „Święci Kosma i Damian, patroni farmacji jako motyw ekslibrisu". Sprzedaż tych publikacji stanowił dochód, również przeznaczony na wsparcie działalności aptek na terenach powodziowych. Całość spotkania zakończył spektakl teatralny „Życie jest sceną" w wykonaniu artystów Teatru SABAT a także spotkanie towarzyskie.

Jacek Bursztynowicz

Hymn Aptekarzy

W duchu przysięgi Hipokratesa
I w zgodzie z Galena nauką,
Czy trzos jest pełny, czy pusta kiesa,
Wciąż trwamy, choć bywa to sztuką.

Czasem dla ducha wsparcia szukamy
U świętych: Damiana i Kosmy,
W sprawach materii ciągle ufamy
Mądrości ministrów i posłów.

Każdy aptekarz zawsze pamięta
W Lublinie, Warszawie, Madrycie,
Że w jego sercu, głowie i rękach
Pacjenta jest zdrowie i życie.

Pacjent natomiast niech wspomni w duchu,
Gdy będzie odwiedzał aptekę,
Że ten aptekarz w białym fartuchu
Jest także jedynie człowiekiem.

Niechaj optymizm w nas dziś zagości,
Odwagę da w słusznych zamiarach,
Naszą opoką dzieła przeszłości,
Nadzieją zaś mądrość i wiara.

MINISTER ZDROWIA

MZ-PLO-462-10218-12/MZ/10

Warszawa, 2010 -09- 09

Według rozdzielnika

Stosownie do postanowień § 12 ust. 1 uchwały Nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.), przedstawiam do zaopiniowania ***projekt ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych,*** z uprzejmą prośbą o zgłoszenie ewentualnych uwag w **nieprzekraczalnym terminem do dnia 23 września 2010 r.**
Ponadto uprzejmie informuję, że tekst powyższego projektu dostępny jest w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Ministerstwa Zdrowia pod adresem:
http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q101&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=0&ma=15966

Ewentualne uwagi proszę przekazać także drogą elektroniczną na adres: m.gromada@mz.gov.pl i m.krupa@mz.gov.pl. Uwagi zgłoszone po terminie nie będą rozpatrywane. Jednocześnie pozwolę sobie przyjąć, iż brak stanowiska w wyznaczony terminie potraktowany zostanie jako akceptację projektu.

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Adam Fronczak

Otrzymują:

1. Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów;
2. Pan Michał Boni - Minister - Członek Rady Ministrów, przewodniczący Komitetu Stałego Rady Ministrów;
3. Prezes Rządowego Centrum Legislacji (2 egzemplarze);
4. Szef Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego;
5. Minister Edukacji Narodowej;
6. Minister Finansów;

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji

Podstawowe założenia i zmiany wprowadzane przez projekt ustawy „refundacyjnej”

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji

1. Geneza zmian
2. Sposób dojścia do proponowanych rozwiązań
3. Wprowadzone zmiany organizacyjne
4. Podstawowe różnice pomiędzy stanem obecnym a projektowanym

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji

DYREKTYWA RADY
z dnia 21 grudnia 1988 r.
dotycząca przejrzystości środków regulujących ustalanie cen na produkty lecznicze przeznaczone do użytku przez człowieka oraz włączenia ich w zakres krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych
(89/105/EWG)
(Dz.U.UE L z dnia 11 lutego 1989 r.)

Artykuł 1

1. Państwa Członkowskie zapewniają, że **wszystkie krajowe środki**, ustanowione w formie przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych, mające na celu kontrolę cen na produkty lecznicze przeznaczone do użytku przez człowieka czy też ograniczające asortyment produktów leczniczych objętych krajowym systemem ubezpieczeń zdrowotnych, **spełniają wymogi niniejszej dyrektywy**.

TWINNING PROJECT FRANCE-POLAND — PROJEKT BLIŹNIACZY FRANCJA-POLSKA

Projekt bliźniaczy Francja- Polska

Transparency of the National Health System Drug Reimbursement Decisions

Przejrzystość decyzji państwowego systemu opieki zdrowotnej w sprawie zwrotu kosztów leków

Transition Facility 2005 European Commission

Program Środki Przejściowe 2005 Komisja Europejska

Przejrzystość decyzji państwowego systemu opieki zdrowotnej w sprawie zwrotu kosztów leków

Ministerstwo Zdrowia

Project co-financed by the European Union

Transparency of the National Health System Drug Reimbursement Decisions

TF PL2005/IB/SO/02

Kontekst projektu

- Wskazanie przez Komisję Europejską słabych strony procesu podejmowania decyzji refundacyjnych w Polsce,
- Zobowiązanie Polski do rozwiązania tych problemów,
- Zidentyfikowana potrzeba przeszkolenia analityków w dziedzinie EBM/HTA w Polsce

Ministerstwo Zdrowia

Departament Polityki Lekowej i Farmacji

Wdrożone zmiany proceduralne

1. **Bezwzględne przestrzeganie przepisów prawa,**
2. **Rozpatrzenie zaległych wniosków cenowych,**
3. **Terminowość rozpatrywania wniosków,**
4. **Kolejność rozpatrywania wniosków,**
5. **Wyłączenie możliwości wpływu urzędnika na kolejność rozpatrzenia,**
6. **Odrębne rozpatrywanie każdego wniosku,**
7. **Podział procesu decyzyjnego na etapy,**

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji

Wdrożone zmiany proceduralne

8. włączenie AOTM w proces decyzyjny (faktyczne i formalne)
9. "formalizacja procesu", przypisanie zadań i odpowiedzialności,
10. Dokumentowanie procesu,
11. Zapewnienie kontroli nad efektywnością procesu,
12. Podania procesu do publicznej wiadomości,
13. „zamrożenie" procesu w przepisach ustawy.
14. Włączenie zainteresowanych w proces tworzenie ustawy

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji

- Obowiązujące akty prawne rangi ustawowej:
  - ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210 Poz. 2135 z późn. zm.)
  - ustawa z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach (Dz.U. Nr 97 Poz. 1050 z późn. zm.)
- Obecna sytuacja jest niezadowalająca także ze względu na:
  - wykorzystanie ustawy o cenach niezgodne z jej przeznaczeniem (stanowisko Ministerstwa Finansów)
  - uwagi w raporcie pokontrolnym Najwyższej Izby Kontroli
  - zasady techniki legislacyjnej
  - konieczność zapewnienia większej przejrzystości i przystępności regulacji prawnej dla wszystkich obywateli

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji

Kluczowe założenia ustawy

- praktyczna implementacja dyrektywy przejrzystości
- jednolitość wszystkich procedur dotyczących refundacji
- racjonalizacja wydatków na refundację
- zapewnienie stabilności finansowej systemu
- zapewnienie finansowania niekomercyjnych badań klinicznych

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji

Dyrektywa przejrzystości nakłada na państwa członkowskie obowiązek jej stosowania w stosunku do wszelkich procedur związanych z objęciem produktów leczniczych przez krajowy system ubezpieczeń zdrowotnych

- Ustawa refundacyjna zawiera ujednolicone zasady i procedury związane z refundacją wszystkich rzeczowych świadczeń zdrowotnych, które są finansowane ze środków publicznych, tj. produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego
- Przepisy zawarte w projekcie ustawy w odpowiednim zakresie regulują nie tylko refundację otwartą, ale i programy terapeutyczne oraz leczenie w lecznictwie zamkniętym
- Minister Zdrowia zyskuje pełną kontrolę nad wszystkimi decyzjami refundacyjnymi

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji

a1

Odejście od ustalania wykazów jako rozporządzeń Ministra Zdrowia poprzez wprowadzenie w to miejsce obwieszczeń.

Dyrektywa nakłada obowiązek dokonywania rozstrzygnięć refundacyjnych (łącznie z ustaleniem ceny) w ciągu 180 dni, a cenowych w ciągu 90 dni

Forma obwieszczenia nie wymaga całej „ścieżki legislacyjnej" co za tym idzie decyzje będą mogły zapadać w terminie przewidzianym w dyrektywie a wykazy będą mogły być publikowane częściej np. raz na miesiąc. a2

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji

Implementacja dyrektywy przejrzystości – kryteria refundacyjne

Dyrektywa przejrzystości wymaga by każda decyzja odmawiająca umieszczenia produktu leczniczego w wykazie produktów objętych krajowym systemem ubezpieczeń była oparta na obiektywnych kryteriach, które mogą być sprawdzone; decyzja może również obejmować, opinie lub zalecenia ekspertów, na podstawie których została wydana. a22

- **Minister właściwy do spraw zdrowia, mając na uwadze uzyskanie jak największych efektów zdrowotnych w ramach dostępnych środków publicznych, podejmuje decyzję refundacyjną, przy uwzględnieniu następujących kryteriów:**

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji

- rozstrzygnięcia zawartego w rekomendacji Rady Przejrzystości;
- istotności stanu klinicznego, w którym jest wnioskowany do refundacji;
- istotności skutków stosowania dotychczas finansowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w tym wskazani;
- stopnia skuteczności klinicznej i praktycznej;
- stopnia bezpieczeństwa stosowania;
- relacji korzyści zdrowotnych do ryzyka stosowania;
- relacji kosztów do efektów zdrowotnych;
- wpływu na wydatki podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorców;
- istnienie, efektywność kliniczna i bezpieczeństwo stosowania konkurencyjnej opcji terapeutycznej;
- wiarygodności i precyzji oszacowań kryteriów, o których mowa w pkt 1-9
- –.biorąc pod uwagę postępowanie które mogą być zastąpione przez wnioskowany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia lub wyrób medyczny.

a3

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji

Ze środków publicznych może być finansowany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny, który spełnia następujące wymagania:

- jest dopuszczony do obrotu lub pozostaje w obrocie;
- jest dostępny na rynku;
- posiada kod identyfikacyjny EAN lub inny kod odpowiadający.

Ze środków publicznych mogą być finansowane leki nieposiadające pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i sprowadzane z zagranicy na warunkach i w trybie art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne.

Ze środków publicznych nie mogą być finansowane:

- leki o kategorii dostępności Rp, które posiadają swoje odpowiedniki, w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, o kategorii dostępności OTC.

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji

Odejście od wykazów leków podstawowych, uzupełniających, leków stosowanych w chorobach przewlekłych, na rzecz jednego wykazu z określeniem przy jakich kryteriach zdrowotnych spełnianych przez osoby uprawnione refundacja jest należna. a21

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji

Implementacja dyrektywy przejrzystości kryteria dla poziomów odpłatności

W odpowiedzi na krytykę Komisji Europejskiej ustawa zawiera doprecyzowane wymogi dla leków do umieszczenia na listach refundacyjnych w ramach odpowiednich poziomów refundacji: a6

bezpłatnie - wyroby medyczne lub leki mające udowodnioną skuteczność w leczeniu chorób psychicznych i chorób zakaźnych o szczególnym zagrożeniu epidemiologicznym dla całej populacji

ryczałt - środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne lub leki mające udowodnioną skuteczność w leczeniu chorób przewlekłych:

wymagające, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, podawania do końca życia świadczeniobiorcy, których miesięczny koszt standardowej terapii trwającej dłużej niż miesiąc przy odpłatności 30% dla świadczeniobiorcy przekraczałby 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej

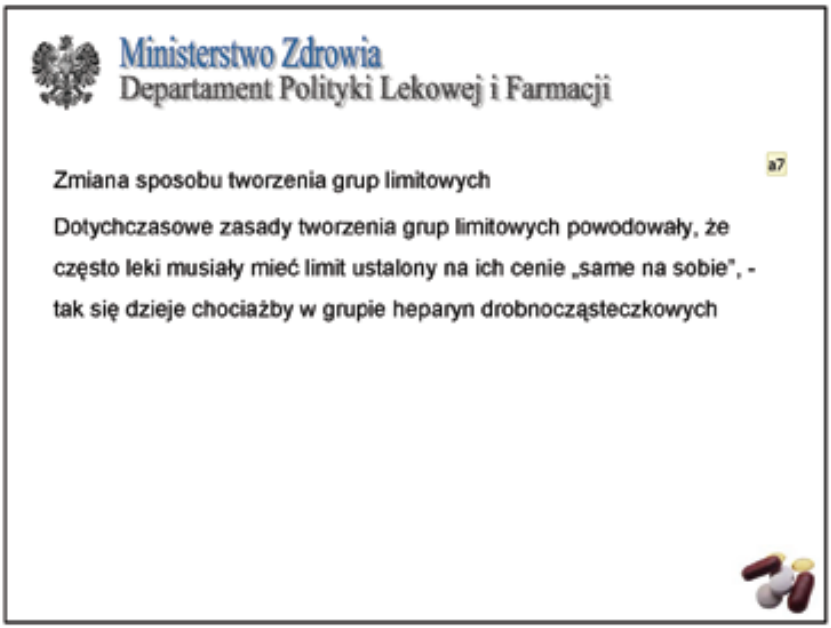
30% - leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne, które nie zostały zakwalifikowane do innych poziomów odpłatności

50% - leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne:

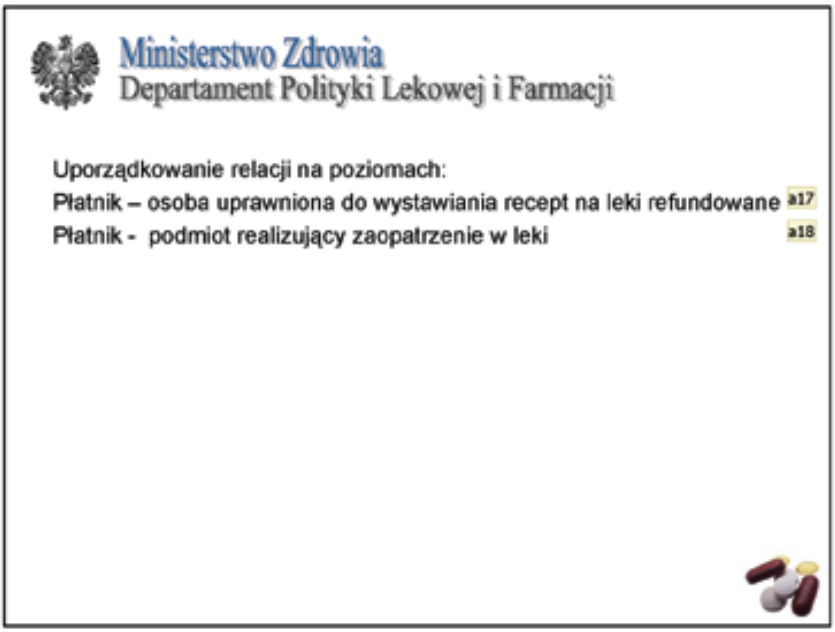
dla których istnieją istotne wątpliwości co do stopnia spełniania kryteriów refundacyjnych w określonych w ustawie sytuacjach

lek przenoszony jest do tej kategorii, jeżeli wnioskodawca nie złoży wniosku o przedłużenie terminu obowiązywania decyzji refundacyjnej w terminie 6 miesięcy przed jej upłynięciem

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji
Zmiana sposobu wyznaczania wysokości limitu w grupie limitowej
a20


Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji
a7
Zmiana sposobu tworzenia grup limitowych
Dotychczasowe zasady tworzenia grup limitowych powodowały, że często leki musiały mieć limit ustalony na ich cenie „same na sobie", - tak się dzieje chociażby w grupie heparyn drobnocząsteczkowych

