WEI
WARSAW ENTERPRISE INSTITUTE

kwiecień
2023

RAPORT

APTEKA DLA PACJENTA

Jak ukształtować nowoczesny system apteczny?

WARSAW ENTERPRISE INSTITUTE

APTEKA DLA PACJENTA

JAK UKSZTAŁTOWAĆ NOWOCZESNY SYSTEM APTECZNY?

WARSZAWA 2023

Spis treści

Podsumowanie i rekomendacje 4

1. Wstęp 6

2. Aktualna sytuacja branży aptecznej 8

3. Kluczowe przemiany dokonujące się w ostatnich latach 10

3.1. Informatyzacja 10

3.2. Pandemia koronawirusa 11

3.3. Ustawa o zawodzie farmaceuty 11

3.4. Ochrona prawna farmaceutów 13

3.5. Ograniczenia swobody prowadzenia działalności 13

3.6. Wizerunek farmaceutów 13

4. Najważniejsze bieżące wyzwania 14

4.1. Przemiany demograficzne 14

4.2. Skutki pandemii 16

4.3. Wojna w Ukrainie 16

4.4. Zagwarantowanie odpowiednich warunków do prowadzenia działalności 16

5. Kształtowanie systemu aptecznego 18

5.1. Farmaceuta 19

5.2. Edukacja 19

5.3. Perspektywy zawodowe 21

5.4. Rekomendacje 22

6. Opieka farmaceutyczna 24

6.1. Opieka farmaceutyczna w Polsce 25

6.2. Wdrażanie opieki farmaceutycznej 26

6.3. Dokumentacja medyczna 28

6.4. Korzyści z wdrożenia opieki farmaceutycznej 28

6.5. Rekomendacje 29

7. Prowadzenie działalności aptecznej 30

7.1. Informowanie o działalności apteki 30

7.2. Wysyłkowa sprzedaż leków na receptę 32

7.3. Ograniczenia w rozpoczęciu nowej działalności 33

7.4. Franczyza 34

7.5. Rekomendacje 36

Podsumowanie i rekomendacje

- Obecnie jest w Polsce 11 679 aktywnych aptek ogólnodostępnych, jednak od 2017 r., kiedy wprowadzono nowelizację prawa farmaceutycznego tzw. aptekę dla aptekarza, z roku na rok liczba ta maleje. Jednocześnie pomimo rosnącej liczby farmaceutów posiadających prawo wykonywania zawodu, coraz mniejszy odsetek wybiera pracę w aptece.
- W ostatnich latach dokonał się szereg zmian istotnych dla funkcjonowania aptek, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych. Należy docenić elektronizację i wprowadzenie e-recept czy uchwalenie ustawy o zawodzie farmaceuty, stanowiącej podstawę do wdrożenia usług opieki farmaceutycznej.
- Paradoksalnie można dostrzec również pozytywny wpływ pandemii koronawirusa na wizerunek farmaceutów. W czasie gdy dostęp do lekarzy był znacząco utrudniony, wielu pacjentów uzyskiwało drobne porady w aptekach. Jednocześnie farmaceuci zostali włączeni w program szczepień i przeprowadzali je tak samo jak lekarze czy pielęgniarki.
- Jednakże działalność apteczna charakteryzuje się nadregulacjami, które są dysfunkcyjne dla jej rozwoju. Wprowadzenie tzw. apteki dla aptekarza istotnie ograniczyło możliwość otwierania nowych aptek, a tym samym konkurencję na rynku. Pomimo podejmowania działań legislacyjnych, wciąż nie ma możliwości sprzedaży leków na receptę przez internet oraz obowiązuje całkowity zakaz reklamy, który obejmuje również działania informacyjne. Dodatkowo niektóre organy inspekcji farmaceutycznej i samorządu aptekarskiego nadal kwestionują możliwość wykorzystywania modelu franczyzy w prowadzonej działalności.
- Rola aptek w systemie ochrony zdrowia powinna wzrastać, w szczególności w związku z wyzwaniami obecnych czasów. W dobie zwiększającego się zapotrzebowania na usługi medyczne, w wyniku starzenia się społeczeństwa, napływu uchodźców z Ukrainy czy pandemii, mogą one stanowić istotne wsparcie w zaspokojeniu potrzeb pacjentów, odciążając pozostałe ogniwa systemu. Należy przy tym zaznaczyć, iż

w porównaniu z innymi europejskimi krajami, Polska ma stosunkowo niską liczbę lekarzy w przeliczeniu na wielkość populacji, a prawie 30 proc. z nich to osoby powyżej 60. roku życia.

Rekomendacje w obszarze kształtowania systemu aptecznego

- Ugruntowanie wizerunku farmaceuty jako wykwalifikowanego pracownika medycznego, który sprawuje opiekę nad pacjentem we współpracy z lekarzem, a nie „sprzedawcy leków".
- Wprowadzenie zmian w kształceniu, przede wszystkim poprzez nastawienie na nauczanie problemowe, jak również uwzględnienie aspektów komunikacyjnych czy biznesowych.
- Umożliwienie farmaceutom odbywania stażów na zasadach rynkowych.
- Przeorientowanie aptekarzy z dostarczania leków na zapewnianie opieki i kompleksowe świadczenie usług.
- Stworzenie warunków, w których praca w aptece będzie atrakcyjna dla młodych farmaceutów, m.in. poprzez ograniczenie nadregulacji i zapewnienie większej swobody w prowadzeniu działalności. Apteki powinny konkurować o pacjentów cenami oraz jakością usług, dążąc do ciągłego rozwoju, zamiast wykorzystywać ograniczenia w liczbie podmiotów.

Rekomendacje w obszarze opieki farmaceutycznej

- Sukcesywne wprowadzanie nowych usług w przemyślany sposób i poprzedzonych odpowiednimi pilotażami, w celu wypracowania najefektywniejszych modeli udzielania świadczeń.
- Określenie zasad finansowania, wydanie odpowiednich aktów wykonawczych uprawniających farmaceutów do podejmowania konkretnych działań oraz zapewnienie dostępu do funkcjonalnych narzędzi informatycznych, w celu dokumentowania procesu opieki.
- Umożliwienie indywidualnym farmaceutom, posiadającym odpowiednie kompetencje, samodzielnego wprowadzania dodatkowych usług, świadczonych komercyjnie i opłacanych z marży aptecznej.
- Popularyzowanie opieki farmaceutycznej poprzez budowanie świadomości zarówno pacjentów, jak i farmaceutów o możliwości realizacji dodatkowych usług.

Rekomendacje w obszarze prowadzenia działalności aptecznej

- Przeprowadzenie częściowej deregulacji działalności aptecznej w zakresie przepisów ograniczających swobodę prowadzenia działalności, które nie są niezbędne dla zabezpieczenia prawidłowego udzielania świadczeń pacjentom, w szczególności w zakresie tzw. apteki dla aptekarza.
- Złagodzenie całkowitego zakazu reklamy poprzez dopuszczenie obiektywnej informacji o świadczonych w aptece usługach, również o charakterze zachęcającym, umożliwiając pacjentom dokonywanie świadomych wyborów.
- Umożliwienie sprzedaży leków na receptę przez internet, przy zapewnieniu odpowiedniej opieki farmaceutycznej pacjentom korzystającym z tej opcji.
- Ujednolicenie praktyki organów, w szczególności w zakresie reklamy oraz franczyzy, w celu zapewnienia pewności prawa i warunków prowadzenia działalności.

1. Wstęp

Żyjemy obecnie w „ciekawych czasach". Przy czym określenie to nie powinno napawać zbytnim optymizmem. Ciekawe czasy są bowiem synonimem zmienności, chaosu i trudnych decyzji. W związku z tym opisują idealnie obecną sytuację – najpierw pandemia koronawirusa, następnie inwazja Rosji na Ukrainę, które istotnie wpłynęły na wiele sfer życia. Jednym z obszarów, w których oddziaływanie to widać szczególnie, jest system ochrony zdrowia. Nie można przy tym zapominać o innych istotnych przemianach, dokonujących się na przestrzeni ostatnich lat: zmiana struktury demograficznej związana ze starzeniem się społeczeństwa czy systematyczny wzrost osób cierpiących na choroby cywilizacyjne, w tym przewlekłe. Jednocześnie rozwój nowoczesnych technologii stwarza szereg nowych możliwości zarówno w kontekście usprawnienia już istniejących procesów czy działań, jak i powstania wielu nowych rozwiązań, również w ochronie zdrowia.

ROZWÓJ NOWOCZESNYCH TECHNOLOGII STWARZA SZEREG NOWYCH MOŻLIWOŚCI ZARÓWNO W KONTEKŚCIE USPRAWNIENIA JUŻ ISTNIEJĄCYCH PROCESÓW CZY DZIAŁAŃ, JAK I POWSTANIA WIELU NOWYCH ROZWIĄZAŃ, RÓWNIEŻ W OCHRONIE ZDROWIA.

Analizując system opieki zdrowotnej, kluczowe jest, żeby pamiętać, iż w jego centrum zawsze powinien znajdować się pacjent i jego potrzeby. Wszelkie usługi medyczne to każdorazowa walka o poprawę dobrostanu zwykłego człowieka. W gąszczu procedur, przepisów, wytycznych w zakresie finansowania można czasem zapomnieć, że ich celem jest zorganizowanie systemu, który w najpełniejszy sposób, w ramach posiadanych środków, będzie odpowiadał potrzebom pacjentów. Przy czym system ten powinien być odpowiednio skoordynowany, zapewniając sprawną współpracę pomiędzy poszczególnymi jego elementami.

Jedną z podstawowych form leczenia jest farmakoterapia, dlatego też bezpieczeństwo lekowe należy uznać za priorytet. W tym kontekście zazwyczaj przywoływane są kwestie produkcji i łańcuchów dostaw w odniesieniu do wytwórców, podmiotów odpowiedzialnych czy hur-

towni farmaceutycznych. Jednakże prawidłowe działanie systemu wymaga dbałości o wszystkie jego aspekty, a jednym z nich, często zapominanym w dyskusji, jest rola aptek i farmaceutów w ochronie zdrowia. Z jednej strony działalność aptekarzy jest uzupełnieniem do porady lekarskiej, z drugiej natomiast bardzo często są oni jedynym ogniwem, który ma kontakt z pacjentem. Ograniczony dostęp do opieki medycznej czy długi czas oczekiwania na wizytę powoduje, że wiele osób decyduje się na samoleczenie, co znajduje odzwierciedlenie w wysokiej konsumpcji leków bez recepty oraz suplementów diety. W związku z powyższym należy pochylić się nad sytuacją aptek i farmaceutów, żeby odpowiednio wykorzystać posiadany przez nich potencjał. Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania działalności aptecznej jest jednym z niezbędnych elementów dla budowania odpornego i efektywnego systemu ochrony zdrowia, który w odpowiedni sposób pozwoli zabezpieczyć potrzeby pacjentów.

2. Aktualna sytuacja branży aptecznej

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego[1] w 2021 r. w Polsce było 11 866 aptek ogólnodostępnych. Wprawdzie jest to o 153 obiektów więcej niż 10 lat wcześniej, jednak od 2018 r. obserwowany jest systematyczny spadek tej liczby. Jak wskazuje Rejestr Aptek, tendencja spadkowa się utrzymuje – obecnie jest 11 679 aktywnych aptek ogólnodostępnych, natomiast kolejnych 6 ma status „oczekująca"[2]. Należy przy tym zaznaczyć, że trend wzrostowy występujący do 2017 r. wskazywał na nienasycenie rynku oraz popyt na powstawanie nowych placówek, który został sztucznie zastopowany nowelizacją prawa farmaceutycznego zwaną apteką dla aptekarza[3]. Od wejścia w życie przedmiotowych przepisów, tj. od 25 czerwca 2017 r., do 20 marca br. zostało wydanych 668 nowych zezwoleń na prowadzenie apteki ogólnodostępnej, w tym 262 w pierwszych trzech miesiącach wskazanego okresu[4]. Należy jednak zaznaczyć, że duża część z nich mogła nie podlegać wprowadzonym restrykcjom, bowiem do postępowań wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie nowelizacji stosowane były przepisy dotychczasowe. W domenie publicznej nie ma natomiast informacji, kiedy zostały złożone wnioski o wydanie zezwolenia. Dla porównania można wskazać, że w 2016 r. wyrażono zgodę na otwarcie 1 042 aptek, a w pierwszej połowie 2017 r. (przed wprowadzeniem nowelizacji) – 606. Zatem przez około półtora roku poprzedzającego wejście w życie nowych przepisów wydano prawie 2,5 raza więcej decyzji niż przez ostatnich prawie 6 lat.

Jednocześnie zgodnie z danymi z końca 2019 r., po wprowadzeniu przedmiotowych zmian aż w 86 wsiach i małych miastach zamknięto jedyny funkcjonujący obiekt apteczny, tj. aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny[5]. W 2021 r. liczba ludności przypadająca na placówkę wyniosła

1 http://swaid.stat.gov.pl/ZdrowieOchronaZdrowia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DBD_ZDR_6.aspx.
2 Dane na dzień 20 marca 2023 r., https://rejestrymedyczne.ezdrowie.gov.pl/ra/search/public.
3 https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170001015.
4 https://rejestrymedyczne.ezdrowie.gov.pl/ra/search/public.
5 https://pharmanet.org.pl/skutki-regulacji-apteka-dla-aptekarza-po-25-roku-funkcjonowania.

2 926 osób, gdzie w 2010 r. było to 3 093 osób, a w 2017 r. – 2 628[6].

Warto również zwrócić uwagę na populację farmaceutów. Z roku na rok rośnie liczba osób posiadających prawo wykonywania tego zawodu. W 2010 r. było ich 28 330, a w 2021 r. – 37 261[7]. Wydawałoby się, że jest to pozytywna sytuacja z punktu widzenia pacjentów, jednakże równocześnie maleje odsetek aptekarzy. W 2010 r. farmaceutów pracujących w aptekach i punktach aptecznych było 23 399, czyli 82,59 proc. wśród wszystkich posiadających prawo wykonywania zawodu, a w 2021 r. – 26 008, czyli odpowiednio 69,80 proc. Nie jest to jedynie efekt mniejszej liczby placówek, bowiem od 2017 r. spada również wskaźnik farmaceutów pracujących bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności[8], przy jednoczesnym zmniejszaniu się populacji Polski. W 2021 r. statystyka ta wyniosła 7,5, natomiast przed wejściem w życie nowelizacji prawa farmaceutycznego było to 7,6.

