
FARMACJA

REGIONU PÓŁNOCNO-WSCHODNIEGO

BIULETYN INFORMACYJNY
OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ
W BIAŁYMSTOKU



Na okładce: Zdarzenie medyczne w świetle ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - opracowanie eksperta Zespołu ds. Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych przy Rzeczniku Praw Pacjenta - mgr farm. Jarosława Mateuszuka.

Farmacja Regionu Północno-Wschodniego
Biuletyn Informacyjny Izby Aptekarskiej w Białymstoku

Komitety Redakcyjne:

Dorota Bielonko, Agnieszka Kita, Katarzyna Kruk,
Jarosław Mateuszuk /redaktor prowadzący/,
Elżbieta Rutkowska, Tomasz Sawicki, Michał Tomczyk.

Przygotowanie do druku: Elżbieta Jarmoc - Biuro OIA Białystok

Wydawca:

Okręgowa Izba Aptekarska w Białymstoku

15-435 Białystok, ul. Ludwika Zamenhofa 27

tel./fax 085-732-52-75, tel. 085-740-60-72

www.oiab.com.pl e-mail: biuro@oiab.com.pl

Nr konta bankowego: 16 1020 1332 0000 1102 0232 6403

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), zwane powszechnie RODO informujemy, że: Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Aptekarska w Białymstoku, ul. Zamenhofa 27; 15-435 Białystok

- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji przepisów prawa.
- Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich poprawiania.

Podanie danych osobowych zawartych w Biuletynie Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku jest dobrowolne.

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam umieszczonych w biuletynie.

SŁOWO OD PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

szczepienia wykonywane przez farmaceutów stały się ważnym elementem naszej codziennej pracy - coraz częstszym widokiem, który możemy zaobserwować w aptekach. Pomimo tego, że mogliśmy podawać ponad 20 różnych szczepionek w ramach szczepień zalecanych tylko w trzech przypadkach kwalifikacja i samo szczepienie było dla pacjenta bezpłatne (dotyczyło to szczepionek przeciw COVID-19 osobom po 18 roku życia, grypie – dla osób po ukończeniu 65 roku życia, oraz pneumokokom – także osobom po ukończeniu 65 roku życia). W dniu 25 sierpnia 2025 r. weszło w życie obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 sierpnia 2025 r. w sprawie wykazu szczepień ochronnych, które mogą być wykonywane w aptekach i finansowane w całości lub w części ze środków publicznych, które rozszerzyło katalog bezpłatnych szczepień dla osób po 18 roku życia o 11 różnych szczepionek. Zgodnie z opublikowanym obwieszczeniem dotyczy to finansowania szczepień przeciw:

COVID-19, grypie (w schemacie jednodawkowym, cyklicznie w sezonie jesienno-zimowym), kleszczowemu zapaleniu mózgu (KZM), błonicy, tężcowi i krztuścowi (także monowalentnie przeciw tężcowi lub błonicy), wirusowi HPV, pneumokokom, półpaścowi, odrze, śwince i różyczce (MMR), poliomyelitis (nagminnemu porażeniu dziecięcemu), wirusowemu zapaleniu wątroby typu A i B oraz zakażeniom wirusem RSV.

W odpowiedzi na opublikowanie powyższego obwieszczenia Ministra Zdrowia, w dniu 22 sierpnia 2025 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydał zarządzenie nr 74/2025/DGL, które zmienia warunki zawierania i realizacji umów na wykonywanie



szczepień ochronnych w aptekach, dostosowując je do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 20 sierpnia 2025 r. rozszerzającego katalog szczepień, które mogą być realizowane w aptekach ze środków publicznych. Wykonanie każdego ze szczepień

wyceniono na **33,37 zł**, a rozliczanie będzie się odbywać poprzez jednolity plik sprawozdawczy przekazywany do NFZ.

W tym miejscu pozwolę sobie przypomnieć, iż od dnia 14 lutego 2025 r. farmaceuci mogą wystawiać refundowane recepty farmaceutyczne na szczepionki. W przypadku gdy dana szczepionka podlega refundacji, podczas wizyty w aptecce możliwe jest wystawienie, przez farmaceutę recepty, która pozwoli pacjentowi na jej zakup ze zniżką i bezpłatne zaszczepienie podczas tej samej wizyty.

Innym tematem, szeroko dyskutowanym w naszym środowisku jest kwestia objęcia aptek, od dnia 1 października 2025 r. obowiązkiem uczestnictwa w systemie kaucyjnym (wprowadzanym nowelizacją ustawy o opakowaniach i odpadach opakowaniowych). Zgodnie z projektowaną zmianą przedsiębiorcy oferujący napoje w opakowaniach objętych kaucją zobowiązani będą m.in. do pobierania i zwrotu kaucji, ewidencjonowania obrotu opakowaniami oraz przechowywania dokumentacji przez okres 5 lat. Przepisy miałyby objąć także apteki oferujące niektóre napoje (np. wody z elektrolitami, napoje izotoniczne czy suplementy diety w płynie), które nie są wyłączone z systemu kaucyjnego jak produkty lecznicze czy żywność specjalnego przeznaczenia medycznego. Samorząd (poprzez Naczelną Izbę Aptekarską) aktywnie uczestniczy w konsultacjach powyższej, projektowanej zmiany chcąc **wyłączenia** podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i aptek z systemu kaucyjnego. Stanowisko w tej sprawie, wskazujące liczne problemy organizacyjne i prawne w funkcjonowaniu aptek (po wejściu w życie projektowanej nowelizacji), postulujące wyłączenie aptek z systemu kaucyjnego zostało już złożone do Ministerstwa Klimatu i Środowiska. Z jego treścią można zapoznać się pod adresem <https://tinyurl.com/uwagi-do-systemu-kaucyjnego>.

Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne oraz Naczelna Izba Aptekarska przygotowały wspólną publikację, której tematem są **„Wytyczne wykonywania świadczenia zdrowotnego – Pospitalna Opieka Farmaceutyczna (POF)”**. Dokument zawiera praktyczne schematy prowadzenia opieki, zakres odpowiedzialności farmaceuty i prawa pacjenta, a także wytycza grupy pacjentów wymagające szczególnego wsparcia po wyjściu ze szpitala. Wytyczne obejmują wiele obszarów, m.in.: podstawy prawne realizacji świadczenia, zakres odpowiedzialności farmaceuty i prawa pacjenta, grupy pacjentów wymagających szczególnego nadzoru, schemat prowadzenia i dokumentowania świadczenia, oczekiwane efekty zdrowotne oraz wyzwania wdrożeniowe. Publikacja zawiera także komplet materiałów pomocnych w codziennej pracy farmaceuty oraz w budowaniu współpracy w ramach zespołu opieki koordynowanej. Serdecznie zapraszam do zapoznania się z publikacją, która jest dostępna, na stronie Naczelnej Izby Aptekarskiej, pod adresem <https://tinyurl.com/raport-POF>.

W maju i czerwcu ukazały się jednolite teksty rozporządzeń i ustaw: „rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept”, „Ustawy o zawodzie farmaceuty” oraz ustawy „Prawo farmaceutyczne”, ułatwiając interpretację przepisów i dostęp do aktualnych regulacji prawnych. W dniu 8 maja 2025 r. zostało opublikowane obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2025 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept, uwzględniające zmiany z lat 2023 – 2024 (dostępne pod adresem <https://tinyurl.com/rozp-recepty>). Tego samego dnia (8 maja 2025 r.) zostało także opublikowane obwieszczenie Marszałka Sejmu RP z dnia 10 kwietnia 2025 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodzie farmaceuty, który uwzględnia dotychczasowe zmiany legislacyjne, w tym nowelizację z listopada 2024 r. Nowe brzmienie przepisów kompleksowo reguluje zasady wykonywania zawodu farmaceuty, podkreślając jego samodzielność, zakres kompetencji oraz kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia. Obowiązujący tekst ustawy o zawodzie farmaceuty jest dostępny pod adresem <https://tinyurl.com/UOZF-tekst-jednolity>. Jednolity tekst ustawy „Prawo farmaceutyczne” został wprowadzony w dniu 6 czerwca 2025 r. obwieszczeniem Marszałka Sejmu RP z dnia 21 maja 2025 r. Ogłoszony tekst ustawy uwzględnia zmiany wprowadzone ustawą z dnia 5 grudnia 2024 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2025 r. poz. 129) oraz zmian wynikających z przepisów ogłoszonych przed dniem 14 maja 2025 r. Obowiązująca ustawa Prawo farmaceutyczne jest dostępna pod adresem <https://tinyurl.com/PF-tekst-jednolity>.

Pomimo okresu wakacyjnego, w sierpniu doczekaliśmy się kolejnych zmian prawnych, które przedstawiam poniżej.

Pierwsza zmiana (nowelizacja) dotyczy ustawy z dnia 25 lipca 2025 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Celem nowelizacji jest przede wszystkim dostosowanie polskiego prawa do regulacji unijnych, w szczególności do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/2282 w sprawie oceny technologii medycznych oraz do wcześniejszych przepisów zapewniających przejrzystość w ustalaniu cen produktów leczniczych. Najważniejsze zmiany obejmują: wprowadzenie definicji "technologii opcjonalnej" jako procedury medycznej dostępnej w określonym stanie klinicznym, możliwość odstąpienia od przedstawiania analizy klinicznej przy ubieganiu się o refundację, jeśli dane zostały już złożone na szczeblu unijnym, obowiązek uwzględniania raportów ze wspólnej oceny klinicznej UE przy określaniu populacji docelowej, a także nowe zadania dla

Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Powyższa nowelizacja powinna wejść w życie w połowie września 2025 r.

Druga zmiana to rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki. Najważniejsze zmiany obejmują:

- dostosowanie terminologii – określenie „zakład opieki zdrowotnej” zastąpiono sformułowaniem „zakład leczniczy podmiotu leczniczego”,
- ujednolicenie nazewnictwa – zamiast „produkty homeopatyczne” wprowadzono termin „produkty lecznicze homeopatyczne”,
- uchylene § 10 pkt 2 dotychczasowego rozporządzenia.

Nowe przepisy wchodzi w życie po 7 dniach od ogłoszenia, tj. dnia 25 sierpnia 2025 r., są dostępne do zapoznania się pod adresem <https://tinyurl.com/rozp-lokal-apteki>.

W bieżącym numerze Biuletynu zostały opublikowane bardzo ciekawe artykuły przygotowane przez mgr farm. Jarosława Mateuszuka – redaktora prowadzącego oraz eksperta Zespołu ds. Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych przy Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Panią mgr Katarzynę Kruk (redaktor Biuletynu, Zakład Farmacji Stosowanej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku). Polecam szczególnie zapoznanie się z artykułami o temacie „Zdarzenia medyczne w świetle ustawy o prawach pacjenta”, „Balsam peruwiański – powrót surowca po długiej nieobecności” oraz nowoczesnym leczeniu nowotworów jajnika.

Zapraszam wszystkich serdecznie do regularnego odwiedzania strony internetowej Izby, działającej pod adresem www.oiab.com.pl jak też „Strefy farmaceuty” - portalu dla farmaceutów działającego pod adresem <https://strefa.oiab.com.pl/login>.

W przypadku jakichkolwiek pytań pozostaję do dyspozycji wraz członkami Okręgowej Rady Aptekarskiej oraz pracownikami Biura Izby.

Pozdrawiam serdecznie

Tomasz Sawicki

Prezes ORA w Białymstoku

SPIS TREŚCI

Słowo od Prezesa	1
Spis treści	5
Kalendarium prac OIA za okres V - VIII 2025 r.	6
Komunikat Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku	14
STREFA FARMACEUTY – nowa funkcjonalność dedykowana członkom OIA w Białymstoku	15
Z prac Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku	
Sprawozdanie z działalności ORA za okres V-VIII 2025 r.	17
Porady prawne	
Przeszkolenie uzupełniające farmaceutów. – <i>r.pr. E. Nowak</i>	23
Praktyka i receptura apteczna	
Balsam peruwiański - powrót surowca po długiej nieobecności. – <i>mgr farm. K. Kruk</i>	50
Medycyna dla Farmaceutów	
Heparyny drobnocząsteczkowe w profilaktyce pozainternistycznej – ogólne zasady. – <i>mgr farm. J. Mateuszuk</i>	35
Medycyna spersonalizowana w onkologii. Nowoczesne leczenie raka jajnika. – <i>mgr farm. J. Mateuszuk</i>	47
Zdarzenie medyczne w świetle ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. – <i>mgr farm. J. Mateuszuk</i>	55
Varia	
Konferencja naukowa „Rośliny lecznicze w nauce i kulturze” (czwarta edycja), Warszawa-Ciechanowiec 22-25.05.2025 r. – <i>dr E. Rutkowska, M. Pająk</i>	67

KALENDARIUM PRAC OIA W BIAŁYMSTOKU

13.05.2025 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku (sprawozdanie w Biuletynie).

16.05.2025 r.

Udział Prezesa ORA w uroczystym wręczeniu dyplomów magistra farmacji absolwentom kierunku farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

23.05.2025 r.

Udział Prezesa ORA w posiedzeniu Rady Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku.

27.05.2025 r.

Posiedzenie Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku (sprawozdanie w Biuletynie).

04.06.2025 r.

Udział Prezesa ORA oraz Wiceprezesa (członka NRA) – mgr farm. Jarosława Adama Mateuszuka w posiedzeniu Naczelnej Rady Aptekarskiej.

10.06.2025 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku (sprawozdanie w Biuletynie).

24.06.2025 r.

Posiedzenie Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku (sprawozdanie w Biuletynie).

25.06.2025 r.

Udział Prezesa ORA w posiedzeniu Rady Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku.

22.07.2025 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku (sprawozdanie w Biuletynie).

05.08.2025 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku (sprawozdanie w Biuletynie).

13.08.2025 r.

Udział Prezesa ORA oraz Wiceprezesa (członka NRA) – mgr farm. Jarosława Adama Mateuszuka w nadzwyczajnym posiedzeniu Naczelnej Rady Aptekarskiej.

19.08.2025 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku (sprawozdanie w Biuletynie).

W minionym okresie Prezes oraz Wiceprezes – mgr farm. Jarosław Adam Mateuszuk, w imieniu ORA w Białymstoku opiniowali i udzielali informacji na wniosek Naczelnej Izby Aptekarskiej w następujących projektach:

1. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej (MZ 1778);
2. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (MZ 1780);
3. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie trybu postępowania w sprawach dotyczących wpisów, zmian i wykreśleń z rejestru ratowników medycznych (MZ 1508);
4. Rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy - Prawo farmaceutyczne;
5. Rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o zapasach ropy naftowej, produktów naftowych i gazu ziemnego oraz zasadach postępowania w sytuacjach zagrożenia bezpieczeństwa paliwowego państwa i zakłóceń na rynku naftowym oraz niektórych innych ustaw;
6. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach profilaktyczne programy zdrowotne;
7. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (MZ 1764);
8. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie opłat za czynności wykonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach urzędowych kontroli żywności (MZ1768);
9. Zarządzeniu Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML;
10. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką;
11. Ustawy Ministra Zdrowia o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (UD187);
12. Ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (UC91);
13. Ustawy o zmianie ustawy - Prawo farmaceutyczne (UDER41);
14. Rozporządzeniu Ministra Finansów w sprawie informacji dotyczącej charakterystyki portfeli wierzytelności sprzedawanych przez bank innym podmiotom;

15. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do osób z doświadczeniem traumy (MZ1790);
16. Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury w sprawie wydania dokumentów stwierdzających uprawnienia do kierowania pojazdami;
17. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego;
18. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakie powinien spełniać system zapewnienia jakości w bankach tkanek i komórek;
19. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego;
20. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie statutu Krajowej Rady Kardiologicznej;
21. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów kwalifikacji do Krajowej Sieci Kardiologicznej;
22. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne;
23. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2026 r. (MZ1792);
24. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego dot. centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych (MZ1795);
25. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie leczenia szpitalnego - świadczenia wysokospecjalistyczne;
26. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie koordynowania opieką nad kobietą i dzieckiem – „Za Życiem”;
27. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zmiany ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (UD213);
28. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko - dentystycznym (MZ1801);
29. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach - "Dobry posiłek w szpitalu" (MZ1797);
30. Poselskiego projektu ustawy o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów;

31. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych (MZ DER 1805);
32. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
33. Projekcie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi dotyczącego ustawy o zmianie ustawy o produktach pochodzenia zwierzęcego oraz ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia - nowy tekst (UDER43);
34. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego (UD207);
35. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne;
36. Projekcie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi w sprawie określenia rodzaju zadań lub czynności określonych w przepisach Unii Europejskiej, wykonywanych przez Głównego Lekarza Weterynarii;
37. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (UD238);
38. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zakończenia działalności Zespołu roboczego do spraw analizy i oceny wpływu polityk na społeczne nierówności w zdrowiu;
39. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów Centrów Doskonałości Kardiologicznej oraz szczegółowych kryteriów warunkujących przyznanie ośrodkowi kardiologicznemu statusu Centrum Doskonałości Kardiologicznej (MZ1800);
40. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży (MZ1787);
41. Rozporządzeniu Ministra Finansów w sprawie grup podatników lub rodzajów czynności, w odniesieniu do których możliwe jest używanie kas rejestrujących mających postać oprogramowania;
42. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji o ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (UD238);
43. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (MZ1658);

44. Rozporządzeniu Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie chorób zawodowych (RC9);
45. Rozporządzeniu Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie "Krajowego Programu Działań wobec Chorób Ośrodkowych na lata 2025 - 2030";
46. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego żywienia w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (MZ1789);
47. Poselskiego projektu ustawy o związkach partnerskich oraz poselskiego projektu ustawy - Przepisy wprowadzające ustawę o związkach partnerskich;
48. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie;
49. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosowanych dokumentów (MZDER1803);
50. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (MZDER1802);
51. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii, celem zaopiniowania przez uprawnione podmioty;
52. Zarządzeniu Ministra Rozwoju i Technologii w sprawie ustawy o zmianie ustawy o Rzeczniku Małych i Średnich Przedsiębiorców oraz niektórych innych ustaw (UD218);
53. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, celem zaopiniowania przez uprawnione podmioty;
54. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki (MZ1807);
55. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wzoru wniosku o wydanie zezwolenia na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej (MZ1784);
56. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodz. rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń- leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką;
57. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna;

58. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie maksymalnego czasu na przyjęcie pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego w szpitalach (MZ1783);
59. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie aktualizacji Krajowej Listy Leków Krytycznych;
60. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodz. leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w SOR i IP;
61. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
62. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML;
63. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne;
64. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (MZ1774);
65. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (MZ1716);
66. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (MZ1788);
67. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie;
68. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu danych wprowadzanych do systemu Krajowej Sieci Kardiologicznej przez ośrodki kardiologiczne oraz terminów ich wprowadzania (MZ 1799);
69. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (UD250);
70. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie (MZ1798);

71. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych przeprowadzanych w aptece;
72. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie współpracy organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej z organami celnymi w zakresie granicznych kontroli sanitarnych (MZ1791);
73. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego leczenia gruźlicy wielolekoopornej w warunkach ambulatoryjnych (MZ 1813);
74. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu stacji sanitarno-epidemiologicznych wykonujących badania laboratoryjne i pomiary ze wskazaniem obszaru (MZ 1806);
75. Rozporządzeniu Ministra Finansów i Gospodarki w sprawie przypadków, w których nie ma obowiązku wystawiania faktur ustrukturyzowanych (nr 783 w wykazie prac legislacyjnych Ministra Finansów i Gospodarki);
76. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (MZ 1775);
77. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie grzybów dopuszczonych do obrotu lub produkcji przetworów grzybowych, środków spożywczych zawierających grzyby oraz uprawnień klasyfikatora grzybów i grzyboznawcy (MZ 1793);
78. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie substancji wzbogacających dodawanych do żywności (MZ 1808);
79. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rezerwy szczepionek oraz innych immunologicznych produktów leczniczych, stosowanych w razie wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub epidemii (MZ 1796);
80. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne;
81. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe;
82. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie praktyki zawodowej w aptece;
83. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (1819);
84. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie kluczowych zaleceń dot. organizacji opieki kardiologicznej i postępowania klinicznego (MZ 1817);

85. Rozporządzeniu Ministra Finansów i Gospodarki zmieniającego rozporządzenie w sprawie wystawiania faktur;
86. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie kursów uprawniających do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego oraz kursu doskonalącego dla dyspozytora medycznego (MZ 1821);
87. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego (MZ1809);
88. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu i procedur przygotowania analizy weryfikacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz wysokości opłaty za tę analizę (MZ 1729).



