DOI: 10.34616/142099

Farmaceuta w aptece a jakość usług farmaceutycznych

Pharmacist in a pharmacy and the quality of pharmaceutical services

Konrad Żak
CEO, Pharma Consulting
Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
ORCID: 0000-0002-2632-9782
e-mail: k.zak@dydaktyka.pswbp.pl

Streszczenie

Udzielanie usług farmaceutycznych przez aptekarzy stanowi priorytetowy aspekt pełnienia misji społecznej apteki ogólnodostępnej w ramach powszechnego systemu ochrony zdrowia publicznego. Podmiotowość przedmiotowego procesu podkreśla troska ustawodawcy, który wykaz usług farmaceutycznych zawarł w akcie prawnym o randze ustawy. Ścisłe połączenie udzielania usług farmaceutycznych z wykonywaniem zawodu farmaceuty wskazuje, jak ważna jest jakość tych usług, skoro ustawodawca przypisał ich udzielanie wysoce wykwalifikowanemu specjaliście, jakim bez wątpienia jest farmaceuta. Stąd niezmiernie istotna dla ochrony zdrowia pacjenta i ochrony zdrowia publicznego jest obecność w aptece ogólnodostępnej odpowiedniej liczby farmaceutów, albowiem bez nich nie może być sprawowana opieka farmaceutyczna, nie mogą być udzielane usługi farmaceutyczne, jak również nie mogą być realizowane ustawowe zadania przypisane przez ustawodawcę. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie roli farmaceuty w systemie ochrony zdrowia pacjenta i systemie ochrony zdrowia publicznego w kontekście jakości usług farmaceutycznych. Aby zrealizować tak zdefiniowany cel, zastosowano metodę analizy i krytyki piśmiennictwa, metodę analizy aktów prawnych oraz metodę badania dokumentów. Pozwoliło to wskazać, w jaki sposób dostępność odpowiedniej liczby farmaceutów w aptece wpłynęła na jakość świadczenia usług farmaceutycznych.

Słowa kluczowe

rynek farmaceutyczny, prawo farmaceutyczne, farmaceuta, apteka ogólnodostępna, jakość usług farmaceutycznych

Abstract

The provision of pharmaceutical services by pharmacists is a priority aspect of fulfilling the social mission of a public pharmacy within the framework of the general public health protection system. The subjectivity of the process is emphasized by the concern of the legislator, who included the list of pharmaceutical services in a legal act. The close connection of the provision of pharmaceutical services with the profession of a pharmacist shows how important the quality of these services is, since the legislator assigned them to a highly qualified specialist, who is undoubtedly a pharmacist. Hence,

the presence of an appropriate number of pharmacists in a public pharmacy is extremely important for the protection of the patient's health and the protection of public health, because without them pharmaceutical care cannot be provided, pharmaceutical services cannot be provided, and statutory tasks assigned by the legislator cannot be performed. The aim of this article is to present the role of a pharmacist in the patient's health care system and the public health system in the context of the quality of pharmaceutical services. In order to achieve the indicated goal, a critical analysis of the subject literature, an analysis of legal acts and examination of the related documents were used. This allowed to indicate how the availability of an appropriate number of pharmacists in a pharmacy influenced the quality of pharmaceutical services.

Keywords

pharmaceutical market, pharmaceutical law, pharmacist, pharmacy, quality of pharmaceutical services

JEL: M21, K14, K22, K32, I18

Wstęp

Rodowód zawodu farmaceuty sięga starożytnej Grecji i należy go utożsamiać z wędrownymi kramarzami, którzy oferowali różnorodny towar, w tym zioła lecznicze oraz korzenie aromatyczne[1]. Wyspecjalizowani w lecznictwie kramarze, handlujący surowcami pochodzenia roślinnego (ziołami), minerałami oraz wykonujący pierwsze formy leków pojawili się w VIII w. w krajach arabskich[2]. To właśnie tam w trzech głównych ośrodkach handlowych – Bagdadzie, Kordobie i Toledo – dokonał się rozdział medycyny od farmacji i powstały pierwsze apteki prowadzone przez aptekarzy[3].

W tym czasie w Europie wytwarzaniem leków zajmowali się mnisi w klasztorach, którzy początkowo zaopatrywali w leki wyłącznie mieszkańców klasztoru (zakonników i chorych w szpitaliku – przytułku), a później zaczęli je sprzedawać osobom spoza bram klasztornych, co wywołało sprzeciw władz duchownych. W XII w. to właśnie przedmiotowy sprzeciw władz duchownych doprowadził do wyjścia handlu ziołami poza mury klasztorne, w ręce aptekarzy świeckich[4].

Pierwsze kramnice apteczne jako stałe placówki sanitarne powstały w XII w. na terenie Włoch i południowej Francji – wtedy to pojawiły się pierwsze rozporządzenia zarządów miejskich legalizujących istnienie samodzielnego zawodu aptekarskiego – był to jednak zawód oparty na cechowym systemie kształcenia kadr[5]. Formalna klasyfikacja aptek jako

[1] A. Drygas, *Narodziny aptek i aptekarstwa*, [w:] T. Brzeziński (red.), *Historia medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995, s. 144.

[2] W. Roeske, *Polskie apteki*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1991, s. 44.

[3] R. Rembieliński, B. Kuźnicka, *Historia farmacji*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1987, s. 155.

[4] A. Drygas, *op. cit.*, s. 146.

[5] Z 1180 r. pochodzi pierwsza wzmianka o istnieniu we Florencji cechu lekarzy i aptekarzy. Również z tego okresu (1170 rok) pochodzi „Statua Sive Leges Muncipales Arelatis", pierwszy znany dokument miejski,

publicznych placówek sanitarnych (łac. *officina sanitatis*) oraz określenie zakresu obowiązków aptekarza (łac. *confectionarius* lub *stationarius*) zostało dokonane w latach 1231–1240 na mocy wydanych przez króla Sycylii i Neapolu i jednocześnie cesarza Fryderyka II Konstytucji Królestwa Sycylii (łac. *Constitutiones Regni Siciliae*). Były one zawarte w tzw. Księdze Praw Cesarskich (łac. *Liber Augustalis*) i stanowiły pierwszą „ustawę aptekarską" w Europie, na mocy której apteka jako placówka znalazła się pod ochroną prawną[6].

Na ziemiach polskich kramnice apteczne początkowo oferowały leki pochodzenia roślinnego, które wykonywane były osobiście przez aptekarza na podstawie przepisów i recept opartych na wiedzy pozyskanej w trakcie nauki bądź praktyki zawodowej. Średniowieczne polskie aptekarstwo traktowane było jako zwykłe rzemiosło, jednak nie posiadało własnego cechu (aptekarze przyłączali się do różnych cechów). W wieku XVI i XVII uważano farmację za naukę wymagającą „wykładów nauczyciela", jednak dopiero w 1783 r. na Uniwersytecie Jagiellońskim (zwanym wówczas Szkołą Główną Koronną) została utworzona Katedra Farmacji i Materii Medycznej, która podniosła aptekarstwo z rangi rzemiosła do rangi wolnego zawodu[7]. W XIX w. na mocy ustawy dla aptek z 1820 r. zobligowano aptekarzy do potwierdzania swoich kwalifikacji zawodowych, albowiem o koncesję na prowadzenie apteki mógł się ubiegać farmaceuta po uzyskaniu dyplomu aptekarza lub magistra farmacji, a każda zmiana miejsca prowadzenia działalności wymagała zezwolenia władz[8]. Dopiero od momentu odzyskania przez Polskę niepodległości w 1918 r. można mówić o aptekarstwie współczesnym. Zauważyć przy tym należy, że pomimo odzyskania przez Polskę niepodległości nadal na ziemiach polskich obowiązywały akty prawne uchwalone przez zaborców. Ustawodawca polski dokonał ujednolicenia przepisów dopiero pod koniec lat 30. XX w., wprowadzając ustawę o wykonywaniu zawodu aptekarskiego[9] oraz ustawę o Izbach Aptekarskich[10]. Reorganizację aptekarstwa

określający zakres obowiązków lekarzy i aptekarzy, zabraniający wykonywania obu tych zawodów przez jedną osobę oraz legalizujący samodzielny zawód aptekarski (R. Rembieliński, B. Kuźnicka, *op. cit.*, s. 155–157).

[6] Dokonano wtedy również następujących regulacji: rozdzielono zawód lekarza i aptekarza, określono charakter wzajemnych stosunków między lekarzem a aptekarzem, miejsce (placówkę), w której leki mają być wykonywane (*apotheka* lub *stationes*), uzależniono proces otwarcia apteki od uzyskania zgody władz państwowych „w określonych miastach Królestwa", ustanowiono obowiązek składania przysięgi przez aptekarzy, wykaz opłat za leki (tzw. taksę), karę konfiskaty całego majątku ruchomego za sprzeniewierzenie się zasadom określonym w przysiędze. Ustanowiono również stanowiska dwóch zaufanych lustratorów (łac. *viri circumspecti*), zaprzysiężonych i aprobowanych przez profesorów w Salerno, do których obowiązków należało sprawdzanie, czy leki są sporządzane według przepisów. Dopiero po przeprowadzeniu czynności kontrolnych przez lustratorów, których nazwiska musiały zostać podane na dwór cesarski, leki mogły być sprzedawane (A. Drygas, *op. cit.*, s. 147; W. Roeske, *op. cit.*, s. 50–51; R. Rembieliński, B. Kuźnicka, *op. cit.*, s. 156–157).