Istotnymi danymi w tym zakresie są również informacje o obsadzie apteki, przy czym te dane są dość niepokojące. Na jedną placówkę (aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny) przypadało w 2021 r. 2,00 farmaceuty, podczas gdy w 2016 r. było to 1,88[9]. Co istotne, w każdej aptece musi być wyznaczony i obecny kierownik (lub jego zastępca), który ma szereg obowiązków. Zatem, aby była możliwość realnego świadczenia dodatkowych usług np. z zakresu opieki farmaceutycznej, wydaje się, że potrzebna jest obecność przynajmniej dwóch, trzech farmaceutów (nie uwzględniając obiektów o wydłużonym czasie otwarcia czy całodobowych, gdzie taka obsada powinna być zapewniona na więcej niż jednej zmianie). Należy równocześnie wskazać, iż wątpliwym argumentem jest, że ograniczenie liczby aptek (przyświecające nowelizacji prawa farmaceutycznego) doprowadzi do trwałego zwiększenia obsady. Wprawdzie w krótkim okresie statystyka obejmująca farmaceutów przypadających na placówkę nieznacznie wzrosła, jednak kluczowym problemem nie jest nadmierna liczba aptek, a niewielkie zainteresowanie zawodem aptekarza wśród młodych absolwentów farmacji, coraz częściej wybierających alternatywne ścieżki kariery.

KLUCZOWYM PROBLEMEM NIE JEST NADMIERNA LICZBA APTEK, A NIEWIELKIE ZAINTERESOWANIE ZAWODEM APTEKARZA WŚRÓD MŁODYCH ABSOLWENTÓW FARMACJI.

---

6 http://swaid.stat.gov.pl/ZdrowieOchronaZdrowia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DBD_ZDR_6.aspx.

7 http://swaid.stat.gov.pl/ZdrowieOchronaZdrowia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DBD_ZDR_5.aspx.

8 Oprócz aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych, statystyka ta obejmuje również apteki szpitalne, których liczba raczej jest stała i nie zmienia się znacząco.

9 http://swaid.stat.gov.pl/ZdrowieOchronaZdrowia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DBD_ZDR_6.aspx.

3. Kluczowe przemiany dokonujące się w ostatnich latach

3.1. Informatyzacja

W ostatnich latach wprowadzono wiele przełomowych zmian zarówno z perspektywy całego systemu opieki zdrowotnej, jak i w kontekście bezpieczeństwa lekowego. Podstawowym, wieloletnim procesem, jest cyfryzacja systemu ochrony zdrowia i elektronizacja kolejnych usług. W tym zakresie kluczowy jest projekt e-zdrowie zainicjowany w 2007 r.[10], obejmujący cztery główne elementy:

- Elektroniczną Platformę Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1);
- Platformę Udostępniania On-line Przedsiębiorcom Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych (P2);
- poprawę jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez popularyzację wiedzy na temat technologii ICT (P3);
- dziedzinowe systemy teleinformatyczne systemy informacji w ochronie zdrowia (P4).

W ramach platformy P1 wdrożono system elektronicznej recepty, zapoczątkowany pilotażem w lutym 2018 r. w Siedlcach i Skierniewicach. Następnie od końca sierpnia tego samego roku umożliwiono korzystanie z e-recepty w całej Polsce dla wszystkich chętnych świadczeniodawców. Od dnia 8 stycznia 2020 r. wystawianie recept w formie elektronicznej jest obowiązkowe. Cyfryzacja preskrypcji stanowi nie tylko ułatwienie dla pacjentów, ale pozwala również na przekazanie informacji na temat przepisanego leku do aptek oraz innych instytucji, np. Narodowego Funduszu Zdrowia. Dzięki czemu, oprócz wygody, możliwa jest większa kontrola nad refundacją oraz prawidłowością działań medycznych. E-recepta obok teleporad, zdalnych wizyt u lekarza, dopuszczonych w publicznym systemie pod koniec

[10] https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/259905/flis_e-recepta_element_cyfryzacji_publicznego_systemu_2020.pdf.

2019 r., była istotnym rozwiązaniem umożliwiającym korzystanie pacjentom z opieki zdrowotnej w trakcie pandemii, gdzie fizyczna dostępność świadczeń została znacząco ograniczona. Można nawet zaryzykować twierdzenie, że elektroniczna preskrypcja była jedną z kluczowych kwestii dla efektywności teleporad i funkcjonowania systemu w czasie pandemii. Dotychczas wystawiono już 1 512 313 024 e-recept dla 36 654 775 pacjentów[11] i pomimo pojawiania się jeszcze błędów, rozwiązanie jest pozytywnie oceniane zarówno przez ekspertów, jak i pacjentów[12].

3.2. Pandemia koronawirusa

Sytuacja epidemiologiczna pomogła również dostrzec istotną rolę aptek w ramach systemu. Farmaceuci stali na „pierwszej linii frontu" i to oni byli przedstawicielami personelu medycznego, który najczęściej miał bezpośredni kontakt z pacjentem. Zgodnie z raportem „Farmaceuta w Polsce. Ogólnopolskie badania wizerunkowe"[13] przygotowanym w 2019 r., jeszcze przed pandemią, na pytanie otwarte o cel wizyty w aptece w ostatnim czasie najczęstszą odpowiedzią było zaopatrzenie w leki na receptę oraz bez recepty. Jedynie 13,4 proc. badanych zadeklarowało, że chciało uzyskać poradę dotyczącą leczenia drobnych chorób, a 10,2 proc. wskazało na poradę dotyczącą stosowania leków. Natomiast zgodnie z badaniem przeprowadzonym we wrześniu 2021 r.[14] 48 proc. respondentów często korzysta z rad farmaceuty ze względu na dłuższy czas oczekiwania na wizytę lekarską, a 67 proc. nawet częściej korzysta z rad farmaceuty niż lekarza z uwagi na szybsze uzyskanie porady.

ISTOTNYM PODNIESIENIEM ROLI APTEK BYŁO WŁĄCZENIE ICH OD LIPCA 2021 R. W PRZEPROWADZANIE SZCZEPIEŃ PRZECIWKO KORONAWIRUSOWI.

Jednocześnie istotnym podniesieniem roli aptek w systemie oraz, wynikającym z aktualnej potrzeby, niezwłocznym wdrożeniem elementów opieki farmaceutycznej było włączenie ich od lipca 2021 r. w przeprowadzanie szczepień przeciwko koronawirusowi. Należy przy tym zwrócić uwagę, że istotne jest nie tylko miejsce udzielenia świadczeń, ale przede wszystkim fakt, że udzielali ich farmaceuci (po odbyciu szkolenia teoretycznego) na równi z lekarzami czy pielęgniarkami. Przez niecałe pierwsze pół roku od wprowadzenia tej możliwości w 1 160 aptecznych punktach szczepień zaszczepionych zostało około 350 tys. pacjentów[15]. Była to nie tylko istotna zmiana poszerzająca dostępność świadczenia dla pacjentów, ale również miała ona charakter prestiżowy, pozytywnie wpływający na wizerunek farmaceutów jako wykwalifikowanego personelu medycznego.

3.3. Ustawa o zawodzie farmaceuty

Pandemia niewątpliwie wpłynęła również na przyspieszenie prac nad ustawą o zawodzie farmaceuty[16]. Akt został uchwalony pod koniec 2020 r. i wszedł w życie w dniu 16 kwietnia 2021 r. Była to długo wyczekiwana ustawa, która kompleksowo reguluje kwestie zawodowe farmaceutów, w tym uzyskiwanie prawa wykonywania zawodu, wykonywanie go czy kształcenie ustawiczne. Jednym z istotnych elementów jest wprowadzenie do materii ustawowej opieki farmaceutycznej jako świadczeń zdrowotnych udzielanych przez farmaceutów. Swoistym uzupełnieniem do ustawy była nowelizacja prawa farmaceutycznego[17], która

11 Dane na dzień 20 marca 2023 r., https://ezdrowie.gov.pl.
12 https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1481923,e-recepta-bledy-csioz-apteki-farmaceuci-lekarze.html.
13 https://www.nia.org.pl/wp-content/uploads/2019/04/Raport_Farmaceuta_w_Polsce_2019.pdf.
14 https://www.medonet.pl/zdrowie,do-apteki-nie-tylko-po-leki--jak-zmienia-sie-zawod-farmaceuty--pytamy-ekspertow,artykul,22980760.html.
15 https://www.termedia.pl/koronawirus/Jesli-szczepisz-w-aptece-to-niebawem-przestaniesz,44803.html.
16 https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000097.
17 https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000981.

weszła w życie w maju 2021 r., dopuszczająca przeprowadzanie szczepień w aptekach, nie tylko przeciwko koronawirusowi, ale również innych szczepień ochronnych np. przeciwko grypie.

Wprowadzenie kompleksowej, długo wyczekiwanej ustawy należy ocenić pozytywnie, jednak niezbędnym elementem do prawidłowego wdrożenia jej postanowień, szczególnie w kontekście opieki farmaceutycznej, jest wydanie odpowiednich aktów wykonawczych. Obecnie w tym zakresie funkcjonuje jedno rozporządzenie określające badania diagnostyczne, które mogą być wykonywane przez farmaceutę. Brakuje aktów precyzujących materię ustawową oraz stanowiących bezpośrednią podstawę do podejmowania określonych działań. Wśród niezbędnych przepisów można wskazać między innymi uregulowanie dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta (niezbędnej w trakcie realizacji opieki farmaceutycznej) czy możliwości wystawiania recept kontynuowanych.

Należy również wskazać na pewne obszary, które mimo zmian systemowych mogłyby funkcjonować sprawniej. Jednym z przyznanych farmaceutom uprawnień jest szczepienie przeciwko grypie, jednakże brak możliwości wystawienia recepty na szczepionkę powoduje, że i tak konieczna jest konsultacja lekarska. Wiele przychodni oferuje zakup leku na miejscu, w związku z czym dla pacjentów wygodniejszą opcją jest zaszczepienie się przy okazji wizyty. Istotnie osłabia to zainteresowanie szczepieniami w aptekach, które pozwoliłyby odciążyć lekarzy i ograniczyć porady, które mogłyby być przeznaczone dla osób z poważniejszymi dolegliwościami.

3.4. Ochrona prawna farmaceutów

Istotną zmianą dokonaną w maju 2022 r. w prawie farmaceutycznym i ustawie o zawodzie farmaceuty[18] jest przyznanie farmaceutom i technikom farmaceutycznym ochrony prawnej należnej funkcjonariuszowi publicznemu. Wszelkie formy napaści fizycznej i groźby skierowane pod ich adresem będą, zgodnie z przepisami kodeksu karnego, ścigane z urzędu. Ochrona przysługuje w trakcie wykonywania czynności zawodowych w aptece ogólnodostępnej lub punkcie aptecznym.

Wskazaną zmianę należy docenić, zarówno w kontekście zapewnienia bezpieczeństwa, jak i swego rodzaju podkreślenia istotnej roli farmaceutów i techników farmaceutycznych.

3.5. Ograniczenia swobody prowadzenia działalności

Oprócz wskazanych powyżej zmian, które należy ocenić co do zasady jako pozytywne, trzeba także wskazać na tendencje zagrażające prawidłowemu funkcjonowaniu aptek oraz mogące negatywnie wpływać na zabezpieczenie potrzeb pacjentów. Newralgiczną regulacją blokującą rynek jest nadal tzw. apteka dla aptekarza, czyli wspomniana nowelizacja prawa farmaceutycznego z 2017 r. Przepisy te obejmują ograniczenia koncentracyjne oraz demograficzno-geograficzne, jak również uniemożliwiają uzyskanie zezwolenia osobom niebędącym farmaceutami czy spółkom, w skład których wchodzą osoby o innym wykształceniu. Są to znaczące utrudnienia przy tworzeniu nowych aptek, co szczególnie negatywnie wpłynęło na ich dostępność na obszarach wiejskich[19].

Jednocześnie duże wątpliwości budzą działania niektórych organów inspekcji farmaceutycznej i samorządu aptekarskiego w kontekście negatywnej oceny wykorzystania modelu franczyzy jako formy prowadzenia własnej apteki przez indywidualnych farmaceutów. Wskazane podmioty sukcesywnie kwestionowały zasadność stosunku franczyzowego, z którego korzysta wiele aptek, pomimo powszechności wykorzystania i zgodności z wymaganiami prawa farmaceutycznego takiego rozwiązania, co znajduje potwierdzenie w praktyce decyzyjnej większości wojewódzkich organów inspekcji farmaceutycznej, a także Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Brak jest także przeciwwskazań dla stosowania modelu franczyzy przy prowadzeniu aptek ogólnodostępnych w doktrynie Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, zgodnie z którą jest ono dopuszczalne i dopóki nie dochodzi do nadużyć, nie powinno być negowane. Mimo to nadal pojawiają się inicjatywy mające na celu wyeliminowanie umów franczyzowych z rynku aptecznego.

3.6. Wizerunek farmaceutów

Dodatkowo niepokojącym zjawiskiem jest coraz mniejszy odsetek farmaceutów pracujących w aptece wśród posiadających prawo wykonywania zawodu. Niestety pokutuje wizerunek „sprzedawcy leków", który nie jest szczególnie zachęcający dla młodych osób. Alternatywne ścieżki kariery w firmach farmaceutycznych, kosmetycznych czy biotechnologicznych wydają się atrakcyjniejsze pod względem finansowym czy rozwoju zawodowego. Jednocześnie młodzi farmaceuci mają znacząco utrudnioną możliwość założenia własnej apteki i samodzielnego kształtowania działalności w związku z wysokimi kosztami wejścia na rynek oraz restrykcyjnymi regulacjami ograniczającymi powstawanie nowych placówek. Wskazana tendencja stanowi duży problem w kontekście zapewnienia odpowiedniej realizacji usług, a w szczególności sprawowania opieki farmaceutycznej. Wydaje się, że minimalna liczba farmaceutów niezbędnych dla kompleksowej obsługi pacjentów to przynajmniej dwie, trzy osoby – kierownik apteki, który ma szeroki zakres dodatkowych obowiązków i odpowiada za prawidłowe funkcjonowanie apteki oraz minimum jeden magister farmacji, zapewniający odpowiednią opiekę nad pacjentami.