**Członkowie
Okręgowej Izby Aptekarskiej
w Białymstoku**

KOMUNIKAT

Uprzejmię informujemy, że 16 kwietnia 2021 roku weszła w życie Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. 2021 poz. 97). Nowelizuje ona zapis w ustawie o izbach aptekarskich dotyczący sytuacji, w której farmaceuta posiadający Prawo Wykonywania Zawodu może być skreślony z rejestru farmaceutów.

Art. 82. Zmienia brzmienie art. 8 f ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, który określa, kiedy można skreślić farmaceutów z rejestru prowadzonego przez okręgową radę aptekarską. Taki przypadek następuje wskutek nieopłacenia składek członkowskich przez okres dłuższy niż 24 miesiące. (art. 8f ust.1 pkt. 5).

Art. 25. Ustawy o zawodzie farmaceuty uzależnia wykonywanie zawodu od wpisu do rejestru farmaceutów, który prowadzi okręgowa rada aptekarska (**Art. 25. Zawód farmaceuty może wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu farmaceuty, która złożyła ślubowanie i jest wpisana do rejestru farmaceutów, o którym mowa w art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich.**)

W związku z powyższym prosimy o sprawdzenie, czy nie zalegacie Państwo z płatnościami, a jeżeli ma to miejsce – jak najszybsze uregulowanie zadłużenia.

Niewywiązanie się z obowiązku comiesięcznego opłacania składek, skutkować będzie podjęciem przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku uchwały o skreśleniu z rejestru farmaceutów, a co za tym idzie niemożnością wykonywania zawodu, tj. realizacji recept w aptekach, sprawowania funkcji kierownika apteki lub osoby odpowiedzialnej w hurtowni, podpisywanie zestawień refundacyjnych, wystawiania recept farmaceutycznych oraz recept *pro familia* i *pro auctore*, etc. Powyższa ustawowa sankcja nie zwalnia OIA z dochodzenia swoich należności w drodze postępowania administracyjnego (Urzędy Skarbowe) lub sądowno-komorniczego, co w przeszłości było procedurami stosowanymi wobec dłużników.

Jednocześnie przypominamy, że składki należy opłacać do 20-go dnia każdego miesiąca. Informacje na temat zaległości można uzyskać w naszym biurze drogą telefoniczną 85 732-52-75, 740-60-72 lub wysyłając zapytanie na adres biuro@oiab.com.pl oraz <https://strefa.oiab.com.pl>

Przypominamy również, że członkowie Izby powinni **niezwłocznie** informować organy Izby o każdorazowej zmianie danych objętych rejestrem farmaceutów prowadzonym przez Okręgową Izbę Aptekarską w Białymstoku tj.: miejsca zatrudnienia i zamieszkania, jak również zmianie nazwiska, uzyskanych specjalizacji, czy stopni naukowych, należy to zrobić logując się <https://strefa.oiab.com.pl>

W imieniu Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku

Prezes ORA w Białymstoku
mgr farm. Tomasz Sawicki

Skarbnik ORA w Białymstoku
mgr farm. Agnieszka Kita



Szanowni Państwo,

przypominamy, że od listopada 2023 roku Okręgowa Izba Aptekarska w Białymstoku uruchomiła na swojej stronie internetowej nową funkcjonalność, jaką jest **STREFA FARMACEUTY**.

Każdy członek Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku, po zarejestrowaniu się i zalogowaniu na swoim indywidualnym koncie może

zweryfikować wszelkie dane osobowe znajdujące się w rejestrze prowadzonym przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku, do których należą:

- dane teleadresowe;
- wykształcenie (dyplom, uczelnia, stopień naukowy, specjalizacje);
- miejsca pracy (stanowisko, etat, datę rozpoczęcia i zakończenia);
- okresy edukacyjne (*dla osób nie posiadających karty ciągłego szkolenia - wyłącznie przez Strefę Farmaceuty*); Od września br. istnieje możliwość automatycznego zapisywania certyfikatów ze szkoleń, które zostały zrobione w e-duk@cja.pl
- saldo składek z możliwością opłacenia przez system Przelewy24.

Powyższe dane można edytować (składając wniosek o ich modyfikację), co ułatwi Państwu w znaczny sposób ich aktualizację i bieżące weryfikowanie (bez konieczności wypełniania dodatkowych - papierowych formularzy, czy też osobistego przyjazdu do siedziby Izby). Dzięki temu sprawdzenie miejsca zatrudnienia, salda składek, czy też okresów edukacyjnych będzie możliwe o każdej porze dnia i w dowolnym miejscu (w zasięgu internetu). Kolejną możliwością jest składanie wniosków o wydanie rękojmi na stanowisko kierownika apteki, hurtowni farmaceutycznej, działu farmacji aptecznej, co powinno przyspieszyć i uprościć sam proces.

- jest również możliwość korespondencji między farmaceutą, a biurem Izby (skrzynka do przekazywania wiadomości)

W przypadku pojawienia się jakichkolwiek problemów lub błędów proszę o kontakt telefoniczny z biurem Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku lub e-mail:

biuro@oiab.com.pl

Bezpośrednie linki do Strefy farmaceuty:

- rejestracja <https://strefa.oiab.com.pl/register>
- logowanie <https://strefa.oiab.com.pl/login>

Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY APTEKARSKIEJ W BIAŁYMSTOKU

Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku za okres maj-sierpień 2025 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej - 13.05.2025 r.

W zdalnym głosowaniu w systemie oia24.pl, Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 7. jego członków.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło uchwały ws. opinii dotyczącej warunków pełnienia funkcji kierownika apteki ogólnodostępnych mieszczącej się w :

- Horodnianach
- Bielsku Podlaskim przy ul. Krynicznej
- Suwałkach przy ul. Aleksandry Piłsudskiej

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku wydało zaświadczenia:

- w związku z planowanym objęciem funkcji zastępcy kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w Gródku przy ul. Chodkiewiczów
- w związku z planowanym objęciem funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej mieszczącego się w Białymstoku ul. Orzeszkowej
- celem uzupełnienia dokumentów do Podkarpackiego Wojewódzkiego Inspektoratu Farmaceutycznego, w związku z kupnem apteki mieszczącej się na tamtym terenie.

Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Okręgowej Rady Aptekarskiej - 27.05.2025 r.

Posiedzenie Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku odbyło się w siedzibie Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku i uczestniczyło w nim 12. członków Rady.

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku podjęła jednogłośnie uchwały ws. opinii dotyczących warunków pełnienia funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej, mieszczącej się w:

- Poznaniu przy ul. Piotra Tomickiego

- Białymstoku przy ul. Warszawskiej

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku wydała zaświadczenia:

- w związku z planowanym objęciem funkcji zastępcy kierownika apteki mieszczącej się w Brańsku przy ul. Sienkiewicza
- w związku z planowanym objęciem funkcji zastępcy kierownika apteki mieszczącej się w Grajewie, os Południe.

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku podjęła jednogłośnie uchwałę ws. wpisania jednej osoby do rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku.

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku podjęła jednogłośnie uchwałę ws. określenia wysokości składki członkowskiej od 1 lipca 2025 roku (treść uchwały dalszej części protokołu).

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku podjęła jednogłośnie uchwałę ws. przyznania członkowi Izby zapomogi na ułatwienie funkcjonowania, jako osoby niepełnosprawnej.

Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej - 10.06.2025 r.

W zdalnym głosowaniu w systemie oia24.pl, Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 7. jego członków.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło uchwały ws. opinii dotyczącej warunków pełnienia funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w:

- Białymstoku przy ul. Nowy Świat
- Ciechanowcu przy ul. Polskiej
- Wysokiem Mazowieckiem przy ul. Białostockiej

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku wydało zaświadczenie w związku z planowanym objęciem funkcji zastępcy kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w Białymstoku przy ul. Nowy Świat.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku przyznało jednogłośnie jednej osobie Prawo Wykonywania Zawodu

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku wpisało jedną osobę do rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku.

Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Okręgowej Rady Aptekarskiej - 24.06.2025 r.

W zdalnym głosowaniu w systemie oia24.pl, Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 10. jej członków.

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku podjęła uchwałę ws. opinii dotyczącej warunków pełnienia funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w Białymstoku przy ul. Mickiewicza.

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku wydała zaświadczenie w związku z planowanym objęciem funkcji kierownika hurtowni farmaceutycznej mieszczącej się w Białymstoku przy ul. Nowowarszawskiej.

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku wpisała jedną osobę do rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku.

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku skreśliła jedną osobę z rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku ze względu na zaległość w opłacaniu składek członkowskich dłuższą niż 24 miesiące.

Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej - 22.07.2025 r.

W zdalnym głosowaniu w systemie oia24.pl, Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 8. jego członków.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło uchwałę o zrzeczeniu się jednej osoby, Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty w związku z rozpoczęciem przez nią pracy w zawodzie lekarza.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło uchwały ws. opinii dotyczącej warunków pełnienia funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w:

- Giżycku przy ul. Kościuszki
- Drohiczynie przy ul. Pl. Kościuszki

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku wydało zaświadczenia:

- w związku z planowanym objęciem funkcji zastępcy kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w Czarnej Białostockiej przy ul. Torowej

- w związku z planowanym objęciem funkcji zastępcy kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w Sokółce przy ul. 1-go Maja

Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej - 05.08.2025 r.

W zdalnym głosowaniu w systemie oia24.pl, Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 7. jego członków.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku wydało zaświadczenie w związku z planowanym przejściem apteki ogólnodostępnej w Rutkach-Kossakach.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku pozytywnie zaopiniowało listę opiekunów praktyk sześciomiesięcznych przesłaną przez Wydział Farmacji UMB.

Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej - 19.08.2025 r.

W zdalnym głosowaniu w systemie oia24.pl, Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 8. jego członków.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło jednogłośnie uchwały ws. opinii dotyczącej warunków pełnienia funkcji kierowników aptek ogólnodostępnychmieszczących się w:

- Stanisławowie
- Elku przy ul. Wojska Polskiego

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło uchwałę ws. zrzeczenia się PWZF przez jedną osobę w związku z zaprzestaniem wykonywania zawodu farmaceuty.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło uchwałę o wpisaniu jednej osoby do rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku

Na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarze
ORA w Białymstoku
IX karencji

dr Beata Kocięcka
dr Michał Aleksiejczuk

UCHWAŁA Nr 125/IX/2025
Okręgowej Rady Aptekarskiej
Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku
z dnia 27 maja 2025 roku

w sprawie: określenia wysokości składki członkowskiej od 1 lipca 2025 roku

Na podstawie art. 29 pkt.3 w zw. z art.64 ust.2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 688) Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku uchwala co następuje :

§ 1

- Ustala się miesięczną wysokość składek członkowskich dla członków Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku w wysokości **80,00 zł (osiemdziesiąt złotych).**
- Zwolnieniem od składek członkowskich objęci są farmaceuci korzystający z urlopu wychowawczego, którzy nie wykonują zawodu farmaceuty, o ile powiadomią o tym skutecznie Okręgową Izbę Aptekarską w Białymstoku.
- Zwalnia się z obowiązku płacenia składek emerytów i rencistów nie wykonujących zawodu, począwszy od miesiąca następującego po miesiącu, w którym farmaceuta poinformował pisemnie Okręgową Izbę Aptekarską w Białymstoku o przejściu na emeryturę lub rentę.
- Każdorazowe podjęcie pracy (niezależnie od tytułu prawnego wykonywanej pracy) lub zmiana statusu przez osobę zwolnioną z obowiązku płacenia składek, wymaga poinformowania Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku i rodzi obowiązek płacenia składek wg stawek określonych w ust. 1.
- Farmaceuta zobowiązany jest uiścić całą składkę należną za dany miesiąc, w którym dokonano wpisu na listę członków Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku, bądź za cały miesiąc, od którego nastąpiła zmiana okoliczności powodujących obowiązek opłacenia składki, tj.: podjęcie wykonywania zawodu przez emeryta/rencistę lub osobę przebywającą na urlopie wychowawczym
- W przypadku, gdy farmaceuta złoży wniosek o wykreślenie z listy członków Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku przed upływem miesiąca od dnia przyznania mu prawa wykonywania zawodu, musi uiścić składkę członkowską w pełnej wysokości za każdy rozpoczęty miesiąc członkostwa.

§ 2

- Obowiązkiem zapłaty składek członkowskich objęci są wszyscy członkowie Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku posiadający prawo wykonywania zawodu farmaceuty, z zastrzeżeniem § 1 ust. 3 niniejszej uchwały.

- Ustala się, że obowiązek zapłaty składek trwa również w trakcie niezdolności do pracy spowodowanej chorobą oraz w trakcie przebywania na urlopie macierzyńskim/tacierzyńskim i rodzicielskim.

§ 3

- Terminowa i prawidłowa zapłata składek członkowskich należy do podstawowych obowiązków członków samorządu aptekarskiego. Naruszenie obowiązków określonych w uchwale stanowić będzie podstawę do wszczęcia postępowania przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.
- Przed przystąpieniem do dochodzenia zaległych składek na drodze sądowej, dłużnik farmaceuta otrzyma wezwanie do dobrowolnej zapłaty zobowiązania wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie, powiększonego o koszty wezwania do zapłaty, w terminie 14 dni kalendarzowych od daty otrzymania wezwania. Zapłata należności po otrzymaniu wezwania będzie skutkować uznaniem, że dłużnik wykazał czynny żal i nie ma potrzeby wszczęcia z tego tytułu postępowania z zakresu odpowiedzialności zawodowej.

§ 4

- W celu ustalenia obowiązku opłaty składki członkowskiej farmaceuci zobowiązani są do niezwłocznego zawiadamiania Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku o zdarzeniach mających wpływ na istnienie obowiązku zapłaty składki (np.: rozpoczęcie oraz zakończenie odbywania urlopu wychowawczego, przejście na emeryturę lub rentę, podjęcie wykonywania zawodu).
- Składki członkowskie są płatne w terminie do 20-go dnia każdego miesiąca.
- Składki niezapłacone, w tym terminie stają się składką zaległą.
- Jeśli farmaceuta popadnie w opóźnienie z zapłatą składek, wpłaty nieprawidłowo opisane lub nieopisane, dokonane na poczet składek, zostaną w pierwszej kolejności zaliczone na poczet składek zaległych. Wpłata na poczet składek bieżących może być zaliczona zgodnie z dyspozycją tylko po zapłacie wszystkich składek zaległych.
- Na wniosek zainteresowanego farmaceuty, Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku może rozłożyć na raty oraz odroczyć spłatę składek zaległych. Zapłata składek zaległych, jak również odroczenie zapłaty składek zaległych, może nastąpić w okresie nie dłuższym niż pół roku od podjęcia decyzji w tym zakresie.
- Składki członkowskie (bieżące i zaległe) nie podlegają umorzeniu.
- W przypadku śmierci farmaceuty Rada Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku może podjąć decyzję o umorzeniu zaległych składek członkowskich.

- Farmaceuci zamierzający skreślić się z listy członków Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku są zobowiązani do zapłaty wszystkich należności z tytułu składek bieżących i zaległych nie później niż do dnia skreślenia z listy członków Okręgowej Izby Aptekarskiej Białymstoku

§ 5

1. Wykonanie uchwały powierza się Prezesowi i Skarbnikowi Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku.
2. Z dniem wejścia w życie niniejszej uchwały, traci moc: uchwała Nr 30/VIII/2020 Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku z dnia 20 lutego 2020 r. w sprawie określenia wysokości składki członkowskiej.
3. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2025 r.

Prezes ORA w Białymstoku – *mgr farm. Tomasz Sawicki*

Sekretarz ORA w Białymstoku – *dr Michał Aleksiejczuk*

Skarbnik ORA w Białymstoku – *mgr farm. Agnieszka Kita*

PORADY PRAWNE

Radca prawny Elżbieta Nowak

PRZESZKOLENIE UZUPEŁNIAJĄCE FARMACEUTÓW

dotyczy farmaceutów, którzy nie wykonują zawodu przez okres dłuższy niż 5 lat w ciągu ostatnich 6 lat, a zamierzają podjąć pracę

Zgodnie z art. 37 ustawy z dnia 10.12.2020 r. o zawodzie farmaceuty (t. j. Dz. U. 2024 r., poz. 676):

Ust. 1. Farmaceuta, który nie wykonuje zawodu jako aptekarz przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, a zamierza podjąć jego wykonywanie jako aptekarz, ma obowiązek zawiadomić o tym właściwą okręgową radę aptekarską i odbyć przeszkolenie uzupełniające trwające nie dłużej niż 2 miesiące.

Ust. 2. Nie stanowi przerwy w wykonywaniu zawodu farmaceuty jako aptekarza:

- 1) pełnienie funkcji na podstawie wyboru w organach izb aptekarskich;

- 2) praca w charakterze nauczyciela akademickiego prowadzącego zajęcia dotyczące wykonywania zawodu farmaceuty w uczelni prowadzącej studia na kierunku farmacja;
- 3) praca w Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej na stanowisku związanym z wykonywaniem zawodu farmaceuty;
- 4) praca w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach której wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad wykonywaniem czynności zawodowych farmaceuty;
- 5) zatrudnienie w jednostkach podległych ministrowi właściwemu do spraw zdrowia lub przez niego nadzorowanych na stanowisku związanym z wykonywaniem zawodu farmaceuty;
- 6) wykonywanie usług farmacji klinicznej w podmiotach leczniczych w zakresie czynności zawodowych farmaceutów;
- 7) praca lub służba w urzędzie obsługującym Ministra Sprawiedliwości lub w jednostkach organizacyjnych przez niego utworzonych lub nadzorowanych na stanowisku związanym z wykonywaniem zawodu farmaceuty;
- 8) zatrudnienie lub pełnienie służby wojskowej w urzędzie obsługującym Ministra Obrony Narodowej, w jednostkach organizacyjnych jemu podległych lub przez niego nadzorowanych na stanowiskach wymagających posiadania tytułu zawodowego farmaceuty;
- 9) praca w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na stanowisku związanym z wykonywaniem zawodu farmaceuty.

Ust. 3. Szczegółowe warunki odbywania przeszkolenia zawodowego określa umowa zawarta przez farmaceutę z podmiotem prowadzącym przeszkolenie uzupełniające, wskazanym przez okręgową radę aptekarską, której członkiem jest farmaceuta, lub wskazanym przez farmaceutę i zaakceptowanym przez okręgową radę aptekarską, której jest on członkiem.

Ust. 4. Podmiot prowadzący przeszkolenie uzupełniające przekazuje niezwłocznie informacje o jego zakończeniu właściwej okręgowej izbie aptekarskiej. Okręgowa izba aptekarska zatwierdza ukończenie przeszkolenia uzupełniającego, a w przypadku stwierdzenia, że przeszkolenie uzupełniające nie zostało zrealizowane zgodnie z warunkami określonymi w umowie, o której mowa w ust. 3, odmawia jego zatwierdzenia, w terminie 14 dni od otrzymania informacji o jego zakończeniu.

Ust. 5. Podmiot prowadzący przeszkolenie uzupełniające przekazuje niezwłocznie informacje o jego zakończeniu właściwej okręgowej izbie aptekarskiej. Okręgowa

izba aptekarska zatwierdza ukończenie przeszkolenia uzupełniającego, a w przypadku stwierdzenia, że przeszkolenie uzupełniające nie zostało zrealizowane zgodnie z warunkami określonymi w umowie, o której mowa w ust. 3, odmawia jego zatwierdzenia, w terminie 14 dni od otrzymania informacji o jego zakończeniu.