[7] A. Drygas, *op. cit.*, s. 148.

[8] R. Rembieliński, B. Kuźnicka, *op. cit.*, s. 166–171.

[9] Ustawa z dnia 25 marca 1938 r. o wykonywaniu zawodu aptekarskiego, Dz. U. z 1938 r. Nr 23, poz. 202.

[10] Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o Izbach Aptekarskich, Dz. U. z 1939 r. Nr 55, poz. 346.

polskiego aptekarstwa przerwała druga wojna światowa, natomiast po wojnie władze komunistyczne dokonały nacjonalizacji aptek.

Obecny kształt polskiego aptekarstwa należy zawdzięczyć przemianom gospodarczym, które zaszły w Polsce pod koniec lat 80. ubiegłego wieku. Zmiana systemu gospodarczego Polski i rozwój przedsiębiorczości prywatnej usankcjonował współczesny model przedsiębiorczości aptekarskiej. Rozwój nowych generacji produktów leczniczych wymagał od osoby sprzedającej gruntownej wiedzy z zakresu farmakologii. Postęp technologiczny zmienił profil obowiązków farmaceuty. Aptekarze w coraz mniejszym stopniu zajmują się wytwarzaniem leków na rzecz ich sprzedaży i udzielania profesjonalnych porad dotyczących ich stosowania.

Współczesny system prawa farmaceutycznego definiuje zawód farmaceuty jako samodzielny zawód medyczny[11]. Dokonując egzemplifikacji form wykonywania zawodu farmaceuty, zauważyć należy, że jest to szerokie określenie profesji, odnoszące się w zdecydowanej większości do przedstawicieli branży farmaceutycznej. Farmaceuci wykonują swój zawód głównie jako pracownicy: aptek, punktów aptecznych, działów farmacji szpitalnej, hurtowni farmaceutycznych, przemysłu farmaceutycznego, uczelni wyższych, instytutów naukowych oraz urzędów państwowych.

Ustawodawca w trosce o bezpieczeństwo systemu ochrony zdrowia publicznego dokonał ścisłej regulacji odnoszącej się do nazewnictwa zawodu, wskazując, że tytuł zawodowy „farmaceuta" podlega ochronie prawnej[12], a farmaceuta wykonujący zawód w aptece, punkcie aptecznym, dziale farmacji szpitalnej albo hurtowni farmaceutycznej jest aptekarzem[13]. Ustawowo wyodrębniony termin „aptekarz" jest również mocno rozpowszechniony w języku konwersacyjnym, choć podkreślić należy, że użycie nazwy „aptekarz" jest znacznym uproszczeniem i zawężeniem funkcji oraz zadań, jakie mogą wykonywać osoby posiadające tytuł zawodowy farmaceuty.

1. Wykonywanie zawodu farmaceuty – zakres regulacji

Historia farmacji pokazuje, jak w ciągu wieków zmieniała się rola aptekarza: od wyspecjalizowanych handlarzy ziołami i minerałami poprzez rzemieślników wykonujących różne formy leków (najczęściej pochodzenia roślinnego) oraz alchemików do profesjonalistów odgrywających niezmiernie ważną rolę w systemie zdrowia publicznego. Istota tej roli została szczegółowo określona w systemie prawa farmaceutycznego

[11] Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz. U. z 2021 r., poz. 97, art. 2.
[12] *Ibidem*, art. 20 ust. 2.
[13] *Ibidem*, art. 30.

– w ustawie o zawodzie farmaceuty, której najważniejsze postanowienia weszły do porządku prawnego w dniu 16 kwietnia 2021 r.

Ustawodawca w ustawie o zawodzie farmaceuty precyzyjnie zdefiniował cel, z jakim należy utożsamiać wykonywanie zawodu farmaceuty, wskazując, że wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia pacjenta oraz ochronę zdrowia publicznego i polega na[14]:

- sprawowaniu opieki farmaceutycznej,
- udzielaniu usług farmaceutycznych,
- wykonywaniu zadań zawodowych,
- wykonywaniu określonych czynności.

Poszczególne aspekty związane z wykonywaniem zawodu farmaceuty zostały również w ustawie precyzyjnie dookreślone, co wskazuje na wysoką troskę ustawodawcy ukierunkowaną na zapewnienie odpowiedniej jakości pracy farmaceuty i wysokiego poziomu bezpieczeństwa w procesie dystrybucji produktami leczniczymi i pokrewnymi.

Szczegółowość regulacji ma jednak na celu zapewnienie przede wszystkim wysokiej jakości sprawowania opieki farmaceutycznej oraz udzielania usług farmaceutycznych. Gwarantem poziomu jakości jest farmaceuta, który musi posiadać odpowiednie kwalifikacje do wykonywania zawodu, określone w ustawie o zawodzie farmaceuty (rozpoczęcie i ukończenie co najmniej pięcioletnich studiów na kierunku farmacja, obejmujących co najmniej sześciomiesięczną praktykę zawodową w aptece, i uzyskanie tytułu magistra farmacji[15]).

2. Opieka farmaceutyczna i usługi farmaceutyczne

Priorytetowym przejawem wykonywania zawodu farmaceuty jest niewątpliwie opieka farmaceutyczna, która w ustawie o zawodzie farmaceuty została „wyciągnięta" z katalogu usług farmaceutycznych. Taki zabieg ustawodawcy ma na celu podkreślenie jej strategicznego charakteru w systemie ochrony zdrowia pacjenta oraz w systemie ochrony zdrowia publicznego. Usytuowanie opieki farmaceutycznej na pierwszym miejscu wśród aktywności związanych z wykonywaniem zawodu farmaceuty ma również na celu podniesienie rangi zawodu, który dotychczas w praktyce aptecznej często był sprowadzony wyłącznie do roli wykwalifikowanego sprzedawcy czy wręcz „lekopodawcy". Podniesienie rangi zawodu przyczyniło się pośrednio do wzrostu prestiżu i poziomu satysfakcji aptekarzy z wykonywanej pracy.

[14] *Ibidem*, art. 4 ust. 1.
[15] Por. *ibidem*, art. 5 ust. 1.

Dokonując analizy aktów prawnych, zauważyć należy, że opieka farmaceutyczna po raz pierwszy do systemu polskiego prawa farmaceutycznego została wprowadzona w 2008 r. na mocy nowelizacji ustawy o izbach aptekarskich (ustawa o zmianie ustawy o izbach aptekarskich)[16]. Przedmiotowa implementacja dokonała się w wyniku starań akademickich środowisk farmaceutycznych ośrodków w Warszawie, Poznaniu, Krakowie, Gdańsku i Wrocławiu[17].

Szczegółowa charakterystyka opieki farmaceutycznej została zawarta w art. 4 ust. 2 ustawy o zawodzie farmaceuty. Ustawodawca zdefiniował opiekę farmaceutyczną jako świadczenie zdrowotne udzielane przez farmaceutę i stanowiące dokumentowany proces, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem prowadzącym leczenie pacjenta, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem indywidualnej farmakoterapii, obejmującej[18]:

1) prowadzenie konsultacji farmaceutycznych – w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta w związku ze stosowaniem produktów leczniczych, wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego;
2) 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;
3) 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;
4) wykonywanie badań diagnostycznych określonych w przepisach – w celu oceny skuteczności i bezpieczeństwa stosowanej przez pacjenta farmakoterapii oraz analizy problemów lekowych występujących u pacjenta, oraz proponowania metod i badań diagnostycznych;
5) wystawianie recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego.

[16] Opieka farmaceutyczna została określona jako usługa farmaceutyczna polegająca 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 (ustawa z dnia 10 stycznia 2008 r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich, Dz. U. z 2008 r. Nr 47, poz. 273, art. 1 ust. 2).

[17] Duże zasługi w propagowaniu idei opieki farmaceutycznej i podejmowaniu działań zmierzających do jej wdrożenia w praktyce aptecznej przypisuje się J. Łazowskiemu, A. Skowron, zespołowi J. Brandysa i T. Bąbelkowi (K. Szalonka, *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 65).

[18] Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz. U. z 2021 r., poz. 97, art. 4 ust. 2.

Tak staranne wskazanie zakresu opieki farmaceutycznej niewątpliwie wpływa na jakość procesu farmakoterapii, albowiem precyzuje zakres odpowiedzialności zawodowej farmaceuty i nadaje właściwą rangę jego roli zawodowej. Nowelizując system prawa farmaceutycznego poprzez dokonanie szczegółowej charakterystyki procesu opieki farmaceutycznej, ustawodawca osiągnął ważny cel, jakim jest redefinicja roli farmaceuty w systemie ochrony zdrowia pacjenta oraz w systemie ochrony zdrowia publicznego. Farmaceuta dostał instrumentarium umożliwiające zmianę zakresu zadań, pozwalając mu przekształcić się z wykwalifikowanego sprzedawcy w profesjonalnego doradcę. Podkreślić przy tym należy, że wzrost zaangażowania wysoce wykwalifikowanego profesjonalisty, jakim jest farmaceuta, w proces farmakoterapii pacjenta przekłada się pośrednio na wzrost poziomu jakości usług farmaceutycznych.