[18] https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220001344.
[19] https://pharmanet.org.pl/skutki-regulacji-apteka-dla-aptekarza-po-25-roku-funkcjonowania.

4. Najważniejsze bieżące wyzwania

Obecna sytuacja stwarza szereg wyzwań, z którymi należy się zmierzyć w celu zapewnienia odpowiedniej opieki pacjentom. Bezpieczeństwo lekowe jest jednym z kluczowych elementów systemu, a istotnym ogniwem w jegozagwarantowaniu są apteki i farmaceuci. W tym kontekście należy zwrócić uwagę na szereg czynników od demograficznych, przez geopolityczne, po instytucjonalne i prawne.

4.1. Przemiany demograficzne

Istotną kwestią są zwiększające się potrzeby, którym powinny odpowiadać adekwatne zasoby infrastruktury aptecznej, w tym kadrowe czy produktowe. W ostatnich latach obserwowany jest trend starzenia się społeczeństwa – ujemny przyrost naturalny, niska dzietność oraz wydłużenie średniego trwania życia. Na koniec 2021 r. osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły prawie 19 proc. polskiego społeczeństwa[20]. Przy czym zgodnie z szacunkami Głównego Urzędu Statystycznego, w 2041 r. udział tej grupy ma wynieść aż 27 proc.[21] Taka struktura demograficzna wiąże się z większym zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne, w tym leczenie farmakologiczne. Jednocześnie siedzący tryb życia, stres, źle zbilansowana dieta czy zanieczyszczenie środowiska stanowią przyczynek do zwiększenia zachorowań na choroby cywilizacyjne, w tym przewlekłe. Należy przy tym zaznaczyć, że w przypadku wielu schorzeń kluczowa jest profilaktyka i wczesna diagnoza, które mogą być znacząco utrudnione w obliczu obecnego przeciążenia systemu, ograniczonego dostępu do wizyt lekarskich, wynikających z braków kadrowych czy niedostosowania koszyka świadczeń gwarantowanych do realnych potrzeb, co skutkuje długim oczekiwaniem na poradę. Dlatego tak istotne jest jak najszersze wdrożenie opieki farmaceutycznej, która może stanowić istotne uzupełnienie systemowe, zwłaszcza w zapobieganiu i wykrywaniu chorób.

[20] https://stat.gov.pl.
[21] Ibidem.

Szczególnie w tym kontekście warto zwrócić uwagę na niewystarczające zasoby kadrowe wśród pracowników medycznych. Zgodnie z danymi Eurostatu[22] na 100 tys. mieszkańców przypada w Polsce 41,89 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Jest to najniższa wartość spośród 34 sklasyfikowanych krajów europejskich. Przy czym w 21 z nich przypada ponad 80 lekarzy na 100 tys. mieszkańców. W przypadku lekarzy specjalistów sytuacja statystyczna przedstawia się nieznacznie lepiej. Na 100 tys. mieszkańców przypada ich 195,86, co daje 29. pozycję w zestawieniu. Dość ciekawy i znamienny jest przy tym przykład Litwy, która pod względem gospodarczym jest bardziej zbliżona niż kraje Europy Zachodniej. W tym kraju na 100 tys. mieszkańców występuje 105,04 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz 350,59 lekarzy specjalistów. Jednocześnie istotną kwestią jest również struktura wiekowa lekarzy w Polsce. Na koniec 2019 r. średni wiek lekarza pracującego bezpośrednio z pacjentem wynosił 49,5 lat, przy czym prawie 30 proc. to osoby mające powyżej 60 lat[23]. Niestety Polska na tle innych krajów Unii Europejskiej jest jednym z tych, w których kształci się najmniej lekarzy, nie wspominając o kwestii niskich wynagrodzeń powodujących emigrację zarobkową młodych medyków do krajów Europy Zachodniej. W tej trudnej sytuacji konieczne jest wykorzystanie wszelkich posiadanych zasobów i umożliwienie farmaceutom efektywnego zaspokajania podstawowych potrzeb zdrowotnych pacjentów, którzy nie wymagają porady lekarskiej.

22 https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_spec/default/table?lang=en; najaktualniejsze dane dla Polski pochodzą z 2017 r.

23 https://stat.gov.pl/statystyki-eksperymentalne/kapital-ludzki/oszacowanie-zasobow-kadry-medycznej-w-oparciu-o-zrodla-administracyjne-lekarze-i-lekarze-dentysci-wyniki-eksperymentalnej-pracy-metodologicznej,14,1.html.

4.2. Skutki pandemii

Sprawdzianem dla polskiego systemu ochrony zdrowia była pandemia, której konsekwencje zapewne będą odczuwalne nie tylko w kontekście zachorowań na koronwirusa i powikłań pochorobowych, ale również w związku z utrudnionym dostępem do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, skutkującym m.in. rozwojem innych chorób w wyniku późnej diagnostyki. Pandemia szczególnie obnażyła niewystarczającą obsadę personelu medycznego oraz problemy koordynacyjne. Brak odpowiedniego przygotowania do zdarzeń wyjątkowych, prowadzących do dezorganizacji systemu wskazuje na konieczność strategicznego przygotowania do tego typu wydarzeń i wypracowania zasad zarządzania kryzysowego, obejmujących racjonalne wykorzystanie posiadanych zasobów, w tym również aptek i farmaceutów. Paradoksalnie, trudna pandemiczna sytuacja przyczyniła się do zwiększenia roli aptekarzy w systemie, w związku z ograniczonym dostępem do innych przedstawicieli zawodów medycznych. Tym samym przy ewidentnie wzrastających potrzebach zdrowotnych, należy również stopniowo wdrażać farmaceutów w kolejne działania, które mogą być przez nich realizowane oraz pozwolą zabezpieczyć potrzeby pacjentów.

4.3. Wojna w Ukrainie

Nie można przy tym zapominać o rosyjskiej inwazji na Ukrainę, w wyniku której pojawiła się w Polsce znaczna liczba uchodźców, których potrzeby zdrowotne również należy zabezpieczyć. Ukraińcom, przybyłym od czasu rozpoczęcia działań zbrojnych, został zapewniony dostęp do świadczeń medycznych przysługujących ubezpieczonym. Zatem obejmują one zarówno podstawową opiekę zdrowotną, jak i specjalistyczną czy chociażby uprawnienie do refundacji leków[24]. Zgodnie z danymi Straży Granicznej[25] od początku rosyjskiej inwazji przybyło do Polski 10,541 miliona osób. Przy czym dla części z nich jest to jedynie przystanek w dalszej drodze, jednak wielu decyduje się pozostać tutaj przynajmniej tymczasowo. Szacuje się, że w Polsce mieszka obecnie 1,5 miliona uchodźców z Ukrainy uciekających przed wojną[26]. Większość przybyłych Ukraińców stanowią kobiety, dzieci oraz osoby starsze, których zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną może stanowić istotne wyzwanie.

OBECNA NADREGULACJA ORAZ BRAK PEWNOŚCI STOSOWANIA PRAWA NIE STWARZA ODPOWIEDNIEGO OTOCZENIA INSTYTUCJONALNEGO, ZACHĘCAJĄCEGO DO PRACY W APTECE CZY JEJ PROWADZENIA.

Przy uzyskaniu pomocy kluczowa jest możliwość komunikacji. Wielu Ukraińców nie posługuje się językiem polskim, co może stanowić dodatkowe utrudnienie. W kontekście aptek problematyczne są przepisy dotyczące zakazu reklamy, które są bardzo restrykcyjnie stosowane i interpretowane. Prowadzi to do sytuacji, w której farmaceuta nie może nawet poinformować o możliwości obsługi w językach obcych (np. angielskim czy ukraińskim), gdyż może zostać to uznane za naruszenie wskazanego zakazu i skutkować nałożeniem kary.

4.4. Zagwarantowanie odpowiednich warunków do prowadzenia działalności

Jedną z istotnych i niezbędnych kwestii jest zapewnienie stabilnych warunków prowadzenia i rozwoju działalności aptecznej. Obecna nadregulacja oraz brak pewności stosowania prawa nie stwarza odpowiedniego otoczenia instytu-

[24] https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000583.
[25] Dane na dzień 20 marca 2023 r., https://twitter.com/Straz_Graniczna/status/1638073227888009216.
[26] https://biqdata.wyborcza.pl/biqdata/7,159116,29488803,rok-wojny-w-ukrainie-ile-osob-wyjechalo-i-dlaczego-blisko-3.html.

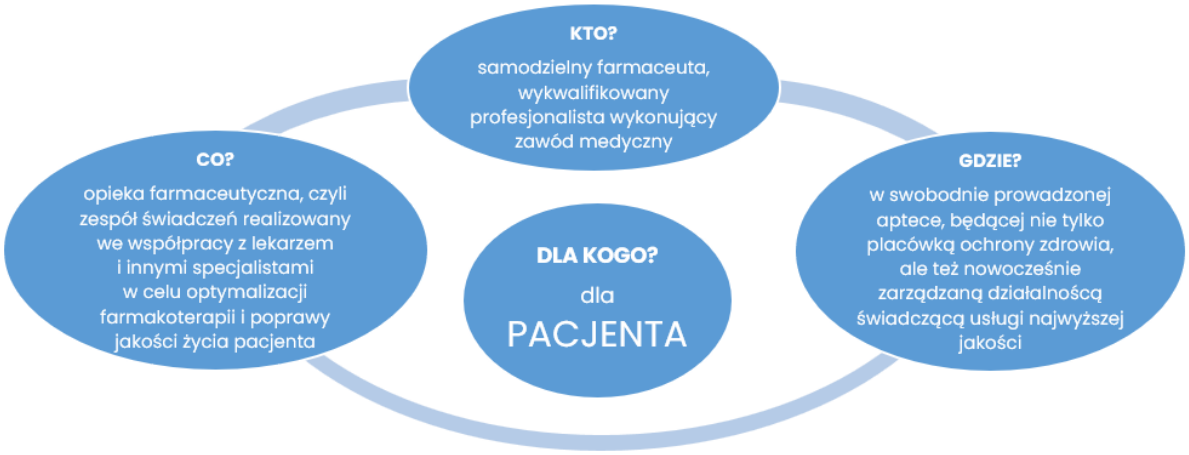
cjonalnego, zachęcającego do pracy w aptece czy jej prowadzenia. Wątpliwości interpretacyjne w kontekście zastosowania przepisów tzw. apteki dla aptekarza do aptek powstałych przed ich wejściem w życie, nadmierne restrykcje przy otwieraniu nowych placówek, całkowity niemalże zakaz reklamy czy kwestionowanie franczyzy jako dozwolonego modelu biznesowego to jedynie kilka najjaskrawszych przykładów. Zwiększaniu roli farmaceutów, w szczególności poprzez wprowadzenie opieki farmaceutycznej, przede wszystkim powinno towarzyszyć zagwarantowanie przewidywalnych i pewnych podstaw prowadzenia działalności gospodarczej. Nie można bowiem zapominać, iż apteki ogólnodostępne to w znaczącej większości prywatne podmioty działające na rynku. W związku z ich szczególną rolą w systemie ochrony zdrowia konieczne są pewne restrykcje, jednak nie powinny być one nadmierne i nieuzasadnione. Obecne przepisy oraz działania samorządu aptekarskiego czy organów inspekcji nie zachęcają do podejmowania tego rodzaju działalności. W celu zapewnienia pacjentom odpowiedniej opieki i najwyższej jakości usług nie można postrzegać apteki jedynie w kontekście placówki ochrony zdrowia, której swoboda działania jest znacząco ograniczona, ale również jako nowoczesne przedsiębiorstwo, które powinno się nieustannie rozwijać i dostosowywać do potrzeb pacjentów.

5. Kształtowanie systemu aptecznego

Pomimo wielu zmian, które się dokonały na przełomie ostatnich lat, w obliczu wskazanych wyzwań konieczne jest podejmowanie dalszych działań. Część z nich została już zapoczątkowana i należy je kontynuować, natomiast część się nie sprawdziła i niezbędna jest zmiana podejścia.

Nadrzędnym celem powinno być stworzenie warunków do funkcjonowania systemu nowoczesnych aptek. Kluczowe elementy tego systemu, w którego centrum jest pacjent, to samodzielny farmaceuta, swobodnie prowadzona i dobrze prosperująca działalność oraz efektywna opieka farmaceutyczna.

Wykres 1. Elementy systemu aptecznego



Źródło: Opracowanie własne.

5.1. Farmaceuta

Mając na względzie przytoczone dane, praca w aptece jest coraz mniej atrakcyjna dla młodych farmaceutów. Poszukiwanie alternatywnych ścieżek kariery ogranicza zasób aptekarzy, którzy są niezbędni do odpowiedniego wdrażania opieki farmaceutycznej. Konieczna jest zmiana stereotypowego postrzegania apteki jako „sklepu, w którym można kupić leki", w nowoczesną placówkę świadczącą szereg dodatkowych usług. Umożliwi to wykorzystanie potencjału i wiedzy posiadanej przez farmaceutów oraz jednocześnie pomoże w budowaniu wizerunku farmaceuty jako wykwalifikowanego profesjonalisty wykonującego zawód medyczny. Aptekarze powinni mieć zapewnioną samodzielność, obejmującą zarówno swobodę podejmowania decyzji w codziennej praktyce, jak i w zakresie możliwości rozwoju biznesowego.