Ust. 6. Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się do farmaceuty będącego obywatelem państwa członkowskiego, który posiada dyplom lub inne dokumenty poświadczające formalne kwalifikacje wymienione w wykazie, o którym mowa w art. 5 ust. 2, i dotychczas nie uzyskał prawa wykonywania zawodu farmaceuty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Jak wynika z w/w przepisu staż uzupełniający dla farmaceuty jest obowiązkowy, jeśli zawiesił wykonywanie zawodu na dłużej niż 5 lat w ciągu ostatnich 6 lat, a chce wrócić do pracy w aptece. Taki staż trwa nie dłużej niż 2 miesiące, a jego program i miejsce odbywania są ustalane z Okręgową Izbą Aptekarską. Program, czas trwania oraz jego przebieg określa Naczelna Rada Aptekarska Uchwałą Nr VIII/18/2022 Naczelnej rady Aptekarskiej z dnia 26 października 2022 r. w sprawie "**Standardów przeszkolenia uzupełniającego**".

Obowiązek ten spoczywa na farmaceutach i wymaga złożenia odpowiednich dokumentów do Okręgowej Izby Aptekarskiej i uzyskania zgody na odbycie przeszkolenia.

Sprawdzenie, czy farmaceuta, który będzie pracował w aptece nie ma przerw w zatrudnieniu kwalifikujących go do odbycia przeszkolenia uzupełniającego spoczywa na kierowniku apteki, w ramach swoich obowiązków wynikających z nadzoru nad pracownikami oraz innym personelem zatrudnionym w aptece (art.88 ust.5 pkt 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo Farmaceutyczne, t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 750).

Przeszkolenie uzupełniające ma na celu zapewnienie, że mimo długotrwałej przerwy w wykonywaniu czynności zawodowych jako aptekarz (bądź też w ogóle wcześniejszego braku wykonywania zawodu jako aptekarz) farmaceuta będzie miał odpowiedni poziom fachowej wiedzy i umiejętności.

Zaniechanie tych obowiązków przez farmaceutę lub kierownika apteki stanowi naruszenie etyki zawodowej określonej Kodeksem Etyki Farmaceuty Rzeczypospolitej Polskiej stanowiącego załącznik do Uchwały Nr IX/26/2024 IX Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 28 stycznia 2024 r. i podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej przez te osoby.

PRAKTYKA I RECEPTURA APTECZNA

Mgr farm. Katarzyna Kruk

BALSAM PERUWIAŃSKI – POWRÓT SUROWCA PO DŁUGIEJ NIEOBECNOŚCI

Balsam peruwiański (syn. *Balsamum peruvianum*, Peruvian balsam, Balsam of Peru, Peru balsam, Baume de Perou) przez kilka ostatnich lat nie był dostępny w recepturze aptecznej z powodu braku dostępności w hurtowniach farmaceutycznych. Surowiec o szerokim działaniu i zastosowaniu w różnych postaciach leku, przede wszystkim w maściach i czopkach. Balsam peruwiański występuje również jako składnik leków gotowych. Jako jedna z niewielu substancji recepturowych ma naturalne pochodzenie i nie posiada swojego syntetycznego odpowiednika [1-3].



Balsam peruwiański jest surowcem pochodzenia naturalnego pozyskiwanym poprzez mechaniczne nacinanie na gorąco kory pni drzew gatunku Woniawiec balsamowy, łac. *Myroxylon balsamum* (L.) Harms var. *pereirae* (Royle) Harms. Woniawiec balsamowy należy do rodziny bobowatych i występuje w lasach Ameryki Środkowej, w Meksyku, Republice Salvadora Nikaragui, Panamie, Wenezueli oraz Kostaryce. Drzewo

osiąga wysokość do 45m i średnicę pnia do 1m, charakteryzuje się gładką szaro-brązową korą, dużymi eliptycznymi liśćmi oraz białymi drobnymi kwiatami zebranymi w grona. Nazwa surowca może być myląca, ponieważ roślina, z której pozyskuje się balsam peruwiański nie rośnie na terenie Peru. Określenie „peruwiański” ma znaczenie wyłącznie



historyczne, ponieważ port, z którego wyprawiano transporty z balsamem peruwiańskim do Europy znajdował się w Peru [1,2]. Po raz pierwszy balsam sprowadzono do Europy w XVI wieku.

Proces pozyskiwania balsamu peruwiańskiego jest złożony i czasochłonny. Balsam jest otrzymywany na drodze mechanicznego uszkodzenia kory tępym narzędziem, a następnie opalenia aż do zwęglenia. Opalone miejsca nacina się, by po około 14 dniach z uszkodzonych tkanek zaczął wydzielać się balsam. Korę zdejmuje się, a pień drzewa owija bawełną, w którą wsiąka surowiec. Następnie podczas gotowania materiału w wodzie balsam oddziela się i jako cięższy opada na dno naczynia. Z jednego drzewa można pozyskiwać balsam przez trzydzieści lat zachowując 5-6-letnią przerwę po wydobyciu [3, 5]. Z uwagi na szerokie zastosowania balsamu popyt na surowiec na świecie zaczął przewyższać jego relatywnie niewielką podaż, biorąc pod uwagę wąski obszar występowania Woniawca balsamowego w Ameryce Środkowej.



Z powodu niskiej dostępności balsamu peruwiańskiego zaczęto falsyfikować surowiec. Historia zna również próby jego syntetycznej produkcji. Falszerze starali się jak najwierniej odtworzyć konsystencję surowca, jego barwę, zapach i działanie. Zafalszowania dokonywano przez dodatek żywicy benzoesowej, olejów tłustych (np. oleju rycynowego) oraz balsamu tolutańskiego. Balsam zafalszowany żywicą benzoesową oraz olejem charakteryzował się wyczuwalnym nieprzyjemnym zapachem, brudził ubrania oraz wykazywał się istotnie niższą skutecznością terapeutyczną. Równocześnie z działaniami prowadzącymi do zafalszowania balsamu peruwiańskiego opracowywano sposoby wykrywania „nieoryginalnego” surowca [3]. Już w Farmakopei Polskiej II pojawiły się szczegółowe wymagania dla balsamu peruwiańskiego (tabela 1) [6].

Tabela 1 Wymagania dotyczące balsamu peruwiańskiego zg z FP II [6].

Ciężar właściwy	1,14 – 1,165
Liczba zmydlania	Nie mniejsza niż 224
Zawartość cynameyny	Nie mniej niż 56%
Liczba estrowa cynameyny	235 – 264

Podjęmowano również próby zsyntetyzowania balsamu peruwiańskiego. Pierwszą substancją, jaką zastosowano w zastępstwie balsamu był benzylowy ester kwasu benzoowego, który jednak okazał się zbyt drażniący na skórę *per se*. W celu zmniejszenia podrażnienia rozcieńczano go olejem rycynowym, co z kolei pozbawiło formuację działania leczniczego. Poddawano próbom również mieszaniny estrów kwasów benzoowego i cynamonowego z żywicami i czystym kwasem cynamonowym, które jak się okazało spełniały ówczesne wymagania farmakopealne. Syntetyczny balsam peruwiański był stosowany w recepturze w okresie dwudziestolecia międzywojennego, jednak nigdy nie stał się surowcem farmakopealnym [3].



Balsam peruwiański jest surowcem bogatym w związki o budowie fenolowej i terpenowej. Dokładny opis właściwości balsamu peruwiańskiego znajduje się w Farmakopei Polskiej XIII, która opisuje surowiec jako ciemnobrunatną, lepłą ciecz o charakterystycznym zapachu waniliny i cynamonu, oglądana w cienkiej warstwie jest żółtawobrunatna i przezroczysta [7]. Substancja nie wysycha, nie tworzy nitek i nie jest klejąca. Surowcem farmakopealnym może być jedynie balsam pochodzenia naturalnego pozyskiwany przez nacinanie na gorąco pni drzewa *Myroxylon balsamum* (L.) Harms var. *Pereirae* (Royle) Harms. Zgodnie z aktualną FP balsam peruwiański powinien charakteryzować się zawartością estrów w zakresie od 45 do 70% (m/m), głównie benzoesu benzylu i cynamonianu benzylu. Podobnie, jak w starszych farmakopeach, również w aktualnej monografii znajdują się wytyczne i badania

dotyczące tożsamości balsamu peruwiańskiego i wskazówki dotyczące wykrywania zafałszowania surowca sztucznymi balsamami, olejami tłustymi lub terpentyną (tabela 2).

Tabela 2 Wymagania dotyczące balsamu peruwiańskiego zg z FP XIII [7].

Gęstość względna	1,14 – 1,17
Liczba zmydlenia	230 - 255

Według FP XIII balsam peruwiański charakteryzuje się dobrą rozpuszczalnością w bezwodnym etanolu, jest praktycznie nierozpuszczalny w wodzie i nie miesza się z olejami tłustymi za wyjątkiem oleju rycynowego. W wykazie dawek FP XIII opisano działanie surowca jako słabo odkażające przy stosowaniu zewnętrznym w stężeniu 5-10% w maściach. Zgodnie z FP XIII surowiec należy przechowywać bez dostępu światła [7-10].

Surowiec był znany i stosowany w medycynie naturalnej od czasów prekolumbijskich. Po rozpowszechnieniu się w Europie balsam peruwiański był uznawany za lek uniwersalny, stosowany zarówno wewnętrznie, jak i zewnętrznie. Zdziwienie może budzić wewnętrzne



stosowanie surowca, bowiem balsam peruwiański był stosowany wewnętrznie jako środek wykrztuśny w przewlekłych schorzeniach dolnych dróg oddechowych. Z uwagi na działanie drażniące błonę śluzową żołądka stosowania tego zaprzestano. Dużo szersze zastosowanie balsam peruwiański miał i ma do dziś w postaciach leku stosowanych zewnętrznie (maści, mazideł, emulsji i czopków). Zaobserwowano, że surowiec wykazuje skuteczność terapeutyczną w leczeniu pasożytniczych zakażeń skóry, szczególnie w odniesieniu do świerzbowca. Stosowany zewnętrznie balsam peruwiański wykazuje bardzo szerokie działanie lecznicze: odkażające i przeciwpzapalne, przeciwswierzbowe, pobudzające ziarninowanie naskórka, słabe przeciwbólowe i znieczulające. Postacie leku z balsamem peruwiańskim znajdują zastosowanie w leczeniu ran, oparzeń, odmrożeń, odleżyn, hemoroidów, a także w terapii chorób skórnych (egzema, łuszczyca). Ponadto surowiec pobudza naturalne procesy regeneracji przez poprawę mikrokrażenia i wzrost produkcji kolagenu i

elastyny. Wymienione właściwości lecznicze surowca są wykorzystywane w wielu postaciach leku, m.in. w maściach, mazidłach i emulsjach na oparzenia, odmrożenia, na trudno gojące się nadkażone rany, odleżyny, świerzb oraz w postaci czopków i maści stosowanych w leczeniu hemoroidów [2, 8-11]. Leki zawierające w składzie balsam peruwiański są również stosowane w leczeniu zmian atopowych, alergicznych i łuszczycowych oraz podrażnień termicznych oraz chemicznych, które przebiegają z wystąpieniem stanu zapalnego. Istnieją również doniesienia naukowe o stosowaniu balsamu peruwiańskiego w stężeniach wyższych niż zwykle stosowane wskazywane przez FP XIII, tzw. zastosowanie „*off-label*” (poza wskazaniami), w połączeniu z olejem rycynowym i etanolem balsam peruwiański może być stosowany na zmiany po ukąszeniach owadów oraz w stanach zapalnych [2]. Warto pamiętać, że z uwagi na działanie drażniące balsamu peruwiańskiego może on wywoływać podrażnienia i reakcje alergiczne u osób ze skłonnościami do alergii kontaktowych, dlatego też nie zaleca się u tych osób stosowania leków zawierających balsam dłużej niż tydzień. Ponadto należy uczulać pacjentów stosujących produkty z balsamem peruwiańskim, aby chronić zmienione chorobowo miejsca przed promieniowaniem słonecznym, ponieważ surowiec charakteryzuje się potencjałem fotouczulającym i fototoksycznym [1, 2].

Pomimo tak szerokiej gamy zastosowań balsamu peruwiańskiego brakuje przeprowadzonych badań klinicznych potwierdzających działanie terapeutyczne surowca u ludzi. Nieliczne badania na szczurach potwierdziły działanie bakteriobójcze oraz przyspieszające regenerację skóry i różnicowania tkanki bliznowatej. Balsam peruwiański należy do grupy alergenów kontaktowych o znanym i szeroko udokumentowanym działaniu alergizującym. W literaturze można znaleźć liczne doniesienia o występowaniu zapalenia skóry po miejscowym zastosowaniu surowca. Co więcej, balsam peruwiański może powodować fotouczulenie. Z uwagi na wysoki potencjał alergizujący oraz innych surowców o podobnym działaniu i skuteczności, zastosowanie balsamu peruwiańskiego w Unii Europejskiej jest w ograniczone. Pacjentom stosującym leki recepturowe z balsamem peruwiańskim po raz pierwszy warto zalecać, aby najpierw nakładali niewielką ilość leku na zdrową skórę w celu sprawdzenia czy nie wywołuje on u nich reakcji alergicznej [1-4].



Warto pamiętać o istotnej niezgodności recepturowej, która często występuje w lekach robionych. Balsam peruwiański nie miesza się z olejami mineralnymi oraz lipofilowymi podłożami maściowymi, jak wazelina, euceryna, lanolina, smalec, olej kakaowy, czy parafina płynna. Ponadto balsam peruwiański jest niezgodny z siarką, tlenkiem cynku, ichtiolem i kwasem bornym. Jedyną substancją, która dobrze miesza się z balsamem peruwiańskim jest olej rycynowy, dlatego też rozwiązaniem niezgodności będzie wymieszanie balsamu z olejem rycynowym w proporcji 1:1 przed połączeniem z podłożem. W przypadku niskich stężeń surowca (poniżej 2%) uniknięcie niezgodności jest również możliwe poprzez odpowiednią kolejność łączenia składników [8, 9, 11].

Przykładowe recepty z balsamem peruwiańskim:

Maść Mikulicza (Maść czarna):

Rp.

Argentii nitrici 1,0

Balsami peruviani 10,0

Aquae q.s.

Vasellini flavi ad 100,0

M.f. ung.

Nazwa tej receptury pochodzi od nazwiska jej twórcy - Jana Mikulicza-Radeckiego, polskiego chirurga, pioniera antyseptyki. Maść na trudno gojące się rany. Azotan srebra rozpuścić w niewielkiej ilości wody (w proporcji 1:1), balsam peruwiański wymieszać z olejem rycynowym w proporcji 1:1 i wszystkie składniki połączyć z wazeliną. Ilość podłoża zmniejszyć o ilość wody i wprowadzonego oleju rycynowego.

Maść Kocha	I	II	Receptura znajduje zastosowanie w leczeniu oparzeń oraz odmrożeń. Istnieją dwa przepisy na wykonanie recepty, które różnią się stężeniem balsamu peruwiańskiego oraz sposobem wykonania. Niezgodności między balsamem peruwiańskim a parafiną płynną i wazeliną białą w przypadku przepisu I można uniknąć stosując odpowiednią kolejność łączenia składników (najpierw wemulgować do podłoża parafinę i następnie balsam), ponieważ stężenie balsamu peruwiańskiego jest niskie. W przypadku drugiej recepty konieczne jest zastąpienie parafiny płynnej równoważną ilością oleju rycynowego.
Rp.			
Balsami peruviani	1,0	5,0	
Paraffini liq.	1,0	5,0	
Vaselini albi	ad 80,0	ad 80,0	
M.f. ung.			
Maść z ichtamolem i balsamem peruwiańskim na odmrożenia			Ichтамol działa przeciwzapalnie, ściągająco i przeciwbakteryjnie, kamfora poprawia miejscowe ukrwienie skóry i działa rozgrzewająco. Balsam peruwiański należy połączyć z olejem rycynowym w proporcji 1:1, ichtamol z zapisaną w receptcie lanoliną, natomiast kamforę rozpuścić w stopionym i lekko ostudzonym podłożu. Następnie wszystkie składniki połączyć ze sobą, mieszaninę balsamu peruwiańskiego z olejem rycynowym wprowadzając na koniec.
Rp.			
Ichthammoli	10,0		
Camphorae			
Balsami peruviani	aa 5,0		
Vaselini flavi	ad 50,0		
M.f. ung.			
Maść z tlenkiem cynku na odmrożenia			Koszt podłoża należy wprowadzić 3 g oleju rycynowego w celu homogennego połączenia balsamu peruwiańskiego z podłożem. Lanolinę i wazelinę żółtą wymieszać, dodać tlenek cynku i wemulgować wodę (przy użyciu miksera aptecznego, natomiast w przypadku metody ręcznej wykonanie recepty
Rp.			
Zinci oxidi	10,0		
Balsami peruviani	3,0		
Aquae	8,0		
Vaselini flavi			
Lanolini	aa ad 100,0		
M.f. ung.			

		należy zacząć od roztarcia tlenku cynku w moździerz). Na koniec dodać balsam peruwiański wymieszany z olejem rycynowym.
Rp. Balsami peruviani Ol. Lini Vit. A liq. Vit. E. liq. Lanolini M.f. ung.	aa 5,0 ad 100,0	Witamina A wspomaga procesy regeneracji skóry, natomiast witamina E działa antyoksydacyjnie. Z uwagi na zachodzącą niezgodność między balsamem peruwiańskim a olejem lnianym, należy zamienić ten ostatni na olej rycynowy w celu homogennego połączenia z podłożem, choć w literaturze można spotkać się z wykonaniem tej recepty zgodnie z jej zapisem [4].
Maść na odleżyny z morfiną: Rp. Morphini hydrochlorici 0,2 Balsami peruviani Aquae Eucerini M.f. ung. D.S. Co 4 h smarować odleżynę	aa 10,0 ad 100,0	W celu połączenia balsamu peruwiańskiego z euceryną należy wprowadzić 10g oleju rycynowego kosztem podłoża. Chlorowodorek morfiny rozpuścić w przepisanej ilości wody i wemulgować do podłoża. Na koniec dodać balsam peruwiański wymieszany z olejem rycynowym.
Rp. Balsami peruviani Ethanolu 96% Ricini olei M.f. lin. D.S. 1 x dziennie nanieść na zmienione chorobowo miejsca	27,0 aa ad 100,0	Balsam peruwiański połączyć z olejem rycynowym, a następnie dodać stężony etanol, który jako jedyny rozpuszczalnik łączy się z olejem rycynowym.

Niewiele surowców farmaceutycznych może poszczycić się tak ciekawą historią i złożonym procesem pozyskiwania jak balsam peruwiański. Właściwości lecznicze i szerokie zastosowanie uczyniły surowiec chętnie i często wykorzystywanym w recepturze i jednocześnie poszukiwanym z uwagi na ograniczoną dostępność. Pomimo czasowych przerw w dostępności surowiec wciąż cieszy się popularnością w recepturze aptecznej, być może również dlatego, że nie ma żadnego syntetycznego odpowiednika balsamu peruwiańskiego zarejestrowanego jako surowiec

farmaceutyczny do receptury, który cechowałby się zbliżonymi właściwościami farmaceutycznymi. Aktualnie po kilku latach nieobecności farmaceuci, lekarze i pacjenci znów mogą cieszyć się lekami recepturowymi zawierającymi balsam peruwiański i leczyć oparzenia, odmrożenia czy trudno gojące się rany przewlekłe.