Podkreśleniem istotnej roli farmaceuty w systemie ochrony zdrowia pacjenta oraz w systemie ochrony zdrowia publicznego jest udzielanie usług farmaceutycznych, które stanowią integralną część wykonywania zawodu farmaceuty. Wykaz usług farmaceutycznych został również szczegółowo wskazany w ustawie o zawodzie farmaceuty. W myśl regulacji przedmiotowego aktu normatywnego obejmują one[19]:

1) wydawanie z apteki lub punktu aptecznego produktów leczniczych, wyrobów medycznych, wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro*, wyposażenia wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro*, aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, połączone z udzielaniem informacji i porad dotyczących działania i stosowania oraz przechowywania tych produktów, środków, wyrobów lub wyposażenia;
2) sporządzanie produktów leczniczych połączone z oceną ich jakości, w tym trwałości;
3) przeprowadzanie wywiadu farmaceutycznego;
4) udzielanie porady farmaceutycznej w celu zapewnienia prawidłowego stosowania produktu leczniczego, wyrobu medycznego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w szczególności w zakresie wydania właściwego produktu leczniczego wydawanego bez przepisu lekarza, przekazania informacji dotyczących właściwego stosowania, w tym dawkowania i możliwych interakcji z innymi produktami leczniczymi lub pożywieniem, wydawanego produktu, wyrobu lub środka oraz prawidłowego używania wyrobów medycznych;
5) czynności wykonywane w aptece szpitalnej lub zakładowej w zakresie:
   a) sporządzania pozajelitowych leków recepturowych i aptecznych, w tym preparatów do żywienia pozajelitowego,

[19] *Ibidem*, art. 4 ust. 3.

b) sporządzania preparatów do żywienia dojelitowego,
c) przygotowywania leków w dawkach indywidualnych, w tym antybiotyków pozajelitowych, leków cytostatycznych oraz produktów leczniczych terapii zaawansowanej – wyjątków szpitalnych,
d) sporządzania produktów leczniczych radiofarmaceutycznych,
e) przygotowywania roztworów do hemodializy i dializy dootrzewnowej

– oraz monitorowanie warunków sporządzania lub przygotowywania takich leków lub preparatów;

6) wykonywanie pomiaru ciśnienia krwi;
7) usługi farmacji klinicznej.

Ustawodawca zdecydował o egzemplifikacji usług farmaceutycznych w formie katalogu zamkniętego, uniemożliwiając w ten sposób dokonywania błędnych kwalifikacji czynności. Taki zabieg pozwala precyzyjnie wskazać, jaki rodzaj czynności mieści się w zakresie usług farmaceutycznych, a jaki wykracza poza ten zakres, co ma istotne znaczenie przy charakterystyce poszczególnych wymiarów funkcjonowania apteki jako placówki ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne[20]. Precyzja ustawodawcy w tym zakresie ma na celu zapewnienie odpowiedniego poziomu jakości usług oraz niedopuszczenie do sytuacji udzielania w aptece innych usług, niezwiązanych bezpośrednio z interesem publicznym i ochroną zdrowia publicznego.

3. Zadania i czynności farmaceuty (aptekarza)

Ustawa o zawodzie farmaceuty szczegółowo wskazuje zadania zawodowe farmaceuty (niektóre po raz pierwszy wyodrębnione z katalogu usług farmaceutycznych, inne na nowo zdefiniowane), które zostały uporządkowane i zakresowo rozszerzone. Zadania zawodowe farmaceuty obejmują[21]:

1) udział w racjonalizacji farmakoterapii, w tym udział w pracach komitetu terapeutycznego oraz innych zespołów powołanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą;
2) uczestniczenie w badaniach klinicznych, w tym w badaniach prowadzonych w szpitalu jako członek zespołu badawczego;

[20] W aktywności apteki można wyodrębnić: wymiar medyczny (związany ze sprawowaniem opieki farmaceutycznej), wymiar farmaceutyczny (związany z udzielaniem usług farmaceutycznych i wykonywaniem zadań i czynności zawodowych) oraz wymiar ekonomiczny (związany z realizacją celów komercyjnych związanych z przedsiębiorczością aptekarską).

[21] Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz. U. z 2021 r., poz. 97, art. 4 ust. 4.

3) przyjmowanie do hurtowni farmaceutycznej produktów, wyrobów lub środków (produktów leczniczych, wyrobów medycznych i ich wyposażenia, wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro* i ich wyposażenia, aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego) od uprawnionych podmiotów, wydawanie ich uprawnionym podmiotom z hurtowni farmaceutycznej, sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem w hurtowni farmaceutycznej wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej;
4) kierowanie apteką, punktem aptecznym, działem farmacji szpitalnej, zespołem farmacji klinicznej lub hurtownią farmaceutyczną;
5) sprawowanie nadzoru nad gospodarką produktami leczniczymi oraz wyrobami medycznymi w podmiocie wykonującym działalność leczniczą;
6) zarządzanie produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w oddziale szpitalnym;
7) organizowanie w podmiotach leczniczych zaopatrzenia w produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne obejmujące:
   a) materiały opatrunkowe,
   b) jednorazowe jałowe i niejałowe wyroby medyczne do implantacji wraz z jednorazowym jałowym i niejałowym oprzyrządowaniem do ich implantacji,
   c) jednorazowe jałowe wyroby medyczne do przygotowania i podawania produktów leczniczych, preparatów krwiopochodnych oraz płynów dializacyjnych

   – połączone z uczestniczeniem w prowadzonej w tych podmiotach gospodarce tymi materiałami i wyrobami;
8) nadzór nad czynnościami wykonywanymi w aptece przez studenta kierunku farmacja albo przez technika farmaceutycznego w zakresie czynności, których technik nie może wykonywać samodzielnie;
9) nadzór nad przyjmowaniem, przechowywaniem i wydawaniem produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
10) monitorowanie warunków zapewniających jakość i bezpieczeństwo stosowania znajdujących się w obrocie produktów lub wyrobów oraz ich zabezpieczanie w procedurach wycofywania i wstrzymywania określonych w przepisach;
11) sprawowanie nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem stosowania produktów leczniczych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub użytkowania wyrobów medycznych, w tym nadzoru nad rezerwami strategicznymi oraz zapasami medycznymi gromadzonymi w celu zabezpieczenia potrzeb mobilizacyjnych i wojennych Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej;

12) uczestnictwo w wytwarzaniu i badaniu produktów leczniczych, w tym pełnienie funkcji Osoby Wykwalifikowanej lub Osoby Kompetentnej;
13) zgłaszanie właściwym organom działań niepożądanych produktów leczniczych, incydentów medycznych, niepożądanych odczynów poszczepiennych, ciężkich działań niepożądanych produktów kosmetycznych oraz podejrzenia lub stwierdzenia zatrucia produktem biobójczym;
14) prowadzenie działalności profilaktycznej, edukacyjnej oraz działalności na rzecz promocji zdrowia;
15) przeprowadzanie analiz farmakoekonomicznych;
16) prowadzenie terapii monitorowanej stężeniami leków;
17) prowadzenie przez farmaceutę apteki ogólnodostępnej lub punktu aptecznego w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej lub jako wspólnik spółki jawnej lub wspólnik (partner) spółki partnerskiej, której przedmiotem działalności jest prowadzenie aptek.

Oprócz zadań ustawodawca zdecydował się na wyodrębnienie innych czynności związanych z wykonywaniem zadań farmaceuty, do których zaliczył[22]:

1) prowadzenie działalności dydaktycznej w uczelniach prowadzących studia na kierunku farmacja oraz badań naukowych i prac rozwojowych w dyscyplinie naukowej – nauki farmaceutyczne;
2) zatrudnienie w Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, w ramach którego wykonuje się czynności nadzoru określone w art. 108 ust. 1 ustawy – Prawo farmaceutyczne;
3) zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, w ramach którego wykonuje się czynności związane z obrotem i wydawaniem produktów, środków lub wyrobów;
4) zatrudnienie w jednostkach podległych ministrowi właściwemu do spraw zdrowia lub przez niego nadzorowanych – na stanowisku związanym z wykonywaniem zawodu farmaceuty;
5) zatrudnienie, w ramach którego są wykonywane czynności związane z dopuszczaniem lub wprowadzaniem do obrotu lub użytkowania produktów lub wyrobów, ich refundacją, taryfikacją lub kontrolą obrotu nimi oraz związane z realizacją polityki lekowej;
6) zatrudnienie lub pełnienie służby wojskowej w urzędzie obsługującym Ministra Obrony Narodowej, w jednostkach organizacyjnych jemu podległych lub przez niego nadzorowanych, w ramach których wykonuje się czynności nadzoru na stanowiskach wymagających posiadania tytułu zawodowego farmaceuty;

[22] *Ibidem*, art. 4 ust. 5.