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji
W związku wymogami technicznymi i zarzutami Komisji Europejskiej dla zapewnienia skuteczności wprowadzanej regulacji ustawa zawiera również nowe rozwiązania natury organizacyjnej:
•Rada Przejrzystości będzie organem o szerokim składzie osobowym, zawierającym przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, NFZ i innych grup interesu, do której zadań będzie należało przygotowywanie i przedstawianie Ministrowi Zdrowia rekomendacji w zakresie ustalania oraz weryfikowania wykazów refundacyjnych, które obejmują określenie trybu refundacji oraz poziomu odpłatności.
a14
•Komisja Ekonomiczna będzie składała się z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, NFZ i członka Rady przedstawiającego rekomendację Rady w konkretnym przypadku. Zadaniem Komisji będzie prowadzenie negocjacji cenowych
• W proces przygotowywania decyzji refundacyjnych włączona będzie również Agencja Oceny Technologii Medycznych opiniująca poszczególne technologie
a15
W celu uniknięcia zarzutów korupcyjnych ustawa szczegółowo reguluje również kwestie związane z konfliktem interesów członków powyższych ciał doradczych


Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji
Uporządkowanie relacji na poziomach:
Płatnik – osoba uprawniona do wystawiania recept na leki refundowane
a17
Płatnik - podmiot realizujący zaopatrzenie w leki
a18

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji

Racjonalizacja wydatków refundacyjnych

Ustawa pozwala na aktywne prowadzenia polityki cenowej, w zakresie, który stanowi normę w państwach członkowskich Unii Europejskiej

- Ustawa określa kryteria ustalania cen produktów refundowanych, osobno dla produktów innowacyjnych i posiadających swoje odpowiedniki a9
- Ustawa reguluje czas trwania refundacji, co zapewnia możliwość weryfikacji spełniania przez produkt kryteriów refundacyjnych i ponownych negocjacji cenowych a10
- Procedura wyłączenia zgodnie z wymogami dyrektywy przejrzystości zakończona będzie decyzją, od której przysługuje odwołanie do sądu administracyjnego a11
- Podczas gdy w wypadku leków refundowanych sprowadzanych do kraju w ramach tzw. importu docelowego indywidualne decyzje refundacyjne będą wydawane przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Minister Zdrowia będzie mógł umieścić każdy lek, w stosunku do którego wystąpiono z wnioskiem o import docelowy, w wykazie leków które nie mogą być refundowane w tym trybie a12

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji

Racjonalizacja wydatków refundacyjnych

Ustawa umożliwia stosowanie przez Ministra Zdrowia a13 nowoczesnych rozwiązań w zakresie polityki cenowej:

•Risk-sharing agreement

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji

Racjonalizacja wydatków refundacyjnych

Ustawa pozwala na aktywne prowadzenia polityki cenowej, w zakresie, który stanowi normę w państwach członkowskich Unii Europejskiej

- Ustawa określa kryteria ustalania cen produktów refundowanych, osobno dla produktów innowacyjnych i posiadających swoje odpowiedniki a9
- Ustawa reguluje czas trwania refundacji, co zapewnia możliwość weryfikacji spełniania przez produkt kryteriów refundacyjnych i ponownych negocjacji cenowych a10
- Procedura wyłączenia zgodnie z wymogami dyrektywy przejrzystości zakończona będzie decyzją, od której przysługuje odwołanie do sądu administracyjnego a11
- Podczas gdy w wypadku leków refundowanych sprowadzanych do kraju w ramach tzw. importu docelowego indywidualne decyzje refundacyjne będą wydawane przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Minister Zdrowia będzie mógł umieścić każdy lek, w stosunku do którego wystąpiono z wnioskiem o import docelowy, w wykazie leków które nie mogą być refundowane w tym trybie a12

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji

Racjonalizacja wydatków refundacyjnych

Ustawa umożliwia stosowanie przez Ministra Zdrowia a13 nowoczesnych rozwiązań w zakresie polityki cenowej:

•Risk-sharing agreement

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej i Farmacji

Najistotniejsze korzyści płynące z ustawy refundacyjnej

- **Osiągniecie przejrzystości systemu podejmowania decyzji refundacyjnych i cenowych**
- **Uwolnienie od zarzutów manipulacji i korupcji przy podejmowaniu decyzji refundacyjnych**
- **Wypełnienie zaleceń pokontrolnych NIK**
- **Ujednolicenie procedury refundacyjnej**
- **Kontrola Ministra Zdrowia nad wszystkimi decyzjami refundacyjnymi**
- **Racjonalizacja wydatków na refundację**
- **Wprowadzenie nowoczesnych metod ograniczenia kosztów refundacji**
- **Ułatwienie dostępu do terapii innowacyjnych w tym terapii wysokokosztowych**

POSIEDZENIE NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ

Kolejne posiedzenie Naczelnej Rady Aptekarskiej odbyło się 8 września 2010 roku w Warszawie. Pośród tematów, które przedstawili członkowie Prezydium NRA i które przedyskutowali członkowie rady, były: stan przygotowań do VI Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Farmaceutów w Warszawie; uzgodnienie formy obchodów XX-lecia pracy reaktywowanego samorządu aptekarskiego; omówienie stanu bieżącego szkoleń ciągłych i ewentualnych propozycji zmian w tym zakresie; temat dostaw bezpośrednich, wprowadzanych przez kolejnych wytwórców środków leczniczych oraz oczekiwanego zakończenia procesu w sądzie administracyjnym przeciwko Głównemu Inspektorowi Farmaceutycznemu.

Najważniejszym jednak tematem, który zdominował pozostałe, była sprawa protestu aptekarzy, skierowanego przeciwko Ministerstwu Zdrowia a dotyczącego zaniechania prac legislacyjnych w zakresie porządkowania ustaw farmaceutycznych. Po przeprowadzonej, bardzo dogłębnej dyskusji poruszającej wszystkie tematy dotyczące tego zagadnienia oraz głosowaniu obecnych członków Naczelnej Rady Aptekarskiej, przyjęto etapy projektowanego protestu. Z chwilą przyjętego stanowiska, **NRA stwierdza, że zostało ogłoszone pogotowie protestacyjne; spotkanie koordynatorów protestu zatwierdzi formy ewentualnego protestu i jego harmonogram – spotkanie odbędzie się w najbliższym czasie, najpóźniej tydzień po posiedzeniu NRA. Większość zgromadzonych członków NRA była zdeterminowana przyjąć projekt protestu w formie manifestacji – wiecu pod siedzibą Ministerstwa Zdrowia oraz Sejmu RP, o formie ostatecznej zadecydują kolejne spotkania prezesów ORA i koordynatorów terenowych OIA a także projekty ustaw przekazywanych do konsultacji przez ministerstwo.**

mgr farm. Lidia Czyż
Członek Naczelnej Rady Aptekarskiej

STANOWISKO Nr V/6/2010

NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ

z dnia 8 września 2010 r.

w sprawie akcji protestacyjnej samorządu aptekarskiego.

Naczelna Rada Aptekarska jako organ kierujący działalnością samorządu aptekarskiego w okresie między Krajowymi Zjazdami Aptekarzy (art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (t. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 856, z późn. zm.) postanawia , co następuje:

§ 1.

Postanawia się zorganizować i przeprowadzić akcję protestacyjną Naczelnej Izby Aptekarskiej w celu zwrócenia uwagi społeczeństwa oraz rządzących na bardzo złą sytuację polskiego aptekarstwa, związaną z:

1) brakiem polityki lekowej Państwa oraz spójnego sytemu refundacji leków i wyrobów medycznych refundowanych ze środków publicznych;
2) brakiem od wielu lat jakichkolwiek reform, w tym zaniechaniami w pracach legislacyjnych;
3) ignorowaniem przez rządzących postulatów środowiska aptekarskiego oraz reprezentującego go samorządu;
4) pogarszaniem sytuacji finansowej aptek oraz postępującą pauperyzacją aptekarzy;
5) coraz większą polaryzacją ekonomiczną;
6) wieloma patologicznymi zjawiskami na rynku hurtowym i detalicznym produktów leczniczych;
7) agresywnymi akcjami marketingowymi i reklamowymi;
8) samowolą urzędników Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie wydawanych interpretacji i prowadzonych kontroli aptek.

§ 2.

Akcja protestacyjna zostanie przeprowadzona w formie zgromadzenia publicznego oraz w innych formach ustalonych przez Prezydium NRA.

§ 3.

Upoważnia i zobowiązuje się Prezydium NRA do:

1) zorganizowania Komitetu Protestacyjnego, w skład którego wejdą koordynatorzy ze wszystkich okręgowych izb aptekarskich;
2) przygotowania szczegółowego programu akcji protestacyjnej:

3) ustalenia terminu akcji protestacyjnej;
4) podjęcia wszelkich innych niezbędnych decyzji i działań w celu sprawnego i efektywnego zorganizowania i przeprowadzenia akcji protestacyjnej.

§ 4.

1. Na organizatora i przewodniczącego zgromadzenia publicznego wyznacza się Prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej – dr. Grzegorza Kucharewicza, który działa w imieniu Naczelnej Izby Aptekarskiej.
2. Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej Grzegorza Kucharewicza do reprezentowania Naczelnej Izby Aptekarskiej w zakresie spraw związanych z organizacją i przeprowadzeniem akcji protestacyjnej, w szczególności do dokonania zgłoszenia zgromadzenia publicznego do właściwego organu administracji publicznej.

§ 5.

Zobowiązuje się rady okręgowych izb aptekarskich do wyznaczenia koordynatorów z poszczególnych izb i wskazanie ich Naczelnej Radzie Aptekarskiej w terminie do dnia 14 września 2010 r.

§ 6.

Stanowisko wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRA

mgr Janina MAŃKO

Prezes NRA

dr Grzegorz KUCHAREWICZ

AKCJA PROTESTACYJNA

Spotkanie koordynatorów, 15.09.2010 r.

8 września 2010 r. Naczelna Rada Aptekarska przyjęła stanowisko w sprawie akcji protestacyjnej samorządu aptekarskiego. NRA postanowiła zorganizować i przeprowadzić akcję protestacyjną Naczelnej Izby Aptekarskiej w celu zwrócenia uwagi społeczeństwa oraz rządzących na bardzo złą sytuację polskiego aptekarstwa.

1. ETAPY PROTESTU APTEKARZY:

A. Pogotowie protestacyjne – trwa od chwili podjęcia decyzji przez Naczelną Radę Aptekarską (stanowisko z 8 września w sprawie akcji protestacyjnej samorządu aptekarskiego). Jest to czas przygotowywania tej akcji, nagłaśniania i wyjaśniania postulatów środowiska aptekarskiego, organizowania poparcia dla postulatów aptekarzy, analizowania projektu ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych finansowanych ze środków publicznych oraz opracowywania stanowiska Naczelnej Izby Aptekarskiej. Oficjalny komunikat w sprawie pogotowia protestacyjnego zostanie ogłoszony w tym tygodniu.

B. Akcja protestacyjna.

Proponowane formy:

- **Przemarsz ulicami Warszawy** spod siedziby Naczelnej Izby Aptekarskiej przy ul. Długiej 16 pod gmach Ministerstwa Zdrowia przy ul. Miodowej, a następnie Krakowskim Przedmieściem obok Pałacu Prezydenckiego, Nowym Światem i Alejami Ujazdowskimi pod Urząd Rady Ministrów i kompleks budynków sejmowych przy ul. Wiejskiej. W trakcie protestu plakaty z postulatami aptekarzy oraz pisma przedstawiające sytuację rynku aptekarskiego i przyczyny akcji protestacyjnej wręczone zostałyby ministrowi zdrowia, prezydentowi RP, prezesowi Rady Ministrów oraz

marszałkom Sejmu i Senatu RP. Przed gmachem Ministerstwa Zdrowia wysypane zostałyby zebrane w całej Polsce i przywiezione przez uczestników manifestacji do Warszawy opakowania po lekach przeterminowanych i niewykorzystanych przez pacjentów. Protest zakończyłby wiec przed siedzibą Sejmu i Senatu RP przy ul. Wiejskiej z wystąpieniami aptekarzy, wspierających ich postulaty posłów, senatorów i reprezentantów pacjentów.

- **Wiec pod Sejmem** (delegacja aptekarzy udałaby się do ministra zdrowia, premiera, marszałków Sejmu i Senatu).

Zgodnie ze stanowiskiem NRA z 8 września, decyzję w sprawie szczegółowego programu akcji protestacyjnej i jej terminu podejmie Prezydium NRA.

2. CELE PROTESTU.

Akcja protestacyjna ma uświadomić opinii publicznej i rządzącym:

- marnotrawienie środków finansowych, pochodzących ze składek społecznych, a przeznaczonych na ochronę zdrowia;
- brak przejrzystego, spójnego sytemu refundacji leków i wyrobów medycznych finansowanych ze środków publicznych (na poziomie apteka –pacjent);
- zmuszanie pacjentów do tzw. turystyki cenowej;
- brak polityki lekowej państwa;
- brak od wielu lat jakichkolwiek reform, w tym zaniechania w pracach legislacyjnych (brak ustawy refundacyjnej, odkładanie nowelizacji ustawy Prawo farmaceutyczne);
- ignorowanie przez rządzących postulatów środowiska aptekarskiego oraz reprezentującego go samorządu;
- postępującą pauperyzację aptekarzy, coraz większą polaryzację ekonomiczną;

- wiele patologicznych zjawisk na rynku hurtowym i detalicznym produktów leczniczych;
- agresywne akcje marketingowe i reklamowe na rynku aptekarskim;

IZBY OKRĘGOWE:

- współpracują z Naczelną Izbą Aptekarską przy organizacji protestu (istotną rolą w tych kontaktach odgrywają koordynatorzy); NIA proponuje, by spotkania z koordynatorami odbywały się raz w miesiącu, a w razie potrzeby częściej (na podstawie decyzji prezesa NRA);
- odpowiadają za rozpropagowanie akcji protestacyjnej wśród swoich członków; sporządzają listy uczestników;
- organizują transport uczestników protestu do Warszawy;
- przygotowują transparenty, zbierają opakowania po lekach przeterminowanych, zamawiają chusty z logo izby dla uczestników akcji protestacyjnej.

MINISTER ZDROWIA

MZ-PLO-0762-10928-2/PR/10

Warszawa, 2010 -06- 15

Pan Jerzy Miller
Minister Spraw Wewnętrznych
i Administracji

Szanowny Panie Ministrze,

Pragnę zwrócić uwagę Pana Ministra na istotny problem społeczny, jaki zaistniał na terenach dotkniętych powodzią, przejawiający się wydawaniem przez apteki ogólnodostępne leków za darmo, w akcie dobrej woli farmaceutów (na podstawie recept z adnotacją „powódź").

Zaistniała sytuacja może z jednej strony implikować problemy ze wskazaniem podstawy do wystawiania recept przez lekarzy - jeżeli dokumentacja medyczna pacjentów została zniszczona (zalana), z drugiej zaś strony recepty wystawiane pacjentom, którzy utracili istotne dokumenty, są często niekompletne i nie odpowiadają reżimowi przewidzianemu w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. z 2007 r., Nr 97, poz. 946, z późn. zm.).*

Powyższe powoduje sytuacje, w których ujawnia się brak przepisów regulujących źródło i sposób finansowania kosztów zakupu leków (głównie tych kosztów, do finansowania których nie jest zobowiązany NFZ) przez osoby pozbawione w wyniku działania sił natury podstawowych środków do życia.