W tym kontekście warto przypomnieć koncepcję „siedmiogwiazdkowego" farmaceuty przedstawioną przez Światową Organizację Zdrowia w 1997 roku[27]. Odpowiednie pełnienie roli w systemie wymaga realizowania następujących funkcji:

- *care-giver* (opiekun) – farmaceuta troszczy się o zdrowie pacjenta, zapewniając realizację bezpiecznej farmakoterapii i świadcząc usługi najwyższej jakości, podejmowane przez niego działania powinny być skoordynowane z działaniami innych osób wykonujących zawody medyczne jako zintegrowany element systemu ochrony zdrowia;
- *decision-maker* (decydent) – farmaceuta powinien skutecznie i efektywnie kosztowo dysponować zasobami (personalnymi, lekowymi i proceduralnymi), w związku z tym konieczne jest posiadanie umiejętności oceny, syntezy i wyboru najwłaściwszych sposobów działania w danej sytuacji;
- *communicator* (komunikujący) – farmaceuta ma zarówno bezpośredni kontakt z pacjentem, jak i współpracuje z lekarzami czy innymi osobami wykonującymi zawody medyczne, wymaga to odpowiedniej wiedzy oraz umiejętności werbalnych i niewerbalnych;
- *leader* (przywódca) – niezależnie czy farmaceuta pracuje w zespole z innymi specjalistami czy samodzielnie, jest zobowiązany do przyjęcia roli „społecznego" lidera w zakresie zdrowia publicznego, która wymaga empatii, a także umiejętności podejmowania decyzji, komunikowania się i skutecznego zarządzania;
- *manager* (zarządzający) – farmaceuta musi skutecznie zarządzać zasobami ludzkimi, rzeczowymi, finansowymi czy informacyjnymi, zapewniając efektywną obsługę pacjenta;
- *lifelong learner* (uczący się całe życie) – w związku z rozwojem nauk medycznych i farmaceutycznych oraz szerokim zakresem informacji niezbędnych w celu odpowiedniego wykonywania zawodu, farmaceuci muszą ustawicznie podnosić kwalifikacje oraz wyrobić w sobie nawyk uczenia się;
- *teacher* (nauczyciel) – rolą farmaceutów jest kształcenie nowych adeptów, przekazywanie im wiedzy oraz umożliwienie doskonalenia umiejętności, ale również edukowanie społeczeństwa w zakresie zdrowia publicznego.

Przedstawiony koncept ma już 25 lat, jednak nie traci na aktualności oraz uświadamia jak wielowymiarowy i wymagający jest zawód aptekarza. To podejście pokazuje, że konieczne jest uwzględnienie nie tylko aspektów farmaceutycznych, ale również medycznych, społecznych, ekonomicznych czy edukacyjnych. Oprócz budowania świadomości społeczeństwa, ale też samych farmaceutów, konieczne jest stworzenie im odpowiednich warunków do edukacji oraz prowadzenia działalności.

5.2. Edukacja

Studia farmaceutyczne są postrzegane jako jeden z bardziej wymagających kierunków. Zarówno w kontekście wyśrubowanych progów

[27] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63817/WHO_PHARM_97_599.pdf.

rekrutacyjnych, jak i czasu wymaganego w trakcie nauki na opanowanie materiału. W przeciwieństwie do kierunków humanistycznych czy społecznych, wydziały farmaceutyczne nie występują na prywatnych uczelniach, a obecnie jedynie 14 uniwersytetów oferuje takie studia[28]. Możliwe jest studiowanie w trybie niestacjonarnym, jednak limit miejsc jest niewielki, a roczny koszt w 2019 r. oscylował między 15 a 30 tys. zł[29], zatem jest kilkukrotnie wyższy niż w przypadku wspomnianych studiów humanistycznych.

Zdecydowana większość absolwentów znajduje pracę w aptekach ogólnodostępnych, alternatywą są m.in. apteki szpitalne lub kariera w firmie farmaceutycznej czy biotechnologicznej. Jednakże pierwsza „praca" to obowiązkowy półroczny staż w aptece ogólnodostępnej (lub częściowo w aptece szpitalnej) po obronie pracy magisterskiej, przy czym w jego trakcie młodzi farmaceuci mają nadal status studentów. Słowo „praca" nieprzypadkowo zostało wzięte w cudzysłów, bowiem formalnie stanowi praktykę studencką, w związku z czym jest nieodpłatna. Należy przy tym zaznaczyć, że w toku studiów dwukrotnie występują miesięczne staże. Jeden z nich należy odbyć w aptece ogólnodostępnej, a drugi w aptece szpitalnej, który częściowo można również zrealizować w zakładach przemysłu farmaceutycznego lub kosmetycznego, laboratorium kontroli leków bądź stacji sanitarno-epidemiologicznej. Co istotne, pomimo obrony pracy magisterskiej, ukończenie półrocznego stażu jest konieczne do uzyskania tytułu magistra farmacji, tym samym niezależnie od wyboru ścieżki zawodowej odbycie go jest niezbędne.

Propozycja wprowadzenia odpłatnych staży była kilkukrotnie podnoszona, jednak nie spotkała się z aprobatą Ministra Zdrowia. W 2018 r. studenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wystosowali petycję do Ministra o przyznanie stażystom wynagrodzenia[30]. Podkreślali, że staż jest odbywany przez osoby, które *de facto* zdobyły formalne wykształcenie farmaceutyczne (obroniły pracę magisterską), zatem posiadają fachową wiedzę, która wymaga doskonalenia, a nie zdobywana jej od podstaw. Natomiast wymiar pracy (6 godzin dziennie) uniemożliwia znalezienie dodatkowej pełnoetatowej pracy gwarantującej utrzymanie, tym samym młodzi farmaceuci są w większości uzależnieni od wsparcia finansowego bliskich. Rażące przy tym są różnice między nimi a lekarzami stażystami, którzy otrzymują wynagrodzenie.

W odpowiedzi Ministerstwo wskazało[31], że studenci wszystkich kierunków medycznych odbywają praktyki w oparciu o te same przepisy prawa i na tych samych zasadach. Staż nie jest prowadzony w ramach stosunku pracy, więc nie przysługuje za niego wynagrodzenie. Jednocześnie studenci wykonują powierzone im w trakcie praktyk czynności pod nadzorem osób posiadających prawo wykonywania zawodu, co jednocześnie przekłada się na fakt, że nie ponoszą odpowiedzialności zawodowej za wykonywane czynności.

PROPOZYCJĄ WPROWADZENIA ODPŁATNYCH STAŻY BYŁA KILKUKROTNIE PODNOSZONA, JEDNAK NIE SPOTKAŁA SIĘ Z APROBATĄ MINISTRA ZDROWIA.

Należy przy tym zaznaczyć, że sytuacja stażystów lekarzy i farmaceutów jest jednak odmienna. Młodzi lekarze odbywają staż podyplomowy po zakończeniu studiów i nie jest on formalnie wliczany do ich toku. Na ten czas uzyskują prawo wykonywania zawodu, ale analogicznie do farmaceutów realizują program pod nadzorem opiekuna, który odpowiada za ich działania. Jednakże lekarze odbywają staż na podstawie umowy o pracę i uzyskują wynagrodzenie, dodatkowo mogą wybrać zagraniczny podmiot leczniczy, zarówno w krajach Unii Europejskiej, jak i poza nią, natomiast farmaceuci co do zasady powinni nabyć praktykę w Polsce.

28 https://www.otouczelnie.pl/artykul/802/Farmacja.
29 https://pulsmedycyny.pl/ile-kosztuja-studia-na-farmacji-roznice-czesnego-sa-spore-1010116.
30 https://mgr.farm/wp-content/uploads/2019/01/DOC051218-05122018130126_1.pdf.
31 https://mgr.farm/wp-content/uploads/2019/01/0352_001.pdf.

Jak słusznie wskazali studenci w petycji, sytuacja ta nie sprzyja pozytywnemu wizerunkowi studiów farmaceutycznych. Perspektywa konieczności nieodpłatnej półrocznej pracy po obronie pracy magisterskiej jest dodatkowym aspektem, który może zniechęcać przyszłych adeptów farmacji, jak również wpływać na negatywne postrzeganie aptek ogólnodostępnych wśród studentów i absolwentów.

Zgodnie z doniesieniami medialnymi również Naczelna Rada Aptekarska wskazywała na potrzebę ustanowienia wynagrodzenia dla farmaceutów-stażystów w trakcie konsultacji publicznych projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie praktyki zawodowej w aptece[32]. Propozycja Rady obejmowała miesięczne stypendium Ministra Zdrowia w wysokości 1/4 minimalnego wynagrodzenia za pracę, jednak nie została uwzględniona w toku prac.

5.3. Perspektywy zawodowe

Dalsza ścieżka zawodowa również może nie być obecnie oceniana jako szczególnie zachęcająca. Farmaceuta decydujący się na pracę w aptece ma ograniczone perspektywy kariery, co

[32] https://www.politykazdrowotna.com/84728,praktyki-zawodowe-aptekarzy-ciagle-bezplatne; przy czym informacja nie znajduje potwierdzenia w dokumentach udostępnionych na stronie Rządowego Centrum Legislacji poświęconej projektowi (https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12351201/katalog/12814901#12814901), w związku z czym uwagi mogły być przedstawiane w innym trybie niż wskazany w artykule.

można uznać za dość frustrujące, mając na względzie konieczność ciągłych szkoleń oraz ogromną odpowiedzialność za zdrowie pacjentów. Praktycznie jedyną możliwością awansu jest zostanie kierownikiem apteki, funkcja zarezerwowana dla specjalisty w dziedzinie farmacji aptecznej, klinicznej lub farmakologii, posiadającego co najmniej dwuletni staż pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy lub farmaceuty bez tych specjalizacji, posiadającego co najmniej pięcioletni staż. Jednak jest to jedno stanowisko na całą placówkę, tym samym można się spodziewać, że będzie obsadzane przez najbardziej doświadczonych aptekarzy, mimo że młodzi farmaceuci po kilku latach od zakończenia studiów również mogliby je sprawować. Brak rozbudowanej ścieżki awansu może być frustrujący oraz zniechęcać do poszerzania swojej wiedzy, bowiem w wielu przypadkach nie ma przełożenia na możliwość uzyskania wyższego stanowiska czy podwyżki.

Do niedawna dodatkową perspektywą, po zdobyciu kilkuletniego doświadczenia, było założenie własnej apteki. Obecnie, przy wskazanych wcześniej restrykcyjnych przepisach, możliwość otwarcia placówki jest znacząco utrudniona, a w wielu przypadkach wręcz niemożliwa. Ewentualnie można przejąć już istniejącą aptekę, poprzez przeniesienie zezwolenia, jednak konieczne jest znalezienie zbywcy, który chciałby dokonać sprzedaży. Jednocześnie otwarcie nowej apteki wiąże się z dużymi kosztami – trzeba posiadać odpowiedni lokal, wyposażyć go oraz zakupić asortyment, a dodatkowo sama opłata za wydanie zezwolenia wynosi obecnie 17 450 zł (co oznacza wzrost o 2 400 zł względem roku poprzedniego)[33]. Są to ogromne koszty dla młodego farmaceuty, a średnie zarobki magistra farmacji nie należą do najwyższych – mediana wynagrodzeń wynosi 4 500 zł netto. Natomiast w przypadku kierownika apteki wartość ta kształtuje się na poziomie 6 000 zł netto[34]. Należy przy tym zaznaczyć, że są to dużo niższe zarobki niż oferowane przez np. firmy farmaceutyczne, gdzie zazwyczaj występuje znacznie większa szansa na awanse i podwyżki.

Nie dość, że możliwość otwarcia apteki jest znacznie utrudniona to wymaga również dużych nakładów finansowych. Tym samym trudno to rozwiązanie uznać za realną perspektywę dla przeciętnego absolwenta farmacji z kilkuletnim doświadczeniem. Jednocześnie zatrudnienie w aptece nadal jest postrzegane przede wszystkim przez pryzmat sprzedaży leków. W przywołanym już raporcie „Farmaceuta w Polsce. Ogólnopolskie badania wizerunkowe"[35] na pytanie z czym kojarzy się praca farmaceuty aż 75,5 proc. badanych wybrało tę czynność, a 68,7 proc. zwróciło uwagę na znajomość leków i ich zamienników. Natomiast tylko 27,1 proc. respondentów wskazało na udzielanie fachowych porad na temat leków, a jedynie 1,5 proc. na wykonywanie dodatkowych usług (np. pomiar ciśnienia, wypisanie recepty, przegląd domowej apteczki).

Należy zatem stwierdzić, że praca w aptece nie jawi się jako szczególnie atrakcyjna. Stosunkowo niskie zarobki (w porównaniu z alternatywnymi formami kariery), niewielkie perspektywy awansu, ograniczona możliwość otworzenia własnej działalności oraz stereotyp „sprzedawcy leków" to niestety codzienność polskich farmaceutów i powody dla których coraz mniej z nich wybiera tę ścieżkę zawodową.

5.4. Rekomendacje

Konieczne jest zatem ugruntowanie wizerunku farmaceuty jako osoby wykonującej zawód medyczny, która oprócz sprzedaży leków może udzielać dodatkowych świadczeń. Podstawowe zmiany systemowe zostały już dokonane – wprowadzono ustawę o zawodzie farmaceuty, która m.in. reguluje opiekę farmaceutyczną. Przy czym jest to jedynie fundament do kształtowania nowej jakości w aptekach.

[33] https://www.biznes.gov.pl/pl/opisy-procedur/-/proc/233.
[34] https://samorzad.infor.pl/sektor/zadania/zdrowie/5677715,ile-zarabia-farmaceuta.html.
[35] http://www.popierwszefarmaceuta.pl/assets/Uploads/Raport-Farmaceuta-w-Polsce.pdf.