7) pełnienie funkcji z wyboru w samorządzie zawodu farmaceuty;
8) zatrudnienie lub pełnienie służby w urzędzie obsługującym Ministra Sprawiedliwości lub w jednostkach organizacyjnych jemu podległych lub przez niego nadzorowanych, na stanowiskach wymagających posiadania tytułu zawodowego farmaceuty, w ramach których wykonuje się czynności nadzoru nad wytwarzaniem i obrotem produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi.

Zarówno wykaz zadań zawodowych farmaceuty, jak i wykaz innych czynności związanych z wykonywaniem zadań farmaceuty stanowią katalog zamknięty, co oznacza, że wszelkie inne, niewymienione wprost w ustawie, rodzaje aktywności stanowią czynności niezwiązane z wykonywaniem zawodu farmaceuty. Celem takiego zabiegu ustawodawcy jest wskazanie, że inne czynności, niezwiązane bezpośrednio z wykonywaniem zawodu farmaceuty, nie mogą być świadczone w aptece. To zaś prowadzi to do konkluzji, że te rodzaje aktywności, które nie spełniają powyższych przesłanek mogą zostać zakwalifikowane jako zabroniona forma reklamy apteki i jej działalności. Konsekwencją takiej kwalifikacji mogą być kary finansowe nakładane na aptekę przez organy nadzoru farmaceutycznego.

4. Wyznaczniki jakości usług farmaceutycznych

Pojęcie jakości usługi farmaceutycznej nie zostało zdefiniowane w systemie prawa farmaceutycznego. Literatura przedmiotu wskazuje na trudności związane z definiowaniem jakości, wynikające z cechy konstytutywnej usługi, jaką jest niematerialność. Istotny problem bowiem stanowi wyznaczenie materialnej strony niematerialnych usług. Również jednoczesność produkcji i konsumpcji usługi sprawia, że jej jakość nie możne być sprawdzona przed jej sprzedażą, lecz dopiero po jej konsumpcji. Z tego powodu przy określaniu jakości usług decydującą rolę odgrywa klient i stopień jego zadowolenia.

Specyfika usług farmaceutycznych i ich szczególne znaczenie dla efektywności systemu ochrony zdrowia pacjenta i systemu ochrony zdrowia publicznego wymagają szczegółowych regulacji, które wyznaczają determinanty jakości usługi farmaceutycznej. Można do nich zaliczyć[23]:

– wiarygodność usługodawcy – usługi farmaceutyczne świadczone są w aptece – „placówce ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne" (ustawa Prawo farmaceutyczne, art. 86),

[23] K. Żak, *Niedobory farmaceutów w aptekach ogólnodostępnych – wyzwania dla jakości świadczenia usług farmaceutycznych w Polsce*, materiał w trakcie przygotowania do publikacji w ramach konferencji naukowej „Rynek pracy wobec wyzwań przyszłości – ujęcie interdyscyplinarne" realizowanej przez Państwową Szkołę Wyższą im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, s. 8–9.

- fachowość personelu – klient otrzymuje usługę od profesjonalisty – gwarantem jakości usługi jest farmaceuta, który musi posiadać odpowiednie kwalifikacje do wykonywania zawodu: rozpoczęcie i ukończenie co najmniej pięcioletnich studiów na kierunku farmacja, obejmujących co najmniej sześciomiesięczną praktykę zawodową w aptece, i uzyskanie tytułu magistra farmacji (ustawa o zawodzie farmaceuty, art. 5 ust. 1),
- zróżnicowanie – katalog usług farmaceutycznych jest zróżnicowany, ale ograniczony zakresowo przez ustawę poprzez wskazanie, jakie czynności obejmują usługi farmaceutyczne (ustawa o zawodzie farmaceuty, art. 4),
- bezpieczeństwo – wyodrębnienie wyspecjalizowanej instytucji kontrolnej – Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej (wykonującej zadania poprzez Głównego Inspektora Farmaceutycznego oraz wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych), do której zakresu zadań należy nadzór nad: 1) warunkami wytwarzania i importu produktów leczniczych, 2) warunkami wytwarzania, importu i dystrybucji substancji czynnej, 3) jakością, obrotem i pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi, 4) obrotem wyrobami medycznymi – w celu zabezpieczenia interesu społecznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowia i życia ludzi przy stosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, znajdujących się w hurtowniach farmaceutycznych, aptekach, działach farmacji szpitalnej, punktach aptecznych i placówkach obrotu pozaaptecznego (ustawa Prawo farmaceutyczne, art. 108, 112),
- dostępność usług, co wynika z odpowiedniej dla zaspokojenia potrzeb ludności liczby aptek (12 310 aptek ogólnodostępnych według stanu na dzień 31 grudnia 2019 r.[24]),
- odpowiedni tryb postępowania farmaceuty wynikający z wiedzy i umiejętności nabytych w toku pięcioletnich studiów farmaceutycznych, doświadczenia zdobytego podczas praktyk i stażu w aptece oraz kompetencji uzyskanych podczas szkoleń specjalistycznych, kursów kwalifikacyjnych, studiów podyplomowych oraz w ramach samokształcenia, który może być oceniany np. w oparciu o[25]:
  - jakość informacji przekazywanych przez farmaceutów podczas realizacji recepty lekarskiej,

[24] Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych, Urząd Statystyczny w Krakowie, Wydział Statystyki Zdrowia, Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 r. Tablice w formacie XLSX*, tabl. 74, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa-Kraków 2021, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2019-roku,1,10.html [dostęp: 26.04.2021].

[25] M. Drozd, S. Ciećko, *Ocena jakości usług farmaceutycznych podczas realizacji recepty lekarskiej*, „Farmacja Polska" 72, 2016, nr 6, s. 351.

– zaangażowanie farmaceuty w wywiad z pacjentem oraz doradztwo w zakresie działania, stosowania i dawkowania leków zawartych na recepcie oraz dodatkowych leków lub suplementów diety, o które prosi pacjent,
– umiejętność wykrycia przez farmaceutę problemów lekowych oraz możliwości ich rozwiązywania,
– profesjonalizm wywiadów farmaceutycznych i odbiór przeprowadzonych konsultacji przez pacjenta (czy odbiegają i w jakim stopniu od oczekiwań pacjenta),
– korelację pomiędzy jakością udzielanych porad a stopniem wykształcenia i wiekiem aptekarza oraz wpływem kolejki w aptece na poziom i formę świadczonych usług farmaceutycznych.

Wymienione determinanty usługi farmaceutycznej stanowią odzwierciedlenie ciągle zmieniających się oczekiwań klientów, które z kolei wyznaczają jej poziom jakości.

5. Dostępność farmaceutów w aptece a jakość usług farmaceutycznych

Precyzyjne wskazanie przez ustawodawcę, jaki jest cel wykonywania usług farmaceutycznych i na czym on polega, wskazuje, jak ważną rolę odgrywa farmaceuta w systemie ochrony zdrowia pacjenta oraz ochrony zdrowia publicznego. W wykonywaniu przedmiotowych czynności nikt nie jest w stanie go zastąpić, albowiem nikt z personelu uprawnionego do pracy w aptece nie posiada tak szerokiego zakresu obowiązków.

Ustawodawca w ustawie Prawo farmaceutyczne dokonał zastrzeżenia, że przy wykonywaniu w aptece czynności fachowych mogą być zatrudnieni wyłącznie farmaceuci i technicy farmaceutyczni w granicach ich uprawnień zawodowych[26]. Zakres działań technika farmaceutycznego określa art. 91 przedmiotowej ustawy wskazując, że[27]:

1. Technik farmaceutyczny, posiadający dwuletnią praktykę w aptece w pełnym wymiarze czasu pracy, może wykonywać w aptece czynności fachowe polegające na sporządzaniu, wytwarzaniu, wydawaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, z wyjątkiem produktów leczniczych mających w swoim składzie:
   a) substancje bardzo silnie działające określone w Urzędowym Wykazie Produktów Leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
   b) substancje odurzające,

[26] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz. U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 90.

[27] *Ibidem*, art. 91.

c) substancje psychotropowe grupy I-P oraz II-P
– określone w odrębnych przepisach.

2. Technik farmaceutyczny może również wykonywać czynności pomocnicze przy sporządzaniu i przygotowywaniu preparatów leczniczych (leków do żywienia pozajelitowego i dojelitowego, leków w dawkach dziennych, w tym leków cytostatycznych, produktów radiofarmaceutycznych na potrzeby udzielania świadczeń pacjentom danego podmiotu leczniczego, płynów infuzyjnych, roztworów do hemodializy i dializy dootrzewnowej).
3. Technik farmaceutyczny jest uprawniony do zgłaszania Prezesowi Urzędu lub podmiotowi odpowiedzialnemu działania niepożądanego produktu leczniczego.