Dlatego też pragnę wyrazić gotowość resortu zdrowia do dokonania odpowiednich zmian legislacyjnych w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich,* uprzedzających inne tego typu niekorzystne zjawiska w przyszłości. Wydaje się, że zmiany te powinny zmierzać ku minimalizacji wymogów formalnych recept wydawanych w przypadkach, o których mowa powyżej.

Jako że za udzielanie pomocy (również finansowej) kierowanej do osób poszkodowanych w wyniku katastrof naturalnych, odpowiedzialne są w pierwszej kolejności jednostki samorządu terytorialnego, wydaje się, że przepisy pozostające we właściwości kierowanego przez Pana resortu, powinny zapewnić poszkodowanym dostęp do produktów leczniczych

w sytuacjach kryzysowych, a przed wszystkim określać sposób i źródło zwrotu pieniędzy aptekom, jeżeli te wydawały produkty kierując się nie interesem ekonomicznym, lecz dobrem społecznym.

W przypadku leków refundowanych zmiany powinny zdążać do określenia finansowania tej części kosztów, do pokrycia której zobowiązany był sam pacjent, w przypadku zaś leków nie podlegających refundacji - pełnego kosztu zakupu leków.

W związku z powyższym zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o rozważenie możliwości wprowadzenia rozwiązań prawnych zabezpieczających aptekarzy, a jednocześnie gwarantujących dostęp do leków w sytuacjach, których skali czy prawdopodobieństwa nie można z góry przewidzieć.

Z poważaniem,

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Marek Twardowski

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament Polityki Lekowej
i Farmacji

MZ-PLO-0762-11338-1/PR/10

NRA Warszawa
Wpłynęło dn. 23.08.2010
L dz. 10
Podpis M. Mello

Warszawa, dnia

Pan
Grzegorz Kucharewicz
Prezes Naczelnej Rady
Aptekarskiej

Szanowny Panie Prezesie,

W związku z Pana Pismami dot. recept z dopiskiem „Powódź" (sygn. L.dz. P-117/2010 z dnia 25 maja 2010 r. oraz L.dz. P-137/2010 z 2 czerwca 2010 r.), a także pismami Prezesa Lubelskiej Izby Aptekarskiej- Pana Krzysztofa Przystupy w tej samej sprawie, przekazuję do wiadomości kopie korespondencji jaką Minister Zdrowia prowadził w konsekwencji Pana wniosku z Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji, tj. kopię pisma Ministra Zdrowia z dnia 15 czerwca 2010 r. (sygn. MZ-PLO-0762-10928-2/PR/10) oraz kopię odpowiedzi Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 15 września 2010 r. (sygn. DP-I-33-332/10/MM).

Stanowisko Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji wyrażone w w/w piśmie jest zbieżne z treścią pisma jakie Minister Zdrowia skierował do Pana Prezesa w dniu 16 czerwca 2010 r. (sygn. MZ-PLO-0762-10928-3/PR/10).

Z poważaniem,

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Polityki Lekowej
i Farmacji
Wojciech Ciemniuszek

W załączeniu:

1. Pismo Ministra Zdrowia z 15.06.2010 r. (sygn. MZ-PLO-0762-10928-2/PR/10).
2. Pismo Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 15.09.2010 r. (sygn. DP-I-33-332/10/MM).

Warszawa, dnia 2010 -09- 15

RZECZPOSPOLITA POLSKA
MINISTER
SPRAW WEWNĘTRZNYCH
I ADMINISTRACJI

DP-I-33-332/10/MM
e-Dok: DP-I-0253-976/10/MM

PR
PLO
proszę przekazać kopię pisma do NRA
20.09.10

MINISTERSTWO ZDROWIA
2010 -09- 17
WPŁYNĘŁO
Dep. ... Zał. ...

Dyrektor Polityki Lekowej i Farmacji
2010 -09- 20
22407

Pan
Marek Twardowski
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

PODSEKRETARZ STANU w Ministerstwie Zdrowia
Marek Twardowski
2010 -09- 20

Szanowny Panie Ministrze,

W odpowiedzi na pismo z dnia 15 czerwca 2010 r., znak: MZ-PLO-0762-10928-2/PR/10, dotyczące rozważenia możliwości wprowadzenia rozwiązań prawnych zabezpieczających aptekarzy, a jednocześnie gwarantujących dostęp do leków w sytuacjach kryzysowych, przedstawiam następujące stanowisko:

Osoby lub rodziny, które wskutek katastrof naturalnych poniosły straty w gospodarstwach domowych i znalazły się w szczególnie trudnej sytuacji, w której nie mogą zaspokoić niezbędnych potrzeb życiowych w oparciu o posiadane środki własne mogą ubiegać się o przyznanie zasiłku celowego przyznawanego na podstawie ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362, z późn. zm.).

W myśl art. 39 ww. ustawy, zasiłek celowy może być przyznany w celu zaspokojenia niezbędnej potrzeby bytowej (ust. 1), w szczególności na pokrycie całości lub części kosztów zakupu żywności, leków i leczenia, opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu, a także kosztów pogrzebu (ust. 2). Zasiłek celowy może być przyznany także osobie albo rodzinie, które poniosły straty w wyniku klęski żywiołowej lub ekologicznej. Zasiłek taki może być przyznany niezależnie od dochodu (art. 40 ust. 3). Należy podkreślić, że pomoc ta finansowana jest z rezerwy celowej budżetu państwa na przeciwdziałanie i usuwanie skutków klęsk żywiołowych, i wynosić może obecnie do 6.000 zł.

SEKRETARIAT
PODSEKRETARZA STANU
Marka Twardowskiego
17 WRZ. 2010
Nr rejestru pozycji 7978

z poważaniem

MINISTER
SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI
z up. Piotr STACHAŃCZYK
Podsekretarz Stanu

MM/MM

MINISTER ZDROWIA

NRA Warszawa
Wpłynęło dn. 02.08.2010
L. dz. 17101/10
Podpis H. Miello

Warszawa, dnia 2010 -08- 31

MZ-PLO-460-10718-17/KB/10

Naczelna Izba Aptekarska
ul. Długa 16
00-238 Warszawa

POSTANOWIENIE

Na podstawie art. 97 § 1 pkt 4 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. Nr 98 poz. 1071, z późn. zm.)

po zapoznaniu się z pismem Naczelnej Izby Aptekarskiej, ul. Długa 16, 00-238 Warszawa z dnia 12 maja 2010 r. odnośnie wskazania organu właściwego w sprawach nadzoru nad obrotem produktami leczniczymi

MINISTER ZDROWIA

zawiesza postępowanie administracyjne w przedmiocie wskazania organu właściwego w sprawach nadzoru nad obrotem produktami leczniczymi .

UZASADNIENIE

Pismem z dnia 2 marca 2010 r. Naczelna Izba Aptekarska zwróciła się do Głównego Inspektora Farmaceutycznego o wszczęcie postępowania administracyjnego i zbadanie zgodności z prawem postępowania firmy AstraZeneca UK Limited w zakresie obrotu hurtowego produktami leczniczymi.

W dniu 11 marca 2010 r. Główny Inspektor Farmaceutyczny wydał postanowienie znak: GIF-N-412/82/AR/10 w sprawie zwrotu podania Naczelnej Izbie Aptekarskiej ze względu na niewłaściwość organu.

W dniu 24 marca 2010 r. Naczelna Izba Aptekarska złożyła wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy , wnosząc o uchylenie ww. postanowienia i wszczęcie postępowania administracyjnego.

W dniu 21 kwietnia 2010 r. Główny Inspektor Farmaceutyczny utrzymał w mocy postanowienie z dnia 11 marca 2010 r. o zwrocie podanie Naczelnej Izbie Aptekarskiej ze względu na niewłaściwość organu.

Pismem z dnia 12 maja 2010 r. Naczelna Izba Aptekarska wniosła do Ministra Zdrowia o ustalenie i wskazanie organu właściwego w sprawach nadzoru nad obrotem produktami leczniczymi.

Minister Zdrowia, ze względu na konieczność wnikliwego zapoznania się z przedmiotową sprawą, pismami z dnia 29 czerwca 2010 r. znak: MZ-PLO-460-10718-8/KB/10 oraz z dnia 26 lipca 2010 r. znak: MZ-PLO-460-10718-12/KB/10 poinformował Naczelną Izbę Aptekarską o kolejnych terminach załatwienia sprawy.

Z korespondencji otrzymanej od Głównego Inspektora Farmaceutycznego wynika, iż w dniu 26 maja 2010 r. Naczelna Izba Aptekarska wniosła skargę do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie na postanowienie wydane przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego.

W związku z tym, iż przedmiotem skargi wniesionej do sądu jest stwierdzenie nieważności postanowień Głównego Inspektora Farmaceutycznego odnośnie braku jego właściwości, Minister Zdrowia w celu uniknięcia wydania rozstrzygnięcia w tej samej sprawie, postanowił zawiesić przedmiotowe postępowanie do czasu wydania orzeczenia przez sąd administracyjny, które jest wiążące dla organu administracji państwowej.

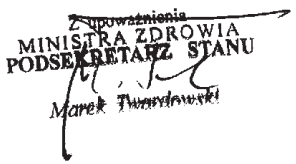
Mając powyższe na uwadze, Minister Zdrowia zastosował art. 97 § 1 pkt 4 kodeksu postępowania administracyjnego, który stanowi, iż organ administracji publicznej zawiesza postępowanie, gdy rozpatrzenie sprawy i wydanie decyzji zależy od uprzedniego rozstrzygnięcia zagadnienia wstępnego przez inny organ lub sąd i orzekł jak w sentencji.

POUCZENIE

Od niniejszego postanowienia, na podstawie art. 101 § 3 w zw. z art. 144 oraz art. 127 § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071, ze zm.) Stronie służy prawo do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy do ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie 7 dni od dnia doręczenia postanowienia.

MINISTER ZDROWIA

podpis i pieczęć



Otrzymuje:
1. Naczelna Izba Aptekarska, ul. Długa 16, 00-238 Warszawa
2. a/a

NACZELNA IZBA APTEKARSKA WYGRAŁA SPÓR Z GŁÓWNYM INSPEKTOREM FARMACEUTYCZNYM PRZED WOJEWÓDZKIM SĄDEM ADMINISTRACYJNYM W WARSZAWIE

22 września 2010 r. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie wydał wyrok, w którym przyznał rację Naczelnej Izbie Aptekarskiej, uchylił postanowienia Głównego Inspektora Farmaceutycznego z 21 kwietnia 2010 r. (GIF-N-412/125/AR/10) i z 11 marca 2010 r. (GIF-N-412/82/AR/10) oraz uznał, że Główny Inspektor Farmaceutyczny jest właściwy do sprawowania nadzoru na obrotem produktami leczniczymi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezależnie od tego, gdzie znajduje się siedziba podmiotu prowadzącego obrót. Powyższy wyrok stanowi kolejną odsłonę w sprawie tzw. sprzedaży bezpośredniej leków, prowadzonej na terytorium Polski wcześniej przez AstraZeneca Polska Sp. z o.o., a obecnie przez AstraZeneca UK Limited. Wyrok nie jest prawomocny.

KOMUNIKAT NACZELNEJ IZBY APTEKARSKIEJ W SPRAWIE WYROKU WOJEWÓDZKIEGO SĄDU ADMINISTRACYJNEGO Z DNIA 22 WRZEŚNIA 2010 R.

W dniu 22 września 2010 r. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie na wniosek Naczelnej Izby Aptekarskiej wyprowadził z błędu Głównego Inspektora Farmaceutycznego i przypomniał mu w wyroku (sygn. VI SA/Wa 1313/10), że właśnie Główny Inspektor Farmaceutyczny jest właściwy w sprawie zbadania zgodności z prawem postępowania firmy AstraZeneca UK Limited z siedzibą w Wielkiej Brytanii w zakresie obrotu hurtowego produktami leczniczymi, a w szczególności ustalenia, czy prowadzenie przez ten podmiot obrotu hurtowego produktami leczniczymi odbywa się na podstawie zezwolenia oraz czy w ramach prowadzonej działalności podmiot ten spełnia wymagania określone przepisami ustawy, w tym przepisami ustawy Prawo farmaceutyczne.

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie przyznał rację Naczelnej Izbie Aptekarskiej w sporze z Głównym Inspektorem Farmaceutycznym i uchylił jego postanowienia z 21 kwietnia 2010 r. (GIF-N-412/125/AR/10) oraz z 11 marca 2010 r. (GIF-N-412/82/AR/10). Powyższy wyrok stanowi kolejną odsłonę w sprawie tzw. sprzedaży bezpośredniej leków, prowadzonej na terytorium Polski wcześniej przez AstraZeneca Polska Sp. z o.o., a obecnie przez AstraZeneca UK Limited.

W dniu 3 czerwca 2009 r. w piśmie do Głównego Inspektora Farmaceutycznego prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, działając w imieniu Naczelnej Rady Aptekarskiej, ponowił wniosek o wszczęcie postępowania administracyjnego i zbadanie w jego ramach, zgodnie z kompetencjami Głównego Inspektora Farmaceutycznego, zgodności z prawem postępowania firm: AstraZeneca oraz AstraZeneca Polska Sp. z o.o. w zakresie obrotu hurtowego produktami leczniczymi.

W dniu 24 czerwca 2010 r. w stanowisku Nr V/2/2009 w sprawie modelu dystrybucji produktów leczniczych wdrażanego i prowadzonego przez spółki należące do grupy AstraZeneca Naczelna Rada Aptekarska zatwierdziła między innymi wyżej wymieniony wniosek o wszczęcie postępowania, złożony w jej imieniu przez prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej. Naczelna Rada Aptekarska za pilne i konieczne uznała stanowcze ustalenie przez właściwe organy państwa, w tym przede wszystkim przez Ministra Zdrowia, Głównego Inspektora Farmaceutycznego oraz Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, w zakresie ich kompetencji, czy podjęte działania na polskim rynku produktów leczniczych zgodne są z obowiązującymi przepisami prawa, interesem publicznym oraz stanowią właściwy kierunek w rozwoju polskiego rynku farmaceutycznego.

Niezależnie od kwalifikacji prawnej działań podjętych przez spółki należące do grupy AstraZeneca, Naczelna Rada Aptekarska negatywnie oceniła model dystrybucji, w którym apteki ogólnodostępne i punkty apteczne zaopatrywane są przez wytwórcę lub podmiot odpowiedzialny za pośrednictwem hurtowni farmaceutycznych działających w imieniu i na rzecz AstraZeneca.

Główny Inspektor Farmaceutyczny decyzjami numer: GIF-N-412/8-21/AR/09 z 16 lipca 2009 r. oraz GIF-N-412/8-21/1/AR/09 z 9 października 2009 r. nakazał AstraZeneca Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Postępu 18, prowadzącej hurtownię farmaceutyczną zlokalizowaną w Rzgowie przy ul. Pabianickiej 71/77, dostosować prowadzoną działalność gospodarczą obrotu hurtowego produktami leczniczymi do wymagań określonych w ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 45, poz. 271 ze zm.), a w szczególności do art. 24 ust 3c oraz art. 78 ust 2 cytowanej ustawy w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 12 grudnia 2002 r. w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowni farmaceutycznej (Dz. U. Nr 216, poz. 1831).