Rozwój opieki farmaceutycznej wymaga w szczególności zmian w kształceniu[36], które obecnie w znacznej mierze ma charakter teoretyczny i nie uwzględnia szeregu niezbędnych umiejętności np. miękkich. Konieczna jest weryfikacja programów nauczania w kontekście zmieniającej się roli farmaceuty i dostosowanie ich do nowych wyzwań. Należy zwrócić uwagę na aspekty medyczne, niezbędne do wsparcia pacjentów w drobnych dolegliwościach niewymagających konsultacji lekarskich oraz zapewnienia kompleksowej opieki pacjentom przewlekle chorym. Bardzo istotne są również umiejętności komunikacyjne – farmaceuta powinien mieć wiedzę jak rozmawiać z pacjentem, przeprowadzać wywiad i uzyskiwać niezbędne informacje potrzebne do prawidłowego procesu opieki. Pewnym rozwiązaniem może być w tym zakresie wykorzystanie technologii, jaką jest wirtualny pacjent[37] – program komputerowy symulujący kontakt aptekarza z pacjentem, zaliczany do modelu nauczania opartego na rozwiązywaniu problemów (*problem-based learning*). Jest to przeciwieństwo tradycyjnego podejścia do uczenia *(lecture-based learning*), bazującego na informacjach uzyskanych z książek lub od wykładowcy, które pełni istotną rolę w procesie edukacji, jednak powinno zostać wsparte nowymi technikami. Nauczanie problemowe, szczególnie w kontekście opieki farmaceutycznej, już upowszechnia się na świecie m.in. w Stanach Zjednoczonych[38] czy Europie Zachodniej[39]. Zasadne wydają się też zajęcia biznesowe, przygotowujące do prowadzenia apteki i zwracające uwagę na kwestie finansowe i organizacyjne.

PLACÓWKJ POWINNY KONKUROWĄĆ O PACJENTÓW CENAMI ORAZ JAKOŚCIĄ USŁUG, ZAMIAST WYKORZYSTYWAĆ OGRANICZENIA W LICZBIE PODMIOTÓW.

Zmiany mają przede wszystkim na celu przeorientowanie aptekarzy z dostarczania leków na zapewnienie opieki i kompleksowe świadczenie usług. Dotychczas główna część działalności była skupiona na farmakoterapii (poradach dotyczących zamienników czy stosowania leków), natomiast teraz powstaje przestrzeń do dalszych działań i szerszego wykorzystania wiedzy farmaceutów.

Jednak, żeby móc prawidłowo świadczyć usługi, niezbędna jest również odpowiednia obsada w aptece, która będzie miała czas na dodatkowe czynności. Jednym z istotnych i wbrew pozorom najprostszych działań, które można podjąć, jest zapewnienie farmaceutom większej swobody biznesowej i szerszych możliwości decydowania o podejmowaniu i prowadzeniu działalności. Przede wszystkim kluczowe jest ograniczenie nadregulacji wprowadzonej tzw. apteką dla aptekarza, bowiem nie spełnia ona swojej roli. Liczba aptek powinna zostać ukształtowana przy zapewnieniu konkurencji, zamiast utrwalania obecnej struktury rynku. Placówki powinny konkurować o pacjentów cenami oraz jakością usług, zamiast wykorzystywać ograniczenia w liczbie podmiotów. Należy dostrzec aspekt gospodarczy aptek – zazwyczaj są to prywatne przedsiębiorstwa, które z racji swojej doniosłej roli w systemie ochrony zdrowia powinny sprostać rygorystycznym regulacjom, ale jedynie w zakresie, w jakim jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa farmakoterapii. Sztucznie ukształtowana i praktycznie niezmienna struktura rynku nie sprzyja rozwojowi, a tym samym nie prowadzi do zapewniania pacjentom lepszej opieki.

[36] https://aptekarski.com/artykul/potrzeba-zmian-w-nauczaniu-przyszlych-farmaceutow.
[37] https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0238226.
[38] F. Alves da Costa, J.W.F. van Mil, A Alvarez-Risco, *The Pharmacist Guide to Implementing Pharmaceutical Care*, Springer International Publishing, 2019.
[39] https://www.medica-tradefair.com/en/virtual-patients-in-medical-edcuation.

6. Opieka farmaceutyczna

Koncepcja opieki farmaceutycznej pojawiła się już w połowie lat 70.[40] Zgodnie z pierwszą definicją miała ona stanowić kompleksowe zapewnienie pacjentom osobistych usług zdrowotnych z zakresu profilaktyki, diagnostyki i leczenia związanych z farmakoterapią (decyzją o zastosowaniu, stosowaniem oraz oceną stosowania leku) świadczonych przez lekarza, pielęgniarkę, farmaceutę oraz inny personel medyczny. Przełomem była zmiana postrzegania aptekarzy – wcześniej pełnili oni przede wszystkim rolę specjalistów w opracowywaniu i przygotowywaniu leków, natomiast w tym podejściu został podkreślony aspekt opieki nad farmakoterapią. Na początku lat 90. pojawiła się jedna z najpopularniejszych definicji[41], zgodnie z którą opieka farmaceutyczna to odpowiedzialne prowadzenie terapii lekowej, obejmujące proces, poprzez który farmaceuta współpracuje z pacjentem i innymi profesjonalistami w projektowaniu, wdrażaniu i monitorowaniu planu terapeutycznego w celu osiągnięcia określonych wyników, które poprawiają jakość życia pacjentów. Wtedy też został zapoczątkowany międzynarodowy ruch na rzecz upowszechniania opieki farmaceutycznej oraz wprowadzenia jej do praktyki farmacji szpitalnej i aptecznej. Następnie definicja ta była uzupełniana poprzez podkreślenie odpowiedzialności farmaceuty za proces opieki[42]. Warto również przywołać współczesniejszą definicję z 2013 r. stworzoną przez europejską organizację Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) na podstawie istniejących w literaturze propozycji – opieka farmaceutyczna to wkład farmaceuty w opiekę nad pacjentami w celu optymalizacji stosowania leków i poprawy wyników zdrowotnych[43].

40 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1155467.
41 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2316538.
42 R.J. Cipolle, L.M. Strand, P.C. Morley, *Pharmaceutical Care Practice: The Patient-centered Approach to Medication Management Services*, Third Edition, McGraw-Hill Education, 2012.
43 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24748506.

6.1. Opieka farmaceutyczna w Polsce

W polskim porządku prawnym pojęcie opieki farmaceutycznej zostało wprowadzone w 2008 r. do ustawy o izbach aptekarskich[44] i wskazane jako jedna z usług udzielana przez farmaceutów w ramach wykonywania ich zawodu. Opieka farmaceutyczna miała polegać na dokumentowanym procesie, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta. Niestety, w praktyce przepis ten nie był realizowany[45], a nawet wykonywanie dodatkowych czynności przez farmaceutów, spełniające przesłanki opieki farmaceutycznej, budziło spore wątpliwości. Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna kwestionowała takie działania jak np. badanie ciśnienia tętniczego krwi. Problem ten był przedmiotem wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 11 stycznia 2012 r. (sygn. II GSK 1365/10)[46], który stwierdził, że taka interpretacja jest niewłaściwa. Apteka jest placówką ochrony zdrowia publicznego, a badanie ciśnienia niewątpliwie służy temu celowi i nie jest zastrzeżone dla innych podmiotów medycznych. Co istotne, zostało podkreślone, że działalność apteczna jest działalnością gospodarczą, zatem zastosowanie ma konstytucyjna zasada swobody prowadzenia takiej działalności – wszelkie zakazy i ograniczenia muszą być wyraźnie wskazane w ustawie. Przykład ten pokazuje, że brak jasnej i precyzyjnej regulacji może prowadzić do powstawania wątpliwości i zaburzyć możliwość realizowania zamierzonych działań.

Sytuację tę zmieniła dopiero ustawa o zawodzie farmaceuty[47], która weszła w życie w 2021 r. W tym akcie opieka farmaceutyczna została wskazana jako pierwszy punkt wśród elementów wykonywania zawodu farmaceuty oraz zachowano dotychczasową definicję, przy czym dokonano doprecyzowania. Wskazano, że jest świadczeniem zdrowotnym zdefiniowanym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[48], co mogłoby sugerować, że jej koszt, przynajmniej w zakresie wybranych usług, powinien być pokrywany z budżetu państwa, jednak nie zostało to zawarte wprost w regulacjach.

Opieka farmaceutyczna obejmuje:

- prowadzenie konsultacji farmaceutycznych – w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta w związku ze stosowaniem produktów leczniczych, wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego;
- wykonywanie przeglądów lekowych wraz z oceną farmakoterapii, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta – w celu wykrywania i rozwiązywania problemów lekowych oraz zapewnienia bezpieczeństwa w procesie farmakoterapii;
- opracowywanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta – w celu określenia celów terapeutycznych możliwych do osiągnięcia przez pacjenta stosującego farmakoterapię oraz wskazania sposobów rozwiązywania wykrytych problemów lekowych, ze szczególnym uwzględnieniem edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i zdrowego trybu życia oraz profilaktyki zdrowotnej;
- wykonywanie określonych badań diagnostycznych – w celu oceny skuteczności i bezpieczeństwa stosowanej przez pacjenta farmakoterapii oraz analizy problemów lekowych występujących u pacjenta, oraz proponowania metod i badań diagnostycznych;

44 https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20080470273.
45 https://www.dzp.pl/files/shares/Publikacje/Raport%20-%20Opieka%20Farmaceutyczna%20-%20aspekty%20prawne.pdf.
46 https://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/0CD67DD23F.
47 https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000097.
48 https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20042102135.

- wystawianie recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego.

Dodatkowo w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2022 r.[49] wskazano badania, które mogą być wykonywane przez farmaceutę:

- test antygenowy w kierunku SARS-CoV-2;
- badanie podstawowych parametów życiowych: ciśnienie krwi, tętno, puls oraz saturacja krwi;
- pomiar masy ciała, wzrostu i obwodu w pasie, a także obliczanie wskaźnika BMI oraz stosunku obwodu talii do obwodu bioder;
- test stężenia glukozy we krwi;
- kontrola panelu lipidowego (cholesterol, frakcja HDL i LDL oraz trójglicerydy);
- szybki test do wykrywania grypy, stężenia białka C-reaktywnego, antygenu Streptococcus z grupy A, Helicobacter – test z krwi.

Podjęcie inicjatywy w zakresie stworzenia kompleksowej regulacji zawodu farmaceutów oraz wprowadzenie odpowiednich regulacji należy ocenić jako istotny krok, jednakże kluczowe jest odpowiednie wdrożenie przepisów.

6.2. Wdrażanie opieki farmaceutycznej

Implementacja nowych rozwiązań powinna być przemyślana i dostosowana do polskich realiów. Realizacja procesów opieki farmaceutycznej na świecie pokazała, że podobne projekty mogą przynosić różne rezultaty, tym samym czynnik społeczny jest również bardzo istotny[50]. Warto korzystać z wypracowanych metod i doświadczeń innych państw, jednak powinny uwzględniać one specyfikę polskiego systemu ochrony zdrowia oraz potrzeby pacjentów (również epidemiologia może się różnić w zależności od regionu).

Skuteczne wdrożenie powinno odbywać się w uporządkowany sposób z wydzieleniem etapów, na których dokonywane są określone czynności. Co istotne, modele wdrożeniowe można zastosować zarówno do wprowadzania zmian na poziomie krajowym, jak i z perspektywy indywidualnych aptek, które decydują o implementacji wybranych świadczeń w swojej działalności.

Wśród etapów zaliczanych do ustrukturyzowanego podejścia wdrożeniowego znajdują się[51]:

- faza eksploracji – analiza i ocena możliwości wprowadzenia danej usługi z perspektywy systemu lub środowiska danej apteki, uwzględniająca korzyści i ryzyka związane z wdrożeniem;
- faza przygotowania – przygotowanie elementów systemu do planowanego kształtu usługi (np. ustalenie wytycznych w zakresie wymaganej wiedzy czy niezbędnych zasobów), uwzględnienie istotnych czynników mogących utrudniać bądź ułatwiać proces wdrożenia;
- faza testowania – wprowadzenie usługi dla ograniczonej liczby pacjentów, w celu dokonania praktycznej oceny oraz ewentualnych korekt wynikających z faktycznych efektów realizacji;
- faza wdrożenia – wprowadzenie usługi dla docelowej populacji pacjentów, przy jednoczesnym monitorowaniu jej realizacji i efektów do celów ewaluacyjnych;
- faza trwałości – upowszechnienie usługi, zrutynizowanie i ustandaryzowanie praktyki.

W tym kontekście należy podkreślić rolę kompleksowych analiz i przygotowania przemyślanej strategii, które pozwolą na stworzenie usług dostosowanych do potrzeb pacjentów, jak również znaczenie pilotaży, które są pierwszym testem dla proponowanych rozwiązań. Jest to szczególnie istotne, gdy środki na usługi opieki farmaceutycznej mają pochodzić z budżetu państwa i konieczne jest ich efektywne wydatkowanie. Przy czym na świecie występują różne sposoby finansowania świadczeń realizowanych przez

[49] https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000153.
[50] F. Alves da Costa, J.W.F. van Mil, A Alvarez-Risco, *The Pharmacist Guide to Implementing Pharmaceutical Care,* Springer International Publishing, 2019.
[51] Ibidem.

farmaceutów – zarówno ze środków publicznych lub zasobów ubezpieczycieli, jak i komercyjnie z marży aptecznej.

W Polsce w 2020 r. został powołany zespół ds. opieki farmaceutycznej, który przygotował raport obejmujący kompleksową analizę wdrożenia[52]. Takie podejście należy ocenić pozytywnie – wykorzystanie wiedzy ekspertów z dziedziny farmacji i medycyny oraz zaangażowanie przedstawicieli różnych organów działających w systemie ochrony zdrowia w celu stworzenia odpowiedniego systemu jest właściwym początkiem działań. Również planowanie pilotaży, które mają zweryfikować skuteczność praktyczną zamierzonych świadczeń, wpisuje się w modelowe podejście do wdrażania opieki farmaceutycznej.

FINANSOWANIE OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH NALEŻY UZNAĆ ZA ZASADNE, W SZCZEGÓLNOŚCI W ZAKRESIE, W JAKIM POZWALA OGRANICZYĆ KOSZTY INTERWENCJI MEDYCZNYCH, GDYBY OPIEKA FARMACEUTYCZNA NIE ZOSTAŁA WDROŻONA.