Dokonując zestawienia zakresu działań technika farmaceutycznego i farmaceuty, zauważyć należy, że technik farmaceutyczny nie może zastępować farmaceuty, albowiem jego zakres działań jest wyraźnie ograniczony do wykonywania niektórych, prostych czynności fachowych i czynności pomocniczych. Nie może on przykładowo udzielać informacji i porad dotyczących działania i stosowania oraz przechowywania produktów, środków, wyrobów lub wyposażenia, jak również nie stanowi personelu uprawnionego do sprawowania opieki farmaceutycznej. Z tego powodu ustawodawca ustanowił nakaz obowiązkowej obecności farmaceuty, wskazując, że w godzinach pracy apteki w jej lokalu znajduje się zatrudniony w niej farmaceuta lub farmaceuta wykonujący swoje obowiązki w aptece na innej podstawie prawnej[28].

Dokonując analizy liczby farmaceutów w przeliczeniu na jedną aptekę i punkt apteczny, można zauważyć, że w niektórych regionach mogą występować niedobory farmaceutów (tabela 1).

Tabela 1. Liczba farmaceutów przypadająca na jedną aptekę i punkt apteczny w 2019 r.

Lp.	Województwa	Farmaceuci pracujący ogółem	Apteki ogółem	Punkty apteczne ogółem	Apteki i punkty apteczne ogółem	Liczba farmaceutów na jedną aptekę i punkt apteczny
1.	Dolnośląskie	2081	994	62	1056	2,0
2.	Kujawsko-pomorskie	1294	606	87	693	**1,9**
3.	Lubelskie	1679	756	54	810	2,1
4.	Lubuskie	547	306	43	349	**1,6**
5.	Łódzkie	1865	830	78	908	2,1
6.	Małopolskie	2347	1064	123	1187	2,0
7.	Mazowieckie	3898	1685	136	1821	2,1

[28] *Ibidem*, art. 92.

Lp.	Województwa	Farmaceuci pracujący ogółem	Apteki ogółem	Punkty apteczne ogółem	Apteki i punkty apteczne ogółem	Liczba farmaceutów na jedną aptekę i punkt apteczny
8.	Opolskie	549	305	43	348	**1,6**
9.	Podkarpackie	1221	666	122	788	**1,5**
10	Podlaskie	856	383	51	434	2,0
11.	Pomorskie	1690	669	41	710	2,4
12.	Śląskie	3204	1421	99	1520	2,1
13.	Świętokrzyskie	711	396	54	450	**1,6**
14.	Warmińsko-mazurskie	678	415	40	455	**1,5**
15.	Wielkopolskie	2524	1261	115	1376	**1,8**
16.	Zachodniopomorskie	957	553	42	595	**1,6**
	POLSKA	**26101**	**12310**	**1190**	**13500**	**1,9**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny, *op. cit.*, tabela 74.

Z danych zawartych w powyższej tabeli wynika, że wartość wskaźnika liczby farmaceutów na jedną aptekę i punkt apteczny w Polsce wynosi 1,9, w trzech województwach wynosi 2,0 (dolnośląskie, małopolskie, podlaskie), a w ośmiu – poniżej 2,0 (kujawsko-pomorskie, lubuskie, opolskie, podkarpackie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie). Zestawiając te wartości z koniecznością zapewnienia w aptece obowiązkowej obecności farmaceuty, można zauważyć, że wiele aptek może funkcjonować bez obecności farmaceuty[29].

Biorąc pod uwagę, że apteki i punkty apteczne funkcjonują w systemie zmianowym, co w praktyce oznacza, że personel fachowy udziela usług najczęściej w trybie dwuzmianowym (w przypadku zdecydowanej większości aptek) lub w trójzmianowym (w przypadku aptek czynnych całodobowo), zauważyć należy:

- w regionach, w których wartość wskaźnika liczby farmaceutów na jedną aptekę i punkt apteczny wynosi poniżej 2,0 na pewno występują niedobory farmaceutów, co wynika z samej wartości wskaźnika,
- w regionach, w których wartość wskaźnika liczby farmaceutów na jedną aptekę i punkt apteczny wynosi 2,0 w niektórych miejscach (zwłaszcza w mniejszych

[29] Obowiązkowa obecność farmaceuty w aptece wynika bezpośrednio z ustawy Prawo farmaceutyczne: „w godzinach pracy apteki w jej lokalu znajduje się zatrudniony w niej farmaceuta lub farmaceuta wykonujący swoje obowiązki w aptece na innej podstawie prawnej" (ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz. U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381 ze zm., art. 92).

miastach i na terenach wiejskich), występują niedobory farmaceutów, co wynika z większej koncentracji farmaceutów na terenach dużych miast,
– w regionach, w których wartość wskaźnika liczby farmaceutów na jedną aptekę i punkt apteczny wynosi powyżej 2,0 mogą się w niektórych rejonach pojawić niedobory farmaceutów (zwłaszcza w miejscowościach gminnych i na terenach wiejskich), co wynika z mniejszego zainteresowania farmaceutów pracą związaną z koniecznością dojeżdżania do miejsca pracy.

Podkreślić przy tym należy, że w wielu aptekach, zwłaszcza zlokalizowanych w miastach wojewódzkich, zatrudnionych jest więcej niż po jednym farmaceucie na zmianie w aptece. Zauważyć również należy, że liczba farmaceutów w danym województwie obejmuje farmaceutów ogółem, a nie tylko aptekarzy, co dodatkowo obrazuje wymiar niedoborów farmaceutów w aptece.

Niedobory farmaceutów w aptece są charakterystyczne zwłaszcza dla terenów oddalonych od miast wojewódzkich i dużych miast. Dokonując analizy sytuacji kadrowej w aptece, można wyróżnić pięć podstawowych rodzajów obsad personelu fachowego w tych lokacjach:

– kierownik apteki (farmaceuta) będący jednocześnie właścicielem apteki – jednoosobowa obsada w systemie jednozmianowym o zwiększonym wymiarze czasu pracy (najczęściej charakterystyczna obsada dla apteki czynnej w godz. 8.00–18.00 lub 8.00–20.00) – obsada prawidłowa z punktu widzenia prawa farmaceutycznego,
– kierownik apteki (farmaceuta) niebędący właścicielem apteki – jednoosobowa obsada w systemie jednozmianowym o ośmiogodzinnym czasie pracy (najczęściej charakterystyczna obsada dla apteki czynnej w godz. 8.00–16.00 lub 10.00–18.00) – obsada prawidłowa z punktu widzenia prawa farmaceutycznego,
– kierownik apteki (farmaceuta) i farmaceuta – dwuosobowa obsada w systemie dwuzmianowym o ośmiogodzinnym czasie pracy (najczęściej charakterystyczna obsada dla apteki czynnej w godz. 8.00–20.00 lub 6.00–22.00) – obsada prawidłowa z punktu widzenia prawa farmaceutycznego,
– kierownik apteki (farmaceuta) i technik farmaceutyczny – dwuosobowa obsada w systemie dwuzmianowym o ośmiogodzinnym czasie pracy (najczęściej charakterystyczna obsada dla apteki czynnej w godz. 8.00–20.00 lub 6.00–22.00) – obsada nieprawidłowa z punktu widzenia prawa farmaceutycznego (w praktyce kierownik apteki – farmaceuta – pracuje najczęściej na zmianie porannej, a technik farmaceutyczny na zmianie popołudniowej),
– wyłącznie technicy farmaceutyczni (kierownik apteki – farmaceuta – jest zatrudniony fikcyjnie – na podstawie „firmowania") – obsada najczęściej

dwuosobowa w systemie dwuzmianowym o ośmiogodzinnym czasie pracy (najczęściej charakterystyczna obsada dla apteki czynnej w godz. 8.00–20.00 lub 6.00–22.00) – obsada nieprawidłowa z punktu widzenia prawa farmaceutycznego.

Istotna z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego ludności jest eliminacja aptek, których system świadczenia usług farmaceutycznych oparty jest wyłącznie na kompetencjach techników farmaceutycznych. Apteki bez zapewnienia wystarczającej obsady farmaceutów nie są w stanie realizować swojej podstawowej funkcji, jaką jest sprawowanie opieki farmaceutycznej i świadczenie usług farmaceutycznych. Czynności te zostały bowiem przydzielone przez ustawodawcę do wykonywania zawodu farmaceuty. Apteki, które w godzinach pracy nie mają w obsadzie farmaceuty, stanowią zagrożenie dla systemu ochrony zdrowia pacjenta i ochrony zdrowia publicznego, albowiem poprzez techników farmaceutycznych nielegalnie świadczą usługi zarezerwowane wyłącznie dla farmaceuty. Stanowi to bezdyskusyjnie naruszenie przepisów prawa farmaceutycznego, które można przyrównać do sytuacji funkcjonowania szpitala bez lekarzy, na bazie wyłącznie personelu pielęgniarskiego.