Literatura:

1. Receptura: niezbędnik dla początkujących i zaawansowanych, Wydanie I; red. Cieślík, P. Wydawnictwo Farmaceutyczne: Kraków, **2022**.
2. Winnicka, K; Olechno, K. O zastosowaniu balsamu peruwiańskiego w recepturze aptecznej *Recepta.PL* **2025** 1, 26-29.
3. Bilek, J; Bilek, M. Surowce recepturowe dawniej i dziś – balsam peruwiański *Aptekarz Polski* **2021**.
4. Materiały ze strony internetowej www.akademiafagronu.pl
5. Schottenhammer A. "Peruvian balsam": an example of transoceanic transfer of medicinal knowledge. *J Ethnobiol Ethnomed.* **2020** 16 (1), 69.
6. Farmakopea Polska, Towarzystwo Przyjaciół Wydziałów i Oddziałów Farmaceutycznych przy Uniwersytetach w Polsce: Warszawa, **1937**.
7. Farmakopea Polska, Wydanie XIII.; Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (Polska), **2023**.
8. Farmacja Stosowana: Technologia Postaci Leku; Sznitowska, M., Ed.; PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, **2017**.
9. Receptura apteczna: sporządzanie leków jałowych i niejłowych; Wydanie I; red. Jachowicz, R. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, **2021**.
10. Guarneri, F; Corazza, M; Stingeni, L; Patruno, C; Napolitano, M; Pigatto, P.D.M.; Gallo, R; Cristaudo, A; Romita, P; Offidani, A; Schena, D; Milanesi, N; Micali, G; Zucca, M; Foti, C; SIDAPA Study Group. Myroxylon pereirae (balsam of Peru): Still worth testing? *Contact Dermatitis.* **2021** 85 (3), 269-273.
11. Podstawy receptury aptecznej: materiały do ćwiczeń dla studentów farmacji; Wydanie VII; red. Gajewska, M.; Sznitowska, M. Fundacja Pro Farmacia Futura, Warszawa, **2024**.

MEDYCYNA DLA FARMACEUTÓW

Mgr farm. Jarosław Mateuszuk

HEPARYNY DROBNOCZĄSTECZKOWE W PROFILAKTYCE POZAINTERNISTYCZNEJ – OGÓLNE ZASADY

Wstęp

Heparyna drobnocząsteczkowa (HDCz) jest chemicznie glikozaminoglikanem o masie cząsteczkowej ok. 4500 D otrzymywanym przez depolimeryzację heparyny. W dużych dawkach używana jest w leczeniu aktywnej choroby zakrzepowej, w mniejszych dawkach - w profilaktyce przeciwzakrzepowej tj. w okresie okołoperacyjnym, u osób unieruchomionych z przyczyn ortopedycznych, ginekologicznych lub internistyczno-neurologicznych czy długotrwałych podróży. Jej stosowanie jest obarczone mniejszymi skutkami ubocznymi niż heparyny niefrakcjonowanej (HNF).

Mechanizm działania

Mechanizm działania przeciwzakrzepowego polega na aktywacji antytrombiny, która hamuje trombinę (czynnik IIa) oraz inne czynniki krzepnięcia, w tym głównie czynnik Xa. Heparyna wiąże się z antytrombiną, co znacznie przyspiesza tę reakcję. W większych stężeniach heparyna może także hamować agregację i adhezję płytek krwi, zwiększając ujemny ładunek ścian naczyń krwionośnych i zapobiegając powstawaniu przyściennych skrzepin. Szczegółowo heparyna, posiadając unikalną strukturę pentasacharydową, łączy się z antytrombiną, czynnikiem krzepnięcia hamującym działanie trombiny, co zwiększa jej zdolność do neutralizowania trombiny

oraz innych
czynników
krzepnięcia.

Należy podkreślić, że heparyna nie ma działania
fibrnolitycznego
czyli nie
rozpuszcza
istniejących już
skrzepów.



Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa

Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa (ŻChZZ), czyli zakrzepica żył głębokich (ZŻG) i zatorowość płucna (ZP), stanowi ważny, interdyscyplinarny problem współczesnej medycyny. Pod względem częstości występowania jest 3. najczęstszą chorobą sercowo-naczyniową, po zawale serca i udarze mózgu. O ile zakrzepica żył głębokich jest rozpoznawana prawidłowo i często we wczesnej fazie rozwoju choroby, o tyle zatorowość płucna prowadzi często do nagłego zgonu, bez widocznych wcześniejszych symptomów choroby. Jednak jeśli wcześniej wystąpią objawy zakrzepicy żył głębokich (ZŻG) to niezwłocznie należy włączyć postępowanie terapeutyczne. Stosowanie profilaktyki znacznie zmniejsza ryzyko ŻChZZ, ale żadna z metod nie zapobiega jej całkowicie. Wybór metody profilaktyki może zależeć od kosztu, możliwości monitorowania leczenia (np. INR) i od planowanego czasu leczenia; należy uwzględnić także preferencje pacjenta. Prawidłowa profilaktyka ŻChZZ jest uznawana za najważniejszą interwencję zwiększającą bezpieczeństwo chorych, pozwalającą nie tylko unikać niekorzystnych stanów zdrowotnych, ale i zmniejszyć ogólny koszt opieki. Profilaktyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej dotyczy pacjentów przed- i pooperacyjnych poddawanych zabiegom chirurgii ogólnej, onkologicznej czy ortopedii, w tym urazowej. Profilaktyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej dotyczy również w szczególnych przypadkach kobiet w ciąży oraz osób odbywających długie podróże samolotem.

Patogeneza żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej

W warunkach fizjologicznych hemostaza jest złożonym i dynamicznie zachodzącym procesem regulującym i zapewniającym odpowiednią aktywność czynników wpływających na krzepnięcie krwi, naprawę uszkodzonych śródbłonek i okłuszję naczyń w przypadku krwawienia. Hemostazę zaburza krwotok lub nadmierne wykrzepianie. Do podstawowych mechanizmów powodujących żylną chorobę zakrzepowo-zatorową należą (triada Virchowa):

- zastój żylny, podczas którego zwiększona jest lepkość krwi, niedotlenione są śródbłonki, niemożliwe staje się usuwanie aktywnych czynników krzepnięcia oraz występuje zbyt powolny napływ inhibitorów krzepnięcia,
- uszkodzenie naczyń krwionośnych – w wyniku uszkodzenia śródbłonek odsłonięte zostają głębsze partie ściany naczyniowej, co sprzyja adhezji trombocytów, i dynamicznie aktywuje się kaskada procesów krzepnięcia,
- nadkrzepliwość wynikająca z nabytych lub wrodzonych zaburzeń prawidłowych mechanizmów krzepnięcia, które sprzyjają powstawaniu materiału zakrzepowego.

Czynniki wpływające na decyzję o zastosowaniu profilaktyki ŻChZZ u pacjentów chirurgicznych

W okresie okołoperacyjnym zasadnicze znaczenie ma określenie ryzyka ŻChZZ u chorego i czy w związku z tym będzie on wymagał zastosowania profilaktyki przeciwzakrzepowej. W ramach profilaktyki stosuje się m.in. metody farmakologiczne. Do indywidualnych czynników ryzyka należą stwierdzone zaburzenia w układzie krzepnięcia, wrodzone lub nabyte – trombofilia; przebyty w przeszłości epizod ŻChZZ; otyłość; stosowanie hormonalnej terapii zastępczej bądź innych leków zwiększających ryzyko wystąpienia ŻChZZ. Do czynników związanych z rodzajem operacji należą:

1. przedłużony czas trwania operacji (≥ 2 godz.)
2. operacja w obrębie jamy brzusznej lub klatki piersiowej (np. duża operacja z powodu nowotworu złośliwego)
3. przedłużone unieruchomienia po operacji (≥ 4 dni)
4. operacja przeprowadzona u chorego w stanie krytycznym (np. po urazie wielonarządowym lub rozległym oparzeniu).

Przedstawiony poniżej model oceny ryzyka (Capriniego) wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej, zalecany w wytycznych American College of Chest Physicians pozwala wstępnie zakwalifikować pacjenta poddawanego zabiegowi do zastosowania profilaktyki przeciwzakrzepowej

Tabela 1. Zmodyfikowany model oceny ryzyka Capriniego^a

1 pkt	2 pkt	3 pkt	5 pkt
- wiek 41–60 lat - mały zabieg operacyjny - BMI > 25 kg/m² - obrzęk kończyn dolnych - żylaki kończyn dolnych	- wiek 61–74 lat - zabieg artroskopowy - duży zabieg chirurgiczny otwarty (> 45 min) - zabieg laparoskopowy (> 45 min) - przebyta choroba nowotworowa	- wiek ≥ 75 lat - przebyta ŻChZZ - ŻChZZ w wywiadzie rodzinnym - nowotwór złośliwy lub chemioterapia - niedobór antytrombiny, białka C lub białka S	- udar mózgu (< 1 mies.) - planowa aloplastyk a stawu - złamanie kości miednicy, uda lub podudzia - ostre

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ciąża lub okres połogu • przebyte niewyjaśnione lub nawykowe poronienia – doustna antykoncepcja lub hormonalna terapia zastępcza • sepsa (<1 mies.) • poważna choroba płuc, w tym zapalenie płuc (<1 mies.) • zaburzenia czynności płuc • świeży zawał serca • zaostrzenie lub rozpoznane niewydolności serca (<1 mies.) • choroba zapalna jelit w wywiadach • chory leczony zachowawczo, pozostający w łóżku | <ul style="list-style-type: none"> • pozostawanie w łóżku (>72 godz.) • unieruchomienie kończyny w opatrunku gipsowym • cewnik w żyłę centralnej | <ul style="list-style-type: none"> • czynnik V Leiden • mutacja G20210A genu protrombiny • antykoagulant toczeniowy • przeciwciała antykardiolipinowe • przeciwciała przeciwko β_2-glikoproteinie I • małopłytkowość wywołana przez heparynę (HIT) • inna wrodzona lub nabyta trombofilia | <p>uszkodzenie rdzenia kręgowego (<1 mies.)</p> |
|--|--|---|--|

Interpretacja

Punktacja	Klasa ryzyka	Ryzyko ŻChZZ przy niestosowaniu profilaktyki
0	bardzo małe	<0,5%
1–2	Małe	ok. 1,5%
3–4	Pośrednie	ok. 3%
≥5	Duże	≥6%

^a Stosuje się go u chorych operowanych. BMI – wskaźnik masy ciała, ŻChZZ – żylna choroba zakrzepowo-zatorowa przedruk z: Niżankowski R., Windyga J., Pruszczyk P.: Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa. W: Gajewski P., Jaeschke R., red.: Interna Szczeklika 2023. Kraków, Medycyna Praktyczna, 2023: 594, zmodyfikowane

Jednocześnie u każdego chorego wymagającego zastosowania profilaktyki przeciwzakrzepowej powinno się przed jej wdrożeniem, ocenić pacjenta pod kątem ryzyka poważnego krwawienia w okresie okołoperacyjnym, czyli takiego, które jest zakończone zgonem lub powoduje obniżenie hemoglobiny o co najmniej 2 g/dl lub wymaga reoperacji w krytycznym narządzie. U chorych, u których wykonywane są operacje z zakresu chirurgii ogólnej, bariatrycznej, naczyniowej, torakochirurgii oraz chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej z reguły ryzyko krwawienia jest względnie małe, natomiast u chorych kardiochirurgicznych, neurochirurgicznych czy poddanych rozległemu urazowi jest duże. Oczywiście należy uwzględnić współistniejące choroby wątroby prowadzące do zaburzeń hemostazy.

Tabela 2. Dawkowanie leków przeciwkrzepliwych w profilaktyce żylnych chorób zakrzepowo-zatorowych (ŻChZZ) u chorych poddawanych operacjom nieortopedycznym^{8,12-14}

Lek ^a	Czas rozpoczęcia Dawkowanie po operacji profilaktyki ^b
enoksaparyna	40 mg 12 godz. przed operacją • 40 mg s.c. co 24 godz. • u osób z C_{kreat} 15–30 ml/min – 20 mg s.c. co 24 godz., nie stosować u osób z C_{kreat} <15 ml/min • u chorych obciążonych bardzo dużym ryzykiem ŻChZZ można

		rozważyć podawanie leku co 12 godz.
		• u chorych obciążonych małym lub pośrednim ryzykiem ŻChZZ można rozważyć 20 mg/d co 24 godz.
dalteparyna	5000 j. 12 godz. przed operacją	• 5000 j. s.c. co 24 godz. • u chorych obciążonych małym lub pośrednim ryzykiem ŻChZZ – 2500 j. s.c. 8–12 godz. po zabiegu, a następnie 2500 j. co 24 godz.
nadroparyna	2850 j. 12 godz. przed operacją	• 2850 j. s.c. co 24 godz. • nie stosować u osób z $C_{\text{kreat}} < 30$ ml/min
heparyna niefrakcjonowana ^c	5000 j. ≥ 2 godz. przed operacją	• 5000 j. s.c. co 12 godz. • u osób obciążonych bardzo dużym ryzykiem ŻChZZ lub z otyłością co 8 godz.
fondaparynuks	2,5 mg 6–8 godz. po zaszyciu skóry	• 2,5 mg s.c. > co 24 godz. • u osób z $C_{\text{kreat}} 20\text{--}50$ ml/min – 1,5 mg co 24 godz., nie stosować u osób z $C_{\text{kreat}} < 20$ ml/min

^a U chorych z BMI ≥ 40 kg/m² można rozważyć zwiększenie dawki heparyny drobnocząsteczkowej o ok. 30%.

^b Czas rozpoczęcia profilaktyki należy ocenić indywidualnie, u pacjentów wymagających dłuższej hospitalizacji przed zabiegiem może być konieczne stosowanie profilaktyki również w okresie przedoperacyjnym, z kolei chorzy przyjmowani do szpitala w dniu zabiegu zwykle otrzymują pierwszą dawkę leku przeciwkrzepliwego po operacji.

^c preferowana u chorych z przewlekłą chorobą nerek, zwłaszcza z $C_{\text{kreat}} < 30$ ml/min

BMI – wskaźnik masy ciała, C_{kreat} – klirens kreatyniny, *i.v.* – dożylnie, *s.c.* – podskórnice

Źródło: <https://www.mp.pl/oit/opieka-okolooperacyjna/347817.profilaktyka-zylnej-choroby-zakrzepowo-zatorowej-w-okresie-okolooperacyjnym>

Zaleca się stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej do czasu pełnego uruchomienia chorego lub do czasu wypisu ze szpitala (zwykle przez 4–14 dni). Przedłużoną profilaktykę farmakologiczną (do 28 dni po zabiegu) zaleca się u chorych po rozległych operacjach w obrębie jamy brzusznej i miednicy mniejszej, a zwłaszcza po dużych operacjach onkologicznych w tych miejscach.

Czynniki wpływające na decyzję o zastosowaniu profilaktyki ŻChZZ u pacjentów ortopedycznych

Ze względu na rozwój endoprotetycznej techniki zabiegowej w ostatnich latach i wzrastającą liczbę przeprowadzanych zabiegów ortopedycznych zachodzi potrzeba rozważenia wprowadzenia profilaktyki przeciwzakrzepowej u części pacjentów. W



polских wytycznych dopuszcza się stosowanie zmodyfikowanego modelu oceny ryzyka Capriniego w celu określenia prawdopodobieństwa wystąpienia ŻChZZ u chorych poddawanych operacjom ortopedycznym. Należy zauważyć, że już sama potrzeba przeprowadzenia aloplastyki stawu biodrowego lub kolanowego lub operacji z powodu złamania miednicy, kości udowej lub kości podudzia, automatycznie klasyfikuje chorego do grupy dużego ryzyka wystąpienia ŻChZZ. Inne czynniki to przedłużony czas trwania operacji, przedłużone unieruchomienie po operacji i ucisk żył głębokich w czasie operacji wynikający z wymuszonej pozycji kończyny (np. zgięcie i przywiedzenie stawu biodrowego). Rozległe zabiegi ortopedyczne wiążą się z istotnym ryzykiem krwawienia, ale sugeruje się, że profilaktyka przeciwzakrzepowa zwiększa to ryzyko minimalnie – korzyści je przewyższają.

Tabela 3. Dawkowanie leków stosowanych w profilaktyce przeciwzakrzepowej u chorych poddawanych operacjom ortopedycznym

Lek	Czas rozpoczęcia profilaktyki	Dawkowanie po operacji
enoksaparyna	40 mg na 12 godz. przed operacją lub 12–24 godz. po zakończeniu operacji	40 mg s.c. co 24 godz. - u osób z C_{kreat} 15–30 ml/min – 20 mg s.c. co 24 godz., nie stosować u osób z $C_{\text{kreat}} < 15$ ml/min - u chorych o małym lub pośrednim ryzyku ŻChZZ można rozważyć dawkowanie 20 mg/d co 24 godz.
dalteparyna	5000 j. lub 2500 j. 12 godz. przed operacją,	5000 j. s.c. co 24 godz. - u chorych obarczonych małym lub pośrednim ryzykiem ŻChZZ – 2500 j. s.c. 8–12 h po zabiegu (jeśli 1. dawkę podano przed operacją), następnie 5000 j. co 24 godz.
nadroparyna	1. dawkę podaje się 12 godz. przed operacją lub 12–24 godz. po zabiegu	- dawkowanie zależy od masy ciała: < 50 kg – 1900 j.; 50–69 kg – 2850 j.; ≥ 70 kg – 3800 j. 2. dawkę należy podać 12 godz. po zabiegu, a kolejne – co 24 godz., od 4. doby dawkę dobową należy zwiększyć: < 50 kg – 2850 j.; 50–69 kg – 3800 j.; ≥ 70 kg – 5700 j. - u chorych z C_{kreat} 30–50 ml/min wskazana redukcja dawki o 25–30%, nie stosować u osób z $C_{\text{kreat}} < 30$ ml/min
heparyna niefrakcjonowana ^b	5000 j. 2 godz. przed operacją	5000 j. s.c. co 8 godz.
fondaparynuks	6–24 godz. po zabiegu	2,5 mg s.c. co 24 godz. - u osób z C_{kreat} 20–50 ml/min – 1,5 mg co 24 godz., nie stosować u osób z $C_{\text{kreat}} < 20$ ml/min

rywaroksaban ^b	6–10 godz. po zabiegu	• 10 mg co 24 godz. • nie zaleca się stosowania u osób z $C_{\text{kreat}} < 15$ ml/min
dabigatran ^b	1–4 godz. po zabiegu	• 1. dawka – 110 mg, kolejna 220 mg co 24 godz. • u chorych z $C_{\text{kreat}} 30\text{--}50$ ml/min, >75. rż. lub w trakcie leczenia amiodaronem lub werapamilem zaleca się redukcję dawki: 1. dawka 75 mg, następnie 150 mg co 24 godz., nie stosować u osób z $C_{\text{kreat}} < 30$ ml/min
apiksaban ^c	12–24 godz. po zabiegu	• 2,5 mg co 12 godz. • nie stosować u osób z $C_{\text{kreat}} < 15$ ml/min

^a U chorych z BMI ≥ 40 kg/m² można rozważyć zwiększenie dawki heparyny drobnocząsteczkowej o ok. 30%.

^b lek preferowany u chorych z przewlekłą chorobą nerek, zwłaszcza z $C_{\text{kreat}} < 30$ ml/min

^c leki zarejestrowane do stosowania w profilaktyce ŻChZZ po przebytej planowej alopłastyce stawu biodrowego lub kolanowego

BMI – wskaźnik masy ciała, C_{kreat} – klirens kreatyniny, i.v. – dożylnie, s.c. – podskórnice, ŻChZZ – żylna choroba zakrzepowo-zatorowa

Źródło: <https://www.mp.pl/oit/opieka-okolooperacyjna/347817.profilaktyka-zylnej-choroby-zakrzepowo-zatorowej-w-okresie-okolooperacyjnym> (dostęp dla osób uprawnionych)

W przypadku protezowania stawu biodrowego, leczenia złamań okołoprotezowych, leczenia operacyjnego bliższego końca kości udowej profilaktykę farmakologiczną stosuje się przez okres do 35 dni, a w przypadku protezowania stawu kolanowego przez 14 dni. U chorych poddawanych zabiegom artroskopowym stawów kończyny dolnej, jeśli wdraża się profilaktykę farmakologiczną to należy ją stosować przez 10 – 14 dni, a w przypadku zabiegów kończyny górnej czas trwania profilaktyki przeciwzakrzepowej wynosi 5 – 7dni.