2 listopada 2009 r. AstraZeneca Polska sp. z o.o. wniosła skargę od powyższych decyzji, która została jednak następnie cofnięta przez samego zainteresowanego pismem z dnia 20 listopada 2009 r.

19 stycznia 2010 r. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie wydał postanowienie o umorzeniu postępowania.
Między innymi na stronie internetowej spółki AstraZeneca (www.astrazenecauk.pl) poinformowano, że począwszy od dnia 27 lutego 2010 r. sprzedaż leków dystrybuowanych przez grupę AstraZeneca będzie się odbywała przez AstraZeneca UK Limited, a nie jak dotychczas przez AstraZeneca Polska Sp. z o.o.

Pismem z dnia 2 marca 2010 r. Naczelna Izba Aptekarska zwróciła się do Głównego Inspektora Farmaceutycznego o wszczęcie postępowania administracyjnego i zbadanie w jego ramach, zgodnie z kompetencjami Głównego Inspektora Farmaceutycznego, zgodności z prawem postępowania firmy AstraZeneca UK Limited w zakresie obrotu hurtowego produktami leczniczymi, a w szczególności ustalenia, czy prowadzenie przez firmę obrotu hurtowego produktami leczniczymi odbywa się na podstawie zezwolenia oraz czy w ramach prowadzonej działalności firma spełnia wymagania określone przepisami ustawy, w tym przepisami ustawy Prawo farmaceutyczne. Naczelna Izba Aptekarska wniosła także o dopuszczenie do udziału w postępowaniu na prawach strony.

W dniu 11 marca 2010 r. Główny Inspektor Farmaceutyczny wydał postanowienie (GIF-N-412/82/AR/10) w sprawie zwrotu podania Naczelnej Izby Aptekarskiej ze względu na niewłaściwość organu.

Główny Inspektor Farmaceutyczny uznał się za organ niewłaściwy w sprawie, stwierdzając równocześnie, że w oparciu o treść złożonego wniosku nie jest w stanie określić, jaki organ jest właściwy. GIF stwierdził, że „wypadek udzielenia zezwolenia na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej poza granicami kraju oraz ocena zgodności obrotu hurtowego przez taki podmiot z przepisami ustawy-Prawo farmaceutyczne oraz dopełniającymi je aktami wykonawczymi nie jest przewidziana przepisami ustawy z dnia 6 września 2001 r. lub innego aktu wykonawczego".

Naczelna Izba Aptekarska stwierdziła, że przepisy ustawy – Prawo farmaceutyczne w sposób jednoznaczny wskazują jako organ właściwy w zakresie nadzoru nad obrotem produktami leczniczymi Głównego Inspektora Farmaceutyczna. Właściwość tego organu nie zależy od siedziby podmiotu prowadzącego obrotu, a związana jest z prowadzeniem tego obrotu na terytorium RP.

W wyniku złożonego przez Naczelną Radę Aptekarską zażalenia Główny Inspektor Farmaceutyczny wydał w dniu 21 kwietnia 2010 r. postanowienie,

w którym utrzymał w całości wyżej wymienione postanowienie z 3 marca 2010 r., stwierdzające niewłaściwość GIF do wykonywania nadzoru nad obrotem produktem leczniczym, prowadzonym przez podmiot zagraniczny na terytorium RP.

W skardze z dnia 26 maja 2010 r. do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie Naczelna Izba Aptekarska zaskarżyła w całości postanowienie Głównego Inspektora Farmaceutycznego z 21 kwietnia 2010r. (GIF-N-412/125/AR/10) o utrzymaniu w mocy postanowienia z 11 marca 2010 r. o zwrocie wniosku Naczelnej Izby Aptekarskiej ze względu na niewłaściwość organu oraz poprzedzające je postanowienie z 11 marca 2010 r. (GIF-N-412/82/AR/10) o zwrocie podania Naczelnej Izby Aptekarskiej ze względu na niewłaściwość organu, do którego zostało wniesione.

Naczelna Izba Aptekarska wniosła o stwierdzenie nieważności wyżej wymienionych postanowień Głównego Inspektora Farmaceutycznego z dnia 21 kwietnia 2010 r. (GIF-N-412/125/AR/10) oraz poprzedzającego go postanowienia Głównego Inspektora Farmaceutycznego z 11 marca 2010 r. (GIF-N-412/82/AR/10) w całości, ewentualnie o uchylenie wspomnianych postanowień.

22 września 2010 r. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie wydał wyrok, w którym przyznał rację Naczelnej Izbie Aptekarskiej, uchylił postanowienia Głównego Inspektora Farmaceutycznego z dnia 21 kwietnia 2010 r. (GIF-N-412/125/AR/10) oraz z 11 marca 2010 r. (GIF-N-412/82/AR/10) i uznał, że Główny Inspektor Farmaceutyczny jest właściwy do sprawowania nadzoru na obrotem produktami leczniczymi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezależnie od tego, gdzie znajduje się siedziba podmiotu prowadzącego obrót.

dr GRZEGORZ KUCHAREWICZ

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

POSIEDZENIE PODKARPACKIEJ OKRĘGOWEJ RADY APTEKARSKIEJ

W dniu 28 września br. odbyło się kolejne posiedzenie Podkarpackiej Okręgowej Rady Aptekarskiej poprzedzone zebraniem Prezydium PORA. Obydwa spotkania prowadził Prezes PORA, dr n. farm. Aleksander Czarniawy.

Prezydium PORA przede wszystkim przygotowało posiedzenie Rady Aptekarskiej pod kątem poruszanych tematów: omówiło sprawy wydawnicze Izby podkarpackiej włącznie z umową licencyjną na wykorzystanie zdjęć zbiorów Muzeum Okręgowego w Rzeszowie oraz publikacji na stronie internetowej POIA, komunikatów pochodzących z innych źródeł niż Izba podkarpacka. Prezydium rozpatrzyło też prośby członków PORA w sprawach zaległości składkowych.

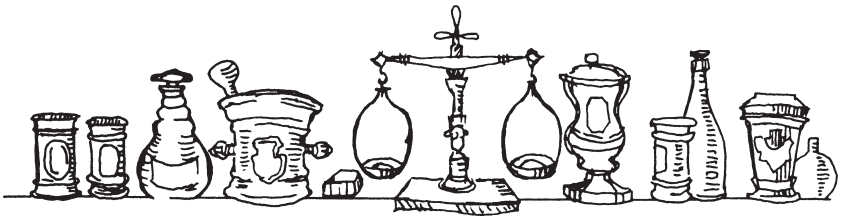
Najważniejszym tematem poruszanym na posiedzeniu Rady Aptekarskiej były uwagi członków POIA dotyczące projektu tzw. „ustawy refundacyjnej", której treść została opublikowana na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. Oprócz członków PORA obecni byli przedstawiciele hurtowni farmaceutycznych. Treść uwag, przekazanych do NIA, omówiła prawnik Izby, pozostali uczestnicy spotkania przedyskutowali ewentualne niebezpieczeństwa wynikające dla aptek i hurtowni w zakresie wzajemnej współpracy. Symulacja zmian wprowadzanych projektem, wskazuje na realne niebezpieczeństwo znaczącego obniżenia marży detalicznej osiąganej przez apteki w grupie leków refundowanych.

Omówiono też tematykę tzw. pogotowia protestacyjnego ogłoszonego w wyniku decyzji Naczelnej Rady Aptekarskiej a skierowanego przeciwko opieszałości we wprowadzaniu zmian legislacyjnych w zakresie prawa farmaceutycznego. Zebrani stwierdzili, że jeżeli miałaby to być manifestacja jedności aptekarskiej, byłoby to wystąpienie w pełni uzasadnione. Jeśli jednak pośród aptekarzy występują sprzeczności interesów na różnych płaszczyznach, może dojść do odwrócenia zrozumienia idei protestu – aptekarze walczą jedynie o swoje apteki a nie o ochronę pacjenta. W sytuacji, gdy sukcesywnie publikowane będą kolejne projekty, należy śledzić ich tematykę i wnosić swoje uwagi. W chwili obecnej PORA wstrzymuje się od działań przygotowujących czynny protest i czeka na rozwój sytuacji zachowując przesłanki pogotowia protestacyjnego.

Podczas posiedzenia omówiono też założenia konkursu związanego z 20-leciem działalności samorządu aptekarskiego na Podkarpaciu, harmonogram wydawania periodyku historycznego „Thesaurus Apothecarii" jak również trudności w dostarczaniu pewnych preparatów do aptek nie posiadających

umów z hurtowniami farmaceutycznymi, dysponującymi tymi środkami leczniczymi.

Przed obradami, po złożeniu ślubowania, z rąk Prezesa PORA, doktora Aleksandra Czarniawego, samodzielne prawo wykonywania zawodu odebrały trzy osoby (Sabina Pikulska, Aneta Jędryas, Dominik Makara). GRATULUJEMY!



27 września 2010 roku podczas II sesji Sejmiku Województwa Podkarpackiego Marszałek Województwa Podkarpackiego Zygmunt Cholewiński i Przewodniczący Sejmiku Województwa Podkarpackiego Andrzej Matusiewicz wręczyli honorowe odznaki „Zasłużony dla Województwa Podkarpackiego".

Zaszczytny tytuł „Zasłużonej dla Województwa Podkarpackiego" przypadł także w udziale Lidii Czyż – farmaceutce, założycielce samorządu aptekarskiego, naukowcowi, z liczącym ponad 40 pozycji dorobkiem naukowym.

Gratulujemy!

W dniach 15-17 września 2010 roku odbyła się w Rzeszowie konferencja interdyscyplinarna pod ogólnym tytułem

„DZIEJE SZKŁA W POLSCE"

Obrady trwały w salach Muzeum Okręgowego oraz Muzeum Etnograficznego im. Franciszka Kotuli. Całość konferencji podzielona była na trzy sesje tematyczne: I. „Wytwórczość szklarska od pradziejów po czasy nowożytne"; II. „Nowożytne dzieje szkła i szklanego hutnictwa"; III. „Szkło w zbiorach muzealnych – problemy badawcze i ekspozycyjne". W sumie zgłoszono 32 referaty z kilkunastu ośrodków w Polsce, między innymi z uniwersytetów w Rzeszowie, Toruniu, Poznaniu, Warszawie muzeów także z muzeów w Szczecinie, Sanoku, Cieszanowie, Lublinie, Sosnowcu i Przemyślu.

Z Podkarpackiej Okręgowej Izby Aptekarskiej zgłoszono referat pod tytułem „Szklane utensylia w aptekach galicyjskich" autorstwa magister farmacji Lidii Marii Czyż. W treści referatu omówiono przede wszystkim krótką historię i wygląd szklanych naczyń służących do przechowywania substancji leczniczych (vitrum nigrum, vitrum rostratum, vitrum guttatum czy vitrum collo amplo) oraz innych utensylii (moździerzy, pistli, opakowań) używanych przez aptekarzy podczas wykonywania leków złożonych w aptekach. Szkło apteczne było produkowano było na specjalne zamówienia aptekarzy i oprócz swej funkcji użytkowej pełniło również rolę wystroju apteki. Kolorowe szkło z ozdobnymi szyldami było wizytówką i wyróżnikiem apteki. Zasługą magistra Teodora Torosiewicza 1789-1876), chemika i aptekarza lwowskiego, znany na naszym terenie z analizy wód mineralnych m.in. w Iwoniczu, było wprowadzenie do receptury aptecznej szkła oranżowego (amber glas), najbardziej odpowiedniego w praktyce aptecznej dla zachowania właściwości środków leczniczych.

Największy zbiór szklanych utensylii aptecznych, pochodzących z terenu dawnej Galicji znajduje się w Muzeum Regionalnym w Bieczu (fot.), ostatnio też w Muzeum Okręgowym w Rzeszowie w którym zorganizowano wystawę „Apteczne Reminiscencje" a w Muzeum Budownictwa Ludowego w Sanoku projektowane jest również otwarcie apteki z takimi zbiorami w rynku miasteczka galicyjskiego.

LMC

LMC

Na szlaku ze świętymi Braćmi

Postacie i dokonania Patronów aptekarzy, miejsca kultu z nimi związanymi, nade wszystko ikony, zmusiły wielu uczestników do refleksji nad naszym „tutaj i teraz", w wymiarze zawodowym i osobistym. Na pewno będziemy powracali do miejsc i wystąpień, inspirowanych świętymi Kosmą i Damianem, którzy... czują się na Podkarpaciu, jak w domu.

W dniach 16-19 września br. odbyło się Sympozjum Objazdowe po Podkarpaciu – „Święci Kosma i Damian, patroni aptekarzy i lekarzy", zorganizowane przez Zespół Sekcji Historii Farmacji Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego i Stowarzyszenie Farmaceutów Katolickich Polski. Patronat nad całością objęli: prof. dr hab. Janusz Pluta – prezes Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, dr Grzegorz Kucharewicz – prezes Naczelnej Izby Aptekarskiej oraz dr Aleksander Czarniawy – prezes Podkarpackiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Rzeszowie.

Ikona śś. Kosmy i Damiana w sanockiej farze.

Z całej Polski zjechali do Sanoka, Królewskiego Miasta, farmaceuci, by ruszyć śladami naszych Patronów i tym co zostało w pamięci, w zbiorach muzealnych, cerkwiach i kościołach pod ich wezwaniem.
W drodze „spotykaliśmy" śś. Kosmę i Damiana, podziwiając piękno Połonin, budownictwo Bojków i Łemków, cmentarze i miejsca, upamiętniające historię. Na przykład, Komańcza. Na wzgórzu Bircza, zwiedzaliśmy drewniany budynek klasztorny ss. Nazaretanek służący turystom jako pensjonat, gdzie latach 50. wieku XX internowany był kard. Stefan Wyszyński, Prymas Polski.
Uroczysta Msza św. w sanockiej farze celebrowana przez ks. prob. dr Andrzeja Skibę rozpoczęła Sympozjum. Tutaj też została poświęcona ikona śś. Kosmy i Damiana wzorowana na XV-wiecznej, z początków XVII w., znajdującej się w cerkwi, w Wujskiem, koło Sanoka.

Nasz „szlak" wzbogacały referaty wygłaszane przez uczestników Sympozjum: dr farm. Jana Majewskiego; *„Tradycje świętych Kosmy i Damiana w Europie"* oraz *„Historia obrazu św. Kosmy i Damiana – dzieła s. Rafaeli Szymkowiak, ze Zgromadzenia Sióstr św. Elżbiety, w Poznaniu"*; mgr farm. Barbary Fiklewicz-

Dreszczyk; *„Błogosławiona Maria Sagrario farmaceutka patronująca Stowarzyszeniu Farmaceutów Katolickich Polski"*; mgr farm. Lidii Czyż; *„Cerkwie i kościoły pw. Św. Kosmy i Damiana na Podkarpaciu"*; mgr farm. Jolanty Radeckiej; *„Apteki św. Kosmy i Damiana w Polsce"*; mgr Anny Baranowskiej, historyka sztuki, *Historie ikon świętych Kosmy i Damiana i odkrywanie ich atrybutów;* dr farm. Stefana Rostafińskiego; *„Św. Jan Leonardi – nowy patron farmaceutów".*

Uczestnicy Sympozjum przed klasztorem ss. Nazaretanek w Komańczy.