Brak farmaceuty w aptece zwiększa dodatkowo ryzyko wystąpienia pomyłek w procesie wydawania leków z apteki, które mogą mieć fatalne skutki dla życia i zdrowia pacjenta. W przestrzeni publicznej można wskazać sytuacje, kiedy technik pozostawiony sam na zmianie (bez nadzoru farmaceuty) wydał pacjentowi niewłaściwą dawkę leku, co skończyło się tragicznie dla pacjenta[30]. Powszechnie znane są przypadki wydania innego leku (np. Tulip 10 mg zamiast Tertensif SR) lub realizowania recepty po upływie jej ważności[31]. Według badań przeprowadzonych przez M. Drozd i S. Ciećko w okresie od listopada 2014 r. do marca 2015 r. farmaceuci częściej niż technicy farmaceutyczni udzielają „profesjonalnej obsługi i porady" (46% *vs* 36%), natomiast technicy farmaceutyczni częściej niż farmaceuci kojarzeni są ze „znikomą obsługą i skąpym poradnictwem" (49% *vs* 23%)[32].

[30] Przytoczyć można głośny przypadek z Jarocina, kiedy to technik farmaceutyczny wydał rodzinie pacjentki dziesięciokrotnie wyższą dawkę morfiny, niż przepisano na recepcie. W aptece nie było farmaceuty. Po kilku dniach pacjentka zmarła (Ł. Waligórski, *Techniczka pomyliła dawkę morfiny. Pacjentka nie żyje*…, mgr farm., https://mgr.farm/aktualnosci/techniczka-pomylila-dawke-morfiny-pacjentka-nie-zyje/ [dostęp: 26.04.2021].

[31] Ł. Waligórski, *Technik sam w aptece i źle wydany lek? Kolejny przypadek w Wielkopolsce*…, mgr farm., https://mgr.farm/aktualnosci/technik-sam-w-aptece-i-zle-wydany-lek-kolejny-przypadek-w-wielkopolsce/ [dostęp: 26.04.2021].

[32] M. Drozd, S. Ciećko, *op. cit.*, s. 356.

6. System nadzoru farmaceutycznego a jakość usług farmaceutycznych

System nadzoru farmaceutycznego jest oparty na Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, co zostało określone w ustawie Prawo farmaceutyczne. W myśl regulacji przedmiotowego aktu normatywnego Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna, zwana dalej „Inspekcją Farmaceutyczną", sprawuje nadzór nad[33]:

1) warunkami wytwarzania i importu produktów leczniczych i produktów leczniczych weterynaryjnych,
2) warunkami wytwarzania, importu i dystrybucji substancji czynnej,
3) jakością, obrotem i pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi, z wyłączeniem produktów leczniczych weterynaryjnych,
4) obrotem wyrobami medycznymi, z wyłączeniem wyrobów medycznych stosowanych w medycynie weterynaryjnej – w celu zabezpieczenia interesu społecznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowia i życia ludzi przy stosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, znajdujących się w hurtowniach farmaceutycznych, aptekach, działach farmacji szpitalnej, punktach aptecznych i placówkach obrotu pozaaptecznego.

Szczegółowe zadania Inspekcji Farmaceutycznej zostały określone w systemie prawa farmaceutycznego. Do zadań tych należy zaliczyć[34]:

1) przeprowadzanie inspekcji warunków wytwarzania i importu produktów leczniczych zgodnie z wymaganiami Dobrej Praktyki Wytwarzania,
2) kontrolowanie warunków transportu, przeładunku i przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
3) przeprowadzanie inspekcji warunków wytwarzania, importu i dystrybucji substancji czynnej zgodnie z wymaganiami Dobrej Praktyki Wytwarzania oraz Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej substancji czynnych,
4) przeprowadzanie inspekcji u przedsiębiorców prowadzących działalność polegającą na prowadzeniu hurtowni farmaceutycznej,
5) sprawowanie nadzoru nad jakością produktów leczniczych będących przedmiotem obrotu,
   – kontrolowanie:
      • aptek i innych jednostek prowadzących obrót detaliczny i hurtowy produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi,

[33] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz. U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381 ze zm., art. 108 ust. 1.

[34] *Ibidem*, art. 109.

  - stacji sanitarno-epidemiologicznych w zakresie wymagań jakościowych oraz przechowywania i przekazywania szczepionek zgodnie z procedurami Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej,
- kontrolowanie pośredników w obrocie produktami leczniczymi,
- kontrolowanie jakości leków recepturowych i aptecznych sporządzonych w aptekach,
- kontrolowanie właściwego oznakowania i reklamy produktów leczniczych oraz właściwego oznakowania wyrobów medycznych,
- kontrolowanie obrotu środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi i prekursorami kategorii 1 i 4,
- współpraca ze specjalistycznym zespołem konsultantów do spraw farmacji,
- opiniowanie przydatności lokalu przeznaczonego na aptekę, punkt apteczny lub placówkę obrotu pozaaptecznego,
- współpraca z samorządem aptekarskim i innymi samorządami,
- prowadzenie rejestru aptek ogólnodostępnych i szpitalnych oraz punktów aptecznych,
- prowadzenie Rejestru Hurtowni Farmaceutycznych oraz Wytwórni Farmaceutycznych,
- prowadzenie Krajowego Rejestru Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi,
- prowadzenie Krajowego Rejestru Wytwórców, Importerów oraz Dystrybutorów Substancji Czynnych,
- wydawanie opinii dotyczącej aptek, w których może być odbywany staż,
- kontrolowanie działów farmacji szpitalnej w zakresie świadczenia usług farmaceutycznych,
- przygotowywanie rocznych planów kontroli aptek i hurtowni farmaceutycznych oraz udostępnianie ich w ramach współpracy z Europejską Agencją Leków,
- nadzór nad przestrzeganiem obowiązków określonych w rozporządzeniu nr 2016/161, określających szczegółowe zasady dotyczące zabezpieczeń umieszczanych na opakowaniach produktów leczniczych stosowanych u ludzi.

Szczegółowość wyodrębnionych zadań Inspekcji Farmaceutycznej wskazuje dużą troskę ustawodawcy o zapewnienie wysokiego poziomu bezpieczeństwa obrotu produktami leczniczymi oraz odpowiedniego poziomu jakości świadczonych dla pacjenta usług. Zadania Inspekcji Farmaceutycznej określone w ustawie wykonują organy[35]:

- Główny Inspektor Farmaceutyczny, jako centralny organ administracji rządowej, przy pomocy Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego,

[35] *Ibidem*, art. 112 ust. 1.

– wojewoda przy pomocy wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego jako kierownika wojewódzkiej inspekcji farmaceutycznej, wchodzącej w skład zespolonej administracji wojewódzkiej.

Wyodrębnienie specjalnego organu do nadzoru i kontroli nad rynkiem farmaceutycznym ma na celu zagwarantowanie, że czynności kontrolne będą przeprowadzone przez profesjonalistów, którzy znają specyfikę funkcjonowania rynku i wszelkie tajniki przedsiębiorczości aptekarskiej, co daje rękojmię należytego nadzoru nad świadczeniem usług farmaceutycznych. Szeroki zakres zadań Inspekcji Farmaceutycznej i uprawnień kontrolerów ma na celu zapewnienie odpowiedniego poziomu jakości świadczonych przez aptekarzy usług farmaceutycznych. Wysoka jakość udzielanych usług farmaceutycznych jest bowiem gwarantem sprawności działania systemu ochrony zdrowia pacjenta oraz efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia publicznego.

Dokonując zestawienia wartości wskaźnika liczby farmaceutów przypadających na jedną aptekę i punkt apteczny w Polsce oraz zakresu zadań Inspekcji Farmaceutycznej, można zauważyć, że system nadzoru farmaceutycznego w Polsce działa bardzo nieefektywnie. Problemem funkcjonowania nadzoru farmaceutycznego jest brak możliwości realnej identyfikacji aptek, w których występują niedobory farmaceutów.

Przy procedurze udzielania zezwolenia na prowadzenie apteki podmiot występujący o przedmiotowe zezwolenie składa do wojewódzkiego inspektoratu farmaceutycznego wniosek, do którego należy dołączyć imię i nazwisko farmaceuty odpowiedzialnego za prowadzenie apteki (kierownika apteki), jego identyfikator jako pracownika medycznego oraz dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań odnośnie do wymaganego wykształcenia i doświadczenia[36]. Na tym etapie nie jest wymagany wykaz personelu fachowego zatrudnionego w aptece. Przedmiotowy wykaz jest wymagany po otrzymaniu zezwolenia na prowadzenie apteki, ale jeszcze przed jej otwarciem. Stanowi on integralną część karty informacyjnej apteki i obejmuje następujące informacje: imię i nazwisko, numer i datę uzyskania dyplomu, prawo wykonywania zawodu, specjalizację, datę zatrudnienia[37]. Karta informacyjna apteki jest zaś załącznikiem dołączonym do zawiadomienia o uruchomieniu apteki. Pomimo obowiązku złożenia zawiadomienia o uruchomieniu apteki wraz z właściwie wypełnioną kartą informacyjną apteki zawierającą m.in. wykaz personelu fachowego zatrudnionego w aptece, spoczywającego na kierowniku apteki, zauważyć należy, że kontrola organu nadzoru farmaceutycznego w tym zakresie jest iluzoryczna. Polega ona bowiem wyłącznie na przyjęciu deklaratywnego zaświadczenia podpisanego przez kierownika apteki. Praktyczna weryfikacja może

[36] Por. *ibidem*, art. 100 ust. 2 pkt 5.