Zagadnieniem dyskusyjnym jest jednoczesne stosowanie z heparynami drobnocząsteczkowymi preparatów ASA. W polskich wytycznych zaleca się nieprzerwanie w okresie okołooperacyjnym leczenia przeciwplatekowego z użyciem ASA w dawkach <325 mg/d w ramach profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych u osób z obciążonych dużym ryzykiem tętniczych epizodów zatorowo-zakrzepowych poddawanych dużym operacjom ortopedycznym.

Profilaktyka przeciwzakrzepowa u chorych na nowotwory

U pacjentów onkologicznych chorujących na nowotwory złośliwe: trzustki, żołądka, płuc, mózgu, jelita grubego oraz nowotwory złośliwe układu krwiotwórczego ryzyko pojawienia się żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej wzrasta kilkukrotnie, a zwłaszcza w przypadku hospitalizacji, unieruchomienia, stosowania niektórych leków takich jak inhibitory angiogenezy, erytropoetyna, chemioterapia – cisplatyna, należy włączyć profilaktykę farmakologiczną. Optymalny czas trwania profilaktyki przeciwzakrzepowej nie został dotąd ustalony – zwykle jest ona wskazana przez pierwsze 4–6 mies. leczenia przeciwnowotworowego, do czasu uzyskania poprawy albo dłużej, w zależności od występowania czynników ryzyka zakrzepowego.

Profilaktyka przeciwzakrzepowa u kobiet w ciąży

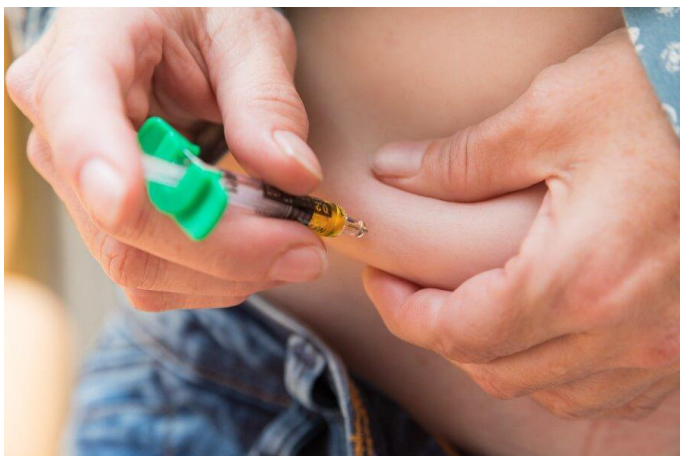
Profilaktyka przeciwzakrzepowa w trakcie ciąży jest w szczególnych sytuacjach bardzo ważna, ze względu na możliwość wystąpienia zatorowości płucnej i w efekcie nagłego zgonu. Ocena ryzyka należy do lekarza specjalisty ginekologa we współpracy z hematologiem. Lekami z wyboru są heparyny drobnocząsteczkowe, ponieważ nie przechodzą przez łożysko i tym samym nie powodują wad rozwojowych ani krwawienia u płodu. W przypadku zbliżającego się terminu porodu należy zaplanować jego przebieg uwzględniając odpowiedni czas przerwania leczenia przeciwzakrzepowego.



Profilaktyka u osób odbywających długotrwałe podróże samolotem

W przypadku planowanej długiej podróży samochodem lub autobusem bez dłuższych przerw na aktywność fizyczną lub podróży samolotem powyżej 4 -6 godzin w szczególnych przypadkach (np. niedawny zabieg operacyjny, przebyty epizod ŻChZZ, połów, aktywna choroba nowotworowa lub ≥ 2 czynniki ryzyka, w tym kombinacja powyższych z hormonalną terapią zastępczą, otyłością lub ciążą) wskazane jest założenie podkolanówek o stopniowanym ucisku, zapewniających ucisk

na poziomie kostki wynoszący 10–20 mm Hg lub 20–30 mm Hg albo wstrzyknięcie przed odlotem pojedynczej profilaktycznej dawki heparyny drobnocząsteczkowej lub przyjęcie doustnych leków przeciwniekrzepiowych niebędących



antagonistami witaminy K. Jeśli nie ma możliwości zastosowania powyższych metod sugeruje się przyjęcie przed lotem ASA.

Podsumowanie

Preparaty heparyny drobnocząsteczkowej są skuteczne i bezpieczne u pacjentów co zostało udowodnione przez dłuższy okres obserwacji klinicznej w trakcie ich stosowania. Są one co najmniej równie skuteczne i bezpieczne jak heparyna niefrakcjonowana, a wygodniejsze w stosowaniu. Choć są droższe od heparyny niefrakcjonowanej to większy ich koszt prawdopodobnie z nadwyżką rekompensują oszczędności związane z krótszą hospitalizacją. Najbardziej korzystną cechą heparyn drobnocząsteczkowych jest łatwiejszy do przewidzenia związek między dawką a efektem antykoagulacyjnym, co się przekłada na dawkowanie w przeliczeniu na masę ciała pacjenta bez monitorowania laboratoryjnego. Należy jednak uwzględnić stan kliniczny pacjenta z niewydolnością nerek czy otyłością.

Opracowania i teksty źródłowe:

1. Anderson D.R., Morgano G.P., Bennett C. i wsp.: American Society of Hematology 2019 guidelines for management of venous thromboembolism: prevention of venous thromboembolism in surgical hospitalized patients. *Blood Adv.*, 2019; 3: 3898–3944
2. Chmielewski D., Górecki A., Kusz D. i wsp.: Zasady profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej w ortopedii i traumatologii narządu ruchu (aktualizacja z dnia 18.02.2014). <https://ptoit.pl/wytyczne>
3. Tomkowski W., Kuca P., Urbanek T. i wsp.: Venous thromboembolism – recommendations on the prevention, diagnostic approach and management. The 2017 Polish Consensus Statement. *Acta Angiol.*, 2017; 23: 35–71
4. Opieka okołoperacyjna. Profilaktyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej w okresie okołoperacyjnym *Med. Prakt.*, 2024; 5: 100-110
5. Profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej *Med. Prakt.*, 2024; 4: 116-119
6. Profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej u chorych na nowotwór złośliwy. Omówienie wytycznych American Society of hematology 2018. *Med. Prakt.*, 2019; 5: 23-25
7. Opieka okołoperacyjna nad chorym przyjmującym leki przeciwkrzepliwe. *Med. Prakt.*, 2023; 6: 92-100
8. <https://www.mp.pl/artykuly/1248,profilaktyka-przeciwzakrzepowa-i-leczenie-zakrzepicy-w-roznych-stanach-klinicznych-heparyny-vi-wytyczne-american-college-of-chest-physicians-2000,1>

Mgr farm. Jarosław Mateuszuk

MEDYCYNA SPERSONALIZOWANA W ONKOLOGII NOWOCZESNE LECZENIE NOWOTWORÓW JAJNIKA

Wstęp

Medycyna spersonalizowana, zwana też precyzyjną, to rodzaj diagnozy i terapii, dostosowany do indywidualnych cech biologicznych, genetycznych, klinicznych i środowiskowych każdego pacjenta, pomijający dotychczasowe uniwersalne podejście. Terapię spersonalizowaną można w skrócie określić jako dopasowanie leku do pacjenta, a nie do danej choroby. Medycyna spersonalizowana szybko staje się ważną metodą diagnostyczną i terapeutyczną w wielu chorobach człowieka, a zwłaszcza onkologicznych, gdzie liczy się skuteczność terapii i zminimalizowanie ryzyka działań niepożądanych. Takie podejście w niektórych przypadkach agresywnych postaci nowotworów jest dla pacjenta czasami jedyną opcją terapeutyczną charakteryzującą się dobrą skutecznością w niszczeniu komórek nowotworowych. Niestety poważną wadą takiej terapii, często dyskwalifikującą dla pacjenta lub płatnika jest wysoki koszt oraz ograniczona dostępność w poszczególnych krajach.



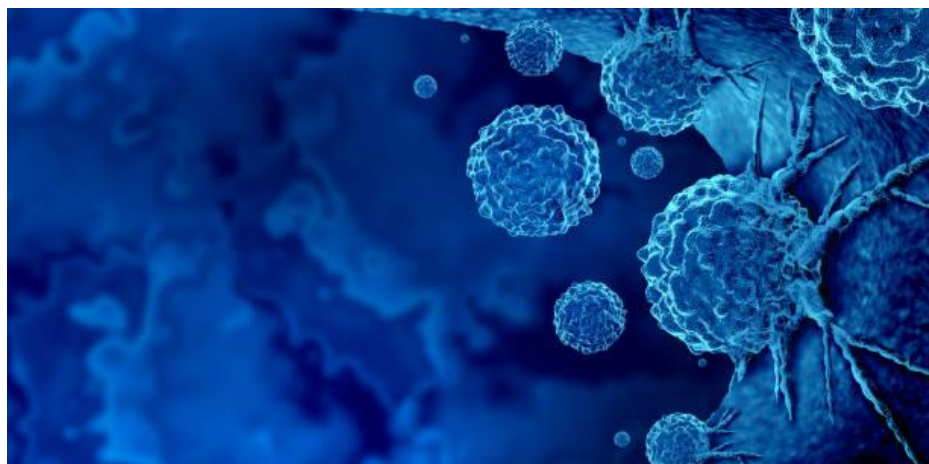
Rozwój koncepcji medycyny spersonalizowanej

Wdrożenie koncepcji medycyny spersonalizowanej do praktyki klinicznej rozpoczęło się w 2007 roku, kiedy ówczesny senator stanu Illinois Barack Obama złożył w Kongresie USA projekt nowej ustawy, która miała zapewnić dostęp do personalizowanej medycyny wszystkim Amerykanom. Celem nowej ustawy było rozszerzenie i przyspieszenie badań nad genomem w celu udoskonalenia metod rozpoznawania chorób, zwiększenia bezpieczeństwa leków i znalezienia nowych sposobów terapii. Podstawą rozwoju medycyny spersonalizowanej są badania nad ludzkim genomem i wykorzystanie wiedzy z zakresu dziedzin genetyki, genomiki i proteomiki. 22 kwietnia 2021 roku odbyło się VI międzynarodowe Forum Medycyny Personalizowanej, skupiające kluczowych ekspertów z Polski i Europy w zakresie wdrażania medycyny personalizowanej. W wystąpieniach podkreślano, że rewolucyjny rozwój diagnostyki jest pochodną pojawiania się nowoczesnych technologii i terapii. System ochrony zdrowia oraz ustawodawcy muszą dotrzymywać kroku standardom, jakie narzucają nowoczesne terapie, aby oferować pacjentom optymalne leczenie. W rankingu uwzględniającym Indeks Medycyny Personalizowanej 2020 Polska zajmuje dopiero 26. pozycję na 34 analizowane kraje. W ramach tego Forum Medycyny Personalizowanej grupa 19 polskich ekspertów opracowała szczegółowe rekomendacje w zakresie dostępu do badań i testów genetycznych. Wdrożenie rekomendacji ma na celu usprawnienie dostępu do diagnostyki molekularnej, danych medycznych czy optymalizację procesu interwencji medycznej. Rekomendacje dotyczą zmian systemowych, jakościowych i organizacyjnych, szczególnie w zakresie zaawansowanej diagnostyki genetycznej i molekularnej w nowotworach. Rekomendacje jakościowe dotyczą akredytacji dla ośrodków prowadzących diagnostykę molekularną oraz wypracowania zasad kontroli. W rekomendacjach systemowych zawarto zalecenia dotyczące rozszerzenia wykazu ICD 10, koszyka świadczeń gwarantowanych, dofinansowania ośrodków akredytacyjnych wykonujących zaawansowane badania kliniczne oraz zwiększenia sieci poradni genetycznych, natomiast w przypadku rekomendacji organizacyjnych dotyczą one m.in. zasad współpracy specjalistów we wszystkich ośrodkach realizujących świadczenia onkologiczne, wypracowanie modelu konsylium w ramach diagnostyki genetycznej, określenie sieci ośrodków akredytowanych do realizacji zaawansowanych badań diagnostycznych oraz opracowania wytycznych w zakresie etapu choroby nowotworowej, etapu diagnostyki i terapii, na którym powinno być wykonane badanie diagnostyczne molekularne – ustalenie schematów diagnostycznych.

Medycyna spersonalizowana w onkologii

W kontekście nowotworów, medycyna spersonalizowana stanowi metodę leczenia dostosowaną konkretnie do określonych cech biologicznych guza. Ponieważ terapia ta została opracowana w celu namierzenia konkretnego podtypu guza, jej szanse powodzenia są potencjalnie większe niż w przypadku bardziej tradycyjnej i nieukierunkowanej metody jak np. chemioterapii. Pojęcie medycyny spersonalizowanej w onkologii jest na tyle szerokie, że obejmuje wybór specyficznego dla danego pacjenta postępowania z uwzględnieniem zarówno indywidualnej profilaktyki, jak i rodzaju, czasu oraz kolejności terapii, a także dawek stosowanych leków. Postęp w dziedzinie genetyki i patologii molekularnej umożliwił wyselekcjonowanie szeregu biomarkerów o specyficznym dla danego pacjenta statusie, których analiza pozwala na dobór optymalnego, indywidualnie dopasowanego postępowania. Powyższe biomarkery mogą mieć charakter diagnostyczny (pomocny przy doprecyzowaniu rozpoznania), prognostyczny (pozwalający oszacować prawdopodobny przebieg choroby w aspekcie ryzyka nawrotu), jak i predykcyjny (pozwalający przewidzieć prawdopodobną odpowiedź na specyficzne terapie).

Medycyna spersonalizowana umożliwia opracowanie indywidualnej strategii terapeutycznej co do wyboru leku i jego dawkowania na podstawie genetycznej oceny pacjenta i żeby do tego doszło należy uzyskać szczegółową molekularną charakterystykę każdego z pacjentów wykorzystując nowoczesne narzędzia diagnostyczne takie jak Real Time PCR, mikromacierze DNA czy Chipy DNA. Uzyskany profil różnic genetycznych umożliwia opracowanie indywidualnych map genetycznych. Możliwość prześledzenia w jaki sposób geny są ułożone ze sobą w sekwencji i dostęp do danych na temat ekspresji genów pozwala lekarzom



odpowiednio wyprofilować leczenie i dostosować je do sposobu w jaki funkcjonuje jego organizm oraz minimalizować niepożądane efekty uboczne. Mapowanie genetyczne może również ujawnić skłonność do zapadania na niektóre choroby, zanim u pacjenta pojawią się symptomy choroby, pozwalając lekarzowi wspólnie z pacjentem ułożyć plan obserwacji i ewentualnej profilaktyki. W przypadku coraz większej liczby chorych zapadających na nowotwory, choroby neurodegeneracyjne czy metaboliczne, które to wynikają zarówno z przyczyn genetycznych i środowiskowych nakładających się wzajemnie na siebie, diagnostyka molekularna może pomóc w podejmowaniu właściwych decyzji terapeutycznych. Jak wiadomo, polimorfizm genów związany z farmakokinetyką leków (enzymów metabolizujących i transporterów leków) i farmakodynamiką (receptorami i kanałami jonowymi) wpływa na stężenie leku i jest główną determinantą terapeutycznej lub niepożądanego odpowiedzi na lek. Ilość funkcjonalnych genów zawartych w chromosomach ocenia się na 30-40 tysięcy i od razu nasuwa się pytanie: które z tych genów mają wpływ na rozwój niektórych chorób, a które związane są z losami leków w organizmie i odpowiedzią farmakologiczną?

Przykłady zastosowania testów genetycznych

1. Kłopidogrel – jego skuteczność determinowana jest polimorfizmem kilku genów: ABCB1 – wpływającego na absorpcję, CYP3A5 i CYP2C19 – uczestniczących w wątrobowym przekształceniu proleku do aktywnego metabolitu, P2RY12 oraz ITGB3 – związanych z aktywnością leku. Połączenie dwóch deficytowych alleli CYP2C19 (CYP2C19*17) oraz jednego lub dwóch niekorzystnych alleli ABCB1 powoduje 5-krotny wzrost ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych w porównaniu z prawidłowymi genotypami.
2. Irinotekan – u pacjentów chorujących na nowotwory jelita grubego lub sutka nosicieli określonego allelu obniżającego aktywność enzymu UDP-glukuronozylotransferazy, po podaniu irinotekanu może wystąpić uwarunkowana genetycznie ostra toksyczność - neutropenia.
3. Trastuzumab – zawierający przeciwciało monoklonalne skierowane przeciwko HER2/ERBB2, stosowany u pacjentek z rakiem piersi, u których z powodu mutacji genu ERBB2 (25-30% przypadków) komórki nowotworowe produkują nadmiar receptora HER2 co koreluje z agresywnością nowotworu, częstością przerzutów i opornością na chemioterapię. Oznaczenie receptora HER2 może zwiększyć skuteczność terapii w przypadku jego nadekspresji.
4. Panitumumab, cetuksymab – stosowane w raku jelita grubego, gdzie przed włączeniem tych leków do terapii konieczne jest określenie statusu genu

KRAS, kodującego białko, które jest jednym z najczęściej aktywowanych onkoprotein.

Leczenie raka jajnika z uwzględnieniem terapii spersonalizowanej

W Polsce wykrywa się rocznie ok. 3,7 tys. nowych przypadków raka jajnika, z czego 2,5 tys. pacjentek umiera, a co drugiej pacjentce nie udaje się przeżyć 5 lat. Ta niekorzystna statystyka wynika z późnej rozpoznawalności choroby wynikającej z niespecyficznych początkowych objawów procesu nowotworowego. Ponadto brakuje w systemie ochrony zdrowia programów skriningowych w określonej populacji kobiety, które przyspieszyłyby rozpoznanie choroby w początkowym stadium. Nowotwory jajnika rozpoznawane są w późnych stadiach zaawansowania, wtedy kiedy ani leczenie zabiegowe ani

chemioterapia nie daje zadowalających efektów. Początkowe objawy polegające na okresowo

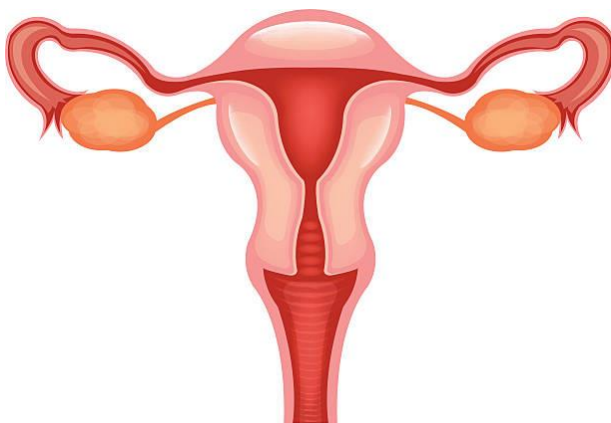
pojawiających się dolegliwościach

bólowych w jamie brzusznej, uczuciu dyskomfortu i

wzdęciach zwykle nie dają podstawy do

niepokoju. Stopniowo obwód brzucha się powiększa, pojawiają się krwawienia z dróg rodnych i uczucie ucisku w jamie miednicy. Wydaje się, że najlepszym sposobem kontroli jajników jest USG przezpochwowe, ponieważ część nowotworów jajnika rośnie powoli w postaci guza jajnika i może być odpowiednio wcześniej dostrzeżona w tym badaniu. Z drugiej jednak strony zmiana w jajniku bardzo rzadko świadczy o chorobie nowotworowej – zazwyczaj są to torbiele, niekoniecznie wymagające operacji. Innym proponowanym badaniem jest ocena stężenia markerów raka jajnika we krwi, którymi są CA-125 (podwyższone u ok 80%) i HE-4. Oceniać je można łącznie, jako tzw. algorytm ROMA, co zwiększa precyzję badania. Należy jednak zauważyć, że duży odsetek wczesnych raków jajnika nie powoduje zwiększenia stężeń markerów. Czasami obserwuje się wzrost stężenia HCG (choriongonadotropiny). Zwiększone ryzyko wystąpienia raka jajnika można zaobserwować u kobiet:

- które nigdy nie były w ciąży.