Dotychczas przeprowadzony został pierwszy pilotaż przeglądów lekowych[53] realizowany przez farmaceutów przy udziale podmiotów leczniczych. Jego celem było sprawdzenie skuteczności praktycznej tego rozwiązania w warunkach świadczenia opieki farmaceutycznej oraz sprawdzenie ich wartości klinicznej, wpływu na system opieki zdrowotnej, a w konsekwencji wypracowanie optymalnego modelu, procedur oraz standardów. Przegląd lekowy ma służyć zwalczaniu problemów związanych z polipragmazją – przyjmowanie większej liczby leków może prowadzić do niebezpiecznych dla pacjentów interakcji, które jednocześnie mogą wiązać się z kosztownymi dla systemu powikłaniami. Analogicznie powinny być wprowadzane kolejne usługi z zakresu opieki farmaceutycznej, należy najpierw przetestować możliwe rozwiązania i wybrać najoptymalniejszą ścieżkę wdrożenia.

Pilotaż przeprowadzono w 75 aptekach i wzięło w nim udział 850 pacjentów[54]. Do końca lutego br. koordynatorzy mieli czas na przekazanie raportów wykonawczych, które następnie zostaną przeanalizowane przez Ministerstwo Zdrowia przy pomocy Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Na tej podstawie zapadnie decyzja czy przegląd lekowy zostanie włączony do koszyka świadczeń gwarantowanych, co jest dość prawdopodobne. Zgodnie bowiem ze wstępnymi informacjami udało się zmniejszyć liczbę leków przyjmowanych przez pacjentów biorących udział w pilotażu średnio o ponad 2 z 16 oraz ograniczyć liczbę problemów lekowych, takich jak zbędna lub niewłaściwa terapia oraz liczba interakcji i stanów nieleczonych[55].

Finansowanie opieki farmaceutycznej ze środków publicznych należy uznać za zasadne, w szczególności w zakresie, w jakim pozwala ograniczyć koszty interwencji medycznych, gdyby opieka farmaceutyczna nie została wdrożona. Dodatkowo umożliwi to powszechny dostęp do usługi – zapewne, gdyby pacjenci musieli samodzielnie finansować świadczenia opieki farmaceutycznej, wielu z nich nie zdecydowałoby się na skorzystanie z takiej możliwości. W szczególności w kontekście przeglądu lekowego, gdzie najliczniejszą grupą docelową są osoby w podeszłym wieku, które mają ograniczone zasoby. Należy jednak zwrócić uwagę również na kwestię informowania o udzielanych w aptece świadczeniach, które może być kluczowe dla efektywnego korzystania z nich przez pacjentów.

Jednocześnie zespół ds. standaryzacji opieki farmaceutycznej Naczelnej Izby Aptekarskiej

52 https://www.nia.org.pl/wp-content/uploads/2021/04/RAPORT_OPIEKA_FARMACEUTYCZNA.pdf.
53 https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210002342.
54 https://zdrowie.pap.pl/byc-zdrowym/w-tym-roku-przeglad-lekowy-ma-trafic-do-koszyka-swiadczen-gwarantowanych.
55 Ibidem.

opracował zalecenia dotyczące usługi „Nowy Lek"[56]. Polega ona na zapewnieniu pacjentom z chorobami przewlekłymi, otrzymującymi receptę na nowy lek, porady farmaceuty w zakresie jego stosowania czy wyjaśnienia ewentualnych wątpliwości. Dokument został przedstawiony na początku marca br. i nie ma jeszcze informacji o ewentualnym pilotażu lub wdrożeniu usługi.

6.3. Dokumentacja medyczna

Jednym z istotnych założeń opieki farmaceutycznej jest udokumentowanie procesu. Kluczową kwestią jest zatem zapewnienie odpowiednich możliwości technicznych. W dobie cyfryzacji nie ma wątpliwości, że dokumentacja powinna być prowadzona elektronicznie. Zgodnie ze wspomnianym raportem przygotowanym przez zespół ds. opieki farmaceutycznej[57], planowane jest dodanie do systemu P1 specjalnego modułu. Projektując rozwiązania informatyczne, należy mieć na względzie, żeby były proste i funkcjonalne. Przede wszystkim dostęp do modułu powinien mieć farmaceuta i lekarz, jak również sam pacjent. Wydaje się zasadne umożliwienie pacjentowi samodzielnego uzupełniania części informacji np. dotyczących stanu zdrowia czy zażywanych leków, weryfikowanych następnie przez specjalistę. Byłoby to przydatne w kontekście usług wymagających długich i wyczerpujących wywiadów oraz pozwoliłoby zaoszczędzić czas przeznaczany przez farmaceutów na techniczne czynności.

Nowy moduł mógłby również pełnić rolę narzędzia komunikacyjnego między farmaceutą, lekarzem i pacjentem, ułatwiając współpracę i pozwalając na łatwą wymianę informacji. Co istotne, zebrane dane mogą posłużyć ewaluacji wprowadzanych usług i umożliwić ich ocenę na podstawie faktów, wpisując się w ideę *evidence-based medicine*, czyli medycyny opartej na dowodach. Należy bowiem zaznaczyć, że zgodnie z modelowym podejściem wdrożeniowym, implementacja opieki farmaceutycznej nie stanowi zakończenia procesu. Świadczone usługi powinny być monitorowane, analizowane i oceniane. Natomiast na podstawie ewaluacji możliwe jest wprowadzenie niezbędnych zmian w celu poprawienia efektywności lub jakości opieki. Istotne jest, żeby narzędzie umożliwiało gromadzenie danych w ustandaryzowany sposób pozwalający na ich łatwą agregację i porównanie.

6.4. Korzyści z wdrożenia opieki farmaceutycznej

Wprowadzenie opieki farmaceutycznej powinno przynieść wymierne efekty na wielu różnych polach. Pierwszym i podstawowym obszarem jest zaspokojenie potrzeb pacjentów. Zgodnie z danymi OECD[58], Polska ma jeden z najniższych współczynników liczby lekarzy na 1 mln mieszkańców, na poziomie 2,38, wyprzedzając jedynie Turcję i Kolumbię. Natomiast w wielu krajach Europy, np. Norwegii, Niemczech, Hiszpanii czy na Litwie, wartości te są na poziomie dwukrotnie wyższym. Wykorzystanie farmaceutów do świadczenia wybranych usług zdrowotnych może znacząco odciążyć podstawową opiekę zdrowotną oraz poprzez profilaktykę ograniczyć rozwój części schorzeń.

Oprócz poprawy dostępności pacjentów do odpowiedniej opieki, dodatkowym czynnikiem jest możliwość optymalizacji środków wydatkowanych na ochronę zdrowia. Zgodnie z wyliczeniami Deloitte[59], wprowadzenie przeglądów lekowych i ograniczenie kosztów chorobowych związanych ze złą antybiotykoterapią i polipragmazją pozwoliłoby na oszczędności na poziomie 3,85 mld zł. Jest to zgodne z wynikami badań przeprowadzanych na całym świecie, w tym

[56] https://zdrowie.pap.pl/byc-zdrowym/farmaceuta-wyjasni-pacjentom-jak-prawidlowo-przyjmowac-nowe-leki.
[57] https://www.nia.org.pl/wp-content/uploads/2021/04/RAPORT_OPIEKA_FARMACEUTYCZNA.pdf.
[58] https://www.oecd.org/coronavirus/en/data-insights/number-of-medical-doctors-and-nurses.
[59] https://www2.deloitte.com/pl/pl/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/raport-jak-wprowadzic-w-polsce-opieke-farmaceutyczna.html.

w Hiszpanii, Chinach, Stanach Zjednoczonych, Danii, Singapurze, Wielkiej Brytanii czy Japonii[60]. Współpraca farmaceutów z pacjentami doświadczającymi polipragmazji pozwala na zaoszczędzenie nawet 5 tys. dolarów na jednego pacjenta, dzięki ograniczeniu wizyt i hospitalizacji. Istotne oszczędności są również obserwowane chociażby w zakresie opieki farmaceutycznej nad pacjentami cierpiącymi na schizofrenię[61] czy zakażonych wirusem HIV[62].

Zatem mogą wystąpić dwa pozytywne efekty – zwiększenie dostępności do opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym obniżeniu jej kosztów. Dbanie o *compliance* pacjenta i wsparcie procesu farmakoterapii, jak również działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, prowadzą do optymalizacji systemu i wydatkowanych środków. Jednocześnie opieka farmaceutyczna podnosi prestiż zawodu farmaceuty i wpływa pozytywnie na jego wizerunek. Zwiększenie zakresu świadczonych usług powinno również przynosić korzyści finansowe dla aptekarzy.

6.5. Rekomendacje

Nowe regulacje dotyczące opieki farmaceutycznej należy ocenić pozytywnie jako początek zmian. Ramy prawne są pierwszym etapem, który stanowi fundament, jednak system wymaga podejmowania dalszych działań. W szczególności sukcesywnego wprowadzania nowych usług, w przemyślany sposób i poprzedzony odpowiednimi pilotażami, w celu wypracowania najefektywniejszych modeli udzielania świadczeń. Warto doprecyzować zasady finansowania świadczeń opieki farmaceutycznej, w tym umożliwić farmaceutom, posiadającym odpowiednie kompetencje, samodzielne wprowadzanie dodatkowych usług poza ministerialnymi programami, świadczonych komercyjnie i opłacanych z marży aptecznej.

Konieczne jest również zapewnienie odpowiednich narzędzi informatycznych, które pozwolą na dokumentację procesu opieki farmaceutycznej, będące źródłem informacji o efektywności prowadzonych działań oraz sposobem komunikacji między farmaceutą, lekarzem i pacjentem.

Dodatkowo należy wskazać na potrzebę wprowadzenia aktów wykonawczych, które będą podstawą do podejmowania konkretnych działań oraz wskażą procedurę ich realizacji, dzięki czemu nie będzie wątpliwości oraz obaw dotyczących na przykład nadużycia kompetencji. W szczególności istotne jest zapewnienie dostępu do dokumentacji medycznej pacjentów czy możliwości wystawiania recept kontynuowanych.

Jednak kluczową kwestią jest spopularyzowanie opieki farmaceutycznej w Polsce, zbudowanie świadomości pacjentów oraz farmaceutów w zakresie nowych możliwości. Świadczenia powinny zostać ustandaryzowane i stanowić powszechną praktykę, bowiem wtedy będą przynosiły wymierne korzyści.

60 https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1551741122000602.
61 http://www.tjps.pharm.chula.ac.th/ojs/index.php/tjps/article/view/375.
62 https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667276621000664.

7. Prowadzenie działalności aptecznej

Funkcjonowanie apteki, jako jednego z istotnych ogniw systemu opieki zdrowotnej, powinno podlegać szczegółowym regulacjom w zakresie standardów wykonywania usług, wymogów lokalowych, norm zatrudnienia czy zasad nabywania i sprzedaży produktów. Jednakże działalność apteczna jest rodzajem działalności gospodarczej prowadzonej w znakomitej większości przez podmioty prywatne, zatem w zakresie, w którym nie jest to niezbędne dla zapewnienia pacjentom odpowiedniej opieki, należy zagwarantować swobodę jej prowadzenia. Dotychczas regulacje i działania organów niestety zmierzały do coraz większego ograniczenia decyzyjności aptekarzy w tym obszarze. Nowoczesna apteka powinna być dobrze zarządzaną i prosperującą firmą, bowiem odpowiednia kondycja finansowa umożliwia zatrudnienie optymalnej liczby farmaceutów, zapewnienia im atrakcyjnej pensji oraz inwestowania w ich rozwój i podnoszenie kompetencji. Dzięki temu będzie również możliwość efektywnego świadczenia nowych usług.

7.1. Informowanie o działalności apteki

Powodzenie opieki farmaceutycznej w dużej mierze jest zależne od zainteresowania pacjentów nowymi świadczeniami. W tym zakresie konieczne są działania informacyjne, zarówno na poziomie ogólnopolskim, budujące świadomość realizowania dodatkowych usług w aptekach, jak i lokalnym, dotyczące możliwości uzyskania konkretnego świadczenia w danej placówce. Zachęcanie pacjentów z grup docelowych wydaje się działaniem zasadnym, a mając na względzie korzyści z upowszechnienia opieki farmaceutycznej, wręcz niezbędnym. Jednakże obecnie w Polsce obowiązuje bardzo restrykcyjna regulacja zakazująca reklamy działalności aptecznej, spod której wyłączone są jedynie informacje o lokalizacji i godzinach pracy apteki. Ponadto, przepisy są rygorystycznie egzekwowane przez organy inspekcji farmaceutycznej, niejednokrotnie w sposób budzący uzasadnione wątpliwości. Faktycznym skutkiem regulacji jest brak możliwo-

ści publicznego informowania chociażby o usługach prozdrowotnych świadczonych w aptece. Na potrzebę bieżącego pilotażu został wydany komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 22 marca 2022 r. w sprawie oznaczenia aptek ogólnodostępnych uczestniczących w programie pilotażowym przeglądów lekowych[63], zgodnie z którym za dopuszczalną należałoby uznać jedynie informację o realizowaniu przez aptekę programu oraz o samej usłudze (zgodnie z treścią rozporządzenia, stanowiącego podstawę do realizacji pilotażu), natomiast nie można zawierać żadnych treści wartościujących ani znaków graficznych, które zachęcałyby do skorzystania z usług i oferty apteki. Prowadzi to do paradoksalnego wniosku, że informowanie o udzielanych świadczeniach nie powinno być w atrakcyjnej i przekonującej dla pacjentów formie. W kontekście upowszechniania opieki farmaceutycznej i budowania pozytywnego wizerunku farmaceutów jako wykwalifikowanych i kompetentnych pracowników medycznych, zakres i interpretację przedmiotowego zakazu należy ocenić jako dysfunkcyjne.