[37] Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny w Lublinie, Biuletyn Informacji Publicznej, Formularze, zezwolenia zgody, http://www.bip.wif.lublin.pl/index.php?id=57&akcja=szczegoly&p2=48748 [dostęp: 28.04.2021].

być dokonana wyłącznie w trakcie kontroli przeprowadzanej przez inspektorów wojewódzkiego inspektoratu farmaceutycznego w aptece. Praktyka jednak pokazuje, że wyszukiwanie aptek bez wystarczającej liczby farmaceutów do tej pory nie stanowiło priorytetu działalności kontrolnej organów nadzoru farmaceutycznego. Jest to spowodowane następującymi przesłankami:

- hermetyzacją przedsiębiorczości aptekarskiej zarówno w sferze własnościowej (zasada „apteka dla aptekarza lub spółki aptekarzy" przy rozpatrywaniu wniosków o wydanie zezwolenia na prowadzenie apteki), jak i w obszarze kontroli (inspektor farmaceuta kontroluje aptekę, której właścicielem jest również farmaceuta, co nie służy transparentności i efektywności procesów kontrolnych),
- przyzwoleniem inspektorów Inspekcji Farmaceutycznej na sytuacje pozostawania technika farmaceutycznego na zmianie bez farmaceuty, zwłaszcza kiedy właścicielem apteki jest farmaceuta, czego przejawem są decyzje nakazujące właścicielom aptek dostosowanie prowadzonej działalności do wymogów prawa i zapewnienie w godzinach pracy apteki farmaceuty (w przypadku stwierdzenia takiej sytuacji w aptekach, w których właścicielem nie jest farmaceuta częściej zapadają decyzje o cofnięciu zezwolenia na prowadzenie apteki)[38],
- niską jakością kontroli przeprowadzanych w aptekach – kontrole często kończą się niewykryciem zjawisk patologicznych, chociaż powszechnie wiadomo, że do naruszeń prawa w aptece dochodziło (co może wynikać np. z przeprowadzania kontroli obecności farmaceutów w aptece w godzinach porannych, kiedy to zazwyczaj obecny jest farmaceuta)[39],
- niską częstotliwością kontroli jednej apteki odbywającej się średnio co trzy, cztery lata (częstotliwość kontroli jednej apteki jest uzależniona od regionu i wynosi w latach: 2,9 w Białymstoku, 3,2 w Bydgoszczy, 3,0 w Gdańsku, 3,0 w Gorzowie Wlkp., 3,8 w Katowicach, 2,4 w Kielcach, 3,0 w Krakowie, 6,5 w Lublinie, 3,2 w Łodzi, 2,5 w Olsztynie, 5,1 w Opolu, 4,2 w Poznaniu, 1,4 w Rzeszowie, 2,9 w Szczecinie, 5,5 w Warszawie, 4,1 we Wrocławiu)[40],

[38] Według portalu Mgr.farm gdyby inspektorzy farmaceutyczni podchodzili restrykcyjnie do wymogu obecności farmaceuty w aptece, już dziś nawet połowę aptek w Polsce należałoby zamknąć. Inspektorzy wskazują, że „jest niepisana umowa: my kontrolujemy od rana do godz. 16 i w tym czasie jest farmaceuta. Wieczorami inspektorzy nie pracują i właściciele aptek o tym wiedzą", Mgr.farm, *Gdyby inspektorzy egzekwowali ten przepis, już dziś nawet połowę aptek należałoby zamknąć*, https://mgr.farm/aktualnosci/gdyby-inspektorzy-egzekwowali-ten-przepis-juz-dzis-nawet-polowe-aptek-nalezaloby-zamknac/ [dostęp: 30.04.2021].

[39] W 2017 r. tylko w pięciu województwach odbyły się kontrole aptek poza godzinami pracy urzędów: 41 w lubuskim, 11 w mazowieckim i śląskim, 7 w wielkopolskim, 1 w podkarpackim – Mgr.farm, *Sprawdziliśmy, gdzie WIF kontroluje apteki poza godzinami urzędowania. Te dane niepokoją*..., https://mgr.farm/aktualnosci/sprawdzilismy-gdzie-wif-kontroluje-apteki-poza-godzinami-urzedowania-te-dane-niepokoja/ [dostęp: 30.04.2021].

[40] M. Drozd, L. Bulaś, *Czy nieprawidłowości w aptekach ogólnodostępnych stwierdzone podczas kontroli Inspekcji Farmaceutycznej mogą być miarą jakości usług farmaceutycznych? Część 1. Analiza ogólna*,

– pobłażliwością sądów aptekarskich, które często umarzają postępowanie przeciwko właścicielom aptek farmaceutom, nawet wtedy gdy postępowanie sądowo-administracyjne jeszcze się nie zakończyło,
– przyzwoleniem części przedstawicieli samorządu zawodu aptekarskiego na sytuacje funkcjonowania apteki bez farmaceuty, spowodowanym obawą, że wnikliwe kontrole w tym zakresie doprowadzą do zamknięcia aptek indywidualnych prowadzonych przez farmaceutów.

Nieefektywność procesów kontrolnych przeprowadzanych przez inspektorów wojewódzkich inspektoratów farmaceutycznych powoduje, że organ prowadzący aptekę nie ma presji związanej z koniecznością zatrudnienia w aptekach odpowiedniej liczby farmaceutów, albowiem nawet konsekwencje wynikające z wykrycia takiego procederu nie są dla apteki dotkliwe. Samo prawdopodobieństwo wykrycia nieobecności farmaceuty w aptece jest na tyle niskie, że właściciele aptek są w stanie wkalkulować to ryzyko w bieżącą działalność operacyjną[41]. Wpływa na to pośrednio niska częstotliwość kontroli pojedynczej apteki (średnio ponad trzy lata)[42]. Niska jakość kontroli przeprowadzanych przez Inspekcję Farmaceutyczną powoduje, że cierpi na tym nie tylko „szeregowy farmaceuta", który otrzymuje niższe wynagrodzenie, ponieważ właściciele aptek nie „walczą" o pozyskanie farmaceutów, zatrudniając w ich miejsce „tańszych" techników farmaceutycznych, lecz przede wszystkim pacjent, który otrzymuje usługę o wątpliwej jakości.

Podsumowanie

Ewolucja apteki od straganu poprzez kramy apteczne aż do placówki ochrony zdrowia publicznego wskazuje, że stanowi ona unikalne połączenie elementów zawodowego i komercyjnego. Rola farmaceuty w systemie zdrowia publicznego, określona na podstawie precyzyjnie zdefiniowanych przez ustawodawcę usług farmaceutycznych, zadań zawodowych i określonych czynności, ma na celu ochronę zdrowia pacjenta oraz ochronę zdrowia

„Farmacja Polska" 76, 2020, nr 6, s. 309.

[41] Skrajnym przykładem skutków takiego działania jest sytuacja braku farmaceutów w połowie aptek skontrolowanych przez Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w ciągu niespełna dwutygodniowej akcji zmasowanych kontroli w 2019 r. – Money.pl, *W co drugiej aptece nie było farmaceuty. Oto wynik kontroli Inspekcji*, https://www.money.pl/gospodarka/w-co-drugiej-aptece-nie-bylo-farmaceuty-oto-wynik-kontroli-inspekcji-6427235846465153a.html [dostęp: 28.04.2021].

[42] Według M. Drozd i L Bułaś „częstotliwość kontroli pojedynczej apteki ma bezpośredni wpływ na jakość usług w niej świadczonych, gdyż każda kontrola ma zadanie edukacyjne, szczególnie w przypadku wykazania nieprawidłowości poprzez m.in. wyznaczenie terminu ich usunięcia. Im rzadziej kontrolowany jest podmiot, w którym stwierdzono nieprawidłowości w jego funkcjonowaniu, tym większe prawdopodobieństwo, że może dochodzić do utrwalenia działań nieprawidłowych i braku możliwości usunięcia ich z codziennej praktyki aptekarskiej" (M. Drozd, L. Bulaś, *op. cit.*, s. 311).

publicznego. Szczegółowość i zakres regulacji dają asumpt do konkluzji, że wskazane w systemie prawa farmaceutycznego cele związane z wykonywaniem zawodu farmaceuty determinują standard jakości usług świadczonych w aptece. Poziom jakości usług farmaceutycznych, zadań zawodowych i określonych czynności wynika również z przypisania do farmaceuty wysokich kompetencji związanych z ukończeniem odpowiednich studiów specjalistycznych (co najmniej pięcioletnich studiów na kierunku farmacja, obejmujących co najmniej sześciomiesięczną praktykę zawodową w aptece), uzyskaniem tytułu magistra farmacji oraz legitymowaniem się prawem wykonywania zawodu farmaceuty.