- u których wcześniej wystąpiła pierwsza miesiączka (12 lat lub wcześniej) lub późno wystąpiła menopauza (52 lata lub później),
- u których w rodzinie występował rak jajnika, piersi lub trzonu macicy, zwłaszcza, jeśli osoba odziedziczyła mutację BRCA1 lub BRCA2

Predyspozycje genetyczne

Ryzyko rozwoju raka jajnika wzrasta u kobiet mających predyspozycje genetyczne w zakresie mutacji genów BRCA 1 (44%) i BRCA 2 (17%). Nosicielki mutacji i potomstwo płci żeńskiej w rodzinie powinno zostać objęte opieką poradni genetycznej i onkologicznej, która pozwoli na redukcję ryzyka zachorowania na nowotwór.

Leczenie

Zabieg operacyjny jest najważniejszą i najczęściej stosowaną metodą usunięcia tkanki nowotworowej. Celem zabiegu jest cytoredukcja, czyli maksymalne usunięcie tkanki nowotworowej polegającej na wycięciu wszystkich widocznych i wyczuwalnych ognisk nowotworu z jamy brzusznej, co ewidentnie poprawia późniejsze wyniki leczenia.

Po zabiegu zastosowanie w leczeniu znajduje chemioterapia. Czasami jednak chemioterapię stosuje się przed planowanym zabiegiem operacyjnym, żeby zmniejszyć masę guza. Rak jajnika jest bardzo wrażliwy na chemioterapię, zwłaszcza jeśli w trakcie zabiegu operacyjnego dojdzie do bardzo znacznego usunięcia guza. Zwykle stosuje się schematy leczenia wykorzystujące tzw. pochodne platyn: **cisplatynę i karboplatynę** – leki o największej aktywności w stosunku do raka jajnika. Drugą grupą leków są **taksany: paklitaksel i docetaksel**. Połączenie karboplatyny i paklitakselu nazywa się obecnie „złotym standardem” leczenia raka jajnika. Często z chemioterapią łączy się leki antyangiogenne, czyli takie, które hamują tworzenie naczyń w obrębie guza, co zmniejsza tempo wzrostu zarówno samego guza, jak i tworzenia przerzutów. Takim lekiem jest bewacyzumab.

W leczeniu podtrzymującym raka jajnika stosuje się tzw. **inhibitory PARP**, których działanie polega na blokowaniu mechanizmów naprawczych komórek nowotworowej, która uległa uszkodzeniu podczas chemioterapii. W Polsce są dwa zarejestrowane leki z tej grupy stosowane w leczeniu raka jajnika – **olaparib oraz niraparib**. Leki te stosuje się zwykle u pacjentek po pierwszej i drugiej linii chemioterapii, niezależnie od tego, czy mają mutację BRCA1 lub BRCA2.

U osób, u których komórki nowotworowe mają receptory dla hormonów stosuje się hormonoterapię w postaci **tamoksifenu, letrozolu lub gosereliny**, co ma na celu spowolnienie rozwoju nowotworu oraz poprawę jakości życia.

80% rozpoznanych nowotworów jajnika na początkowym etapie terapii są nowotworami platynowrażliwymi, ale na określonym etapie leczenia przestają odpowiadać na preparaty platyny. Do tej pory w takich przypadkach stosowano chemioterapeutyki o innym mechanizmie działania w kombinacji, monoterapii czy razem z lekiem antyangiogenным. W dniu 14 listopada 2022 r. Agencja ds. Żywności i Leków zarejestrowała w ramach przyspieszonej procedury rejestracyjnej **mirwetuksymab sorawtanzy (Elahere)** do leczenia pacjentów z opornym na pochodne platyny nabłonkowym rakiem jajnika, jajowodu i pierwotnym rakiem otrzewnej z ekspresją receptora kwasu foliowego alfa (FR α). **Elahere** jest tak zwanym koniugatem, czyli połączeniem przeciwciała z lekiem działającym na receptor FR α . Jest to pierwszy lek swojej klasy skierowany przeciwko receptorowi FR α . Lek działa w unikalny sposób, mianowicie celuje w białko zwane receptorem folianowym alfa (FR α), które występuje w dużych ilościach na niektórych komórkach nowotworowych, gdzie część przeciwciała leku przyłącza się do tego białka na komórkach nowotworowych i po przyłączeniu dostarcza lek chemioterapeutyczny bezpośrednio do komórek nowotworowych. To ukierunkowane podejście ma na celu zabicie komórek nowotworowych przy jednoczesnym zminimalizowaniu uszkodzeń zdrowych komórek. Lek został specjalnie zaprojektowany dla nowotworów z wysokim poziomem białka FR α , w związku z tym przed rozpoczęciem leczenia bada się guzy pacjentek, aby sprawdzić, czy mają wystarczającą ilość tego białka, by leczenie było skuteczne. Jest podawany dożylnie co 3 tygodnie w dawce zależnej od masy ciała pacjentki do momentu kiedy korzyść ze stosowania leku przewyższa ryzyko działań niepożądanych (niewyraźne widzenie, uczucie zmęczenia, nudności i biegunka, śródmiąższowe zapalenie płuc oraz uczucie drętwienia i mrowienia dłoni i stóp).

Podsumowanie

Leczenie spersonalizowane raka jajnika obejmuje terapię celowaną molekularnie. Niezbędna jest do tego precyzyjna diagnostyka molekularna, która identyfikuje molekularne cele terapii. Pierwszym krokiem jest analiza profilu genetycznego guza. Wykonuje się ją na podstawie badań biologii molekularnej w celu zidentyfikowania określonych mutacji genetycznych. Wówczas lekarz specjalista podejmuje decyzję o zastosowaniu terapii celowanej, m.in. inhibitorów PARP, które są stosowane u pacjentek z mutacjami w genach BRCA1 lub BRCA2 lub innych leków typu inhibitory kinaz tyrozynowych czy przeciwciała monoklonalne w monoterapii lub w połączeniu skojarzonym. Korzyści wynikające z indywidualnego podejścia do terapii to przede wszystkim zwiększona skuteczność oraz mniejsza toksyczność, co warunkuje powodzenie terapii.

Teksty źródłowe:

1. <https://www.abbvie.pl/content/dam/abbvie-com2/pl/documents/Elahere-Charakterystyka-Produktu-Leczniczego-20Sie2025.pdf>
2. <https://www.mp.pl/pacjent/onkologia/chorobynewotworowe/99322,rak-jajnika-objawy-rokowanie-przyczyny-leczenie>
3. <https://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Onkologia/Co-druga-pacjentka-nie-przezywa-pieciu-lat-od-diagnozy-Jest-nowa-grupa-lekow,275046,1013.html?mp=promo>
4. Sasiadek M, Łaczmańska I, Maciejczyk A, et al. Fundamentals of personalised medicine in genetic testing-based oncology. NOWOTWORY J Oncol. 2020; 70(4): 144–149, doi: 10.5603/njo.2020.0029.
5. Kowalik A, Siołek M, Kopczyński J, et al. BRCA1 founder mutations and beyond in the Polish population: A single-institution BRCA1/2 next-generation sequencing study. PLoS One. 2018; 13(7): e0201086.
6. Chmara E. Medycyna spersonalizowana. Farmacja współczesna, 2011; 4: 133-135
7. Zagulski M. Medycyna spersonalizowana. Menadżer Zdrowia 2010;10(65).
8. Gaciong Z. Medycyna spersonalizowana – nowa era diagnostyki i farmakoterapii. Biotechnologia 2009;5:11-7
9. Halota W. Medycyna spersonalizowana – Konferencja naukowa Roche. Biotechnologia 2009;3:209-12
10. Schmitt C, Stencel D. Większa skuteczność i mniej działań niepożądanych: medycyna spersonalizowana odgrywa coraz większą rolę w tworzeniu nowych leków. Biotechnologia 2009;5:84-7
11. Lawler M, de Lorenzo F, Apostolidis K, Medycyna spersonalizowana – przewodnik dla pacjentów, European Cancer Patient Coalition 2020

Mgr farm. Jarosław Mateuszuk

(ekspert Zespołu ds. Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych przy Rzeczniku Praw Pacjenta)

ZDARZENIE MEDYCZNE W ŚWIETLE USTAWY O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA

Wstęp

Przepisy dotyczące zdarzeń medycznych w kontekście uzyskiwania odszkodowań z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych (FKZM) działającego przy Rzeczniku Praw Pacjenta zostały wprowadzone nowelizacją **Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta** uchwaloną **dnia 16 czerwca 2023 r. ustawą o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw**. Przepisy dotyczą z jednej strony podmiotu leczniczego (w tym przypadku szpitala) udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w **ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w szpitalu w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej**. Przepisy w pewnym sensie umożliwiają uzyskanie przez pacjenta odszkodowania ze środków publicznych gwarantowanych przez państwo za niepożądane zdarzenie (zgodnie z definicją i warunkami), do którego doszło w szpitalu, tym samym chroniąc budżet szpitala z tytułu nadmiernych wypłat środków z budżetu szpitali. Procedura ta umożliwia uzyskanie odszkodowania przez pacjenta w stosunkowo krótkim czasie (kilka miesięcy) bez kosztownych i długotrwałych procesów sądowych, a jednocześnie chroni budżet szpitala i pracujący w nim personel od wysokich kosztów dochodzenia odszkodowań na drodze sądowej. Uzyskanie świadczenia z FKZM zamyka możliwość uzyskania odszkodowania przez pacjenta na drodze sądowej od sprawcy zdarzenia i od ubezpieczyciela szpitala, jednocześnie ogranicza jego wysokość do kwot ustalonych ogólnie **rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 czerwca 2024 r. w sprawie sposobu ustalania wysokości świadczenia kompensacyjnego z tytułu zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta, które weszło w życie w dniu 18 czerwca 2023 roku**.

Podstawowe pojęcia i definicje

Zdarzenie medyczne – zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego:

- a) zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym,
- b) uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta, albo
- c) śmierć pacjenta,

których to z wysokim prawdopodobieństwem można było uniknąć w przypadku udzielenia świadczenia zdrowotnego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną albo zastosowania innej dostępnej metody diagnostycznej lub leczniczej, chyba że doszło do dających się przewidzieć normalnych następstw zastosowania metody, na którą pacjent wyraził świadomą zgodę – **art. 3 ust. 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417 z późn. zm.)**

Zdarzenie medyczne przetwarzane w systemie informacji - świadczenie zdrowotne, o którym mowa w art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - **art. 2 Ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2011 Nr 113 poz. 657)**

Świadczenie zdrowotne - działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania - **art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).**

Zdarzenie medyczne w kontekście apteki szpitalnej

Powstaje zatem pytanie:

Czy farmaceuta szpitalny w wyniku wykonywania swoich zadań zawodowych może przyczynić się lub doprowadzić do

- a) zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym,
- b) uszkodzenia ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta, albo ostatecznie
- c) śmierci pacjenta???

Apteka szpitalna stanowi jeden z rodzajów aptek, obok aptek ogólnodostępnych i aptek zakładowych. Stosownie do przepisów ustawy o zawodzie farmaceuty aptekę szpitalną tworzy się w **zakładzie leczniczym, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne i inne niż szpitalne oraz w regionalnych centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa.**

Apteka szpitalna jest przeznaczona do zaopatrywania zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, w których została utworzona, oraz pacjentów włączonych do terapii w ramach programów lekowych (**Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych**), a także pacjentów

korzystających z chemioterapii w trybie ambulatoryjnym oraz pacjentów, którym wydano zgodę na pokrycie kosztów tego leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Aptekę szpitalną tworzy się w celu zapewnienia świadczenia usług farmaceutycznych, na potrzeby zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi jaką jest regionalne centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Ponadto apteka szpitalna zapewnia prawidłowe funkcjonowanie gospodarki lekami w szpitalu poprzez:

- właściwą komunikacją apteki z kierownictwem szpitala i oddziałami szpitalnymi,
- współpracę z personelem szpitalnym, a także przez
- nadzór nad receptariuszem szpitalnym, tworzonym przez komitet terapeutyczny.

W aptekach szpitalnych, zakładowych oraz działach farmacji szpitalnej jest prowadzona ewidencja badanych produktów leczniczych oraz produktów leczniczych i wyrobów medycznych otrzymywanych w formie darowizny, a także ustalane są procedury wydawania produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych. Farmaceuci szpitalni są często włączani do zespołów terapeutycznych, co pozwala na efektywne leczenie pacjentów, pomoc w wykrywaniu i zapobieganiu problemom lekowym.

Usługi farmaceutyczne w aptece szpitalnej obejmują m.in.:

- czynności wykonywane w aptece szpitalnej w zakresie sporządzania pozajelitowych leków recepturowych i aptecznych, w tym preparatów do żywienia pozajelitowego, sporządzania preparatów do żywienia dojelitowego,
- przygotowywania leków w dawkach indywidualnych, w tym antybiotyków pozajelitowych, leków cytostatycznych oraz produktów leczniczych terapii zaawansowanej – wyjątków szpitalnych,
- sporządzania produktów leczniczych radiofarmaceutycznych,
- przygotowywania roztworów do hemodializy i dializy dootrzewnowej oraz
- monitorowanie warunków sporządzania lub przygotowywania takich leków lub preparatów.

Zdarzenie medyczne a błąd medyczny

Często zdarzenie medyczne jest utożsamiane z błędem medycznym.

Błąd medyczny jest to działanie osoby wykonującej zawód medyczny niezgodne z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej. Wyróżniamy następujące rodzaje błędów: diagnostyczny, terapeutyczny, techniczny, prognostyczny, organizacyjny i informacyjny. Za dopuszczenie się błędu medycznego pracownik medyczny podlega odpowiedzialności **karnej, cywilnej i zawodowej**. W celu

zakwalifikowania czynu do kategorii błędu medycznego muszą zaistnieć następujące przesłanki:

1. działanie pracownika medycznego musi być niezgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej lub
2. musi być niezgodne z zasadami etyki zawodowej lub
3. musi być działaniem bez należytej staranności lub
4. polegać na niezastosowaniu dostępnych pracownikowi metod i środków zapobiegania, rozpoznawania oraz leczenia chorób

Błąd medyczny musi charakteryzować się postępowaniem pracownika medycznego niezgodnie z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej i nieumyślnym działaniem sprawcy!!! Umyślne działanie sprawcy stanowi przestępstwo, a nie błąd medyczny. W przypadku popełnienia błędu medycznego pracownikowi medycznemu grozi odpowiedzialność cywilna (finansowa), zawodowa (zawieszenie prawa wykonywania zawodu) oraz karna (ograniczenie pozbawienia wolności). W przypadku postępowania cywilnego pacjent może domagać się przede wszystkim wypłaty odszkodowania za błąd medyczny, wypłaty zadośćuczynienia lub renty. Odpowiedzialność zawodowa zależna jest od samorządu zawodowego, do którego należy dany pracownik medyczny i jest regulowana wewnętrznymi przepisami/aktem np. w postaci kodeksu etyki zawodowej. Odpowiedzialność karna jest regulowana przepisami **Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. 1997 Nr 88 poz. 553 z późn. zm.)**.

Zdarzenie medyczne – zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego:

- a) zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym,
- b) uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta, albo
- c) śmierć pacjenta, itd.

I znajduje zastosowanie wyłącznie w sytuacjach, które wystąpią w trakcie działalności leczniczej w szpitalu (**art. 67a ust. 2 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta**). Zapis ustawowy o zdarzeniu medycznym **nie znajduje zastosowania w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach innych podmiotów leczniczych, takich jak np. ambulatoria, przychodnie, zespół ratownictwa medycznego.** Zdarzeniem medycznym nazywać będziemy czynności szpitalne, które przyczyniły się do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta lub spowodowały jego śmierć poprzez dokonanie złej diagnozy, niewłaściwego leczenia lub zastosowania produktów leczniczych. Przez czynności szpitalne rozumiemy wszelkie działania podejmowane zgodnie z obowiązującymi w medycynie metodami i procedurami, których przedmiotem jest organizm człowieka, wykonywanymi na terenie szpitala.

Przepisy regulujące przyznawanie świadczeń kompensacyjnych

1. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – rozdział 13b
2. USTAWA z dnia 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 czerwca 2024 r. w sprawie sposobu ustalania wysokości świadczenia kompensacyjnego z tytułu zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta weszło w życie w dniu 18 czerwca.
4. Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 2 sierpnia 2024 r. w sprawie Zespołu do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych

Niezbędne warunki do złożenia wniosku o uzyskanie świadczenia kompensacyjnego

1. Zdarzenie medyczne zachodzi w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w szpitalu w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

2. Osobą uprawnioną jest:

- pacjent zakażony biologicznym czynnikiem patogennym albo u którego doszło do uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia
- krewny pierwszego stopnia, małżonek niepozostający w separacji, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz osoba pozostająca z pacjentem we wspólnym pożyciu

3. **Wniosek może być złożony w terminie** roku od dnia, w którym wnioskodawca dowiedział się o zdarzeniu medycznym, jednakże termin ten nie może być dłuższy niż 3 lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące zakażeniem biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta.

4. **Wniesiono opłatę** za złożenie wniosku w wysokości 300 zł z uwzględnieniem corocznej waloryzacji o średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem w poprzednim roku kalendarzowym (ogłaszany przez GUS)

5. **Złożenie oświadczenia**, że w sprawie objętej wnioskiem:

- nie toczy się lub nie zostało prawomocnie zakończone postępowanie cywilne w sprawie o odszkodowanie, rentę lub zadośćuczynienie;
- wnioskodawca nie uzyskał odszkodowania, renty lub zadośćuczynienia od osoby odpowiedzialnej za szkodę, w tym z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;
- sąd nie orzekł na rzecz wnioskodawcy obowiązku naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę albo nawiązki

Procedura uzyskania świadczenia

1. Weryfikacja wniosku wraz z załącznikami

- dane wnioskodawcy-pacjenta
- dane wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego uprawnionego do świadczenia w przypadku śmierci pacjenta
- dane zmarłego pacjenta
- dane podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w którym doszło do zdarzenia medycznego
- uzasadnienie wniosku

2. Weryfikacja załączników:

- kopia posiadanej **dokumentacji medycznej** oraz innych dokumentów potwierdzających opisany stan faktyczny albo szczegółowa informacja o braku takich dokumentów
- **potwierdzenie wniesienia opłaty** na rachunek bankowy Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych
- **oświadczenie, że w sprawie objętej wnioskiem nie toczy się lub nie zostało prawomocnie zakończone postępowanie cywilne** w sprawie o odszkodowanie, rentę lub zadośćuczynienie
- **oświadczenie, że wnioskodawca nie uzyskał odszkodowania, renty lub zadośćuczynienia** od osoby odpowiedzialnej za szkodę, w tym z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
- **oświadczenie, że sąd nie orzekł na rzecz wnioskodawcy obowiązku naprawienia szkody** wyrządzonej przestępstwem lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę albo nawiązki
- jeśli wniosek dotyczy śmierci pacjenta: **dokumenty potwierdzające, że wnioskodawca był jego małżonkiem (niepozostającym w separacji), krewnym pierwszego stopnia (tzn. dzieckiem lub rodzicem), osobą pozostającą w stosunku przysposobienia lub osobą pozostającą we wspólnym pożyciu**

3. W przypadku stwierdzenia braku danych we wniosku lub braku załącznika biuro RPP wzywa wnioskodawcę do uzupełnienia braków w terminie 30 dni.

4. Rzecznik, prowadząc postępowanie, ma prawo:

- a) wezwać wnioskodawcę do udzielenia informacji, złożenia wyjaśnień oraz przedstawienia dokumentów, niezbędnych do rozpatrzenia sprawy;

- b) żądać udzielenia informacji, złożenia wyjaśnień oraz przedstawienia posiadanych dokumentów przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, który udzielił świadczeń zdrowotnych osobie, której dotyczy zdarzenie medyczne.