Postacie i dokonania patronów aptekarzy, miejsca kultu z nimi związanymi, nade wszystko ikony, zmusiły wielu uczestników do refleksji nad naszym „tutaj i teraz", w wymiarze zawodowym i osobistym. Niezapomniana Msza św. w kościele p.w. śś. Kosmy i Damiana w Wujskiem, którą odprawił ks. prob. Piotr Babiarz, a homilię wygłosił ks. Tomasz Grzywna, przedstawiając patronów kościoła i aptekarzy. Liturgia ta zakończyła sympozjum. Także tutaj uroczyście przyjęta została ikona świętych Braci. Na pewno będziemy powracali do miejsc i wystąpień, inspirowanych świętymi Kosmą i Damianem, którzy... czują się na Podkarpaciu, jak w domu.

Dorota Mularz-Kaźmieruk.

Lidia Maria Czyż

ŚWIĘCI KOSMA I DAMIAN W POŁUDNIOWO-WSCHODNIEJ CZĘŚCI PODKARPACIA – LUDZIE, ŚWIĄTYNIE, ZIOŁA I APTEKARZE.

Podkarpacie to pojęcie bardzo rozległe, nie tylko geograficznie ale również, a może przede wszystkim, historycznie. Ziemia, która wielokrotnie zmieniała swą formalną przynależność do zdefiniowanych struktur państwowych, rządząc się praktycznie swoimi prawami, wykształciła w sobie i w swoich mieszkańcach wyraźnie widoczną tolerancję dla wszystkich, którzy tu bywali.

Bieszczady i Beskid Niski to dwie, najbardziej wyodrębnione krainy, gdzie przez wieki osiedlali się lub byli osiedlani ci, którzy szukali swego miejsca w życiu. Zawsze, te oparte o względnie wysokie góry, krainy były pograniczem – natury, ludzi i królestw. Po wielekroć bujna przyroda pokazywała tu swą siłę – udomowiona, niszczona wojnami i porzuceniem, odradzała się w różnych formach i postaciach. Ludzie walczyli tu od dawna, odkąd tylko kronikarze – latopisy swymi piórami sięgali. Począwszy od państwa Wiślan, przez Mieszka I, który swe wpływy oparł na grzbiecie Karpat, na działach Sanu i Dniestru- poprzez książąt ruskich Rościsławiczów walczących o władzę i sięgających po pomoc u szlachty polskiej i węgierskiej.

Dużą, poważnie zmieniającą wygląd tych ziem, grupą mieszkańców, byli Wołosi, o których pochodzenie wielu do dzisiaj uczonych toczy spory. Stopniowo, ulegając rutenizacji, polonizacji czy słowakizacji, dali oni początek dwom grupom zamieszkującym południe Podkarpacia – Bojkom i Łemkom. I jako tacy, wśród licznych osadników polskich, ruskich, niemieckich czy węgierskich przetrwali aż do dramatycznych wydarzeń czwartej dekady XX wieku.

Wojna domowa na tych terenach lat 1945-47 i nie mniej dramatyczne przesiedlenia w roku 1951, określone eufemistycznie jako „korekta granic", spowodowały, że po ludziach zachowały się tylko ślady – wiosek, sadów, studni czy chat. Pozostały nazwy – Komańcza to podobno osada tatarskiego plemienia Kumanczów, Uherce czy Ustianowa wyraźnie wskazują na węgierskie korzenie miejscowości. Ruska Wieś czy Jabłonica Ruska już w nazwie nie

budzą wątpliwości. Poparte nazwami też „ruskimi" jest Czerteż (miejsce wykarczowane), Terebowiec (miejsce po trzebieży), Muczne (muka – męka zdobywania ziemi ornej). Rumuńskie: Berdo (przepaść), Tarnica (siodło w górach), Rzepedź (repede – bystry). Najdłużej pozostały świątynie, budowane z drewna czy kamienia, które jako sacrum opierały się niszczącemu działaniu przede wszystkim człowieka, a także czasu jak i mocom przyrody, lecz jednak niestety ulegały też bezmyślnemu wandalizmowi, który przychodził jako niszcząca siła tak zwanej „nowoczesności" czy potęgi władzy.
Niewiele pozostało do dzisiaj tych wyjątkowej urody miejsc, gdzie wśród słońca i deszczu, wśród upływającego ,w ciągłych przyrostach gałęzi drzew, czasu, pozostała pamięć.

Święci Kosma i Damian, patroni tych, którzy leczą byli tu obecni cały czas, oczywiście w sposób właściwy świętym, w wielu przejawach ludzkiego bytowania.

Chrześcijaństwo przyszło na te tereny od strony wschodniej, rdzenni mieszkańcy, w wyniku różnych aktywnych działań historii, byli w większości grekokatolikami. Ocalałe do dzisiaj cerkwie urzekają wyjątkową urodą, podkreślaną otaczającym krajobrazem. Świątynie różne miały wezwania, byli patronami święci Michał Archanioł, Dymitr, Mikołaj (nota bene święty opiekun całej Galicji), Onufry, Eliasz. Byli też oczywiście „święci od leczenia" – anargyryci Kosma i Damian. Najpełniej zachowane ikonostasy w cerkwiach, przekształcanych w kościoły, znajdują się w świątyniach w Krempnej, Kotaniu czy Jabłonicy Polskiej.

Cerkiew św. św. Kosmy i Damiana w Krempnej

Krempna to miejscowość w samym sercu Beskidu Niskiego. Kościół obecny, pod tym samym wezwaniem co dawna cerkiew, na nadprożu przedsionka ma umieszczoną datę 1778. Cieszy się ta świątynia cudowną figurą Bogarodzicy, a kompletny ikonostas skłania do zadumy nad losami ludzkimi i zachwyca talentami wykonawców. Cerkiew posadowiona była na miejscu wcześniejszej, która *„275 lat stała, staraniem proboszcza Michała Turkowskiego i całej gromady, za czasów Maxymiliana Ryło biskupa chełmskiego, administratora Biskupstwa Przemyskiego i Sanockiego, przy dopomożeniu łaskawym JO Xcia Jimci Karola Radziwiłła kolatora"* odnowiona. I, co ciekawe, do roku 1964, sprawował tu posługę greckokatolicki kapłan. A warto też wiedzieć, że w tej miejscowości znajduje się jeden z 365 cmentarzy wojskowych, żołnierzy wszystkich walczących stron w „operacji gorlickiej" I wojny światowej, usytuowany ponad wsią, na zboczu wzgórza.

Nieopodal Krempnej, we wsi Kotań, również znajduje się kościół(fot.), który przez lat wiele był cerkwią, wzniesioną zapewne w wieku XVIII. Udokumentowany jest remont w 1841 roku, kiedy to nowy ikonostas i księgi liturgiczne fundowali Jakub i Maria Bawolakowie.

Po dramatycznych wydarzeniach akcji „Wisła" w 1947 roku, która zmusiła prawowitych gospodarzy tych ziem do ich opuszczenia, opuszczona została również świątynia. Dopiero remont w 1963 roku przywrócił jej funkcję. W lapidarium obok znajdują się 22 nagrobki z ośrodka kamieniarskiego w Bartnem. Piękną ikoną, datowaną na rok 1689, z cerkwi w Kotani właśnie, może poszczycić się Muzeum-Zamek w Łańcucie.

W bardziej na północ leżącej **Jabłonicy Polskiej** (gmina Haczów), zachowała się również dawna cerkiew pod wezwaniem patronów medycyny i farmacji. Jest to obecnie, od roku 1946, kościół rzymskokatolicki pw. Zwiastowania Najświętszej Marii Panny. Świątynia ta stoi na miejscu drewnianej cerkwi z XV wieku, spalonej podczas najazdu Tatarów w wieku XVII. Cerkiew była bardzo zaniedbana. Opis z czasu inwentaryzacji dokonywanej na rozkaz cesarza Józefa II chwali zamiar hrabiny Marianny

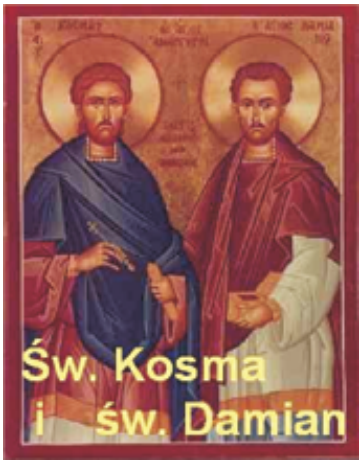
Załuskiej pragnącej ufundować nową cerkiew. Murowany obiekt(foto) stanął tu początkiem wieku XIX, ikonostas został wykończony dopiero w 1817 roku, w roku 1850 na wieży zawieszono zegar, co nie było często spotykane. Cerkiew ta należała do dekanatu rymanowskiego Administracji Apostolskiej Łemkowszczyzny.

Z cerkwi w Jabłonicy Ruskiej (gmina Dydnia), miejscowości położonej w tym samym powiecie brzozowskim ale w innej jego części, pochodzi jedna z pięknych ikon świętych Kosmy i Damiana, przechowywana obecnie w Muzeum Budownictwa Ludowego w Sanoku.

A jeszcze dalej na północ, w okolicach Niebylca, leży wioska nieduża, Gwoździanka, gdzie również pomocy duchowej udzielają święci Kosma i Damian.

Kościół pod opieką tych dwóch braci znajduje się też w Wujskiem, miejscowości w pobliżu Sanoka.

W samym Sanoku, w Muzeum Historycznym, które jest trzecim miejscem na świecie, po Moskwie i Kijowie pod względem ilości obecnych tu ikon.



Warto spojrzeć w oczy świętych Kosmy i Damiana, uwiecznionych na jednym z najpiękniejszych, tych wyjątkowych wizerunków.

Dramatyczna historia skrawka ziemi opartego o łańcuch karpacki prawie zatarła wszelkie ślady tamtego, przecież nieodległego w czasie, świata. A jednak wracają, może nie Hyrniacy i Werhowyńcy, ale łemkowska watra ściąga coraz więcej tych, którzy wiedzą i chcą wiedzieć.

Jak w każdym zbiorowisku ludzkim tak i wśród górali karpackich, od pradawnych

czasów występowała pewna specjalizacja działań. Ze względu na niedomagania zdrowotne potrzebni byli tacy, którzy potrafili przynieść ulgę w chorobie a otaczająca natura była apteką. Przyroda sprzyjała tu człowiekowi i oddanych pod jego opiekę zwierzętom.

Czym leczyli się mieszkańcy tych ziem ?

Na sympozjum „Ziołoznawstwo w dawnej i współczesnej kulturze Rzeszowszczyzny", jakie odbyło się w roku 1991 w Łańcucie i Rzeszowie, został przedstawiony bardzo ciekawy referat przygotowany przez dwoje badaczy lwowskich – Elizę Bokszan i Tarasa Tereszczuka. Badacze przedstawili w nim "lekoznawstwo Hucułów, Łemków i Bojków – mieszkańców ukraińskich Karpat". Niewiele to dalej od Bieszczadów i Beskidu, a po przesiedleniach końca dekady lat czterdziestych XX wieku można z dużym prawdopodobieństwem stwierdzić, że była to także medycyna tych terenów. Były to metody tak realistyczne jak i mistyczne w dążeniu do zdrowia. Jak najdłużej należało zachować pełną sprawność ciała, co w tym klimacie było podstawą życia.

Choroba była jednak przypadłością częstą – popularnym sposobem „oczyszczania" mieszkań, profilaktycznie lub po chorobie, był dym z jałowca, przeciwko rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, ogniska z jałowca palono nawet na granicach wsi aby odgonić zarazę. Ale równie dobrym sposobem było zawieszanie u sufitu główek czosnku i cebuli.

Aby obronić współmieszkańców przed zakażeniem, stosowano zwyczaj tak zwanego „okopywania" – otaczania wioski zamknięta linią kołową – w celu odstraszenia złych sił. Bogata roślinność dostarczała środków leczniczych na różne przypadłości: na prawie wszystkie choroby stosowany był oman wielki, do dzisiaj popularne jest „wino dzikiego

słonecznika" w chorobach układu pokarmowego; wielką popularnością cieszyła się arnika górska, roślina słynna z tego, że uzdrowiła chorego na dychawicę króla Daniela Halickiego, założyciela miasta Lwowa, pochowanego w Chełmie. Szeroko stosowany, w różnych postaciach był również dziurawiec, między innymi przy poparzeniach i wszelkiego rodzaju ranach stosowano „olej dziurawcowy" przyrządzany przez maceрację kwiatów w oleju słonecznikowym .

Olej ten charakteryzuje się pięknym czerwonym kolorem i jeszcze dzisiaj używany jest do impregnacji niektórych gatunków drewna. „Materynka" czyli lebiodka, stosowana była w chorobach dziecięcych, także do kąpieli dzieci „aby szybciej rosły". Wiele organopreparatów było też używanych: skóra owcy w przeziębieniach, wywar z mrówek w gruźlicy czy w febrze zielona żaba moczona w alkoholu.

No i od niepamiętnych czasów używano „oleju skalnego" – surowej ropy naftowej, chociażby w bólach gardła mieszanej z miodem. Najsilniejszą moc leczniczą a także magiczną miały zioła zbierane w dniu Iwana Kupały – 7 lipca, nazywano je „iwankami" i wierzono, że takie zioła, zebrane jeszcze przed świtem, mają zdolność udzielania swych leczniczych właściwości ziołom zebranym w innym czasie

A wszystkie tajemnice wracania dobrego zdrowia znały czarownice – bisurkani, bo mimo, iż Łemkowie i Bojkowie byli grekokatolikami i charakteryzowali się głęboką chrześcijańską pobożnością to jednak ogromne znaczenie przywiązywali też do przesądów.

W czasach, gdy wojska austriackie wkroczyły na ziemie polskie, w roku 1772 i sankcjonując ów zabór, nazwały je Galicją i Lodomerią, stan sanitarny był tu taki, jak na większości ziem polskich. Po wsiach, położonych w bardzo rozległym terenie, leki rozprowadzali wędrowni olejkarze, oni także udzielali porad leczniczych. W zwyczaju także było dostarczanie środków leczniczych chorym bezpośrednio przez lekarzy i cyrulików, swoje apteczki posiadały też dwory i klasztory, na jarmarkach, targach czy odpustach kramy korzenne dostarczały chętnym medykamentów w rodzaju „medicamenta Hallensia" czy „pulvis d'Alliod".