Określenie przez ustawodawcę kwalifikacji formalnych i wyznaczenie kompetencyjnego zakresu obowiązków jasno pokazuje, że w wykonywaniu usług farmaceutycznych, zadań i czynności zawodowych nie można zastąpić farmaceuty, albowiem nikt z personelu uprawnionego do pracy w aptece nie posiada tak szeroko zdefiniowanych kompetencji. Stąd niezmiernie istotna dla ochrony zdrowia pacjenta i ochrony zdrowia publicznego jest obecność w aptece ogólnodostępnej odpowiedniej liczby farmaceutów.

Wysoki standard jakości usług farmaceutycznych, zadań zawodowych i określonych czynności determinuje konieczność funkcjonowania efektywnego systemu nadzoru farmaceutycznego. Obecny system nadzoru farmaceutycznego, oparty na Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, kontrolującej funkcjonowanie aptek i aptekarzy poprzez inspektorów farmaceutów wydaje się mało efektywny. Od lat w przestrzeni publicznej toczy się dyskusja, czy nadzór farmaceutyczny oparty wyłącznie na pracy inspektorów farmaceutów może być wydolny i czy nie zachodzi obawa, że źle rozumiana solidarność zawodowa może wpływać na jakość procesów kontrolnych (np. w sytuacjach, kiedy inspektor farmaceuta kontroluje aptekę, której właścicielem jest również farmaceuta)[43]. Nieobecność farmaceutów w aptekach i częste występowanie sytuacji funkcjonowania apteki bez farmaceuty wskazują na nieefektywny system nadzoru farmaceutycznego. Przymykanie oczu przez inspektorów Inspekcji Farmaceutycznej ma znamiona patologii i wskazuje na konieczność pilnego wprowadzenia nadzoru nad nadzorem farmaceutycznym.

Obecna sytuacja na rynku farmaceutycznym, której odzwierciedleniem jest upowszechnienie się w praktyce aptecznej zjawiska apteki bez aptekarza, stanowi skutek źle zaprojektowanego systemu nadzoru i kontroli Inspekcji Farmaceutycznej. Sytuacja, kiedy inspektor farmaceuta kontroluje aptekę, której właścicielem jest również farmaceuta, już na pierwszy rzut oka może wskazywać na problem występowania źle rozumianej solidarności zawodowej. Oparcie funkcjonowania Inspekcji Farmaceutycznej wyłącznie na pracy inspektorów farmaceutów w takiej sytuacji od początku skazane jest na porażkę,

[43] K. Żak, *Profesjonalny doradca czy wykwalifikowany sprzedawca? Rola apteki ogólnodostępnej i farmaceuty w systemie ochrony zdrowia publicznego*, [w:] A. Majchrowska, J. Pawlikowski, W. Piątkowski, *Zawody medyczne – ciągłość i zmiana*, Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, Kraków 2018, s. 121.

albowiem tajemnicą poliszynela jest fakt, że w środowisku zawodów medycznych powszechnie dominuje zasada solidarności oparta na przysłowiu „kruk krukowi oka nie wykole". Aby więc usprawnić działania Inspekcji Farmaceutycznej i wyeliminować występowanie zjawisk patologicznych w systemie nadzoru farmaceutycznego, należy zmienić dotychczasowy model nadzoru i kontroli. Taką optymalizacją może być wprowadzenie systemu kontroli zintegrowanej, opartej na wprowadzeniu do zespołów kontrolnych dodatkowo inspektorów, którzy nie są farmaceutami. Biorąc pod uwagę pojawiające się inne problemy związane z jakością pracy Inspekcji Farmaceutycznej, jak choćby nieefektywność w eliminowaniu aptek zamieszanych w tzw. reeksport leków, można w zmianach modelu kontroli pójść dalej i dokonać połączenia podsystemów kontroli farmaceutycznej z podsystemami kontroli skarbowej i inspekcji pracy, albowiem tylko interdyscyplinarny zespół kontrolny w składzie: inspektor organu nadzoru farmaceutycznego, informatyk, urzędnik kontroli skarbowej i pracownik inspekcji pracy mogą dokonać kompleksowej i rzetelnej kontroli apteki.

Dokonując reasumpcji, zauważyć należy, że w celu optymalizacji systemu opieki zdrowotnej poprzez poprawę jakości procesu świadczenia usług farmaceutycznych należy dokonać odejścia od zasady „apteka dla aptekarza" w kierunku zasady „apteka dla pacjenta", albowiem hermetyzacja środowiskowa zarówno w sferze własnościowej, jak i w obszarze kontroli nie służy transparentności i efektywności procesów kontrolnych, co wpływa destrukcyjnie na jakość usług farmaceutycznych. Oceniając system nadzoru farmaceutycznego, można odnieść wrażenie, że dobro nadrzędne, jakim jest dobro pacjenta, ustępuje partykularnym interesom jednej grupy zawodowej. Tracą na tym wszyscy uczestnicy rynku farmaceutycznego, a przede wszystkim pacjent, którego Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej określa jako jednostkę jedyną i niepowtarzalną[44].

Bibliografia

Literatura

Drozd M., Bulaś L., *Czy nieprawidłowości w aptekach ogólnodostępnych stwierdzone podczas kontroli Inspekcji Farmaceutycznej mogą być miarą jakości usług farmaceutycznych? Część 1. Analiza ogólna*, „Farmacja Polska" 76, 2020, nr 6.

Drozd M., Ciećko S., *Ocena jakości usług farmaceutycznych podczas realizacji recepty lekarskiej*, „Farmacja Polska" 72, 2016, nr 6.

Drygas A., *Narodziny aptek i aptekarstwa*, [w:] T. Brzeziński (red.), *Historia medycyny*, wyd. 2 popr. i uzup., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.

[44] Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, Biuletyn Naczelnej Rady Aptekarskiej, VI/1/2012, art. 1 ust. 4.

Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, Biuletyn Naczelnej Rady Aptekarskiej, VI/1/2012.

Rembieliński R., Kuźnicka B., *Historia farmacji*, wyd. 3 zm. i uzup., Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1987.

Roeske W., *Polskie apteki*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1991.

Szalonka K., *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.

Żak K., *Niedobory farmaceutów w aptekach ogólnodostępnych – wyzwania dla jakości świadczenia usług farmaceutycznych w Polsce*, materiał w trakcie przygotowania do publikacji w ramach konferencji naukowej „Rynek pracy wobec wyzwań przyszłości – ujęcie interdyscyplinarne" realizowanej przez Państwową Szkołę Wyższą im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, s. 8–9.

Żak K., *Profesjonalny doradca czy wykwalifikowany sprzedawca? Rola apteki ogólnodostępnej i farmaceuty w systemie ochrony zdrowia publicznego*, [w:] A. Majchrowska, J. Pawlikowski, W. Piątkowski, *Zawody medyczne – ciągłość i zmiana*, Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, Kraków 2018.

Źródła

Ustawa z dnia 25 marca 1938 r. o wykonywaniu zawodu aptekarskiego, Dz. U. z 1938 r., Nr 23, poz. 202.

Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o Izbach Aptekarskich, Dz. U. z 1939 r., Nr 55, poz. 346.

Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, Dz. U. z 1991 r., Nr 41, poz. 179, ze zm.

Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz. U. z 2001 r., Nr 126, poz. 1381, ze zm.

Ustawa z dnia 10 stycznia 2008 r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich, Dz. U. z 2008 r., Nr 47, poz. 273.

Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz. U. z 2021 r., poz. 97.

Internet

Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych, Urząd Statystyczny w Krakowie, Wydział Statystyki Zdrowia, Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 r. Tablice w formacie XLSX*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa-Kraków 2021, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2019-roku,1,10.html.

Mgr.farm, *Gdyby inspektorzy egzekwowali ten przepis, już dziś nawet połowę aptek należałoby zamknąć*, https://mgr.farm/aktualnosci/gdyby-inspektorzy-egzekwowali-ten-przepis-juz-dzis-nawet-polowe-aptek-nalezaloby-zamknac/.

Mgr.farm, *Sprawdziliśmy gdzie WIF kontroluje apteki poza godzinami urzędowania. Te dane niepokoją…*, https://mgr.farm/aktualnosci/sprawdzilismy-gdzie-wif-kontroluje-apteki-poza-godzinami-urzedowania-te-dane-niepokoja/.

Money.pl, *W co drugiej aptece nie było farmaceuty. Oto wynik kontroli Inspekcji*, https://www.money.pl/gospodarka/w-co-drugiej-aptece-nie-bylo-farmaceuty-oto-wynik-kontroli-inspekcji-6427235846465153a.html.

Waligórski Ł., *Techniczka pomyliła dawkę morfiny. Pacjentka nie żyje…*, Mgr.farm, https://mgr.farm/aktualnosci/techniczka-pomylila-dawke-morfiny-pacjentka-nie-zyje/.

Waligórski Ł., *Technik sam w aptece i źle wydany lek? Kolejny przypadek w Wielkopolsce…*, Mgr.farm, https://mgr.farm/aktualnosci/technik-sam-w-aptece-i-zle-wydany-lek-kolejny-przypadek-w-wielkopolsce/.

Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny w Lublinie, Biuletyn Informacji Publicznej, Formularze, zezwolenia zgody, http://www.bip.wif.lublin.pl/index.php?id=57&akcja=szczegoly&p2=48748.