Rzecznik wyznacza termin realizacji czynności, o których mowa powyżej, nie krótszy niż 14 dni od dnia doręczenia wezwania.

5. Biuro RPP przekazuje dokumentację wnioskodawcy do wybranego eksperta lub wybranych ekspertów (max. 3)-członków **Zespołu do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych**, zgodnie z ich specjalizacją właściwą do rodzaju zdarzenia medycznego. W przypadku 2 lub 3-osobowego zespołu wyznacza się sprawozdawcę, który sporządza w okresie 30 dni projekt opinii i przekazuje opinię pozostałym ekspertom do wniesienia ewentualnych uwag. Po uzgodnieniu ostatecznej wersji opinii zatwierdza się w okresie kolejnych 30 dni projekt w drodze głosowania.

6. RPP uwzględniając opinię ekspertów **wydaje decyzję administracyjną pozytywną lub negatywną dotyczącą przyznania świadczenia kompensacyjnego** (w okresie 3 miesięcy od daty złożenia przez wnioskodawcę kompletnego wniosku).

7. Decyzja staje się prawomocna w ciągu 14 dni.

8. W terminie 30 dni od dnia, gdy decyzja, w której przyznano świadczenie kompensacyjne i ustalono jego wysokość, stała się prawomocna, wnioskodawca składa Rzecznikowi oświadczenie o przyjęciu świadczenia kompensacyjnego lub o rezygnacji ze świadczenia kompensacyjnego.

9. **Złożenie oświadczenia o przyjęciu świadczenia kompensacyjnego jest równoznaczne ze zrzeczeniem się przez wnioskodawcę wszelkich roszczeń o odszkodowanie, rentę oraz zadośćuczynienie pieniężne mogących wynikać ze zdarzenia medycznego w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku.**

10. Świadczenie kompensacyjne jest wypłacane w terminie 14 dni od dnia złożenia oświadczenia o przyjęciu świadczenia kompensacyjnego.

11. Opłata wniesiona przez wnioskodawcę podlega zwrotowi

12. Rzecznik informuje podmiot wykonujący działalność leczniczą, z którego działalnością wiąże się wniosek, o wypłacie świadczenia kompensacyjnego.

13. **Podmiot wykonujący działalność leczniczą**, który został poinformowany przez Rzecznika o wypłacie świadczenia kompensacyjnego, dokonuje analizy przyczyn źródłowych zdarzenia medycznego oraz formułuje i wdraża zalecenia podjęcia działań na rzecz poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej mających na celu zapobieżenie ponownemu wystąpieniu zdarzenia medycznego, chyba że w tym zakresie analiza ta została już przeprowadzona.

Procedura uzyskania świadczenia. Procedura odwoławcza

Od decyzji Rzecznika, o której mowa w art. 67za ust. 1. wnioskodawcy przysługuje odwołanie do Komisji Odwoławczej do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, działającej przy Rzeczniku. Wniesienie odwołania podlega opłacie. W przypadku uwzględnienia odwołania przez Komisję opłata podlega zwrotowi.

Zespół do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych

Przy Rzeczniku działa Zespół do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, zwany dalej „Zespołem”, do zadań którego należy wydawanie w toku postępowania opinii w przedmiocie wystąpienia zdarzenia medycznego i jego skutków. Opinię, o której mowa powyżej Zespół wydaje w terminie 2 miesiące od dnia otrzymania wniosku w składzie nie więcej niż 3 członków.

W skład Zespołu wchodzi co najmniej 20 członków, powoływanych przez Rzecznika, w tym co najmniej 15 członków wykonujących zawód lekarza (**obecnie ok. 200 członków-lekarzy, pielęgniarek, położnych, farmaceutów, diagnostów, fizjoterapeutów, dietetyków**)

Członkiem Zespołu może być wyłącznie osoba, która:

- 1) posiada tytuł zawodowy magistra lub równorzędny, uzyskany po ukończeniu studiów na kierunku związanym z kształceniem w zakresie nauk medycznych;
- 2) wykonuje zawód medyczny przez okres co najmniej 5 lat albo posiada stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu;
- 3) nie została skazana prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- 4) korzysta z pełni praw publicznych.

Członek Zespołu jest obowiązany do zachowania w tajemnicy uzyskanych w związku z toczącym się postępowaniem informacji dotyczących wnioskodawcy, a także zmarłego pacjenta, w tym również po ustaniu członkostwa w Zespole.

Rzecznik odwołuje członka Zespołu w przypadku:

- 1) ujawnienia, że nie spełnia wymagań, o których mowa w ust. 5;
- 2) orzeczenia zakazu pełnienia funkcji związanych ze szczególną odpowiedzialnością w organach państwa;
- 3) choroby trwale uniemożliwiającej wykonywanie zadań;
- 4) zaistnienia okoliczności, które wpływają na niezależne sprawowanie funkcji członka Zespołu;
- 5) uchylania się od wykonywania obowiązków członka Zespołu albo ich nieprawidłowego wykonywania;

- 6) złożenia rezygnacji.

Komisja Odwoławcza

W skład Komisji wchodzi 9 członków posiadających wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego sprawowania tej funkcji, w tym:

- 1) 2 członków wskazanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 2) 1 członek wskazany przez Ministra Sprawiedliwości;
- 3) 1 członek wskazany przez Rzecznika;
- 4) 1 członek wskazany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 5) 1 członek wskazany przez Naczelną Radę Lekarską;
- 6) 1 członek wskazany przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych;
- 7) 2 członków wskazanych przez organizacje pacjentów wpisane do wykazu organizacji pacjentów.

Członków Komisji powołuje minister właściwy do spraw zdrowia, z tym że członkowie, o których mowa w ust. 1 pkt 2–6, są powoływani na wniosek właściwych organów.

Wysokość świadczenia

Zgodnie z ustawą:

1. Wysokość świadczenia kompensacyjnego z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego wnioskodawcy przykładowo wynosi w przypadku: zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym – od 2000 zł do 200 000 zł; uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia – od 2000 zł do 200 000 zł; śmierci pacjenta – od 20 000 zł do 100 000 zł.

2. **Wysokość świadczenia kompensacyjnego podlega co roku waloryzacji w stopniu odpowiadającym wskaźnikowi cen towarów i usług konsumpcyjnych za okres poprzedniego roku** obliczonemu na podstawie średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie art. 94 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, z zaokrągleniem do pełnych złotych w górę.

3. Przy ustalaniu wysokości świadczenia kompensacyjnego uwzględnia się w przypadku:

zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym – **charakter następstw zdrowotnych oraz stopień dolegliwości** wynikających z zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, w tym w zakresie uciążliwości leczenia, uszczerbku na zdrowiu oraz pogorszenia jakości życia;

uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia – **charakter następstw zdrowotnych oraz stopień dolegliwości** wynikających ze zdarzenia medycznego, w tym w zakresie uciążliwości leczenia, uszczerbku na zdrowiu oraz pogorszenia jakości życia;

śmierci pacjenta – pozostawanie w związku małżeńskim w chwili śmierci pacjenta, pokrewieństwo, pozostawanie w stosunku przysposobienia, pozostawanie we wspólnym pożyciu oraz wiek osoby, o której mowa w art. 67r ust. 2, i wiek zmarłego pacjenta.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rzecznika, określi, w drodze rozporządzenia, sposób ustalania wysokości świadczenia kompensacyjnego z tytułu zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta, kierując się koniecznością przejrzystości w ustalaniu wysokości świadczenia kompensacyjnego oraz zapewnienia ochrony interesów.

5. ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 10 czerwca 2024 r. w sprawie sposobu ustalania wysokości świadczenia kompensacyjnego z tytułu zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta

§ 1. Na wysokość świadczenia kompensacyjnego z tytułu zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym albo uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia składa się suma kwot odpowiadających charakterowi następstw zdrowotnych oraz stopniowi dolegliwości w zakresie:

- 1) uszczerbku na zdrowiu, o którym mowa w § 2;
- 2) uciążliwości leczenia, o której mowa w § 3;
- 3) pogorszenia jakości życia, o którym mowa w § 4

Ad. 1) Wysokość świadczenia **w zakresie uszczerbku na zdrowiu przykładowo wynosi (w tys. zł)**

- 1) Całkowita utrata kończyny górnej powyżej stawu łokciowego 55 000
- 2) Całkowita utrata kończyny górnej poniżej stawu łokciowego 45 000
- 3) Całkowita utrata ręki 40 000
- 4) Całkowita utrata wzroku w obu oczach 100 000
- 5) Całkowita utrata jednej nerki (przy drugiej zdrowej) 30 000
- 6) Stan wegetatywny, stan minimalnej świadomości 150 000
- 7) Zawał serca 30 000
- 8) Zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B/typu C 45 000
- 9) Poronienie 33 000
- 10) Uszkodzenie nerwu krtaniowego wstecznego 18 000

Wysokość świadczenia kompensacyjnego w przypadku różnych uszczerbków na zdrowiu podlega zsumowaniu. **Wysokość świadczenia kompensacyjnego w zakresie uszczerbku na zdrowiu nie może być wyższa niż 150 000 zł.**

Ad 2) Wysokość świadczenia kompensacyjnego w zakresie uciążliwości leczenia wynosi (wybrane przykłady):

Hospitalizacja:

- 1) od 7 dni do 14 dni- 5 000
- 2) od 15 dni do 90 dni- 6 000 – 36 000 proporcjonalnie do okresu trwania
- 3) dłuższa niż 90 dni- 38 000
- 4) zabieg operacyjny w znieczuleniu ogólnym 15 000
- 5) tracheostomia 10 000
- 6) przeszczepienie serca, płuca, wątroby, trzustki lub nerki 40 000

Wysokość świadczenia kompensacyjnego w zakresie uciążliwości leczenia nie może być wyższa niż 75 000 zł.

Ad 3) Wysokość świadczenia kompensacyjnego w zakresie pogorszenia jakości życia wynosi:

- 1) niezdolność do samodzielnej egzystencji 40 000
- 2) niepełnosprawność w przypadkach innych niż w lp a) w stopniu znacznym 30 000
 - b) w stopniu umiarkowanym 20 000
 - c) w stopniu lekkim 10 000
- 3) istotne ograniczenie funkcji seksualnych 25 000
- 4) utrata możliwości posiadania dzieci:
wiek poniżej 40 lat 40 000
wiek 40–50 lat 15 000

Wysokość świadczenia kompensacyjnego w zakresie pogorszenia jakości życia nie może być wyższa niż 75 000 zł

Ad 4) Wysokość świadczenia kompensacyjnego w przypadku śmierci pacjenta wynosi:

dziecko własne, dziecko przysposobione pon. 18 lat w przypadku śmierci rodzica– 100 000 (zmarły pon. 24 lat), 90 000 (zmarły 25-45 lat), 80 000 (zmarły 45-65 lat, 70 000 (zmarły pow. 65 lat)

dziecko pow. 18 lat w przypadku śmierci rodzica- odpowiednio 70 000 (zmarły 25-45 lat), 60 000 (zmarły 45-65 lat) i 50 000 (zmarły pow. 65 lat)

Rodzic w przypadku śmierci dziecka - 100 000 (zmarły pon. 18 lat), 90 000 (zmarły 18-24 lat), 70 000 (zmarły 25-45 lat), 60 000 (zmarły 46-65 lat), 50 000 (zmarły pow. 65 lat)

Podsumowanie

Przedstawione opracowanie w sposób merytoryczny i przykładowy pokazuje jak pacjenci ulegający zdarzeniom medycznym w szpitalu w sposób pozasądowy mogą

uzyskać świadczenie kompensacyjne za skutki wynikłe z tego zdarzenia podczas hospitalizacji. Skoro apteka szpitalna jest częścią podmiotu leczniczego to czynności fachowe wykonywane w niewłaściwy sposób w aptece mogą przyczynić się do powstania zdarzenia medycznego. Jednocześnie należy podkreślić, że procedura uzyskania świadczenia nie wskazuje winy konkretnego pracownika medycznego, ale podmiot leczniczy – szpital musi wdrożyć procedury zapobiegające podobnym dalszym zdarzeniom w przyszłości. Przedstawione opracowanie może również być pomocne czytelnikom, mającym przykre doświadczenia np. w rodzinie i wśród znajomych w kontaktach zdrowotnych ze służbą zdrowia, w zakresie jak zainicjować proces ubiegania się o świadczenie z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych.

W przypadku pytań w tym temacie jestem do Państwa dyspozycji poprzez kontakt z biurem OIA.

Źródła wiedzy:

1. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – rozdział 13b
2. USTAWA z dnia 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 czerwca 2024 r. w sprawie sposobu ustalania wysokości świadczenia kompensacyjnego z tytułu zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta weszło w życie w dniu 18 czerwca.
4. Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 2 sierpnia 2024 r. w sprawie Zespołu do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych

VARIA

Elżbieta Rutkowska¹, Maria Pająk²

1. Zakład Farmacji Stosowanej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

2. Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, Oddział Opole

KONFERENCJA NAUKOWA ROŚLINY LECZNICZE W NAUCE I KULTURZE (CZWARTA EDYCJA), WARSZAWA-CIECHANOWIEC 22-25 MAJA 2025 ROKU

W dniach 22-25 maja 2025 r. w Warszawie i Ciechanowcu oraz w formie online odbyła się czwarta edycja międzynarodowej konferencji naukowej *Rośliny lecznicze w nauce i kulturze*.

Organizatorami wydarzenia były dwie jednostki – Instytut Historii Nauki im. Ludwika i Aleksandra Birkenmajerów Polskiej Akademii Nauk (dalej: PAN) oraz Muzeum Rolnictwa im. ks. Krzysztofa Kluka w Ciechanowcu. Konferencję współorganizowali: Sekcja Historii Farmacji Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego (dalej: PTFarm), *Societas Scientiarum Klukoviana et Jablonovianae*, Sekcja Historii Botaniki Polskiego Towarzystwa Botanicznego i Towarzystwo Karpackie, a partnerem było Centrum Terapii i Szkoleń Vita Longa (Warszawa). Patronat medialny nad Konferencją objęły dwa czasopisma – „Medycyna Nowożytna” i „Farmacja Polska”.

23 maja 2025 r. otwarcia konferencji dokonali: Anna Wiśniewska – zastępca dyrektora Muzeum Rolnictwa im. ks. K. Kluka w Ciechanowcu, Dorota Gnatowska – kierownik Działu Tradycji Zielarskich tego Muzeum oraz dr hab. Iwona Arabas, prof. PAN – kierownik Pracowni Historii Nauk Przyrodniczych i Medycznych Instytutu Historii Nauki PAN i lek. med. Robert Księżopolski z Instytutu Historii Nauki PAN i *Societas Scientiarum Klukoviana et Jablonovianae*. Otwarcie miało miejsce w sali konferencyjnej Muzeum Rolnictwa im. ks. K. Kluka w Ciechanowcu.

Podczas pięciu sesji naukowych tegorocznej konferencji wygłoszono 49 referatów oraz zaprezentowano 16 posterów.

Sesja pierwsza dotyczyła **historii nauk przyrodniczych** i odbyła się pod przewodnictwem prof. Zbigniewa Wójcika i prof. I. Arabas. W części 1 sesji pierwszej zaprezentowano następujące referaty: *Koewolucja roślin i zwierząt* (prof. dr hab. Dariusz Iwan, Muzeum i Instytut Zoologii PAN), *Modele roślin – nauka, edukacja, eksponat* (dr hab. Aleksandra Jakóbczyk-Gola, Muzeum Historii Polski,

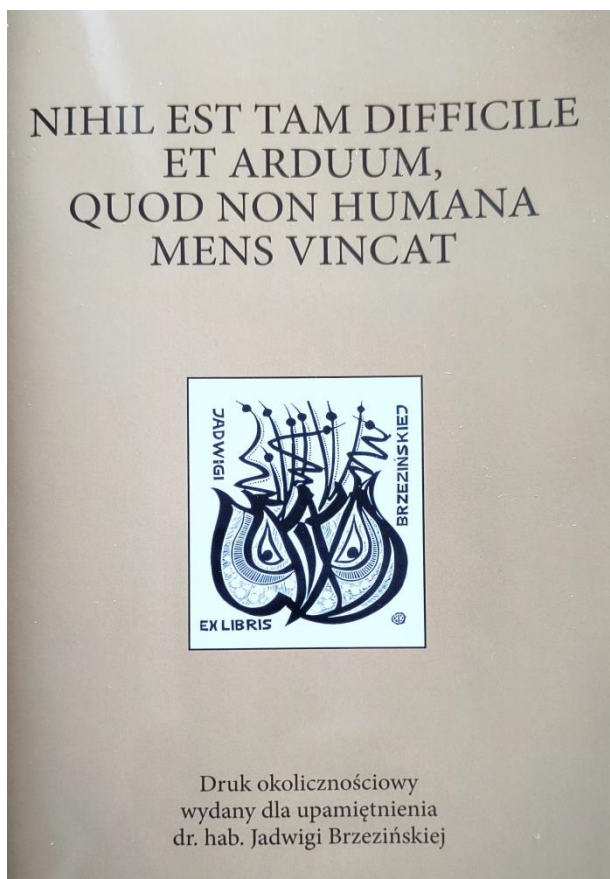
Uniwersytet Warszawski), *Ilustracja botaniczna – narzędzie badacza i artysty we współczesnej edukacji muzealnej* (mgr Ewa Behrens-Nowakowska, Muzeum Pałacu Króla Jana III w Wilanowie), *Problemy konserwacji zielników w XVIII i XIX wieku na podstawie źródeł z Muséum National d'Histoire Naturelle w Paryżu* (dr hab. Piotr Daszkiewicz, prof. PAN, IHN PAN, Muzeum Historii Naturalnej, Paryż).

Po przerwie sesji przewodniczyli prof. L. Frey oraz lek. med. R. Książkowski. Wygłoszone zostały wówczas kolejne referaty: „*Raj mądrości i filozoficznej nauki*”. *Pierwszy moskiewski ilustrowany Zielnik (1534 r.) jako świadectwo recepcji kultury zachodnioeuropejskiej w epoce Iwana Groźnego* (dr hab. Norbert Mojżyn, prof. UKSW, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie), *The medicinal plants as a way of promotion of the Scottish Highlands by Martin Martin* (prof. Sabrina Juillet Garzon, Université Sorbonne Paris Nord), *Rękopiśmienne marginalia w herbarzu Stefana Falimirza. Ze zbiorów Bavorovianum we Lwowie* (dr hab. Jolanta Gwioździk, prof. UŚ, Wydział Filologiczny, Uniwersytet Śląski), *Zielniki w kolekcji Muzeum Tatrzańskiego im. Dra Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem* (dr nauk. biol. Marcin Warchałowski, Monika Pietraszko-Warchałowska, Michał Mierczak, Muzeum Tatrzańskie im. Dra Tytusa Chałubińskiego), *Szpinak w chorobach hematologicznych na przełomie XIX i XX wieku* (dr Renata Paliga, Instytut Historii Nauki PAN). Do sesji zgłoszony był także referat pt. *Feliks Berdau (1824-1895) – botanik i farmaceuta* (dr Krzysztof Kapała, Instytut Botaniki, Ogród Botaniczny, Uniwersytet Jagielloński).