Taki stan „pod względem medycznym" przedstawiały również tereny beskidzkie. Jędrzej Krupiński – pierwszy protomedyk z ramienia rządu Marii Teresy „z Łaski Bożej Cesarzowej Rzymskiej, królowej Węgier, Czech, Kroacji

Slawonii etc." jak również Galicji i Lodomerii (jak prześmiewcy tamtych czasów określali – mając na uwadze stan gospodarczy kraju – „Golicji i Głodomerii") miał wiele trudności w zaprowadzeniu zarządzeń rządowych zawartych w patencie sanitarnym z 20 marca 1773 roku, nie zawsze i nie wszędzie przestrzegano zasad dobrej praktyki i właściwego ładu. Aptek prowadzonych przez przygotowanych do tego aptekarzy było w owym czasie na terenie całej Galicji dziewiętnaście, z czego w samym Lwowie siedem, pozostałe w Stanisławowie, Przemyślu, Jarosławiu, Krośnie, Sokalu, Brodach, dwie apteki w Białej, w Horodence a być może też w Zaleszczykach, Samborze i Zamościu. A ponadto było tak: *„jak aptekarz umarł, to aptekę prowadziła aptekarzowa, która się czuła do tego dostatecznie uzdolniona i prowizora nie szukała. W nocy trudno było z apteki lekarstwo wydostać, a nawet i w dzień aptekarz tak długo robił lekarstwo, jak mu się podobało. Wszelkie leki, nawet trucizny, wydawano z apteki każdemu, kto tylko zażądał".*

A tak nazywane szpitale były miejscami, gdzie jaką taką pomoc otrzymywali wysłużeni żołnierze nie mający swojej rodziny czy innej możliwości zamieszkania. Takie schronisko dla weteranów wojennych pochodzenia szlacheckiego było w klasztorze karmelitów bosych w Zagórzu, podstawą jego była fundacja z 7 sierpnia 1700 roku.

Rozwój sieci aptek na terenie Podkarpacia w drugiej połowie XIX wieku wiązał się z budową dróg kołowych („cesarskich gościńców"), rozwojem poczty a tym samym połączeń wtedy omnibusowych, a przede wszystkim łączenie najważniejszych ośrodków administracji państwowej liniami kolejowymi. Powstały wtedy połączenia Kraków – Przemyśl – Lwów (1861); linia rokadowa Nowy Sącz – Jasło – Krosno – Sanok – Zagórz – Stryj (1878); powstały też połączenia Przemyśla z Zagórzem, Zagórza z Medzilaborcami na Słowacji czy Rzeszowa z Jasłem. Taka komunikacja pozwalała na szybkie zaopatrzenie placówek a także łatwiejszy dostęp do aptek PT Publiczności.

I jeszcze jeden aspekt patronatu świętych Kosmy i Damiana: Aptekarze.

W roku 1910 było już nieporównywalnie więcej tych, niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania służby zdrowia, placówek. A w nich wysoko i wszechstronnie wykształconych aptekarzy. Z nich najsłynniejsi to Moszczeńscy w Lesku (wtedy zwanym Lisko) i Kawscy w Sanoku.

(Foto: wnętrze izby aptekarskiej - apteka M. Kawskiego).

Apteki z dyplomowanymi aptekarzami pracowały też w Ustrzykach Dolnych, Baligrodzie, Bukowsku, Dukli, Samborze czyli na terenie szeroko zdefiniowanych ziem w obrębie Beskidu Niskiego i Bieszczadów.

W czasach dużo, dużo późniejszych a nam współczesnych, w Rzepedzi, wieloletnim kierownikiem apteki, najpierw państwowej, czyli w strukturze Przedsiębiorstwa Zaopatrzenia Farmaceutycznego „Cefarm" w Rzeszowie, a po 1991 roku apteki własnej była magister farmacji Ewa Wójciak. Pani Magister przeszła na emeryturę w roku 1999, wraz z likwidacją placówki przestała też istnieć swoista galeria obrazów jej autorstwa w aptece. Apteka w nowym osiedlu rzepedzkim, miejscowości żyjącej przemysłem drzewnym, była oazą sztuki tworzonej przez panią Ewę.

Akwarele, kolorowe tusze na papierze, farby na szkle i jedwabiu tworzyły artystycznie przetworzone obrazy bogatej natury bieszczadzkiej we wszystkich porach roku. Dzieła te i dziełka wystawiane były w różnych galeriach, nie tylko miejscowych, ciesząc poczucie estetyki wcale nie aptekarzy lecz wszystkich doceniających piękno.

I jeszcze mała ciekawostka, pozornie nie związana z terenem Podkarpacia, a odnosząca się do patronów medycyny i farmacji.

W skarbcu kościoła Najświętszej Marii Panny w Krakowie, czyli w Kościele Mariackim, znajduje się skrzynka z wizerunkami ilustrującymi życie i działalność świętych braci. Zasobnik ten, prawdopodobnie przeznaczony do przechowywania narzędzi lekarskich i środków leczniczych, powstał w wieku XIV, pochodzi z południowo-zachodniej Rusi a więc z terenów bardzo bliskich południowemu Podkarpaciu.

NFZ | **Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia**

znak:NFZ/CF/DGL/2010/045/0648/H/19486 /JUC Warszawa, dnia 28.09 2010 r.

NRA Warszawa
Wpłynęło dn. 28.09.2010
L. dz. 1938 110
Podpis H. Mella

Pan
Grzegorz Kucharewicz
Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej
ul. Długa 16
00-238 Warszawa

Szanowny Panie Prezesie!

W związku z obowiązkiem wynikającym z art. 13 ust.3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich uprzejmie informuję, że od dnia **1 października br.** Narodowy Fundusz Zdrowia informacje o receptach zablokowanych na terenie całego kraju będzie udostępniał dla aptek w rejestrze recept zablokowanych w trybie on-line. Przedmiotowy rejestr daje również możliwość pobierania plików zawierających zablokowane numery recept. Proces zasilający repozytorium uruchamiany jest raz dziennie i po godzinie 22:00 informacja o blokadzie jest widoczna dla aptek. Datą wycofania z obrotu zakresu numerów recept, jest data dnia następnego po dacie blokady dostępnej w plikach pobieranych ze wskazanego repozytorium, a nie jak dotychczas data ustanowienia blokady w poszczególnych OW NFZ.

Jednocześnie informuję, że od dnia 1 października br. będzie to jedyne źródło, dzięki któremu Fundusz będzie wywiązywał się z obowiązku przekazywania w formie elektronicznej informacji o zablokowanych numerach recept wszystkim aptekom. Tym samym oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia zostały zobowiązane do zamieszczenia na stronach internetowych (dnia 31 września br.) odnośnika kierującego do rejestru recept zablokowanych: http://recepty.nfz.gov.pl/ap-rzl/ wraz z informacją, że jest to jedyny ogólnopolski rejestr recept wycofanych z obrotu.

PREZES
Narodowego Funduszu Zdrowia
dr n. med. Jacek Paszkiewicz

Oto często zadawane pytanie przez pracodawców:

Czy pracodawca ma obowiązek wyznaczenia i przeszkolenia osoby odpowiedzialnej za udzielanie pierwszej pomocy w zakładzie pracy?

W każdym zakładzie pracy powinna być osoba bądź osoby wyznaczone i przeszkolone do udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej. Pracodawca musi zapewnić obecność tych osób podczas całego czasu pobytu w zakładzie pracy pracowników (na każdej zmianie i w każdej placówce). Obowiązek w tym zakresie ciążący na pracodawcy wynika zarówno z Kodeksu Pracy jak i z rozporządzenia w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy.

W art. 207 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks Pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.) ustawodawca wprowadził na pracodawcę kilka obowiązków w zakresie pierwszej pomocy przedlekarskiej. Pracodawca jest obowiązany przekazywać pracownikom informacje o pracownikach wyznaczonych do udzielania pierwszej pomocy. Informacja o pracownikach powinna obejmować imię i nazwisko, miejsce wykonywania pracy oraz numer telefonu służbowego lub innego środka komunikacji elektronicznej.

W art. 2091 § 1 pkt 2 Kodeksu Pracy jest zapis o tym, że pracodawca jest obowiązany: wyznaczyć pracowników do udzielania pierwszej pomocy oraz zapewnić łączność ze służbami zewnętrznymi wyspecjalizowanymi w szczególności w zakresie udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach oraz ratownictwa medycznego. Liczba pracowników, o których mowa powyżej, ich szkolenie oraz wyposażenie powinny być uzależnione od rodzaju i poziomu występujących zagrożeń. W rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy. (tekst jedn.: Dz. U. z 2003 r. Nr 169, poz. 1650 z późn. zm.) w § 44 ust. 1 istnieje zapis o obowiązku po stronie pracodawcy w zakresie zapewnienia pracownikom sprawnie funkcjonującego systemu pierwszej pomocy w razie wypadku oraz środków do udzielania pierwszej pomocy.

Aby spełnić ten wymóg pracodawca powinien zapewnić punkty pierwszej pomocy w wydziałach (oddziałach) zakładu pracy lub apteczki. Obsługa punktów i apteczek, o których mowa powyżej, powinna być powierzana wyznaczonym pracownikom, przeszkolonym w udzielaniu pierwszej pomocy. Pracodawca organizując dla pracowników szkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej po wytypowaniu odpowiedniej ilości pracowników na takie szkolenie powinien poinformować pracowników o swoim zamiarze.

Jakie szkolenie powinien przejść wyznaczony przez pracodawcę pracownik?

Rodzaj kursu pierwszej pomocy jest zależny od tego czy oczekujemy

podstaw pierwszej pomocy, czy czegoś więcej niż podstawy. Firmy szkoleniowe proponują szkolenia według różnych programów od 5 godzin przez 16-20 godzin nawet do 70 godzin na kursach kwalifikowanej pierwszej pomocy. Przed przystąpieniem do organizacji takiego szkolenia należy zorientować się jaki program szkolenia będzie najbardziej odpowiedni dla pracowników danego zakładu pracy w zależności od specyfiki i możliwości urazów.

Niezależnie od przeszkolenia wyznaczonych osób do udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej pracodawca zobowiązany jest poddawać wszystkich pracowników i siebie również szkoleniom wstępnym i okresowym BHP.

W tabeli nr 1 przedstawiono grupy pracowników i okresy w jakich powinni być poddawani pracownicy.

Tabela nr 1.

	Rodzaj szkolenia	Kto odbywa szkolenie	Kiedy / jak często odbywa szkolenie
	instruktaż ogólny	1) pracownicy nowo zatrudniani, 2) praktykanci, 3) uczniowie,	przed dopuszczeniem do wykonywania pracy
wstępne	instruktaż stanowiskowy	Pracownicy nowo zatrudniani na stanowiskach, 1) robotniczych, 2) administracyjno-biurowych, 3) pracownicy przenoszeni na inne stanowiska, 4) pracownicy, którym zmieniono warunki techn. - organiz., 5) brygadziści, kierownicy, 6) praktykanci, 7) uczniowie.	przed dopuszczeniem do wykonywania pracy na określonym / nowym stanowisku lub w nowych warunkach techniczno - organizacyjnych
okresowe	Uwaga: Pierwsze szkolenie okresowe osób zatrudnionych na stanowiskach wymienionych w p.1 przeprowadza się w okresie: zatrudnienia pierwszego pracownika. Do 6 miesięcy od rozpoczęcia pracy na tych stanowiskach wymienionych w punkcie 2 i 4. Pracownicy zatrudnieni na stanowiskach wymienionych w p.3 i 5 -w ciągu roku od rozpoczęcia pracy.	1) osoby pełniące obowiązki pracodawcy 2) inne osoby kierujące pracownikami 3) pracownicy zatrudnieni na stanowiskach robotniczych 4) pracownicy inżynieryjno -techniczni 5) pracownicy na stanowiskach administracyjno-biurowych	raz na 5 lat raz na 5 lat raz na 3 lata raz na 5 lat raz na 6 lat lub w zwiększonej częstotliwości jeżeli kierownik jednostki organizacyjnej uzna za konieczne

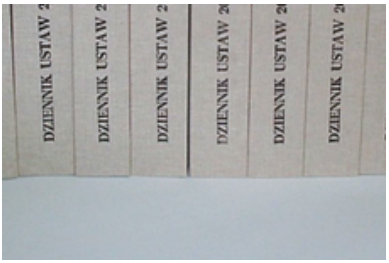
St. Insp. ds. BHP Piotr Hawro
Specjalista ds. BHP mgr Damian Hołub

Przegląd prasy

Ministerstwo Zdrowia: ustawa refundacyjna, czyli frontem do pacjenta

- Luiza Jakubiak/Rynek Zdrowia
- 13-09-2010 19:08

RYNEK ZDROWIA
MEDYCYNA ▪ FINANSE ▪ ZARZĄDZANIE



Resort prezentuje kluczowe założenia ustawy refundacyjnej. Dzięki niej ma się zwiększyć dostęp do terapii, a wprowadzone mechanizmy mają wymusić presję cenową na producentów leków.
Nowy system refundacyjny ma być bardziej przyjazny pacjentom chorym przewlekle. Polityka lekowa będzie tworzona w oparciu o przejrzyste kryteria – takie i inne zmiany zapowiedzieli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia podczas spotkania prasowego 13 września 2010 r.

15 procent udziału w rynku

Projekt wprowadza rozwiązania dotyczące limitów i poziomów odpłatności.

– Zmieniono sposób wyznaczania limitu podstawy, z leku najtańszego objętego refundacją na oparty o udział grupy leków na rynku. Udział musi wynosić minimum 15 procent – wyjaśnił Artur Fałek, dyrektor departamentu polityki lekowej i farmacji Ministerstwa Zdrowia.

Dotąd zdarzało się, że najtańszy lek w grupie wyznaczający limit stanowił procent udziału w rynku i był praktycznie niedostępny dla chorych.

W opinii resortu w ustawie przyjęto bardziej korzystną dla pacjenta metodę obliczania limitu finansowania opartą na cenie hurtowej produktu refundowanego.

– Dotąd limit finansowania był liczony od ceny detalicznej. Teraz będzie zauważalne nieznaczne zwiększenie limitu finansowego na każdym leku, a pacjent zapłaci mniej – dodał dyrektor Fałek.

Inne zmiany w zakresie zmiany kryteriów poziomu odplatności i sposobu ustalania grup limitowych to:

● produkt leczniczy będzie kwalifikowany do poszczególnych poziomów odpłatności na podstawie kryterium ekonomicznego wysokości kosztów terapii w stosunku do wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę,
● do jednej grupy limitowej kwalifikowane będą leki posiadające tę samą nazwę międzynarodową albo inne nazwy międzynarodowe, ale o podobnym działaniu terapeutycznym, o ile posiadają te same wskazania, w ktorych są refundowane i mają podobną skuteczność,
● uporządkowanie wykazu leków refundowanych – Ministerstwo chce odejść od wykazu leków podstawowych i uzupełniających oraz chorób przewlekłych i leków stosowanych w chorobach przewlekłych; będzie ukazywać się jeden wykaz z określeniem, przy jakich kryteriach zdrowotnych występujących u osoby uprawnionej refundacja jest zasadna.

– W zależności od stanu klinicznego pacjenta, zależna będzie wysokość refundacji. W jednym schorzeniu lek może mieć naturę przewlekłą i pacjent zyska wyższą refundację, w innym wskazaniu odpłatność za ten sam lek będzie wyższa.

Ma być taniej dla pacjenta

Ministerstwo przekonuje, że listy refundacyjne będą ukazywać się częściej, co namniej cztery razy do roku. Proces ich tworzenia ma usprawnić odejście od ustalania wykazów w formie rozporządzenia ministra zdrowia na rzecz obwieszczeń.
Jednak najbliższa lista leków refundowanych, zapowiadana przez dyrektora Fałka w tym roku, zostanie opublikowana w formie rozporzadzenia.
– Nie spodziewamy się, by ustawa zaczęła obowiązywać od 1 stycznia 2011 roku. Będzie dobrze, jeśli stanie się tak w połowie przyszłego roku.
Ministerstwo przekonuje, że ceny większości produktów leczniczych, po wejściu w życie ustawy refundacyjnej, będą niższe.
– Obecnie mamy 310 grup limitowych. Po wejściu w życie zasad ustawy refundacyjnej, ceny leków spadną. Po przeliczeniu okazuje się, że w przypadku 274 grup limitowych, ceny leków będą niższe. Ceny detaliczne brutto mogą nieco wzrosnąć dla 36 grup limitowych. Warto też zauważyć, że ceny spadną od 1,48 zł do nawet 326 zł w przypadku jednej z grup. Tymczasem wzrost leków nie będzie wyższy niż 3-5 zł. Tylko w przypadku jednego z leków cena wzrośnie o 8,18 zł - przekonywał wiceminister zdrowia Marek Twardowski.