Wśród przykładów przesadnego egzekwowania przepisów przez inspekcję farmaceutyczną można wskazać chociażby uznanie za reklamę takich informacji jak dostępne metody płatności (np. kartą płatniczą), języki obce, którymi władają farmaceuci, a nawet dane kontaktowe, obejmujące numer telefonu czy adres e-mail. Z tego samego powodu apteki nie mogą brać udziału w różnego rodzaju programach prospołecznych m.in. Karcie Dużej Rodziny, kartach seniora, jak również akcjach organizowanych przez domy pomocy społecznej, organizacje charytatywne czy uniwersytety trzeciego wieku[64]. W każdym z tych przypadków umieszczenie informacji o uczestnictwie np. w ulotce czy na stronie internetowej może zostać ocenione jako prowadzenie reklamy. Szczególnie w ostatnim czasie kwestie informacyjne są niezwykle istotne w kontekście uchodźców z Ukrainy, przebywających w Polsce w wyniku inwazji rosyjskiej. Dla wielu z nich język polski jest językiem obcym, a mając na względzie strukturę tej grupy, w większości są to kobiety, dzieci i osoby starsze, oni mogą wymagać szczególnej opieki. Brak informacji o możliwości komunikowania się w aptece po ukraińsku czy angielsku stanowi istotną trudność w uzyskaniu niezbędnego świadczenia, porady farmaceutycznej czy wydania odpowiedniego leku.

KONIECZNE JEST PRZEDE WSZYSTKIM UJEDNOLICENIE PRAKTYKI ORGANÓW I ZAPEWNIENIE PEWNOŚCI STOSOWANIA PRAWA NA OBSZARZE CAŁEGO KRAJU.

Wydaje się, że podejście inspekcji farmaceutycznej jest dość absurdalne, a wręcz komiczne, jednak może mieć również istotne przełożenie na pozyskiwanie przez pacjentów wiedzy dotyczącej ochrony zdrowia. Bowiem zgodnie z prawem, farmaceuta musi bardzo uważać, żeby tworzone przez niego komunikaty nie miały charakteru zachęcającego, mimo że w interesie pacjentów jest promowanie np. usług opieki farmaceutycznej. Dodatkowo problematyczne są różnice w interpretacji przepisów pomiędzy lokalnymi organami inspekcji – niejednokrotnie działanie uznane w jednym województwie za reklamę, w drugim nie budzi zastrzeżeń inspektorów. Konieczne jest w tym zakresie przede wszystkim ujednolicenie praktyki i zapewnienie pewności stosowania prawa na obszarze całego kraju.

Należy również podjąć działania zmierzające do deregulacji i dopuszczenia pewnego zakresu działań promocyjnych. Polska jest jedynym krajem Unii Europejskiej, w którym funkcjonuje całkowity zakaz reklamy aptek[65]. Przy czym tak restrykcyjna regulacja może być niezgodna z prawem wspólnotowym. W 2013 r. Konfederacja Lewiatan skierowała w tym przedmiocie skargę

63 www.gov.pl.
64 https://pharmanet.org.pl/wp-content/uploads/2020/10/Raport_TJSP_ws.-barier_zakaz_komunikacji_14102020.pdf.
65 Ibidem.

do Komisji Europejskiej, jednak informacja o toczącym się postępowaniu nie jest dostępna. Brak konkluzji skłonił posła Parlamentu Europejskiego Marka Plurę do zapytania Komisji o planowane działania[66]. Jak słusznie zauważył, polska regulacja jest łudząco podobna do całkowitego i ogólnego zakazu wszelkiej reklamy dotyczącej usług dentystycznych w Belgii, który został uznany za niegodny z prawem wspólnotowym przez Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej w wyroku z dnia 4 maja 2017 r. (sygn. C-339/15)[67]. Belgijski zakaz stanowił niedozwolone ograniczenie swobodnego świadczenia usług, które wprawdzie może być ograniczone, jeżeli służy osiągnięciu celu leżącego w interesie ogólnym, jednak w tym przypadku była to zbyt daleko idąca regulacja, wykraczająca poza to, co konieczne do realizacji jej celu. Niestety postępowanie wyjaśniające dotyczące rodzimych przepisów, obejmujące dialog Komisji z udziałem polskich władz oraz podmiotu, który złożył skargę, ma charakter niejawny w związku z czym nie została udzielona informacja o planowanych dalszych działaniach[68].

7.2. Wysyłkowa sprzedaż leków na receptę

Zgodnie z obowiązującymi przepisami apteki ogólnodostępne mogą prowadzić internetową sprzedaż leków, ale jedynie wydawanych bez recepty. Ograniczenie to, zwłaszcza w dobie cyfryzacji i e-recept, wydaje się nieuzasadnione. W 2018 r. była planowana zmiana przepisów, a nawet uchwalono ustawę nowelizującą prawo farmaceutyczne, która dopuszczała wysyłkową sprzedaż leków, jeżeli została wystawiona recepta elektroniczna dla osoby posiadającej orzeczenie o niepełnosprawności[69]. Przedmiotowe regulacje miały wejść w życie z początkiem 2019 r., co następnie zostało przesunięte na lipiec 2019 r.[70] Jednak finalnie w kwietniu 2019 r. przepis został uchylony, zanim zaczął obowiązywać[71]. Jednym z powodów wycofania się ze zmian był sprzeciw części środowiska aptekarskiego, które obawiało się m.in. nielegalnego wywozu leków za granicę[72]. Mając na względzie, że zmiany odnosiły się do e-recept, które są bardzo łatwo weryfikowalne, argument ten wydaje się nieuzasadniony.

Część aptek oferuje możliwość „rezerwacji" leków na receptę przez internet, ale należy je następnie odebrać we wskazanej placówce. Ograniczenia te nie dotyczą leków bez recepty, które coraz częściej nabywane są w aptekach internetowych. Aż 66 proc. Polaków deklaruje, że dokonuje zakupu produktów leczniczych przez internet[73]. Część farmaceutów alarmuje, że może mieć to negatywne skutki dla opieki farmaceutycznej, jednak wydaje się, że nie ma przeszkód, aby część usług mogła być świadczona przynajmniej częściowo zdalnie – poprzez rozmowę telefoniczną, wideokonferencję czy wymianę wiadomości. Natomiast w kontekście zmniejszającej się w ostatnich latach liczby aptek byłoby to duże ułatwienie, w szczególności dla osób z niepełnosprawnościami czy starszych, które stale przyjmują leki, a mogą mieć ograniczoną możliwość dotarcia do placówki, zwłaszcza mieszkając na terenach wiejskich.

Internetowa sprzedaż leków na receptę jest dostępna dla pacjentów w: Szwecji, Danii, Finlandii, Holandii, Wielkiej Brytanii, Estonii, Niemczech czy Szwajcarii[74]. Wprowadzenie tej możliwości również w Polsce jest naturalną konsekwencją cy-

66 https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-8-2018-000346_PL.html.
67 https://eur-lex.europa.eu/legal-content/pl/TXT/?uri=CELEX:62015CJ0339.
68 https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-8-2018-000346-ASW_PL.html.
69 https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180001515.
70 https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180002429.
71 https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000959.
72 https://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Leki-na-recepte-z-internetowej-apteki-tylko-dla-niepelnosprawnych,185929,6.html.
73 https://www.wiadomoscihandlowe.pl/artykul/apteki-internetowe-coraz-popularniejsze-wiekszosc-polakow-leki-kupuje-w-sieci-1.
74 https://consumerchoicecenter.org/infographic-check-if-you-can-buy-medicines-in-your-country-online.

fryzacji, która objęła już wiele obszarów ochrony zdrowia – oprócz e-recept funkcjonują porady telemedyczne, e-skierowania czy e-zwolnienia. Jednocześnie przy istniejących narzędziach informatycznych nie ma obaw zarówno o zapewnienie pacjentom odpowiedniej opieki, jak i możliwość kontroli sprzedawanych produktów.

7.3. Ograniczenia w rozpoczęciu nowej działalności

Przywoływana już nowelizacja prawa farmaceutycznego wprowadziła w 2017 r. restrykcyjne zasady uzyskiwania nowych zezwoleń. W szczególności adresatem zezwolenia może być tylko farmaceuta lub spółka jawna albo partnerska założona przez farmaceutów, przy czym możliwe jest prowadzenie maksymalnie 4 aptek przez dany podmiot. Dodatkowo wprowadzono kryteria geograficzne (odległość od istniejących aptek) i demograficzne (ludność gminy przypadającą na jedną aptekę), które utrudniają, a w praktyce w wielu przypadkach uniemożliwiają, otwarcie placówki.

Co istotne, nowelizacja była procedowana w trybie poselskim, a nie rządowym, tym samym pominięte zostały istotne elementy procesu legislacyjnego: opiniowanie, konsultacje publiczne czy konieczność przedstawienia oceny skutków regulacji. O projekcie negatywnie wypowiadała się część farmaceutów, związków pracodawców, ale również Minister Rozwoju czy Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów[75]. W tym kontekście warto przypomnieć archiwalną decyzję Prezesa UOKiK z 2000 r., w której ocenił on działania Naczelnej Izby Aptekarskiej jako praktykę monopolistyczną[76]. Postępowanie dotyczyło uchwał Izby, które obejmowały m.in. zakaz otwierania aptek w najbliższym sąsiedztwie już istniejących oraz przyjmowania stanowiska kierownika w tak usytuowanej aptece. Głównym zarzutem wobec uchwał był brak kompetencji do wprowadzania takich ograniczeń, jednak sam zakaz został uznany za ograniczający wolną konkurencję i godzący w interesy konsumentów. Decyzja została zaskarżona przez Izbę, ale w postępowaniu sądowym utrzymano ją w mocy[77]. Należy przy tym zaznaczyć, że wspomniana decyzja została wydana w odmiennym

[75] https://wyborcza.biz/biznes/7,177151,21285856,apteka-dla-aptekarza-uokik-i-ministerstwo-rozwoju-ostrzegaja.html.
[76] https://decyzje.uokik.gov.pl/bp/dec_prez.nsf/43104c28a7a1be23c1257eac006d8dd4/c5108f3aba911765c1257ec6007b95e1/$FILE/DDP%204_2000.pdf.
[77] https://decyzje.uokik.gov.pl/bp/dec_prez.nsf.

stanie prawnym, a kompetencji Naczelnej Izby Aptekarskiej nie można porównywać z kompetencjami ustawodawcy, jednak trudno nie zauważyć merytorycznej zbieżności zakwestionowanego zakazu z kryterium geograficznym z tzw. apteki dla aptekarza.

Uniemożliwienie udzielenia zezwoleń osobom niebędącym farmaceutami czy podmiotom, w skład których takie osoby wchodzą, wydaje się nie być rozwiązaniem optymalnym – ogranicza swobodę działania, ale nie pozwala na uzyskanie dodatkowych korzyści. W każdej aptece musi być wyznaczony kierownik, który na własną odpowiedzialność sprawuje nadzór merytoryczny nad jej działalnością, zatem nie powinno być obaw o jej prawidłowe funkcjonowanie, niezależnie od struktury właścicielskiej. Co ciekawe, w innych obszarach ochrony zdrowia wręcz zmienia się postrzeganie zarządzania – w szpitalach coraz częściej funkcje dyrektorskie pełnią profesjonalni menedżerowie, niekoniecznie z wykształceniem medycznym. Należy postrzegać apteki w podobny sposób, nie tylko jako istotny element systemu opieki zdrowotnej, ale również przedsiębiorstwo, które powinno być w odpowiedni sposób prowadzone pod względem ekonomicznym.

Jednocześnie, pomimo że przedmiotowa regulacja odnosi się jedynie do nowych aptek, może mieć również istotny wpływ na zmniejszanie się ich ogólnej liczby. W przypadku zamknięcia (z różnych powodów) powstałych wcześniej placówek, nowe mogą w ogóle nie powstawać, bowiem w wielu miejscach stan sprzed wprowadzenia nowelizacji przekraczał narzucone, restrykcyjne normy. Skrajne limitowanie powstawania nowych aptek w naturalny sposób ogranicza konkurencję na rynku, zwłaszcza w mniejszych miejscowościach, gdzie występują pojedyncze apteki. Należy przy tym zaznaczyć, że konkurowania nie można sprowadzać jedynie do aspektu cenowego, który z perspektywy pacjentów jest oczywiście istotny, ale również powinno ono uwzględniać kwestię rywalizowania jakością usług farmaceutycznych. Pozycja monopolisty nie stwarza naturalnych bodźców do zabiegania o klientów, a tym samym ciągłego ulepszania działalności.

Wydaje się, że ustawodawca błędnie powiązał kontrolę nad zapewnieniem prawidłowego dostępu do leków z odebraniem farmaceutom możliwości swobodnego prowadzenia własnego biznesu. Dobra kondycja finansowa apteki jest również istotna z punktu widzenia pacjentów – w takiej sytuacji możliwe jest m.in. zatrudnienie dodatkowych farmaceutów, którzy mogą poświęcić więcej czasu na działania z zakresu opieki farmaceutycznej, zapewnienie im wyższych pensji czy przeznaczenie większych funduszy na szkolenia. Nie można traktować działalności aptek jedynie w kontekście „misyjnym", konieczne jest uświadomienie, że to również forma realizacji interesów gospodarczych, a odpowiednie zarządzanie wpływa na jakość świadczonych usług.

7.4. Franczyza

Apteki powinny być dobrze zarządzanymi przedsiębiorstwami, nie tylko ze względu na profity finansowe dla farmaceutów, ale przede wszystkim, żeby mogły efektywnie realizować potrzeby pacjentów. Jednakże nie każdy aptekarz posiada odpowiednie kompetencje biznesowe, a ich zdobycie wymaga poświęcenia czasu, jak również pewnych predyspozycji. Jedną z możliwości, z której chętnie korzystają farmaceuci, są rozwiązania franczyzowe stanowiące duże ułatwienie w samodzielnie prowadzonej działalności. Franczyza jest zgodną z prawem i powszechną w krajowej oraz międzynarodowej praktyce handlowej (również w kontekście aptek) formą współpracy między niezależnymi przedsiębiorcami, polegającą na udostępnianiu praw własności intelektualnej (np. *know-how* czy znaków towarowych) oraz udzielaniu pomocy handlowej lub technicznej w zamian za określone świadczenia np. finansowe[78].

[78] https://ikar.wz.uw.edu.pl/images/numery/13/pdf/59.pdf.