Części 2 sesji pierwszej przewodniczyli prof. I. Arabas i prof. L. Frey, który wygłosił referat zatytułowany *Niezwykła historia odkrywania „białych jablek”* (Instytut Botaniki im. W. Szafera PAN). Przedstawione zostały także prace: *Rośliny lecznicze jako środek do pielęgnacji kobiecej urody w dawnej Polsce* (dr hab. Urszula Kicińska, prof. UKEN, Uniwersytet Komisja Edukacji Narodowej w Krakowie), *Medykamenty i przysmaki. Rośliny lecznicze w osiemnastowiecznych poradnikach medycznych i sylwach* (prof. dr hab. Bożena Popiołek, Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie), „*Na śniadanie kaszka jaglana, na obiad barszcz i kapusta...*”. *Rośliny w diecie dziecka w czasach stanisławowskich na przykładzie zapisków dziewięcioletniego Stanisława Mikołaja Tretera* (dr hab. Małgorzata Ewa Kowalczyk, prof. UW, Uniwersytet Wrocławski), „*Herba euphrasiae*” w źródłach historycznych i jego zastosowanie lecznicze i pielęgnacyjne (dr Ewa Posz, dr Maciej Helbig, Bielska Wyższa Szkoła im. J. Tyszkiewicza), *Rośliny przyjazne owadom zapylającym – w opinii autorów polskich zielników z XVI i XVII wieku* (dr Seweryn Pauch, Stowarzyszenie „To znaczy”, Pasieka „Pszczołowisko”, Kulice) i *Rośliny wskaźnikowe w badaniach zanieczyszczeń środowiska w PRL* (dr hab. Anna Trojanowska, prof. PAN, Instytut Historii Nauki PAN).

Następnego dnia – 24 maja 2024 r. – w Sali im. Erazma Majewskiego w Pałacu Staszica, siedzibie Polskiej Akademii Nauk w Warszawie, odbyły się sesje druga i trzecia. Części 1 sesji drugiej odnoszącej się do **nauk farmaceutycznych** przewodniczyli dr hab. Jacek Drobnik i dr Lidia Maria Czyż. Część 1 sesji była poświęcona pamięci prof. Jadwigi Brzezińskiej. Zaprezentowano na niej następujące referaty: *Osobliwka (specyfik) w dziejach leku* (dr hab. Jacek Drobnik, Katedra i Zakład Botaniki Farmaceutycznej i Zielarstwa, Wydział Nauk Farmaceutycznych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach), *Profesor Jadwiga Brzezińska – niepospolita postać polskiej farmacji* (dr Lidia Czyż, Ogólnopolska Sekcja Historii Farmacji PTFarm, Rzeszów), *Produkcja leków roślinnych w Polsce w dwudziestoleciu międzywojennym. Praca badawcza na podstawie prac Teodora Kikty* (dr Michał Jasiński, Instytut Historii Nauki PAN), *Problematyka badawcza na łamach „Przeglądu Zielarskiego” w latach 1945-1949* (dr hab. Magdalena Paciorek, prof. PAN, Instytut Historii Nauki PAN), *Zastosowanie balsamu peruwiańskiego w lecznictwie w XIX wieku* (dr Elżbieta Rutkowska, Zakład Farmacji Stosowanej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku), *Realizm roślin przedstawionych na serwisie Flora Danica (według eksponatów z Muzeum Farmacji UJ CM)* (mgr Iwona Dymarczyk, Muzeum Farmacji UJ CM i dr hab. inż. Ewa Capecka, prof. URK, Katedra Ogródnictwa, Uniwersytet Rolniczy w Krakowie) oraz *Receptury na wszelkie dolegliwości. Recepte – Carla Ignatza Adalberta Herrmanna* (mgr Maria Pajak, Sekretarz PTFarm, Oddział Opole). Do tej sesji był również zgłoszony referat pt. *Wkład M. Kopernika, Syreniusza i K. Kluka w botanikę lekarską na przykładzie Covallaria majalis L.* (dr med. Peter W. Górski, mgr Norbert Tomaszewski, *Societas Scientiarum Klucoviana et Jablonovianae*).

Warto zaznaczyć, że Pani dr L.M. Czyż przygotowała interesującą publikację na temat Pani prof. J. Brzezińskiej.



Fot. 1. Strona tytułowa publikacji dotyczącej Pani prof. Jadwigi Brzezińskiej

W części 2 sesji drugiej, której przewodniczyli prof. I. Arabas i dr hab. Jacek Drobnik, wygłoszono referaty: *Cebula – roślina warzywna i lecznicza* (dr hab. Robert Gruszecki, prof. UP w Lublinie, Katedra Warzywnictwa i Zielarstwa, Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie), *Czosnek w tradycji leczniczej i kulinarnej XVI i XVII wieku* (dr hab. Anna Odrzywolska, prof. UJD, Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie), *Rośliny mięsożerne w służbie zdrowia – ich rola w nauce i kulturze* (dr inż. Kinga Pilarska-Dudziak, Katedra Biotechnologii i Mikrobiologii Żywności, Wydział Biotechnologii i Nauk o Żywności, Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu), *Przelamywanie spoczynku nasion Sosny zwyczajnej (*Pinus sylvestris* L.) za pomocą*

wybranych metod stymulujących kiełkowanie w warunkach kontrolowanych (mgr Małgorzata Osmenda, Państwowe Gospodarstwo Leśne, Lasy Państwowe, Nadleśnictwo Olkusz i dr hab. Katarzyna Nawrot-Chorabik, prof. URK, Katedra Ekosystemów Leśnych, Uniwersytet Rolniczy w Krakowie), *Zawartość składników biologicznie czynnych w mikroziolach w trakcie przechowywania: analiza w zależności od gatunku ziół i rodzaju opakowania* (dr inż. Joanna Gil i dr hab. Elżbieta Jędrszczyk, Katedra Ogrodnictwa, Wydział Biotechnologii i Ogrodnictwa, Uniwersytet Rolniczy w Krakowie, oraz dr hab. Martin Koudela, Katedra Ogrodnictwa, Wydział Agrobiologii, Żywności i Zasobów Naturalnych, Czeski Uniwersytet Przyrodniczy w Pradze), *Analiza zastosowania odpadów winiarskich, szamponu z mydlnicy lekarskiej oraz płukanki z pokrzywy w procesie pielęgnacji włosów* (dr Barbara Domagała, mgr inż. Alicja Piwowarczyk, Katedra Ogrodnictwa, Wydział Biotechnologii i Ogrodnictwa, Uniwersytet Rolniczy w Krakowie), *Ocena zdolności kiełkowania nasion miodownika melisowatego (*Melittis melissophyllum* L.)* (dr Ewelina Pióro-Jabrucka, Izabela Szymborska-Sandhu, M. Pałucha, Katedra Roślin Warzywnych i Leczniczych, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie), *Kiełki ziół i zióła w fazie mikroiści jako rozwijający się trend żywności funkcjonalnej* (dr hab. Elżbieta Jędrszczyk i dr inż. Joanna Gil, Katedra Ogrodnictwa, Wydział Biotechnologii i Ogrodnictwa, Uniwersytet Rolniczy w Krakowie oraz dr hab. Martin Koudela, Katedra Ogrodnictwa, Wydział Agrobiologii, Żywności i Zasobów Naturalnych, Czeski Uniwersytet Przyrodniczy w Pradze), *Zioła i ziołolecznictwo w kulturze Żydów aszkenazyjskich i medycynie ludowej na ziemiach polskich przed II wojną światową* (mgr Erika Krzyczkowska-Roman, Kierownik Sekcji Konserwacji w Dziale Zbiorów, Muzeum Historii Żydów Polskich POLIN). Do tej sesji był także zgłoszony referat pt. *Czy współczesna nauka potwierdza właściwości lecznicze tradycyjnie przypisywane naparom z *Epilobium angustifolium*?* (dr hab. Jolanta Marciniuk, prof. UwS i dr hab. Paweł Marciniuk, prof. UwS, Uniwersytet Przyrodniczy w Siedlcach).

Sesja trzecia dotyczyła zagadnień z zakresu **etnografii i antropologii kultury**. Przewodniczyły jej prof. I. Arabas i prof. Joanna Partyka. Sesja obejmowała następujące referaty: *Magiczne zioło moly: w mitologii, szesnastowiecznych emblematkach, współczesnej powieści i medycynie* (prof. dr hab. J. Partyka, Instytut Badań Literackich PAN), *Nawiązania do mitów greckich w nazwach roślin leczniczych* (dr Wanda Stec, Wydział Filologiczny, Uniwersytet Gdański), *Motywy palmy daktylowej w źródłach biblijnych, pozabiblijnych oraz w tradycji Kościoła* (dr inż. Anna Maria Wajda, Wydział Teologiczny, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie), *Rośliny w symbolicznym języku ludowych pieśni* (dr Olga Kielak, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie), *Choroba zaklęta w nazwie rośliny*

– *nazewnictwo roślin leczniczych w ziołolecznictwie ludowym* (dr Edyta Koncewicz-Dziduch, Uniwersytet Ignatianum w Krakowie), *Rośliny panińskie w ludowej pieśni – między magią a fitoterapią* (dr Sara Orzechowska, Fundacja Linnum), *„Swoj ból drzewu zawierzam” – wykorzystanie tkanin i drzew w celu pozbycia się choroby w tradycji ludowej* (prof. Ewa Stryczyńska-Hodyl i dr Sandra Wawrzyniak, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu), *Rośliny lecznicze w obrzędowości dorocznej i rodzinnej na Podkarpaciu* (dr Maria Marciniak, Muzeum Budownictwa Ludowego w Sanoku), *Rośliny w weterynarii ludowej polskiego Podtatrz* (dr Małgorzata Wesołowska, Małopolskie Centrum Kultury SOKÓŁ w Nowym Sączu, Instytut Dziedzictwa Niematerialnego Ludów Karpackich w Ludźmierzu), *Rośliny terapeutyczne podkarpackich łąk i pastwisk wypasanych tradycyjnie oraz znaczenie wybranych ziół we współczesnym żywieniu zwierząt, a także w kulturze ludowej Podkarpacia* (dr Marian Szewczyk, Uczelnia Państwowa im. Jana Grodka w Sanoku i mgr inż. Anna Tofil, Muzeum Budownictwa Ludowego w Sanoku), *Ritual plants in Romanian ceremonial contexts* (Mihaela Grigorean, PhD, scientific researcher, Satu Mare County Museum, Romania). Do tej sesji zgłoszono także referat pt. *Etnofarmakologia i etnomedycyna Ameryki Południowej na przykładzie porównania zastosowania roślin leczniczych przez Indian Mapucze w Patagonii i przez Słowian w Europie Północnej* (mgr Tomasz Czyż, Hancock Training Ltd, prof. Iwona Wawer, Państwowa Akademia Nauk Społecznych w Krośnie i prof. Maciej Oziębłowski, Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu).

W niedzielę 25 maja 2025 r. podczas sesji czwartej, koordynowanej przez prof. I. Arabas, zostały zaprezentowane **postery**: *Rośliny uprawiane w ogrodzie dworskim w Rogach na podstawie relacji pracowników majątku* (mgr Sylwia Tulik-Fąfara, badacz niezależny), *Rośliny w tradycji ludowej Górnego Śląska w pracach Stanisława Wallisa* (Emilia Guskiewicz, badacz niezależny), *Analiza fitochemiczna i aktywność biologiczna ekstraktów z *Parietaria judaica* L. (F. *Urticaceae*)* (Izabela Bielecka, Zakład Botaniki Farmaceutycznej, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Dorota Natarska-Chomicka, Katedra i Zakład Toksykologii, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Medyczny w Lublinie i Katarzyna Dos Santos Szewczyk, Zakład Botaniki Farmaceutycznej, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Medyczny w Lublinie), *Rośliny jako surogaty produktów spożywczych* (dr Maria Ujwary, Uniwersytet Ignatianum w Krakowie), *Dawne leksykony farmakologiczne, medyczne i przyrodoznawcze – niedoceniane źródło wiedzy o zamiennikach w dawnej medycynie* (mgr Piotr Wolski, IJP PAN Kraków, Uniwersytet Karola w Pradze), *Analiza składu fitochemicznego ekstraktów z ziela przywrotnika oraz profilu uwalniania z formułacji kosmetycznych* (dr Agnieszka Zielińska, Justyna Rożek, Wydział Farmaceutyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny), *Użytkowanie roślin*

leczniczych formą czynnej ochrony muraw kserotermicznych Wyżyny Olkuskiej i Miechowskiej (mgr Stefan Gawroński, Instytut Botaniki UJ), *Sekret „międzynarodowej kariery” ziół ajurwedyjskich* (dr Anna Roter-Bourkane, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu), *Rośliny z rodzaju Sideritis cennym źródłem substancji bioaktywnych* (prof. dr hab. Renata Nurzyńska-Wierdak, Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie), *Wykorzystanie wybranych roślin z rodzaju Scutellaria w leczeniu chorób cywilizacyjnych* (Ewa Kiełkowska, Jakub Gębalski, Milena Małkowska, Daniel Załuski, Katedra Botaniki Farmaceutycznej i Farmakognozji, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu), *Badania histochemiczne substancji biologicznie czynnych w roślinach leczniczych* (Nadiia Kovalska (1, 2), Uliana Karpiuk (1), Larysa Makhynia (1), Jacek Lipok (2), Izabela Jasicka-Misiak (2), 1. Narodowy Uniwersytet Medyczny im. O.O. Bogomolca, Kijów, Ukraina, 2. Uniwersytet Opolski), *Zioła w praktyce medycznej bonifratrów dawnej Rzeczypospolitej* (dr hab. Iwona Pietrzkiewicz, prof. UKEN, Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie), *Miód bartny jako obiekt badań interdyscyplinarnych* (dr Danuta Raj, dr Katarzyna Pękacka-Falkowska, Tomasz Karpiński, dr Jakub Węglorz, Piotr Kuś, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu), *Neuroprotektoryjne właściwości flawonoidów w udarze niedokrwiennym mózgu* (Paulina Kozłowska, Uniwersytet Gdański, studentka), *Grzyby w medycynie i kuchni Starożytnego Rzymu* (mgr inż. Krystian Marzec, Katedra Ogrodnictwa, Wydział Biotechnologii i Ogrodnictwa, Uniwersytet Rolniczy w Krakowie), *Len jako roślina lecznicza głęboko zakorzeniona w kulturze i nauce* (Mateusz Lipiński, Kinga Pilarska-Dudziak, Magdalena Wróbel-Kwiatkowska, Katedra Biotechnologii i Mikrobiologii Żywności, Wydział Biotechnologii i Nauk o Żywności, Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu). Zgłoszono także postery: *Fitoterapia w okresie międzywojennym* (lek. med. Robert Książkowski, IHN PAN, Societas Scientiarum Klukoviana et Jablonoviana), *Czy terapia ziołowa może zastąpić ryfaksyminę w leczeniu przerostu bakteryjnego jelita cienkiego?* (Kaja Męcłewska, mgr Joanna Dudek (opiekun), Uniwersytet im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Collegium Medicum), *Medycyna Kozaków Ukraińskich w XIV-XVI wieku* (mgr Halyna Shevtzova, Państwowy Instytut Wzornictwa w mieście Dniepr, Państwowa Akademia Budownictwa i Architektury w mieście Dniepr) i *Okadzanie dymem ze spalanych roślin na terenie Polski – zapomniana praktyka?* (Anna Gruszka, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, studentka).

Sesja piąta pt. ***Rośliny lecznicze w literaturze i sztuce***, prowadzana przez prof. Renatę Bizek-Tatarę i prof. J. Partykę, była okazją do zaprezentowania następujących referatów: *O miłości do roślin George Sand i jej herbarzach* (dr hab. R.

Bizek-Tatara, prof. UMCS, Katedra Romanistyki Instytutu Językoznawstwa i Literaturoznawstwa, Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie), *Barwniki roślinne w malarstwie na papierze. Projekt otwarty* (dr Jacek Tomaszewski, Polski Instytut Studiów nad Sztuką Świata), *Cykuta w rękach Cienia. Diabelskie podstępny w auto sacramental La vida es sueño (Życie jest snem) Pedro Calderona de la Barca* (dr Jadwiga Clea Moreno-Szypowska, Instytut Badań Literackich PAN), *Goździk dekoracyjny w kulturze* (dr hab. Małgorzata Wrześniak, prof. UKSW, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie), *Zielnik Stanisława Wyspiańskiego* (dr Magdalena Grenda-Kurmanow, Akademia Sztuk Pięknych w Warszawie), *Przekonania staropolskich herbarystów dotyczące właściwości i zastosowań leczniczych wybranych grzybów* (dr hab. Ewa Rot-Buga, prof. PAN, Instytut Badań Literackich PAN).

Ponadto we wtorek 13 maja 2025 r. dr Ewelina Pióro-Jabrucka, adiunkt Instytutu Nauk Ogrodniczych Katedry Roślin Warzywnych i Leczniczych SGGW, przedstawiła referat pt. *Zioła w doniczkach*, a także przeprowadziła warsztaty dotyczące zagadnień omawianych w wystąpieniu. Wydarzenie odbyło się w Pałacu Staszica w Warszawie oraz on-line.

Natomiast w czwartek 22 maja 2025 r. uczestnicy konferencji mogli zwiedzić wystawę pt. ***Przyroda największym wynalazcą*** w Narodowym Muzeum Techniki w Warszawie. Na ekspozycji ukazano jak człowiek, obserwując przyrodę, czerpał inspirację do tworzenia przełomowych wynalazków. Połączono na niej ekspozycje przyrodnicze z technicznymi. Wystawa jest efektem współpracy Narodowego Muzeum Techniki z Muzeum i Instytutem Zoologii PAN oraz innymi ośrodkami naukowymi i muzeami. Warto też przypomnieć, że w Narodowym Muzeum Techniki na wystawie zatytułowanej ***Wkład Polaków w światowe dziedzictwo techniczne i naukowe*** można znaleźć m.in. informacje o odkryciach farmaceuty Ignacego Łukasiewicza (1822-1882).

Ponadto 22 maja 2025 r. w Muzeum Rolnictwa im. ks. K. Kluka w Ciechanowcu odbyła się inauguracja niezwyklej wystawy pt. ***Nasz Zielnik***. Autorzy – Wiesława Frey i prof. Ludwik Frey – zaprosili do obejrzenia 14 haftowanych „zielnikowych” portretów roślin (wykonanych techniką krzyżykową przez Panią W. Frey), którym towarzyszyły fotografie tych roślin autorstwa prof. L. Freya. Opisy zastosowania leczniczego prezentowanych okazów zaczerpnięto z publikacji ks. K. Kluka (1739-1796).

W piątek 23 maja 2025 r. pracownicy Muzeum Rolnictwa im. ks. K. Kluka w Ciechanowcu oprowadzali chętnych po zespole pałacowo-parkowym z połowy XIX wieku (dawnej posiadłości rodziny Starzeńskich). Podczas zwiedzania można było usłyszeć wiele ciekawostek na temat obiektu. Szczególnie interesujący okazał się

Dział Tradycji Zielarskich, który powstał w 1984 r. z inicjatywy mgr. farm. Leona Chochlewa (1918-2000). Pracownicy działu zajmują się ***Ogrodem roślin zdalnych do zayicia lekarskiego***, a takke ekspozycjy ***Tradycje zielarskie***.



Fot. 2. Fragment wystawy *Tradycje zielarskie* w Muzeum Rolnictwa im. ks. Krzysztofa Kluka w Ciechanowcu

Z kolei w dniach 24-25 maja 2025 r. w Sali im. Erazma Majewskiego w Pałacu Staszica w Warszawie uczestnicy konferencji mogli obejrzeć wystawę obrazów pt. ***Czarne ogrody. Sztuka i terapia II*** (w technice suchych pastel). Autorkami projektu są dr inż. arch. Dorota Wejchert i dr Monika Fonberg-Broczek.

Podczas wszystkich tegorocznych sesji poświęconych roślinom leczniczym w nauce i kulturze przedstawiono bogate w treści prezentacje, które wywołały ożywione dyskusje. Dużym walorem cyklicznie odbywających się konferencji jest możliwość spotkania i wymiany doświadczeń badaczy z zakresu nauk przyrodniczych, humanistycznych oraz społecznych. Należy przypomnieć, że od lat 80. XX w. wysiłki zbliżenia tych nauk przedsięwzięła profesor Barbara Kuźnicka w Instytucie Historii Nauki, Oświaty i Techniki Polskiej Akademii Nauk.

Na zakończenie Konferencji organizatorzy podziękowali wszystkim uczestnikom tegorocznego spotkania. Kolejna edycja wydarzenia, dotyczącego roślin leczniczych w nauce i kulturze, jest zaplanowana na maj 2026 r.