Stałe ceny i marże

Ministerstwo Zdrowia proponuje także:
● powiązanie wydatków NFZ na refundację leków z jego całkowitymi wydatkami na świadczenia opieki zdrowotnej. Całkowity budżet na refundację

stanowiłby 17 proc. tych wydatków; w przypadku przekroczenia zakładanego całkowitego budżetu na refundację, podmioty odpowiedzialne będą zobowiązane do zwrotu kwoty proporcjonalnej do ich udziału w przekroczeniu (– To rozwiązanie obowiązywałoby dopiero po dwóch latach od uchwalenia ustawy – uspokoił minister Twardowski. – Na razie wydatki byłyby zamrożone na poziomie wydatków z roku poprzedniego),
- stałe ceny i marże. Zdaniem resortu to rozwiązanie służy zabezpieczeniu przed możliwymi nadużyciami w łańcuchu dystrybucji, które prowadzą do nieuzasdnionej potrzebami zdrowotnymi refundacji kosztów leków oraz obniżają jakość usługi farmaceutycznej oferowanej pacjentom,
- marże detaliczne, które będą naliczane w równej wysokości dla wszystkich produktów tym samym limicie refundacji; to zdaniem Ministerstwa, wspomaga obowiązek informowania i oferowania pacjentom w aptekach tańszych odpowiedników przepisanych leków.

Klarowna polityka lekowa

Ustawa wprowadza zapowiadane od dawna zasady przejrzystości, m.in. transparentne kryteria refundacyjne i cenowe:
- powołana zostanie Rada Przejrzystości (na miejsce obecnej Rady Konsultacyjnej AOTM) i Komisja Ekonomiczna (która zastąpi zespół ds. gospodarki lekami w ministerstwe zdrowia) (obecny na konferencji dr Krzysztof Łanda, prezes firmy HTA Audit, porównał nawet powołanie Komisji Ekonomicznej do BPA, australijskiej Agencji Cen),
- członkowie Komisji Ekonomicznej będą powoływani przez ministra zdrowia.

Łącznie pracę w obu zespołach znajdzie 15 osób. Resort planuje stworzyć dwa składy orzekające w procesie oceniania indywidualnego wniosku. Do jednego zespołu wejdzie pięć osób: cztery wyznaczone przez ministra zdrowia, jedna osoba z ramienia NFZ. Wybór członków zespołu do oceny wniosku nastąpi w drodze losowania.

Ustawa zakłada zasadę negocjacji z producentem ceny leku wprowadzanego na rynek oraz wprowadzenia do ustawy instrumentów podziału ryzyka.
– Procedura negocjacji będzie powtarzana cyklicznie, co pozwoli na weryfikację zasadności refundacji cen. Co pięć lat każdy produkt będzie ponownie oceniony – zapowiedział minister Twardowski.

Resort planuje również stworzyć specjalny fundusz przeznaczony na badania efektywności leków. Pieniądze będą pochodzić od firm farmaceutycznych, płacących podatek w wysokości 3 proc. od przychodów osiąganych ze sprzedaży leków refundowanych. Szacunkowo ta kwota może oscylować wokół 300-360 mln zł.

– Te pieniądze będą przekazywane na konto AOTM, następnie wykorzystane na prowadzenie badań bezpośrednio porównujących wartość kliniczną dwóch leków. Wykonanie badań będzie zlecane niezależnym polskim i zagranicznym ekspertom – stwierdził Marek Twardowski.

Przypomniał włoski podatek Garratiniego (5 proc. od kosztów marketingu), wyjaśniając, dlaczego resort odstąpił od podobnego sposobu naliczania podatku:

– Ministerstwo miałoby problem z wyliczeniem, ile koncerny wydają na marketing. Wiemy, ile wydajemy na refundację i wyliczenie zysków ze sprzedaży leków refundowanych jest łatwiejsze.

Jest przepis, jest egzekucja

Marek Twardowski ocenił, że ustawa wprowadza również sankcje karne:

– Dotąd zdarzało się, że prawo nie było przestrzegane, tak jak w przypadku zakazu koncentracji obrotu detalicznego w ramach jednego podmiotu, bo przestrzeganie prawa nie było egzekwowane. Ustawa wprowadza wymóg zawierania umów o refundację leków między apteką i NFZ. Umowy będą zawierane w trybie wnioskowym, po złożeniu odpowiedniego pisma do dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ. Jeśli płatnik będący stroną umowy podejmie uzasadnione podejrzenie, że apteka łamie przepisy, będzie miał prawo zerwać uwowę.
Projektowana ustawa zakłada także objęcie refundacją środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego bez konieczności „sztucznego" rejestrowania ich jako leków.

– Dotąd środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego musiały przejść procedurę rejestracyjną jak wszystkie produkty lecznicze tylko po to, by uzyskać status refundacyjny - wyjaśnił dyrektor Fałek.

Resztę, w tym wątpliwości, wyjaśnią czas i rzeczywistość.

Prawo farmaceutyczne: przegląd wybranych zmian

- Agnieszka Deeg
- 08-09-2010 09:12

RYNEK ZDROWIA
MEDYCYNA ▪ FINANSE ▪ ZARZĄDZANIE

Najnowszy projekt ustawy o zmianie ustawy Prawo farmaceutyczne przeszedł już etap publicznych konsultacji i został przekazany pod obrady Rady Ministrów. Zasadniczym celem jest implementacja szeregu dyrektyw i rozporządzeń unijnych - pisze mec. Agnieszka Deeg, radca prawny, partner w kancelarii CMS Cameron McKenna. - Znaczna część projektu dotyczy badań klinicznych. Przede wszystkim projekt wprowadza pojęci „niekomercyjnych badań klinicznych". Sponsorem takich badań może być m.in. uczelnia wyższa i zakład opieki zdrowotnej. Należy jednak podkreślić, że celem takiego badania nie może być chęć osiągnięcia zysku w zakresie prowadzenia i organizacji badań bądź wytwarzania lub obrotu produktami leczniczymi.

Potrzebna i ważna regulacja

Ponadto, jak wskazuje się w projekcie, dane uzyskane w trakcie niekomercyjnego badania klinicznego nie mogą być wykorzystywane w celu uzyskania pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego, dokonania zmian w istniejącym pozwoleniu lub w celach marketingowych.

Wprowadzenie wskazanej wyżej instytucji należy uznać na słuszne i potrzebne. Prowadzenie takich badań w przeważającej części dotyczy potencjalnych metod leczenia rzadkich schorzeń, porównywania efektywności leków lub poszukiwania możliwości zastosowania produktów leczniczych dopuszczonych dla dorosłych pacjentów również w terapii pediatrycznej. Wspierają one często badania wczesnych faz, a także mogą zwrócić uwagę na dziedziny jeszcze mało eksplorowane przez firmy farmaceutyczne.

Pytania i wątpliwości

Regulacja niekomercyjnych badań klinicznych przedstawiona w projekcie zmiany ustawy nasuwa jednak wiele pytań i wątpliwości. Przede wszystkim rodzi się problem możliwości powoływania się na dane uzyskane w takim badaniu.

Jak słusznie argumentowało Stowarzyszenie na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce należy zauważyć, że kategoryczne wyłączenie na przyszłość możliwości wykorzystania danych z badania niekomercyjnego może doprowadzić do sytuacji wręcz kuriozalnych, gdy np. uzyskane w badaniu dane byłyby podstawą do ograniczenia wskazań ze względu na bezpieczeństwo pacjentów, bądź gdy ujawnione zostaną działania niepożądane leku, na podstawie których należy dokonać zmiany warunków pozwolenia do obrotu.

Oczywistym jest, że sponsor badań nie będzie mógł się opierać na nich w celu rejestracji produktu, jednak należy sobie zadać pytanie, czy na takie dane będzie mógł się powoływać inny podmiot. Nie ulega bowiem wątpliwości, że wyniki takich badań będą publikowane w prasie naukowej.

Odpowiedzialność za działania produktu

Co ciekawe, wprowadzana procedura wyklucza możliwość wykorzystywania danych uzyskanych w trakcie badania w procedurze rejestracyjnej lub reklamie, jednak nie wyłącza faktycznego udziału firmy farmaceutycznej w samym prowadzeniu badania klinicznego. Przemysł farmaceutyczny może dostarczyć badany produkt leczniczy bezpłatnie lub po obniżonych kosztach, a także udzielać merytorycznego lub technicznego wsparcia. Nie należy jednak zapominać, że wymaga to powiadomienia właściwej komisji bioetycznej i właściwego ministra ds. zdrowia.

W tym kontekście pojawia się problem ewentualnej odpowiedzialności za działania produktu – inne niż wskazane w pozwoleniu na dopuszczenie – w przypadku wytwórcy produktu wykorzystanego w badaniu, podczas gdy ani wytwórca, ani podmiot z nim powiązany, nie będzie brał w nim udziału.

Wyłączność danych

Kolejnym zagadnieniem, które porusza projekt jest okres wyłączności danych dla wszystkich kategorii produktów. Po nowelizacji ma się on składać z podstawowych 8 lat wyłączności danych, powiększonych o dodatkowe 2 lata wyłączności rynkowej, podczas których możliwa będzie rejestracja produktu generycznego, jednak bez prawa wprowadzenia go na rynek.

Ponadto podmiot odpowiedzialny będzie mógł starać się o uzyskanie kolejnego roku wyłączności w przypadku uzyskania dodatkowego wskazania na dany produkt w trakcie pierwszych 8 lat wyłączności. Jak wynika z powyższego Polska, która do tej pory należała do tzw. państw 6-letnich wydłuży okres, w którym obowiązuje zakaz odwoływania się do dokumentacji rejestracyjnej leku oryginalnego. Należy również podkreślić, że wskazany okres ochronny biegnie niezależnie od ochrony patentowej leku.

Zdyscyplinować producentów

Ministerstwo Zdrowia chce także zdyscyplinować producentów w kwestii przekazywania informacji o zaprzestaniu tymczasowym lub stałym wprowadzania produktów leczniczych do obrotu. Co ważne, w projekcie nastąpiło doprecyzowanie terminu, w jakim należy powiadomić Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Nieścisłości wynikały z rozbieżności pomiędzy polskojęzyczną i anglojęzyczną wersją dyrektywy. Zgodnie z treścią projektu powiadomienie o tymczasowym lub stałym wstrzymaniu obrotu musi nastąpić „nie mniej niż 2 miesiące przed zaprzestaniem wprowadzenia".

To bardzo istotna zmiana, ponieważ obecnie zawiadomienia dokonuje się post factum nie później niż 60 dni od dnia zaprzestania wprowadzania produktu leczniczego do obrotu". Aby ustawowy zapis był realizowany ministerstwo zamierza nałożyć na podmioty odpowiedzialne karę w wysokości 500 tys. zł w razie niedopełnienia tego obowiązku. Taką samą kwotą ukarany byłby również podmiot, który przekaże informacje niezgodne ze stanem faktycznym.

Reklama leków

Proponowane zmiany dotyczą również reklamy produktów leczniczych. Zostały one wprowadzone do projektu pod wpływem dwóch orzeczeń Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości. Pierwsze z nich, orzeczenie C-143/06 Ludwings-Apotheke, wprowadza dodatkową przesłankę zabraniającą prowadzenia reklamy produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu bez konieczności uzyskania pozwolenia. Dotyczy ona korespondencji, której towarzyszą materiały informacyjne o charakterze niepromocyjnym niezbędne do udzielenia odpowiedzi na pytania dotyczące konkretnego produktu leczniczego.

Natomiast z orzeczenia w sprawie C-374/05 Gintec został przeniesiony zakaz wykorzystywania w reklamie produktów leczniczych, która jest skierowana do ogółu społeczeństwa, deklaracji osób trzecich, jeżeli powołują się one „w formie nieodpowiedniej, zatrważającej lub wprowadzającej w błąd" co do przypisywanej właściwości uzdrawiającej oraz zakaz reklamy produktu leczniczego w formie ogłoszonego w Internecie losowania nagród, w zakresie w jakim taka reklama prowadzi do bezpośredniej jego dystrybucji wśród odbiorców oraz wprowadzania darmowych próbek.

To tylko niektóre ze zmian. W projekcie:

- pojawiły się również definicje sprzedaży wysyłkowej
- poszerzono katalog produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu bez konieczności uzyskania pozwolenia o produkty lecznicze terapii zaawansowanej.
- Ułatwiono stosowanie kopalin przez uzdrowiska, czy zakłady przyrodolecznicze.
- Jednoznacznie opowiedziano się za odpowiedzialnością sponsora za badanie kliniczne, wyłączono zaś odpowiedzialność badacza.

Chociaż projekt nowelizacji porusza wiele ważnych kwestii w Prawie farmaceutycznym, to część uregulowań nadal pozostaje niejasna. Nie uwzględniono m.in. niektórych postulatów od dłuższego czasu zgłaszanych przez środowisko aptekarskie, czy wynikających z ostatniego raportu NIK (dotyczących badań klinicznych). Prawdopodobnie czekają nas kolejne zmiany, zresztą od dawna zapowiadane przez Ministerstwo Zdrowia.

Agnieszka Deeg
radca prawny, partner, departament prawa gospodarczego w kancelarii CMS Cameron McKenna

Powstaje urządzenie do wykrywania podrobionych leków

- Gazeta Wyborcza/Rynek Zdrowia
- 06-09-2010 17:44

RYNEK ZDROWIA
MEDYCYNA ▪ FINANSE ▪ ZARZĄDZANIE

Szwedzko-brytyjska grupa badawcza pracuje nad stworzeniem prototypu urządzenia, które w przyszłości powinno ułatwić walkę z podróbkami leków.

WHO oceniało w 2003 roku, że światowy rynek fałszywych leków przynosi ponad 30 miliardów dolarów zysku rocznie. Oceniane zyski przemytników nielegalnych leków w 2010 to około 75 miliardów dolarów. To porównywalne liczby do globalnego rynku narkotykowego, w 2005 wycenionego przez Biuro ONZ ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC) na 13 miliardów na poziomie producentów, 45 miliardów na poziomie sprzedaży hurtowej i 332 miliardy na poziomie sprzedaży detalicznej.

Urządzenie, nad stworzeniem którego pracują naukowcy ze szwedzkiego Uniwersytetu Lund oraz King's College w Londynie wykorzystuje technologię rezonansu jądrowego - tę samą, która jest już stosowana w aparatach rezonansu magnetycznego.

W zależności od tego, jakie substancje znajdują się w testowanym leku wyemituje on różne sygnały, dzięki czemu możliwe jest sprawdzenie, czy w leku faktycznie znajduje się ta substancja aktywna, która powinna się w nim znajdować.