Franczyza zaliczana jest do tzw. umów nienazwanych, które mogą być zawierane wedle uznania stron, zgodnie z cywilistyczną zasadą swobody kontraktowania. Przy czym nie ma żadnych przesłanek w prawie farmaceutycznym czy innych aktach prawa, które uniemożliwiałyby zastosowanie franczyzy do działalności aptecznej, podczas gdy wszelkie ograniczenia swobody działalności gospodarczej muszą być wyrażone wprost w ustawie. Mimo to takie rozwiązanie budziło nieuzasadnione wątpliwości niektórych organów inspekcji farmaceutycznej i samorządu aptekarskiego. Główny zarzut stanowiło rzekomo niesamodzielne prowadzenie działalności przez franczyzobiorców, które zapewne wynikało z niewłaściwego rozumienia franczyzy. Istotą tych rozwiązań nie jest przejmowanie kontroli, a wsparcie przedsiębiorcy, usprawnienie i ułatwienie jego codziennych zadań bez ingerowania w jego swobodę decyzyjną w zakresie zarządzania apteką, zatrudnienia czy doboru asortymentu. Farmaceuta nadal prowadzi działalność we własnym imieniu i na swoją rzecz, w przeciwnym wypadku nie można takiego stosunku nazwać franczyzą, zgodnie z jej definicją.

NIE MA ŻADNYCH PRZESŁANEK W PRAWIE FARMACEUTYCZNYM CZY INNYCH AKTACH PRAWA, KTÓRE UNIEMOŻLIWIAŁYBY ZASTOSOWANIE FRANCZYZY DO DZIAŁALNOŚCI APTECZNEJ.

W tym kontekście warto przywołać komentarz Bernadety Kasztelan-Świetlik, byłej Wiceprezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów: *jeśli Naczelna Rada Aptekarska chciałaby, aby w najmniejszych miejscowościach były apteki, to dla człowieka po studiach – aptekarza, który nie ma odpowiednich środków do tego, aby otworzyć własną aptekę – franczyza jest często jedynym rozwiązaniem. Wszystko zależy jednak od punktu widzenia. Aptekarze prawdopodobnie woleliby, żeby było mniej aptek i mniej zezwoleń na prowadzenie apteki, bo wtedy ich przychody nie są zagrożone. Z kolei konsument wolałby, żeby było ich więcej, bo to skraca czas dotarcia do apteki i może pozytywnie oddziaływać na poziom cen. Trudno połączyć te potrzeby i znaleźć kompromis. Przedsiębiorców to jednak nie interesuje. Przedsiębiorca chce wiedzieć od państwa, co może, a czego nie. Brak pewności prawa to dla zwykłego przedsiębiorcy, który nie dysponuje wyspecjalizowanym biurem prawnym, bardzo często problem nie do rozwiązania*[79].

Korzyści rynkowe płynące z funkcjonowania aptek ogólnodostępnych w ramach franczyzy podkreślił Minister Zdrowia w odpowiedziach z dnia 17 stycznia 2021 r. na interpelacje poselskie (sygn. PLO.050.81.2020.PR, PLO.050.88.2020.AS)[80,81].

Jednocześnie wskazał, że odpowiednio, chociaż właściwsze byłoby określenie nieprawidłowo, ukształtowany stosunek franczyzy może (choć nie musi w każdym przypadku) prowadzić do stosunku zależności, wskazującego na niespełnienie przepisów antykoncentracyjnych. Dlatego też należy każdy przypadek analizować indywidualnie. Natomiast samo zawarcie umowy franczyzy nie stanowi naruszenia prawa farmaceutycznego i nie powinno być w taki sposób postrzegane.

Jeszcze do niedawna umowy franczyzowe były kwestionowane przez niektóre organy Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej – w postępowaniach dotyczących wydawania, przenoszenia lub zmiany zezwoleń, często traktowano je jako automatyczną przesłankę występowania grupy kapitałowej łączącej franczyzobiorcę i franczyzodawcę oraz wskazywano na naruszenia w kontekście przepisów antykoncentracyjnych zawartych w przepisach znowelizowanych tzw. apteką dla aptekarza. Jednak nastąpiła w tym zakresie istotna zmiana podejścia. Pierwszym tego sygnałem było wydanie komunikatu

79 https://inwestycje.pl/biznes/rozwoj-franczyz-aptecznych-spowalnia-niekonsekwencja-instytucji.
80 https://orka2.sejm.gov.pl/INT9.nsf/klucz/ATTBXEJZY/%24FILE/i15994-o1.pdf.
81 https://orka2.sejm.gov.pl/INT9.nsf/klucz/ATTBXEK44/%24FILE/i16807-o1.pdf.

przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego z dnia 15 września 2021 r. w sprawie umów franczyzy na rynku detalicznego obrotu produktami leczniczymi[82], w którym podkreślona została, co do zasady, możliwość oraz zasadność zawierania takich umów przez podmioty prowadzące apteki ogólnodostępne. Rozwiązanie to jest dozwolone, jeżeli nie narusza przepisów prawa farmaceutycznego, czyli podstawową kwestią jest zachowanie niezależności i odrębności franczyzobiorcy oraz franczyzodawcy. Jednocześnie, jak słusznie podkreśla Główny Inspektor Farmaceutyczny, każdy umowny model franczyzy powinien podlegać indywidualnej ocenie, by ustalić czy nie zawiera on postanowień, które tworzą niedozwoloną zależność. Mając na uwadze treść komunikatu, standardowy stosunek franczyzowy jest uznawany za zgodny z prawem, a jego weryfikacja powinna być jedynie formalnością.

Powyższe stanowiska należy uznać za obiecujące i niezwykle pożądane na rynku aptecznym. Dotychczas występowała znacząca rozbieżność między działaniami niektórych organów Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej a ugruntowanym orzecznictwem Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, organu właściwego do oceny koncentracji. W decyzjach wydawanych przez Prezesa wskazywane jest wprost, że sama umowa franczyzy nie przesądza o sprawowaniu przez franczyzodawcę kontroli nad franczyzobiorcą oraz nie wynika z niej automatycznie utworzenie grupy kapitałowej między tymi podmiotami (m.in. decyzja z dnia 25 czerwca 2013 r. nr DOK-1/2013[83], decyzja z dnia 23 grudnia 2016 r. nr DKK-191/2016[84]).

Praktyka decyzyjna większości organów Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej obydwu szczebli zdaje się potwierdzać, że pogląd o dopuszczalności stosowania modelu franczyzowego w prowadzeniu aptek ogólnodostępnych powoli przestaje być uznawany za kontrowersyjny. Ujednolicenie podejścia jest niezwykle istotne dla zapewnienia przewidywalności prawa i stabilnych warunków prowadzenia działalności. Należy mieć nadzieję, że będzie to trwała praktyka.

7.5. Rekomendacje

Nie ma wątpliwości, że ogromna restrykcyjność regulacji dotyczących działalności aptecznej jest dysfunkcyjna. Przepisy uniemożliwiają informowanie o świadczonych usługach i pełne wykorzystanie kanału internetowego, ograniczają konkurencję oraz możliwość otwarcia własnej apteki. Jednocześnie wiele działań organów jest nakierowanych na ograniczenie swobody w prowadzonej działalności.

Zmiany powinny zostać dokonane na dwóch poziomach: złagodzenie restrykcyjnych przepisów oraz ujednolicenie praktyki organów, zapewniające pewność prawa. W tym kontekście kluczowy jest obszar reklamy, bowiem funkcjonujący zakaz może negatywnie wpłynąć na wdrażanie opieki farmaceutycznej. Bezsporna wydaje się potrzeba informowania o nowych usługach oraz zachęcania do nich pacjentów. Osiągnięcie korzyści populacyjnych będzie możliwe, jeżeli grupy docelowe będą aktywnie korzystały ze świadczeń. Ograniczenie farmaceutom możliwości informowania i zachęcania do skorzystania z opieki farmaceutycznej jest kontrproduktywne i nieuzasadnione.

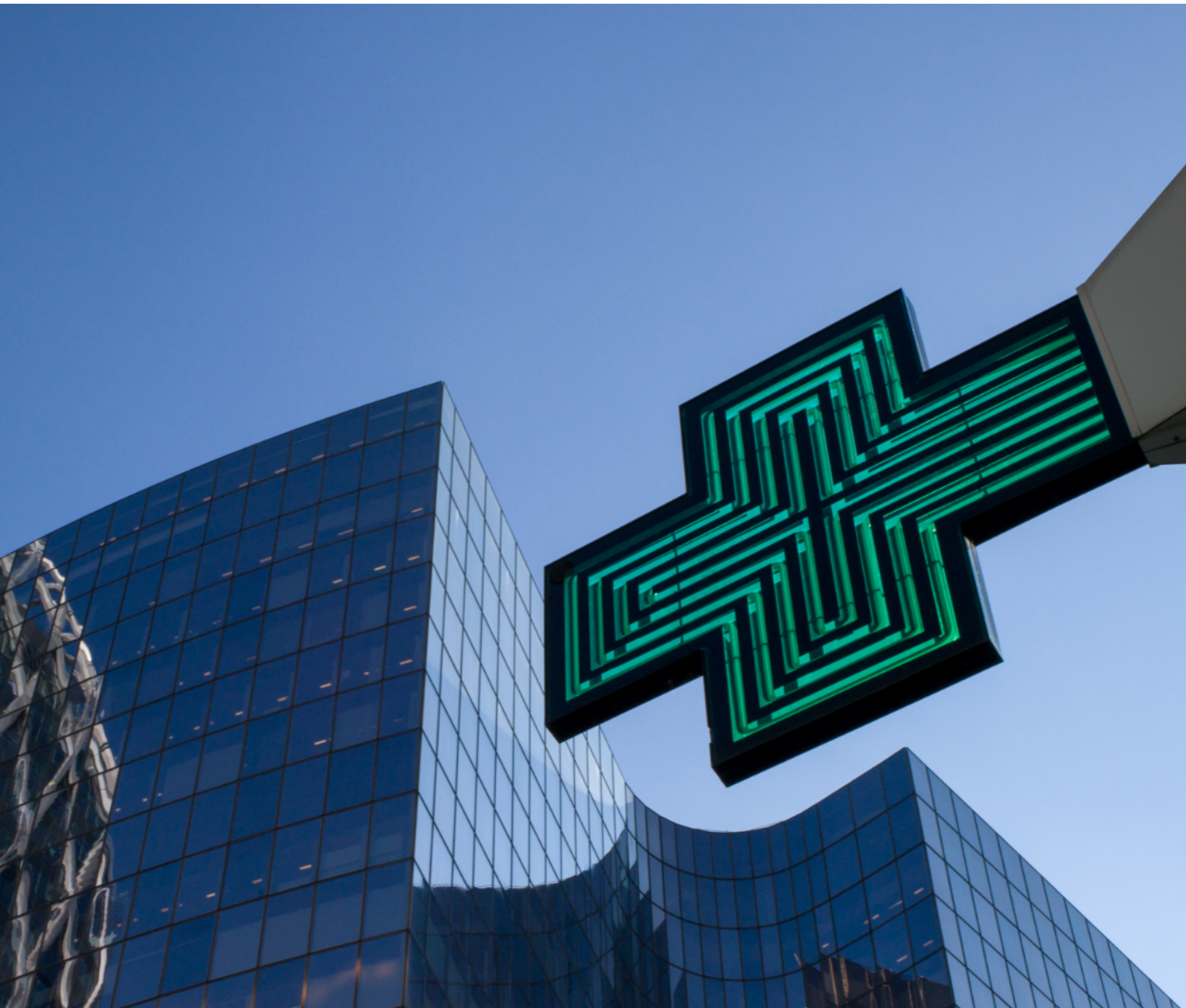
Świadczenie dodatkowych usług oraz ich jakość powinna być elementem konkurencji między aptekami[85]. Pacjent, mający wiedzę o zakresie świadczeń w poszczególnych placówkach, może wybrać tę, której oferta mu najbardziej odpowiada. W szczególności rywalizacja o klientów mogłaby wiązać się z podnoszeniem jakości

82 https://www.gov.pl/web/gif/komunikat-glownego-inspektora-farmaceutycznego-w-sprawie-umow-franczyzy-na-rynku-detalicznego-obrotu-produktami-leczniczymi2.
83 https://decyzje.uokik.gov.pl/bp/dec_prez.nsf/1/58ACD56323D74975C1257EC6007BA07E?editDocument&act=Decyzja.
84 https://decyzje.uokik.gov.pl/bp/dec_prez.nsf/1/E063C9578FE5A2F5C12580F80029170F?editDocument&act=Decyzja.
85 https://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.ekon-element-000171361851.

usług, zamiast jedynie konkurowania cenowego. Jest to również szansa dla mniejszych aptek, które mają gorszą pozycję przy negocjowaniu cen z hurtowniami. Jednak, żeby było to możliwe, aptekarz musi mieć możliwość informowania o swojej ofercie. Dzięki temu może się pozycjonować na rynku, a pacjent ma możliwość uzyskania kompleksowej informacji, umożliwiającej dokonanie świadomego wyboru.

Zatem podstawowym obszarem zmian powinien być zakaz reklamy, z którego należy wyłączyć obiektywną informację dotyczącą świadczonych w aptece usług, również o charakterze zachęcającym. W kontekście obecnych różnic w interpretacji przepisów przez inspekcję farmaceutyczną, warto również wypracować wytyczne dotyczące oceny przekazów informacyjnych, marketingowych czy reklamowych. Jednocześnie należy dopuścić możliwość sprzedaży leków na receptę przez internet, co stanowiłoby istotne ułatwienie dla pacjentów, przy zapewnieniu zdalnych usług opieki farmaceutycznej.

Dodatkowo należy rozważyć zwiększenie swobody farmaceutów w otwieraniu i prowadzeniu działalności, żeby mogli ją kształtować w najefektywniejszy sposób. Liberalizując przepisy, nie należy obawiać się nadmiernej liczby aptek na rynku, bowiem zgodnie z klasycznymi prawami ekonomii podaż jest kształtowana przez popyt. Tym samym zapewnienie swobody jest jedyną opcją, które pozwoli na realne i pełne zaspokojenie potrzeb pacjentów.



Autorka składu:
Anna Śleszyńska

Zdjęcia: Canva.com

Użyto czcionek:
Poppins, Staatliches,
Bebas Neue, Zing Rust Base

Warsaw Enterprise Institute
Al. Jerozolimskie 30/7
00-024 Warszawa