Więcej: www.gazetawyborcza.pl

RYNEK ZDROWIA
MEDYCYNA ■ FINANSE ■ ZARZĄDZANIE

▲ Zofia Ulz: – W ostatnich latach zarysowała się tendencja do podejmowania prób omijania restrykcyjnych przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne w zakresie reklamy produktów leczniczych.

– Za podstawową różnicę zatem między sponsoringiem a reklamą uważa się – w przypadku sponsoringu – brak elementu nacisku na promocję określonych, pochodzących od sponsora towarów lub usług – argumentuje GIF w jednej z wydanych decyzji, nakazujących zaprzestania prowadzenia niezgodnej z przepisami prawa reklamy produktu leczniczego.

– Widząc, że GIF nie reaguje, producenci leków zaczęli sobie pozwalać na coraz więcej i wprowadzać hasła reklamowe. W pewnym momencie w spotach była mowa wyłącznie o produkcie, kwestia firmy została pominięta. Przekazy zamieniły się już nie tylko w hasła reklamowe, ale gwarancje, które nie mogłyby zaistnieć w normalnej reklamie – wyjaśnia zjawisko Marek Świerczyński.

Również mecenas Wierzbicki zwraca uwagę, że spoty wykraczające poza formułę sponsoringu nie były też reklamą, która spełniałaby wymogi Prawa farmaceutycznego: – Formalnie jest to nazywane sponsoringiem, ale GIF podkreśla, że co do meritum te przekazy są reklamą, a zatem doszło do nadużycia formuły sponsoringu.

Wytyczne do działania

Pojawia się pytanie – czy sądy administracyjne zgodzą się z interpretacją GIF? O ile jakaś firma w ogóle zdecyduje się wystąpić do sądu. Nieoficjalnie wiadomo, że w kilku przypadkach zastanawiano się nad tym. Jednak najprawdopodobniej większość decyzji nie zostanie zaskarżona do sądu. Firmy mogą złożyć też wniosek o ponowne rozpatrzenie, ale sprawy wracają do tego samego organu. Bez ewidentnych nowych okoliczności trudno oczekiwać zmiany poprzedniej decyzji GIF.

– Moim zdaniem, decyzje GIF co do zasady były trafne. Byłbym zaskoczony, gdyby to zostało zakwestionowane przez sąd administracyjny – przyznaje mecenas Świerczyński.

Z drugiej strony prawnicy oceniają, że orzeczenie sądu w tej sprawie byłoby wskazane, bo dawałoby wytyczne do ▶

działania. – Niektóre spoty ewidentnie przekroczyły granicę, inne znalazły się na granicy prawa. Stąd ciekawe byłoby rozstrzygnięcie sądu. Może za 2-3 lata dowiemy się, czy ich działanie było zgodne z prawem, czy też nie – mówi Wierzbicki.

Inspektorat Farmaceutyczny podkreśla, że dotychczasowe rozstrzygnięcia w zakresie uznania niektórych wskazań sponsorskich za de facto reklamę produktów leczniczych, naruszającą przepisy PF, nie były do tej pory kwestionowane. – Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w swym wyroku z 18 grudnia 2009 roku (sygn. Akt VI SA/Wa 1758/09) w pełnej rozciągłości przychylił się do prezentowanego stanowiska GIF – informuje prezes Inspektoratu.

Zalecana ostrożność

– Nie powinniśmy wprowadzać odrębnej definicji spotu sponsorskiego do przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne, bo zagadnienia reklamy reguluje wyczerpująco unijna dyrektywa, wprowadzająca jednolite ustawodawstwo na terenie Unii Europejskiej. Unijne prawo zaś jasno określa, na jakich zasadach funkcjonuje reklama i sponsoring – uważa Marek Świerczyński. – Jeśli przy obecnych możliwościach tworzenia spotów sponsorskich firmy starają się obejść przepisy, to narażają się na ryzyko, że GIF zakwestionuje taki przekaz.

Dlatego najlepszym rozwiązaniem w tej sytuacji jest unikanie sięgania po agresywny sponsoring i większa ostrożność w formułowaniu haseł sponsorskich. – Z pewnością przypadki takiego agresywnego sponsoringu będą rzadsze, przynajmniej do momentu wydania orzeczenia przez sąd. Potem sytuacja rozwinie się w zależności od tego, co orzeknie sąd – przewiduje mecenas Wierzbicki.

W sytuacji gdy firma nie zastosuje się do nakazu i nie zaprzestanie ukazywania się bezprawnego sponsoringu, nie opublikuje sprostowania lub nie usunie stwierdzonych naruszeń, osobom za to odpowiedzialnym grozi grzywna do 5 tys. złotych. Dużo większe straty mogą wynikać z powodu kosztów realizacji kampanii medialnej i niewykorzystanych zasobów marketingowych: wykupionego czasu antenowego czy powierzchni reklamowej.

Jeśli firma świadomie decyduje się na użycie pewnych zwrotów reklamowych, wykraczających poza normy spotu, powinna przygotować „bezpieczniejszą"

PORTAL
rynekzdrowia.pl
Dodaj do ulubionych >

wersję przekazu, by móc dokonać szybkiej podmiany spotów. W innym przypadku zakaz emisji będzie wiązał się ze sporymi kosztami dla firmy.

To reklamodawca również ponosi odpowiedzialność za emitowane treści. Dom mediowy świadczy jedynie usługi polegające na udostępnianiu powierzchni reklamowych. Przed odpowiedzialnością za naruszenie praw autorskich majątkowych lub osobistych, innych praw własności intelektualnej czy dóbr osobistych chroni się, zawierając klauzule wyłączające taką odpowiedzialność.

Nawet jeśli dom mediowy zostanie pociągnięty do odpowiedzialności za naruszenie przepisów prawa, w umowach stosuje zabezpieczenie w postaci zobowiązania się reklamodawcy do pokrycia wydatków poniesionych przez dom mediowy, np. odszkodowań, kosztów pomocy prawnej, kosztów procesu czy mediacji.

Ustawa o radiofonii i telewizji mówi, że wskazanie sponsora może zawierać jedynie jego nazwę, firmę, znak towarowy, a celem sponsoringu jest podniesienie renomy firmy, nie produktu

Emisja poza zasięgiem GIF

Mecenas Świerczyński wskazuje na jeszcze jeden wątek przekazów medialnych. Coraz częściej do odbiorców trafiają informacje z innych transgranicznych źródeł, których GIF nie jest już w stanie kontrolować ani nie zawsze ma jurysdykcję, by w nich orzekać. Takim problematycznym nośnikiem informacji jest np. internet. Również na obszarach przygranicznych Polacy odbierają tłumaczone na język polski programy telewizyjne i radiowe.

Może się okazać, że w świetle unijnej zasady państwa pochodzenia, przekaz tworzony w oparciu o bardziej liberalne przepisy w innych państwach będzie mógł być emitowany z zagranicy i GIF nie będzie mógł go wstrzymać. Decyzja o wstrzymaniu może zostać zakwestionowana przed sądem.

Zasada państwa pochodzenia idzie jeszcze dalej, stwierdzając, że usługodawca chcący świadczyć usługi w państwie odbioru przekazu, jest wolny od wymogów administracyjnych przewidzianych przez prawo tego państwa, jeśli spełnia stosowne wymogi w państwie, z którego przekaz ten pochodzi.

W takiej sytuacji ściganie niezgodnych z prawem przekazów o produktach leczniczych może okazać się walką z wiatrakami.

LUIZA JAKUBIAK

Rozstrzygnięcia GIF uznające niektóre wskazania sponsorskie za reklamę produktów leczniczych naruszającą przepisy nie były do tej pory kwestionowane

Leki za grosz znikną z aptek

USTAWA
Ministerstwo Zdrowia zakaże promocji w aptekach na te leki, do których dopłaca państwo. Według firm pacjenci zapłacą więcej. Resort uważa, że ceny spadną

Zapisy ograniczające promocyjną sprzedaż zawarto w projekcie ustawy o refundacji leków. Projekt po dziesięciu miesiącach trafił właśnie do konsultacji międzyresortowych.

– Diabeł tkwi w szczegółach, a my tak chcieliśmy opracować szczegóły, by nowe rozwiązania były jak najbardziej korzystne dla pacjentów – przekonywał wczoraj dziennikarzy wiceminister zdrowia Marek Twardowski.

Wiadomo jednak, że zmiana jest kontrowersyjna i urzędnicy chcieli uzyskać poparcie dla niej także wewnątrz rządu.

W tej chwili wiele aptek sprzedaje pacjentom leki w promocji za symboliczny grosz. Rezygnują z pieniędzy od chorego, by otrzymać refundację od państwa (może być ona znacznie wyższa od dopłaty pacjenta). Zdarza się, że niektóre apteki wręcz płacą kilka złotych chorym za wykupienie u nich recepty, byle tylko otrzymać kilkadziesiąt złotych z NFZ. – To patologia, z którą trzeba skończyć. Mamy nadzieję, że zlikwidowanie promocji za grosz spowoduje, iż firmy zaczną konkurować ze sobą, obniżając ceny na listach refundacyjnych – mówi Artur Fałek, dyrektor Departamentu ds. Leków w resorcie zdrowia.

Firmy monitorujące rynek leków, np. IMS Health czy Pharma Expert, ostrzegają, że po likwidacji promocji pacjenci mogą zapłacić za farmaceutyki nawet kilkanaście procent więcej.

Resort zdrowia przekonuje że chorzy zyskają. – Ta ustawa wprowadza wiele mechanizmów, które wpłyną na wzrost konkurencji między firmami a w konsekwencji na spadek cen leków – mówi Artur Fałek.

Ustawa wprowadza m.in. nowe zasady negocjowania cen między firmami a urzędnikami: w umowach będzie można zapisać np., że Fundusz nie zapłaci za podanie farmaceutyków, jeśli nie pomogły one choremu (przy najdroższych terapiach NFZ monitoruje leczenie każdego pacjenta). Inne rozwiązanie: firma współfinansuje leczenie skutków ubocznych, które pojawiły się po podaniu leku.

– To zaawansowane metody negocjacji wykorzystywane na świecie przy ustalaniu cen najdroższych, innowacyjnych leków – mówi Krzysztof Łanda, ekspert medyczny z fundacji WatchHealthCare. – Zdarza się, że firmy farmaceutyczne nie chcą obniżać cen leków, za to są gotowe np. współfinansować leczenie pacjentów. To mechanizm korzystny dla państwa, które za leczenie płaci mniej, i dla pacjentów, którzy uzyskują dostęp do nowoczesnych, drogich terapii.

Korzystnym dla pacjentów rozwiązaniem będzie też stworzenie jednej listy leków refundowanych. Chorzy będą mogli łatwiej zorientować się, ile zapłacą w aptece. Dziś tej informacji trzeba szukać w kilku dokumentach. —*Sylwia Szparkowska*

NON OMNIS MORIAR...

Andrzej Grech

Urodził się 2 lutego 1944 roku w Mościskach, dyplom magistra farmacji otrzymał na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Lublinie 22 października 1969 roku. Praktykę zawodową odbył pod kierunkiem mgr farm. Kamili Smólskiej, był również kierownikiem apteki PZF Cefarm. Pracował w aptekach przemyskich. Od roku 1975 zatrudniony w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Przemyślu, pełnił też funkcję zastępcy dyrektora.. Od 1992 roku był kierownikiem własnej apteki w tym mieście. Przewodniczący Komitetu Założycielskiego Izb Aptekarskich w Rzeszowie, pomysłodawca nazwy nowotworzonej izby okręgowej; wiceprezes Podkarpackiej Okręgowej Rady Aptekarskiej w Rzeszowie w I i II kadencji, prezes PORA w latach 1999 - 2001. Specjalista pierwszego stopnia z zakresu farmacji aptecznej, który to stopień uzyskał w wyniku zdanego egzaminu w dniu 16 listopada 2001 roku. Jego praca specjalizacyjna uzyskała w recenzji jedną z najlepszych ocen wśród zdających egzamin.

KOMUNIKAT

w sprawie ochrony przeciwpożarowej w aptekach

Zgodnie z art. 209 1 Kodeksu Pracy: Obowiązkiem każdego pracodawcy (również właściciela apteki) jest między innymi zapewnić środki niezbędne do zwalczania pożarów i ewakuacji pracowników oraz wyznaczyć pracowników do wykonywania działań w zakresie zwalczania pożarów i ewakuacji pracowników a także zapewnić łączność ze służbami zewnętrznymi wyspecjalizowanymi w zakresie ochrony przeciwpożarowej.

Działania powyższe powinny być dostosowane do rodzaju i zakresu prowadzonej działalności, liczby zatrudnionych pracowników i innych osób przebywających na terenie zakładu oraz rodzaju i poziomu występujących zagrożeń. Liczba pracowników wyznaczonych do wykonywania zadań w zakresie ochrony przeciwpożarowej, ich szkolenie i wyposażenie powinna uwzględniać rodzaj i poziom występujących zagroże. Jeśli pracodawca zatrudnia wyłącznie pracowników młodocianych oraz niepełnosprawnych działania jak wyżej może wykonywać sam.

Z powyższego wynika, iż pracodawca organizując służbę ppoż. ma wziąć pod uwagę rodzaj prowadzonej działalności i występujące zagrożenia. Odpowiednio do nich wyznaczyć do wykonywania zadań z zakresu ochrony przeciwpożarowej taką osobę lub osoby, które ukończyły odpowiednie szkolenie. Przepisy nie wskazują konkretnie jakie to ma być szkolenie, co ma obejmować i ile trwać. Nie muszą jednak być to osoby posiadające specjalistyczne kwalifikacje z zakresu ochrony przeciwpożarowej.

Wymagane szkolenie powinno być przeprowadzone przez wyspecjalizowaną jednostkę, posiadającą uprawnienia do wystawienia zaświadczenia potwierdzającego odbycie szkolenia. Na terenie województwa podkarpackiego działa wiele podmiotów prowadzących szkolenia w zakresie ochrony przeciwpożarowej. Podstawową możliwością odbycia szkolenia jest rozszerzenie obowiązkowego szkolenia w zakresu BHP o problematykę ochrony przeciwpożarowej. Można też odbyć szkolenia jedynie w zakresie ochrony przeciwpożarowej. Ważne jest, aby odbycie szkolenia z zakresu ochrony przeciwpożarowej zostało potwierdzone zaświadczeniem, które będzie można okazać w razie kontroli np. PIP oraz, aby takie szkolenie posiadała co najmniej jedna osoba przez cały czas pracy apteki.

Adwokat
Bogusława Szybisz

Komunikat NFZ dla aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych w sprawie rejestru recept zablokowanych.

K o m u n i k a t

Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia zamierza udostępnić aptekom i punktom aptecznym możliwość korzystania z rejestru recept zablokowanych w trybie on-line, jak również pobierania plików zawierających zblokowane numery recept.

Pod adresem http://recepty.nfz.gov.pl/ap-rzrl zostanie udostępniony Centralny rejestr recept wycofanych z obrotu.

Ponadto na stronach internetowych OW NFZ zostaną zamieszczone odnośnik kierujące do rejestru recept zablokowanych:

http://recepty.nfz.gov.pl/ap-rzrl wraz z informacją,

że jest to ogólnopolskie rejestr recept wycofanych z obrotu.

UWAGA:

Rejestr będzie dostępny od dnia 1 października 2010